วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 Vol.26 No.1 January - April 2025

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ

- การจัดการเรียนรู้เชิงรุกสำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่: สู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่ — วัลลภา ทรงพระคุณ นุชยงค์ เยาวพานนท์ กาญจนา ใจจ้อย
- บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล — เยาวรัตน์ จันทราภรณ์ สุพรรณี ศรีสงวน นพกาญจน์ วรรณการโสภณ
- เสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด — รสจรินทร์ รัตนสุนทร วรัญญา แสงพิทักษ์ ศุภชัย ยิ่งเจริญ
- โยคะชะลอวัย — วันดี ฉวีจันทร์ สมพร พูลพงษ์
- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว — วราพรรณ วงษ์จันทร์
- กรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน — พลัฏฐ์ วงศ์รัตนะตระกูล กัลยาณี ตันตรานนท์ กมลภู ถนอมสัตย์
- บทบาทพยาบาล: อาหารกับการลดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ — รัชนีกร สันติธรรม รัตนาภรณ์ ธนศิริจิรานนท์
- การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์: บทบาทและความท้าทายของพยาบาล — กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก ภัทรา เผือกพันธ์

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมอบรมความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลจบใหม่ในแผนกวิกฤต — วาสนา ฬาวิน กิ่งกาญจน์ กลิ่นอังกาบ อรวรรณ บุตรทุมพันธ์ พัชรียา รุ่งเจริญ
- การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีนสำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง — มณีรัตน์ สินธุรัตน์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย นฤมล ปทุมารักษ์
- ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม — ชณัชชา จันทร์เทพ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
- การศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาล ในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ — ธนวรรณ จงธนกมล ลิขิตกุล กุลรัตนรักษ์
- การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี — แสงเดือน นิยมจิตร์ อรอุมา บุญกาญจน์
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี — อรนลิน ไทยเจริญ นภาเพ็ญ จันทขัมมา วันเพ็ญ แววว่องวีรคุปต์
- การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก — จารุนนท์ ศรียศพงศ์ อารีย์วรรณ อ่วมตานี
- ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา — สุนิสา ค้าขึ้น ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ
- การประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง — ยมนา ชนะนิล สุนันทา ครองยุทธ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ อรทัย บุญชูวงศ์ เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง
- การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี — วานิสสา บุญเลิศ ศิรเมศร์ โภโค วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ
- การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ — นันทนา แสนสุข ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย
- การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี — พิทักษ์ ทองสุข เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ทักษะ และเจตคติ ของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหมกรุงเทพมหานคร — ราชัน เกษดา มิตรา เกิดอินทร์ สุพรรณี ใจดี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว — ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ จำเนียร สุวรรณชาติ ศศิภา จันทรา
- ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง — นัทยา แสงบุญเรือง คัทรียา รัตนวิมล ณิชกานต์ ทรงไทย
- การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี — ปาลิตา ราชมณี ศุภกร ตุลย์ไตรรัตน์

- บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี — วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน ศิรเมศร์ โภโค
- ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย — ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ เพ็ญนภา ศรีหริ่ง รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง ทิพาวรรณ สมจิตร
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน — ศศิธร เซ่งยู่ฮวด ณัฐพัชร์ บัวบุญ มยุรี นิรัตธราดร
- อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม — เพ็ญโพยม สาคร เตือนใจ เจริญบุตร
- การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง — ธีระชล สาตสิน วัตสาตรี ดิถียนต์ สูติเทพ ศิริพิพัฒนกุล ศรินย์พร ชัยวิศิษฏ์
- ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบท — วิทยา วาโย จรรยา คนใหญ่ สาคร อินโท่โล่ กัลยารัตน์ เมธาอภินันท์ รุ่งทิพย์ พรหมบุตร
- การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลมหาสารคาม — เพชรินทร์ ภูมิภักดิ์ วุฒิชัย สมกิจ วไลพร ปักเคระกา รุ่งนภา ธนูชาญ กำทร ดานา
- ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 — นันทนา ควรรณสุ อรอุมา แก้วเกิด นงนุช เพ็ชรร่วง
- รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 — วิราภรณ์ วราอัศวปติ วาโร เพ็งสวัสดิ์ วัลนิกา ฉลากบาง
- ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย — ณัฐวรา อ่วมเมือง พิมสุวีร์ โชติสุวรรณกุล เพียงจันทร์ วิทิตพันธ์ ศิรดา สิงห์พริ้ง อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ — อณัญญา ลาลุน ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด
- ปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19: หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น — อรวรรณ บุตรทุมพันธ์ กิ่งกาญจน์ กลิ่นอังกาบ วรันต์ภรณ์ พนสิทธิวนา ทิวาพร ดอนทอง วาสนา หาวิน
- พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม — สุอาจินต์ คะษาวงศ์ วรินท์มาศ เกษทองมา วุธิพงศ์ ภักดีกุล กมลชนก คะษาวงศ์
- การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง : การพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล - การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา — นัยนา แก้วคง สืบตระกูล ตันตลานุกูล อรุณรัตน์ พรมมา
- ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 — จิดาภา ผูกพันธ์ รรฤณ แสงแก้ว สิทธิพงศ์ ปาปะกัง
- การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ พื้นที่ห่างไกล ชายแดนไทย-เมียนมาร์ — ปริมประภา ก้อนแก้ว ประนอม จันธิดา กู้เกียรติ ก้อนแก้ว
- ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล — เกษร ศาสตราธรรม กานต์ตริน ศรีสุวรรณ ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง สุมิศา กุมลา ทศาชัยวรรณวรรต
- ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง — ปัณณทัต บนขุนทด พิมพ์รดา ธรรมีภักดี นิภา สุทธิพันธ์
- ผลของการเรียนรู้เกม TCCC “My buddy ต้องรอด” ต่อความรู้ ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 — ขวัญหทัย ข้างใหญ่
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒิพลัง — ธารินทร์ ก้านเหลือง อัจฉรา ปุราคม ทัศนีย์ จันติยะ
- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล — พลัฏฐ์ วงศ์รัตนะตระกูล กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์
- ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทัล — บุญชรัสมิ์ ธันย์ธิติธนากุล ชไมพร จั่นจุ้ย
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม — พัชรี ชูกันหอม อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ อติญาณ์ ศรเกษตริน
- การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในรูปแบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน — กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาล ในกรุงเทพมหานคร — ชลธิชา คำสอ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ จักรกฤษณ์ พลราชม
- การถอดบทเรียน “โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล” โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ — ลักษ์ขณา พานิชสรรค์ วรรณวิศา สืบนุสรณ์ คล้ายจำแลง พร้อมพิไล บัวสุวรรณ อุษณี ลลิตผสาน
- การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง — อัจฉรา พุทธา เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ — บุณยรัตน์ ศิรพิมลรัตน์
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน — บรรชัย สาที เบญจยามาศ พิลายนต์ พรเลิศ ชุมชัย
- การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า — สว่างจิตร วสุวัต สกาวรัตน์ พวงลัดดา

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 Vol. 26 No.1 January - April 2025

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

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

วารสารพยาบาลทหารบก มีวัตถุประสงค์ (Aims) :

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

ขอบเขต (Scope) :

สาระในวารสารพยาบาลทหารบก บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออกวารสารพยาบาลทหารบก ราย 4 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

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

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

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

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568 ISSN 2985-1041 (Online) ท่านสามารถปริ้นได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายและได้รับการพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Health Sciences) ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 มีข้อความดังนี้

“บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ ของศูนย์ TCI (http://tci-thailand.org) ซึ่งวารสารพยาบาลทหารบกได้รับการรับรองเป็น วารสารกลุ่มที่ 1 และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐาน TCI ได้ให้การรับรองคุณภาพวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572”

บทความวิชาการ ได้แก่ การจัดการเรียนรู้เชิงรุกสำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่: สู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล เสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด โยคะชะลอวัย บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว กรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน บทบาทพยาบาล: อาหารกับการลดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์: บทบาทและความท้าทายของพยาบาล

บทความวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมอบรมความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เบื้องต้นของพยาบาลจบใหม่ในแผนกวิกฤต การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม การศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา การประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติ ของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหมกรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบทการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ ปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19: หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนมการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง : การพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล - การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอพื้นที่ห่างไกล ชายแดนไทย-เมียนมาร์ ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งผลของการเรียนรู้เกม TCCC “My buddy ต้องรอด” ต่อความรู้ ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒิพลัง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทัล ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในรูปแบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาล ในกรุงเทพมหานคร การถอดบทเรียน “โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาส ทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล” โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

การจัดการเรียนรู้เชิงรุกสำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่: สู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่ 1
วัลลภา ทรงพระคุณ นุชยงค์ เยาวพานนท์
กาญจนา ใจจ้อย

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล 10
เยาวรัตน์ จันทราภรณ์ สุพรรณี ศรีสงวน
นพกาญจน์ วรรณการโสภณ

เสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด 19
รสจรินทร์ รัตนสุนทร วรัญญา แสงพิทักษ์
ศุภชัย ยิ่งเจริญ

โยคะชะลอวัย 30
วันดี ฉวีจันทร์ สมพร พูลพงษ์

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว 39
วราพรรณ วงษ์จันทร์

กรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน 48
พลัฏฐ์ วงศ์รัตนะตระกูล กัลยาณี ตันตรานนท์
กมลภู ถนอมสัตย์

บทบาทพยาบาล: อาหารกับการลดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ 56
รัชนีกร สันติธรรม รัตนาภรณ์ ธนศิริจิรานนท์

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์: บทบาทและความท้าทายของพยาบาล 64
กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก ภัทรา เผือกพันธ์

ผลของโปรแกรมอบรมความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลจบใหม่ในแผนกวิกฤต 73
วาสนา ฬาวิน กิ่งกาญจน์ กลิ่นอังกาบ
อรวรรณ บุตรทุมพันธ์ พัชรียา รุ่งเจริญ

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง 82
มณีรัตน์ สินธุรัตน์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
นฤมล ปทุมารักษ์

Contents

Chief Editorial

Active Learning for New Generation Nursing Students: Achieving Competencies for Newly Graduated Nurses 1
Wallapa Songprakun Nootchayong Yaowapanon
Kanjana Jaijoy

Role of Nurse Case Manager at Short Stay Service and Chemotherapy in The Ramathibodi Home –based Chemotherapy Model : RHCM 10
Yaowarat Chantraporn Suphannee Srisanguan
Nopakan Wannakansophon

Development of a Heated Breast Compress and Massage Device Using Rotational Wave Vibration Technology to Stimulate Postpartum Breast Milk Expression 19
Rodjarin Rattanasoontron Waralya Sangpithak
Suphachai Yingcharoen

Yoga Performance for Anti Aging 30
Wandee Chaweechan Somphon Poonpong

Nurses's Role in Promoting Health Literacy of Caregivers School-age Children with Cyanotic Congenital Heart Disease 39
Waraphan Wongchan

A Case Study on the Role of Occupational Health Nurses in Preventing Occupational Noise-Induced Hearing Loss 48
Palat Wongrattanatrakul Kunlayanee Tantranont
Kamollaphu Thanomsat

Nurse's Role: Dietary and Relieving Primary Dysmenorrhea 56
Ratchaneekorn Santitham
Rattanaporn Tanasirijiranont

Tobacco Cessation Counseling in Antenatal Clinic (ANC): The Role and Challenges of Nurses 64
Kanyaphat Setchoduk Patra Phuekphan

The Results of the Knowledge Training Program on Basic ECG Interpretation for Novice Nurses in The Critical Care Division 73
Wasana Lavin Kingkarn Klinungkab
Orawan Bootthumpan Patchareeya Rungcharoen

Cost Analysis of Nursing Activities Based on Routine Care and Lean Management for Clients with One-Day Surgery Breast Augmentation in a Private Clinic 82
Maneerat Sinturat Phechnoy Singchungchai
Narumon Pathumarak

สารบัญ

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม 91
ชณัชชา จันทร์เทพ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว
ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล

การศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาล ในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 100
ธนวรรณ จงธนกมล ลิขิตกุล กุลรัตนรักษ์

การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 110
แสงเดือน นิยมจิตร์ อรอุมา บุญกาญจน์

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี 120
อรนลิน ไทยเจริญ นภาเพ็ญ จันทขัมมา
วันเพ็ญ แววว่องคุปต์

การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก 129
จารุนนท์ ศรียศพงศ์ อารีย์วรรณ อ่วมตานี

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา 139
สุนิสา ค้าขึ้น ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ

การประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 149
ยมนา ชนะนิล สุนันทา ครองยุทธ
ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ อรทัย บุญชูวงศ์
เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี 157
วานิสสา บุญเลิศ ศิรเมศร์ โภโค
วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ 166
นันทนา แสนสุข ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย

การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี 173
พิทักษ์ ทองสุข เพ็ญจันทร์ แสนประสาน
ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน

Contents

The Effectiveness of Health Literacy Development Program in Preventive Teenagers MahaSarakham 91
Chanatcha Junthep Duangkamol Pinchaleaw
Thipkhumporn Keskomon

Competencies of Nursing Instructors in the Disruptive Era of Police Nursing College, Royal Thai Police 100
Thanawan Jongthanakamol Likitkul Kulrattanarak

The Participation of Medical Personnel in the Quality of Infection Prevention and Control System of Health Promoting Hospital, Health Service Network in Phrasaeng District, Surat Thani Province 110
Seangduan Niyomjit Onuma Bunkarn

Effects of a Self-Management Program for Stroke Prevention among At-risk Working Age Patients in Saraburi Province 120
Onnalin Thaicharoen Napaphen Jantacumma
Wanpen Waelveerakup

A Study of Nursing Outcome Indicators for Patients with Fracture Pelvis and Acetabulum 129
Charunon Sriyospong Areewan Oumtanee

Predicting Factors of Health Literacy among Elderly People with Diabetes in Nakhon Ratchasima Province 139
Sunisa Khakhuen Yupaporn Jittasusuttho

Needs Assessment of Health Care for Elderly People Living with Chronic Illnesses 149
Yommana Chananin Sununta Krongyuth
Nattanun Kumpiriyapong Orathai Boonchuwong
Penpuk Chaisongmuang

Development and Evaluation of Nursing Practice Guidelines to Prevent Shock in Patients with Septicemia at Makarak Hospital, Kanchanaburi Province 157
Wanissa Boonlert Siramet Poko
Wasana Subprasert

Perceived Health Status of the Service Recipients in the Marketing Mix Affects the Decision to Choose the Annual Health Check up Service at the Thammasat Health Check-up Center 166
Nantana Saensuk Tippawan Hansakunachai

Cyberbullying Victimization from Online Networks Behavior Among Adolescents in Chonburi Province 173
Pitark Thongsook Penchun Saenprasarn
Duangrat Luangon

สารบัญ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติ ของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหมกรุงเทพมหานคร
ราชัน เกษดา มิตรา เกิดอินทร์
สุพรรณี ใจดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ
จำเนียร สุวรรณชาติ ศศิภา จันทรา

ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
นัทยา แสงบุญเรือง คัทรียา รัตนวิมล
ณิชกานต์ ทรงไทย

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
ปาลิตา ราชมณี ศุภกร ตุลย์ไตรรัตน์

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
วรรีย์ วรรณสิงห์ นภาเพ็ญ จันทขัมมา
สุดา หันกลาง

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี
วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน
ศิรเมศร์ โภโค

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์
เพ็ญนภา ศรีหริ่ง รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง
ทิพาวรรณ สมจิตร

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ศศิธร เซ่งยู่ฮวด ณัฐพัชร์ บัวบุญ
มยุรี นิรัตธราดร

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
เพ็ญโพยม สาคร เตือนใจ เจริญบุตร

Contents

183 The Effectiveness of a First Aid and Basic Life Support Training Program on Knowledge, Skills, and Attitudes of Motorcycle Taxi Riders in Sai Mai District, Bangkok
Rachun Kesda Mittra Kerd-in
Supunee Jaidee

192 Factors Related to Caring Competency of Older Persons Among Village Health Volunteers in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province
Duangrat Luangon Rattanachai Pechsombut
Jumnion Suwannachart Sasipa Chantra

202 Predicting Factors of Post-Operative Delirium in Abdominal Surgery's Older Adult
Nattaya Sangboonruang Cathareeya Rattanawimol
Nichakarn Songthai

211 Prevalence and Associated Factors of Computer Vision Syndromes in Healthcare Personnel in Nopparat Rajathanee Hospital
Palita Rachmanee Supakorn Tultrairatana

220 Effects of a Self-management Program for Glycemic Control in Type 2 Diabetes People at Risk of Developing Diabetic Retinopathy in Urban Communities, Mueang District at Nakhon Ratchasima
Worari Wannasing Napaphen Jantacumma
Suda Hanklang

229 The Role of Village Health Volunteers with Participation Care in Chronic Heart Failure Patients in Phetchaburi Province
Wasana Subprasert Wirote Jeiplian
Siramet Poko

238 Effectiveness of Strengthen Capacity Programme for Surveillance Infection, Prevention and Control of Emerging Infectious Disease among Health Volunteers in Communities in North Eastern, Thailand
Chaweewan Sridawruang Atcharawadee Sriyasak
Pennapa Sriring Ratdawan Klungklang
Thipawan Somjit

247 The Effects of Health Belief Promotion Program on Relapse Prevention Behaviors among Patients with Acute Myocardial Infarction
Sasitorn Sengyouhod Natthapat Buaboon
Mayuree Nirattharadorn

258 The Influence of Health Literacy and Self-Efficacy on Self-Management of Patients Undergoing Hemodialysis
Penpayome Sakorn Tueanchai Charoenbut

สารบัญ

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง 268
ธีระชล สาตสิน วัตสาตรี ดิถียนต์
สูติเทพ ศิริพิพัฒนกุล ศรินย์พร ชัยวิศิษฏ์

ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบท 278
วิทยา วาโย จรรยา คนใหญ่ สาคร อินโทโล่
กัลยารัตน์ เมธาอภินันท์ รุ่งทิพย์ พรหมบุตร

การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม 287
เพชรินทร์ ภูมิภักดิ์ วุฒิชัย สมกิจ
วไลพร ปักเคระกา รุ่งนภา ธนูชาญ
กำทร ดานา

ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 298
นันทนา ควรรณสุ อรอุมา แก้วเกิด
นงนุช เพ็ชรร่วง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 307
วิราภรณ์ วราอัศวปติ วาโร เพ็งสวัสดิ์
วัลนิกา ฉลากบาง

ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย 315
ณัฐวรา อ่วมเมือง พิมสุวีร์ โชติสุวรรณกุล
เพียงจันทร์ วิทิตพันธ์ ศิรดา สิงห์พริ้ง
อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ 323
อณัญญา ลาลุน ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด

ปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19: หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น 331
อรวรรณ บุตรทุมพันธ์ กิ่งกาญจน์ กลิ่นอังกาบ
วรันต์ภรณ์ พนสิทธิวนา ทิวาพร ดอนทอง
วาสนา ฬาวิน

Contents

Development of Preparation Program Model for Emergency Nursing Practice Program through Usage of Online Simulation-Based Situations for Promoting Stress Management, Knowledge, and Attitude of Nursing University Students 268
Theerachol Satsin Watsatree Diteeyont
Sutithep Siripipattanakul Sarinporn Chaivisit

The Effectiveness Patterns of Nursing Model to Enhancement Health Literacy for Delay Renal Impairment among Patients with Non-Communicable Diseases Living in Rural Community 278
Wittaya Wayo Junya Konyai Sakorn Intolo
Kunlayarat Methaapinunt Rungtip Phromboot

Development of a Nursing Management Model for Ventilator Associated Pneumonia Prevention in General Ward, Mahasarakham Hospital 287
Petcharin Poomipuk Wuttichai Somgit
Walaiporn Pukkaeraka Rungnapa Thanoochan
Kamthorn Dana

The Effects of an Education and Empowerment Program on Competency Development among Type 2 Diabetes Patients 298
Nuntana Khavansu Onuma Kaewkerd
Nongnuch Petchroung

A Causal Relationship Model of Factors Affecting Organizational Commitment of Nurses in Hospitals under the 8th Regional Health Area in the Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health 307
Wiraporn Waraasawapati Waro Phengsawat
Wannika Chalakbang

The Effectiveness of an Innovative Brain Training Box Program in Developing Executive Function Skills Among Early Childhood 315
Nutwara Uammuang Pimsuwee Chotsuwannakul
Piengjan Witiptun Sirada Singpring
Atcharawadee Sriyasak

Factors Related to the Quality of Life among Caregivers of Patients with End-stage chronic disease in district, Chaiyaphum Province 323
Ananya Lalun Suptawee Hirungerd

Factors affecting Mortality in Patients with COVID-19: After the Declaration of an Endemic Disease 331
Orawan Bootthumpan Kingkarn Klinungkab
Varanporn Panasittivana Tiwaporn Donthong
Wasana Lavin

สารบัญ

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม
สุอาจินต์ คะษาวงค์ วรินท์มาศ เกษทองมา
วุธิพงศ์ ภักดีกุล กมลชนก คะษาวงค์ 338

การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง : การพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล - การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
นัยนา แก้วคง สืบตระกูล ตันตลานุกุล
อรุณรัตน์ พรมมา 347

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
จิดาภา ผูกพันธ์ รรฤณ แสงแก้ว
สิทธิพงศ์ ปาปะกัง 356

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ พื้นที่ห่างไกล ชายแดนไทย-เมียนมาร์
ปริมประภา ก้อนแก้ว ประนอม จันธิดา
กู้เกียรติ ก้อนแก้ว 366

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล
เกษร ศาสตราธรรม กานต์ตริน ศรีสุวรรณ
ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง สุมิศา กุมลา
ทศาชัยวรรณวรรต 376

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง
ปัณณทัต บนขุนทด พิมพ์รดา ธรรมีภักดี
นิภา สุทธิพันธ์ 385

ผลของการเรียนรู้เกม TCCC “My buddy ต้องรอด” ต่อความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567
ขวัญหทัย ช้างใหญ่ 395

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒิพลัง
ธารินทร์ ก้านเหลือง อัจฉรา ปุราคม
ทัศนีย์ จันติยะ 405

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล
พลัฏฐ์ วงศ์รัตนะตระกูล กัลยาณี ตันตรานนท์
อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ 413

Contents

Drug Use Behavior among Elderly in Nakhon Phanom Province
Suajin Kasawong Warinmad Kedthongma
Wuttiphong Phakdeekul Kamolchanok Kasawong 338

Learning Through Simulation: Enhancing Emergency Nursing Competencies in Undergraduate Students - A Phenomenological Study
Naiyana Kaewkhong Seubtrakul Tantalanukul
Arunrat Phomma 347

Factors Predicting Mental Health Status among Caregivers of Children with ADHD During the COVID-19 Pandemic
Jidapa Poogpan Rarin Saengkaew
Sittipong Papakang 356

The Development of a Prevention Model for Low Birth Weight Infants among Pakakayor Pregnancy Women, Remote Area along the Thai-Myanmar border
Primprapha Konkaew Pranom Jantida
Kukiet Konkaew 366

The Effects of Simulation-Based Learning on Knowledge and PerceivedSelf-efficacy in Therapeutic Relationship Building Among Nursing Students
Kesorn Sattratham Kantarin Srisuwan
Kongkrissadakorn Chondaeng Soomisa Koomala
Tasa chaiwannawat 376

The Effect of a Health Education Program on Preventing Risky Sexual Behaviors Among Lower Secondary School Students at a Selected School
Punnathut Bonkhunthod Pimradar Tummeepukdee
Nipar Suttipun 385

Effectiveness of TCCC Game “My Buddy Tong Lord” on Improving Knowledge of Tactical Combat Casualty Care among the Third-Year Class of the Royal Thai Air Force Nursing Students, in 2024 Academic Year
Khwanhathai Changyai 395

The Development of Personnel Capacity in Learning Management for the Active Aging Elderly
Tharin Kanluang Atchara Purakom
Tassanee Juntiya 405

Effect of the Stretching Exercise and Ergonomic Education Program on Low Back Pain Among Nurses
Palat Wongrattanatrakul Kunlayanee Tantranont
Anon Wisutthananon 413

สารบัญ

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทัล
บุญชรัสมิ์ ธันย์ธิติธนากุล
ชไมพร จั่นจุ้ย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม
พัชรี ชูกันหอม อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์
อติญาณ์ ศรเกษตริน

การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในรูปแบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน
กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาล ในกรุงเทพมหานคร
ชลธิชา คำสอ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ
จักรกฤษณ์ พลราชม

การถอดบทเรียน “โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล” โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
ลักษ์ขณา พานิชสรรค์ วรรณวิศา สืบนุสรณ์
คล้ายจำแลง พร้อมพิไล บัวสุวรรณ
อุษณี ลลิตผสาน

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
อัจฉรา พุทธา เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
บุณยรัตน์ ศิรพิมลรัตน์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน
บรรชัย สาที เบญจยามาศ พิลายนต์
พรเลิศ ชุมชัย

การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
สว่างจิตร วสุวัต สกาวรัตน์ พวงลัดดา

Contents

421 Health Beliefs and Preventive Behaviors Regarding E-Cigarette Use Among Thai Private University Students in the Digital Age
Bhooncharasm Thanthitithanakul
Chamaipron Janjuy

430 The Effect of The Health Literacy Enhancement Program on Behavior Modification of Novice, Phrapariyattidhamma School
Phatcharee Chookanhom Atcharawadee Sriyasak
Atiya Sarakashetrin

438 Midwifery Practicum in a Model of Distance Education with Blended Learning
Kanjana Srisawad Somjai Puttapitukpol

450 Factors Predicting Car Seat Use Behavior for Children among Parents of Preschool Children in Bangkok
Chonticha Kamsor Nutthakritta Sirisopon
Chakkrit Ponrachom

460 Lessons Learned from the “Project on Education Development and Enhancing Educational Opportunities Through Online Systems for Children and Youth in Rural and Remote Areas” Using Evidence-Based Approach
Luckana Parnichsan Wanwisa Suebnusorn
Klaijumlang Prompilai Buasuwan
Usanee Lalitpasan

469 Cost Analysis of Nursing Activities for Stage 5 Chronic Kidney Disease (CKD) with Hemodialysis Patients in a Tertiary Hospital
Atchara Phuttha Phechnoy Singchungchai
Kannikar Chatdokmaiprai

478 Factors Affecting Stroke Prevention Behavior in Hypertension Patients Ban Krokkheenoo subdistrict Health Promoting Hospital Muang District Buriram Province
Boonyarat Sirapimonrat*

487 Factors Influencing Sepsis Prevention among Community-Dwelling Elderly
Banchai Satee Benjayamas Pilayon
Pornlert Chumchai

496 The Development and Effects of Mindfulness-Based Art of Flower Arrangement Therapy Program on Hopelessness and Risk of Suicidal with Major Depressive Disorder
Sawangjit Wasuwat Skaorat Puangladda

การจัดการเรียนรู้เชิงรุกสำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่: สู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่

Active Learning for New Generation Nursing Students: Achieving Competencies for Newly Graduated Nurses

วัลลภา ทรงพระคุณ นุชยงค์ เยาวพานนท์* กาญจนา ใจจ้อย
Wallapa Songprakun Nootchayong Yaowapanon* Kanjana Jaijoy
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000
McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

ปัจจุบันระบบดิจิทัลเข้ามามีส่วนสำคัญอย่างเต็มรูปแบบในสังคมทุกด้าน การปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนเชิงรุก (Active Learning) สำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่ จึงเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ทำ เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาได้ โดยการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสรรค์โครงงานส่งเสริมสุขภาพ สร้างโอกาสให้ผู้เรียนสามารถคิดค้นสิ่งใหม่สำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมทักษะทางสังคม การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้ของผู้เรียนกับชุมชน เกิดความรอบรู้ มีทักษะ และทัศนคติที่ครบถ้วนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่รายวิชากำหนด ซึ่งบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดการเรียนรู้เชิงรุกให้แก่นักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่ โดยบูรณาการ 2 รายวิชาทางการพยาบาลใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้เป็นเสมือนห้องเรียนใหญ่ พัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุก มีทักษะวิชาการ ทักษะวิชาชีพ และทักษะวิชาชีวิต ส่งผลต่อการผลิตบัณฑิตให้เกิดสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านบทบาทจากการเป็นนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในสถานประกอบการทางสุขภาพ

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้เชิงรุก, นักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่, สมรรถนะ, พยาบาลจบใหม่

Abstract

The digital system is now a fully integrated component of society in all respects. Since it enables students to take initiative and reflect on their experiences, modifying the way active learning is organized for the new generation nursing students is a crucial component of the learning process. It's learning that enables them to think, act, and solve problems by bringing the community together to organize learning activities that use the community as a foundation for developing health promotion projects, giving students the chance to come up with new ideas for resolving health issues in the community, encouraging social skills, communication, and teamwork, and establishing links between the community and students' learning that result in knowledge, skills, and attitudes that are comprehensive in accordance with the course's learning outcomes. The aim of

Corresponding author: *E-mail: nootnat@hotmail.com

วันที่รับ (received) 25 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2567

this academic article is to introduce active learning management to the new generation nursing students by combining two nursing courses that use the community as a learning base as a large classroom to develop students' academic, professional, and life skills as well as active learning. This will produce newly graduated nurses who are competent in the transitional phase from nursing students to professional nurses, meeting the expectations of employers in healthcare providers.

Keywords: Active learning, New generation nursing students, Competencies, Newly graduated nurses

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่นและหลากหลาย โดยที่นักศึกษาทุกคนมีอิสระในการเลือกสิ่งที่ต้องการจะเรียนรู้ รวมทั้งเลือกวิธีการเรียนที่เหมาะสมกับความสามารถและความถนัด เพื่อที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจนเต็มขีดความสามารถสำหรับการประกอบอาชีพในอนาคต ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้บริการได้อย่างมีมาตรฐานและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] จากข้อมูลของกลุ่มภาคีพยาบาล (Nurses Connect) ของประเทศไทย ได้คาดการณ์การลาออกของพยาบาลโดยอิงตามแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2560-2580 เฉลี่ยปีละ 3.96% โดยในปี พ.ศ. 2580 จะมีผู้สำเร็จการศึกษาต่อปี 10,190 คน ลาออก 7,161 คน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานเกินเวลาที่สภาการพยาบาลกำหนด ไม่เกิน 16 ชั่วโมงต่อวัน และค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น[2] ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นนักศึกษาพยาบาลไปสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในช่วงปีแรก ทำให้เกิดความเครียดเมื่อเริ่มปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในคลินิกและไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการปฏิบัติงาน[3] ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกมากขึ้น รวมทั้งมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ[4]

สภาการพยาบาลได้ให้ความหมายของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ หมายถึง การผสมผสานระหว่างความรู้ ความสามารถ และเจตคติ โดยทำให้สามารถปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพอย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ร่วมงานที่มีประสิทธิภาพในทีมสุขภาพ[1] ปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลเป็นนักศึกษายุคใหม่ generation changed คือ generation ใหม่ ซึ่งผู้บริหารสถาบันพยาบาลต้องวางกลยุทธ์ในการผลิตนักศึกษาพยาบาล ให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ซึ่งจะต้องมีผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้สำเร็จการศึกษาอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านจริยธรรม และด้านลักษณะบุคคล[5] เพื่อพัฒนาสมรรถนะให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตในสถานประกอบการทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องแสวงหารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด เปิดโอกาสให้นักศึกษามีอิสระในการเลือกสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ ที่เหมาะสมกับความสามารถและความถนัดของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาเป็นผู้มีความสามารถและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ตรงกับตลาดแรงงาน[6,7]

ในโลกยุคใหม่ แรงงานที่มีทักษะนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์เป็นที่ต้องการสูงสุด การออกแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน ช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมทั้งในการทำงานและการใช้ชีวิต[8] การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติและเรียนรู้ด้วยตนเอง ช่วยเสริมสร้างแรงบันดาลใจและพัฒนาทักษะที่จำเป็น การเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ช่วยพัฒนาการคิดเชิงวิเคราะห์ การทำงานร่วมกัน และทักษะการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9] การศึกษานับเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนประเทศสู่ความยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณธรรม การมีชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ช่วยให้นักศึกษาได้ปฏิบัติจริงในพื้นที่ พัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และเสริมสร้างทักษะทางสังคม ในการปรับตัว[10]

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่ ได้กล่าวถึงตัวอย่างการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่เน้นพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะรอบด้านสำหรับศตวรรษที่ 21 และการเรียนรู้สู่ความเป็นสากล โดยได้มีการออกแบบหลักสูตรหมวดวิชาเลือกเสรี ที่หลักสูตรจัดการเรียน

การสอนที่บูรณาการกลุ่มสาระวิชาศาสตร์สุขภาพทางเลือกกับศาสตร์การพยาบาล ซึ่งในช่วงแรกได้จัดการเรียนรู้แบบการเรียนแบบโครงงานเป็นฐาน ชุมชนเป็นฐาน แต่ยังไม่มีต่อยอดการทำนวัตกรรม ปัจจุบันหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2565) ได้มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการคิดเชิงออกแบบและการสร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลสุขภาพขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นในชุมชนที่เป็นเสมือนห้องเรียนใหญ่ โดยจัดการเรียนรู้แบบ Active Learning จากการบูรณาการสองรายวิชาดังกล่าวเข้าด้วยกัน

นักศึกษาพยาบาล Generation ใหม่

Generation ใหม่ เป็นกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา ชีวิตประจำวันล้อมรอบไปด้วยเทคโนโลยี มีความพร้อมที่จะเปิดรับประสบการณ์ใหม่ จึงทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนมีผลต่อการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้จากการศึกษา[11] พบว่า Generation ใหม่ มีพฤติกรรมและแนวโน้ม ดังต่อไปนี้ 1) เติบโตมาพร้อมกับอินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยี พึ่งพาและเรียนรู้จากเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการทำกิจกรรม 2) ใช้สื่อสารสนเทศที่ใช้งานง่าย และโต้ตอบได้ทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน 3) มีความรับผิดชอบต่อสังคม ใส่ใจสิ่งแวดล้อม 4) มีสมาธิสั้น และติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเรียนการสอนควรเน้นเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ทันสมัย และสลับกับการทำกิจกรรม รวมถึงการใช้แบบทดสอบออนไลน์ หรือการใช้เกมส์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจและติดตามความก้าวหน้า 5) ชอบการเรียนรู้จากการสังเกตในลักษณะของภาพ หรือภาพเคลื่อนไหวมากกว่าตัวหนังสือหรือการบรรยาย

ดังนั้น ทักษะที่กล่าวมาจะช่วยให้นักศึกษารับมือกับความผันผวนและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ การส่งเสริมทักษะให้ครบถ้วนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่หลักสูตรกำหนด จะช่วยให้กระบวนการจัดการเรียนการสอนสามารถก้าวข้ามการเรียนการสอนในรูปแบบเดิมที่ผู้เรียนเป็นผู้รอรับความรู้ (Passive learning) ไปสู่การใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning)

บทบาทของผู้บริหารในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อตอบสนองความต้องการของสถานประกอบการ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในด้านเทคโนโลยี นโยบายการศึกษา หรือแม้แต่ความต้องการของสถานประกอบการทางสุขภาพ ทำให้หลักสูตรการศึกษาต้องได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้มีความทันสมัย สภาการพยาบาลได้ตระหนักถึงภารกิจสำคัญในการสร้างทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์การศึกษาขั้นพื้นฐาน 20 ปีขึ้น เพื่อสร้างคุณภาพทุนมนุษย์สู่สังคมอนาคตที่ยั่งยืน[12] การสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองจึงเป็นประเด็นสำคัญข้อหนึ่งที่กำหนดในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน[13]

ดังนั้น ผู้บริหารสถานศึกษาทางการพยาบาลต้องพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตในสถานประกอบการทางสุขภาพ บทบาทที่สำคัญในการบริหารเพื่อให้สามารถดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสถาบันการศึกษา และตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด การบริหารในคณะพยาบาลศาสตร์ภายใต้ระบบอุดมศึกษาจำเป็นต้องใช้ทักษะการบริหารที่หลากหลาย ทั้งด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี จิตวิทยา การเมือง และภูมิศาสตร์ เพื่อให้การจัดการมีประสิทธิภาพ ทักษะหลักที่ผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ควรมีในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ 1) ความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ 2) การใช้และพัฒนานวัตกรรม 3) ภาวะผู้นำที่แข็งแกร่ง และ 4) ความชำนาญด้านเทคโนโลยี ซึ่งทักษะเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันและมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล[14] การพัฒนาภาวะผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลงในภาคเหนือใช้ 3Y Model ประกอบด้วย 1) การกำหนดวิสัยทัศน์พร้อมแผนปฏิบัติการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 2) ความกระตือรือร้นในการปรับตัวและการสนับสนุนทีมในการพัฒนา และ 3) การตั้งเป้าหมายเพื่อความสำเร็จผ่านความพากเพียรและการปรับตัวในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน โดยโมเดลนี้มุ่งสร้างผู้นำที่นำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ สนับสนุนทีม และสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[15] การเตรียมบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพที่ซับซ้อนต้องพิจารณา 9 ด้านในบริบทอาเซียน ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีการจัดการศึกษา

หลักการจัดการศึกษา ปรัชญาและจุดมุ่งหมายของหลักสูตร เนื้อหาหลักสูตร กระบวนการเรียนการสอน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ คุณลักษณะนักศึกษาที่พึงประสงค์ และการประเมินผลหลักสูตร ครอบคลุมทั้ง 9 ด้านนี้จะช่วยให้บัณฑิตมีความพร้อมในการทำงานในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

ภาพการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของผู้บริหารในอนาคต ต้องกำหนดเป้าหมายทิศทางการจัดการเรียนรู้เชิงรุก เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลกำหนด และตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานทางวิชาชีพพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning)

การจัดการเรียนการสอนแบบเดิม (Passive learning) ในมุมมองของนักศึกษา คือ ตามไม่ทัน ไม่เข้าใจก็ไม่กล้าถาม อาจารย์ไม่มีช่องว่างให้ถาม เนื้อหาอัดแน่นในเวลาที่จำกัด ส่วนในมุมมองของอาจารย์ คือ สอนในเนื้อหาและกลยุทธ์การสอนเหมือนเดิม รับรู้ทางเดียวว่านักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจ มุ่งเน้นการวัดผลด้วยการสอบความรู้ การจัดการเรียนการสอนตามแนวคิด Active Learning เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือทำและคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสิ่งที่ทำ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะที่สำคัญในยุคปัจจุบัน มีความพร้อมในการเผชิญความท้าทายต่าง ๆ ในอนาคต[17] การเรียนรู้ในรูปแบบนี้เน้นการ “ปฏิบัติจริง” โดยผู้เรียนทุกคนมีบทบาทในการกระทำ ส่วนครูทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและนักออกแบบกิจกรรม ซึ่งควรสร้างกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ความรู้ในสถานการณ์ใหม่และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18]

การเรียนรู้ด้วยโครงงานเป็นฐานมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การศึกษา ค้นคว้า ทดลองและประดิษฐ์ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้ลงมือทำจริง ในขณะที่ครูทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนที่ออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

การสอนแบบชุมชนเป็นฐานใช้ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ เพื่อสร้างประสบการณ์จากการทำงานจริง โดยมีส่วนร่วมจากผู้สอน ผู้เรียน และชุมชน รูปแบบนี้ช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงในชีวิต นอกจากนี้ยังเน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการเลือกหัวข้อและสร้างชิ้นงานด้วยตนเอง พร้อมค้นพบความรู้ใหม่ ๆ ผ่านการใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความสุขและมั่นใจในการทำงานในสายอาชีพพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต[19]

การเรียนรู้แบบบูรณาการ เป็นการจัดการเรียนรู้โดยการนำสาระที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน นำมาจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในลักษณะที่เป็นองค์รวม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การบูรณาการระหว่างกลุ่มสาระการเรียนรู้ เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงสาระการเรียนรู้ทักษะ/กระบวนการ ตั้งแต่สองกลุ่มสาระการเรียนรู้ขึ้นไปเข้าด้วยกัน เพื่อมุ่งศึกษาเกี่ยวกับเรื่องราว ประเด็นปัญหา หัวเรื่องหรือประสบการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ อย่างเข้าใจลึกซึ้งและชัดเจนใกล้เคียงกับความเป็นจริงในชีวิต

การเรียนรู้แบบนวัตกรรม เป็นการจัดการเรียนรู้โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียน เกิดความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างนวัตกรรมอย่างมาก ควรเน้นให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทักษะการคิดอย่างสร้างสรรค์ สถานศึกษาต้องสนับสนุนให้ผู้เรียนมีโอกาสนำความรู้ความสามารถไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้[20] เพื่อนำไปสู่ความได้เปรียบในการแข่งขันอย่างยั่งยืน[21]

การเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต แนวทางการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้เรียนตามทัศนะ[22] ในการเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ดังกล่าว มีดังต่อไปนี้

การเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น 1) ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ด้วยการอ่านหนังสือในสิ่งที่สนใจ 2) จดบันทึกสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ รวมถึงความรู้ใหม่ 3) หาเพื่อนทางปัญญาเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ 4) ลงมือปฏิบัติและไตร่ตรองเกี่ยวกับสิ่งที่เรียนรู้ พร้อมนำไปประยุกต์ใช้ 5) ใช้ความรู้ในชีวิตประจำวันหรือในการทำงาน เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้เพิ่มเติม และ 6) ถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น ผ่านการเป็นพี่เลี้ยงหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำความรู้ไปใช้ได้หลากหลายบริบทอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในชั้นเรียน สร้างองค์ความรู้ได้ มีความเข้าใจในตนเอง ใช้สติปัญญา วิเคราะห์สร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสมรรถนะ

สำคัญในศตวรรษที่ 21 รวมทั้งมีความสอดคล้องกับการประกันคุณภาพการศึกษาในระดับหลักสูตรตามกรอบ ASEAN University Network Quality Assurance (AUN-QA) ที่เน้นทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความหลากหลายในรูปแบบ โดยคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ มุ่งเน้นทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม และทักษะอาชีพและการเรียนรู้ ซึ่งจากแนวทางการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้เรียนดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตนั้นเริ่มต้นจากตัวบุคคลเป็นสำคัญ โดยผู้เรียนจะต้องมีความมุ่งมั่นและความตั้งใจในการพัฒนาตนเอง ในขณะที่อาจารย์ผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและขัดเกลาผู้เรียนให้มีคุณสมบัติและทักษะที่จำเป็นเพื่อการเติบโตและพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น[7]

การประเมินผลการจัดการเรียนรู้เชิงรุก และผลลัพธ์การจัดการศึกษาสู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่

การจัดทำโครงสร้างรายวิชา (Course syllabus) ที่มีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังระดับรายวิชา (Course Learning Outcome; CLOs) โดยผู้รับผิดชอบรายวิชา ซึ่งผ่านการกำกับมาตรฐานวิชาการในการกำกับดูแลให้มีการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบของ Active Learning ตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ และสนับสนุนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งเป็นสมรรถนะทางวิชาชีพพยาบาล การประเมินผลการจัดการเรียนรู้เป็นการสะท้อนถึงผู้เรียน ว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียน ในแต่ละรายวิชาหรือไม่ ซึ่งจะต้องใช้วิธีการประเมินผลที่หลากหลายเพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องเกี่ยวกับพัฒนาการของผู้เรียน ซึ่งสามารถทำได้ดังนี้ 1) การประเมินตามสภาพจริง ที่เป็นเนื้อเดียวกับการจัดการเรียนรู้ โดยการประเมิน 1.1) ก่อนและระหว่างที่มีการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันประเมินผลว่ากิจกรรมที่ทำไปว่าพบปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง ได้ใช้วิธีการแก้ไขอย่างไร โดยการแลกเปลี่ยนวิธีการคิดกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา 1.2) การประเมินหลังสิ้นสุดการจัดการเรียน เช่น การสอบ การทำแบบฝึกหัดท้ายบท 2) การประเมินผลผ่านการมอบหมายงาน ผู้เรียนได้เรียนรู้อะไรบ้าง กิจกรรมที่ทำไปนั้นบรรลุตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร และ 3) การประเมินโดยผู้เกี่ยวข้อง ทั้งการประเมินตนเองของผู้เรียน การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยอาจารย์ที่ปรึกษา โดยสามารถประเมินได้จากการใช้คำถาม การสังเกตพฤติกรรม และการบันทึกข้อมูลที่เสร็จตามเป้าหมาย[23]

ปัจจุบันอัตรากำลังในองค์กรพยาบาล ประกอบไปด้วยกลุ่มคน 4 วัย ได้แก่ กลุ่ม Baby boom กลุ่ม Generation X กลุ่ม Generation Y และกลุ่ม Generation ใหม่ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัย Generation Y มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 43.624 พยาบาลจบใหม่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อย ต้องการความช่วยเหลือและได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรในทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานทางคลินิก[25]

การประเมินผลการจัดการเรียนรู้เป็นการสะท้อนถึงการบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของผู้เรียน สามารถต่อยอดถึงการนำทักษะต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้พัฒนาเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต และนำผลลัพธ์ในการเรียนรู้ที่สำคัญจากการศึกษาพยาบาลตลอดหลักสูตร ให้เป็นผู้สำเร็จการศึกษาที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามสมรรถนะที่สภาพยาบาลกำหนด

บทบาทอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอน Generation ใหม่ เพื่อสมรรถนะพยาบาลจบใหม่

อาจารย์พยาบาลมีบทบาทในการจัดการเรียนการสอน เพื่อตอบสนองผู้ใช้บัณฑิตในสถานประกอบการทางสุขภาพ ต้องมีความรักในวิชาชีพ ทุ่มเทด้วยความเป็นครู มีความรู้จริง ต้องหาองค์ความรู้ใหม่โดยการทำงานวิจัย และงานวิจัยได้มาจากการปฏิบัติจริงที่สามารถตอบโจทย์การสอนและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ได้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานเพื่อเป้าหมายคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพกลุ่ม Generation ใหม่ ซึ่งเป็นยุคสมัยของความสะดวกสบาย มีแนวโน้มที่จะลาออกได้ง่ายหากไม่มีความก้าวหน้าในงาน ความผูกพันในงานน้อยกว่ากว่าบุคลากรกลุ่มวัยอื่น[26,27] Generation ใหม่ชอบการเปลี่ยนแปลง กล้าที่จะแตกต่าง ไม่ชอบทำตามใคร และใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น[28]

บทบาทของอาจารย์พยาบาลสำหรับผู้เรียน Generation X จะเน้นครูเป็นศูนย์กลาง การเรียนการสอนแบบดั้งเดิมเป็นการเรียนการสอนที่มีผู้สอนบรรยายอยู่หน้าห้องเรียนและนักศึกษานั่งจดบรรยาย เป็นการเรียนที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน สอนโดยใช้ตำรา[29] ส่วนผู้เรียน Generation Z

อาจารย์พยาบาลต้องปรับตัว โดยผู้สอนจะเป็นผู้ที่คอยเสริมแรงเชิงบวก จัดกิจกรรมสลับกับการเรียน มีการทดสอบแบบสั้นๆรูปแบบออนไลน์ เกมส์ โดยเน้นเนื้อหาที่สำคัญ ทันสมัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประกอบอาชีพได้[11] การเปลี่ยนจากนักศึกษาพยาบาลสู่พยาบาลใหม่เป็นช่วงที่ท้าทายและต้องปรับตัว ซึ่งแบ่งออกเป็นสามประเด็นหลัก คือ 1) การอยู่รอด ในช่วงเริ่มทำงาน พยาบาลใหม่มักเผชิญกับความเครียดและความกดดันเนื่องจากขาดประสบการณ์ ส่งผลให้ไม่มั่นใจในการตัดสินใจและดูแลผู้ป่วย การจัดการกับสถานการณ์นี้สำคัญต่อการปรับตัว 2) การอยู่ร่วม เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น พยาบาลจะพัฒนาทักษะในการจัดการเวลา ลดการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเริ่มสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมงาน ซึ่งส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และ 3) การอยู่อย่างมีคุณค่า พยาบาลได้รับการยอมรับจากทีมงานและมีความมั่นใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในสายอาชีพ[30]

อาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางและออกแบบกระบวนการเรียนการสอน ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดสมรรถนะหลัก 8 ด้านสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ 1) จริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ภาวะผู้นำ จัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) วิชาการและการวิจัย 6) การสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) เทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) สังคม การพัฒนาสมรรถนะช่วยให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณภาพและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[31]

อาจารย์ในสาขาการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการเรียนรู้ที่มีสมรรถนะตามมาตรฐาน โดยการเรียนการสอนควรพัฒนาสอดคล้องกับวิวัฒนาการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างยั่งยืน สถาบันการศึกษาจึงต้องสอนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา รวมถึงมาตรฐานคุณวุฒิและสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล อาจารย์ควรส่งเสริม 3 กลุ่มหลัก คือ 1) กลุ่มเจตคติต่อการเรียนรู้ที่ดีเพื่อพัฒนาทัศนคติและความใฝ่รู้ 2) กลุ่มทักษะในการสื่อสาร และ 3) กลุ่มการนำพาตนเองเข้าสู่สถานการณ์การเรียนรู้ จะเห็นได้ว่าบทบาทของอาจารย์ไม่ได้มีเพียงการให้ความรู้ แต่ยังช่วยสร้างทัศนคติ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล[32]

อาจารย์พยาบาลควรบูรณาการการเรียนการสอนจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุก โดยใช้แหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายและการฝึกประสบการณ์ในห้องปฏิบัติการ รวมถึงการเชื่อมโยงการเรียนรู้ระหว่างสถานการณ์จริงกับทฤษฎีในชั้นเรียน[33] การเปลี่ยนจากนักศึกษาพยาบาลสู่พยาบาลวิชาชีพใหม่เป็นช่วงที่ท้าทาย เมื่อปฏิบัติงานจริงกลับประสบปัญหาในการนำความรู้ไปใช้ เนื่องจากขาดประสบการณ์ในสถานการณ์จริง และการฝึกฝนทักษะเชิงปฏิบัติในการทำหัตถการ และความคาดหวังสูง ซึ่งนำไปสู่อาการเครียดและความรู้สึกไม่พร้อมในการทำงาน[34]

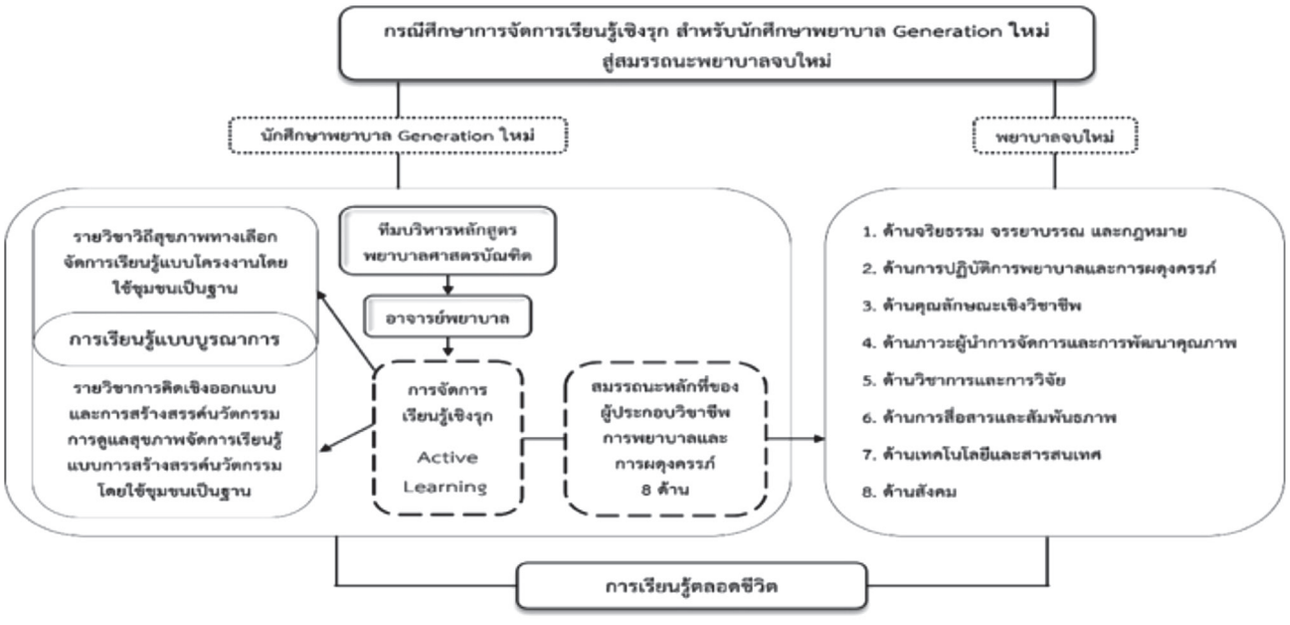
สรุป อาจารย์พยาบาลต้องปรับกระบวนการศึกษาเพื่อเตรียมพยาบาลจบใหม่ให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและความเปลี่ยนแปลงในวงการสุขภาพ[35]

กรณีตัวอย่างการจัดการเรียนรู้หลากหลายวิธี

การออกแบบการจัดการเรียนการสอนจำเป็นต้องมีหลากหลายวิธีผสมผสานกัน วิธีการจัดการเรียนการสอน Active Learning เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ และได้ใช้กระบวนการคิด คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพได้จัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลประชาชนอย่างมีคุณภาพของผู้เรียน ตามแผนภาพที่แสดงตัวอย่าง 2 รายวิชาของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่มีการบูรณาการในการการจัดการเรียนการสอนเป็นรายวิชาเลือกเสรี รายวิชาวิถีสุขภาพทางเลือก และรายวิชาการคิดเชิงออกแบบและการสร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาพยาบาลสามารถทำโครงงานส่งเสริมสุขภาพ และนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบไปประยุกต์ใช้ในการสร้างนวัตกรรมได้ ทั้งสองรายวิชาสามารถต่อยอดในรายวิชาชั้นปีที่สูงขึ้น เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต และบ่มเพาะทักษะที่ได้จากการจัดการเรียนที่ตอบโจทย์ Generation ใหม่สู่สมรรถนะพยาบาลจบใหม่อย่างสง่างาม ทั้งนี้ จากผลการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังระดับรายวิชา (CLOs) และความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนของผู้เรียนในรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติ พบว่าอยู่ในระดับดีขึ้นไปอย่างต่อเนื่องทุกปีการศึกษา

ลักษณะกิจกรรมที่เป็นการเรียนรู้เชิงรุก[36] มีดังนี้ 1) กระบวนการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมสร้างองค์ความรู้

และจัดระบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยให้ผู้เรียนคิดค้นนวัตกรรมทางสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน 2) พัฒนาให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้ความรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่า คิดสร้างสรรค์ เพื่อสร้างนวัตกรรมทางสุขภาพ 3) ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้และการประยุกต์ใช้กับบริบทปัญหาของชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน 4) จัดประสบการณ์การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้โดยการจัดฐานปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วยการนวดพื้นฐาน การทำลูกประคบ การทำยาหม่อง การทำยาดมตามธาตุเจ้าเรือน และการทำน้ำสมุนไพร ขนม ยำสมุนไพรตามธาตุเจ้าเรือน และการทำเมี่ยงคำ 5) กิจกรรมเน้นให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเองอย่างมีเหตุมีผล มีโอกาสร่วมอภิปรายและนำเสนอผลงานจากการดำเนินโครงงาน การสร้างสรรค์นวัตกรรม และผลลัพธ์การเรียนรู้ 6) มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เรียน ผู้สอน และชุมชน



บทสรุป

การจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน ถือได้ว่ามีความสำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะและประสบการณ์ การเรียนรู้ตามแนวคิด Active Learning เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้กระทำลงไป โดยใช้ได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นโครงงานเป็นฐาน ชุมชนเป็นฐาน บูรณาการกลุ่มสาระวิชา และนวัตกรรม เพื่อให้ผู้เรียนเป็นพยาบาลจบใหม่มีคุณลักษณะบุคคลที่มีองค์ความรู้ ทักษะเจตคติ และคุณลักษณะอื่นตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากบทความ ในการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะวิชาการ ทักษะวิชาชีพ และทักษะชีวิต ตอบสนองต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา อาจารย์ผู้รับผิดชอบจัดทำหลักสูตร และอาจารย์ผู้สอน จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังระดับหลักสูตร (Program Learning Outcomes; PLOs) โดยมุ่งเน้นการจัดเรียนรู้เชิงรุก เพื่อการผลิตบัณฑิตให้เกิดสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านบทบาทจากการเป็นนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตในสถานประกอบการทางสุขภาพ

References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Core competencies of graduates with bachelor's degru, master's degree. doctoral. degree in nursing sciene, advanced nursing training courses at the diploma Levet and receiving a certificate lapproval letkr. Demonstrate knowledge and rx0ertise in nursing and midwifery and nursing specislties in the fuld fo nursing science. Nonthaburi; 2018 (in Thai)

2. Human Resources Policy and Strategy Coordination Group, Human Resources Management Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health Workforce and Service Reform Plan. Nonthaburi: Suetawan Publishing; 2019. (in Thai)
3. Siratirakul L, Chitpakdee B, & Sanongyard J. Happy workplace: The quality of the working life of new graduate nurses. Journal of Health and Nursing Education. 2021;27(1):182-92. (in Thai)
4. Ngaoket S, Tubsuri P, Meetham P, & Wonginta K. Development outcomes of registered Nurse's competency in Mukdahan Hospital. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2023;26(1):101-14. (in Thai)
5. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Ministerial Regulation on Higher Education Qualification Standards B.E. 2565. Royal Gazette. 2022;139(20 A):28-31. (in Thai)
6. Smith J, & Doe A. Nurse shortages during the COVID-19 pandemic. Journal of Nursing Management. 2021;29(6):1234-40.
7. Chaiya S, Siribanpitak P, & Sumettikoon P. Lifelong learning skills of university students: Theoretical framework. Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities. 2015;21(3):149-76. (in Thai)
8. Onthanee A. Perspectives on curriculum development through the national scheme of education B.E. 2560 - 2579. Journal of Education Naresuan University. 2020; 22(1): 366-80. (in Thai)
9. Muakyod P. 21st century learning activities and skills for Maejo University students. Journal of Social Sciences and Humanities 2018;44(1): 150–84. (in Thai)
10. Varee A, & Somsap Y. Integrating STEM education through project-based learning: towards excellence in nursing students. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022;24(2):36-45. (in Thai)
11. Duse CS, & Duse DM. The teacher of the generation Z. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences. 2016;23:690-7.
12. Dankner R, Gabbay U, Leibovici L, Sadeh M, & Sadetzki S. Implementation of a competency-based medical education approach in public health and epidemiology training of medical students. Israel Journal of Health Policy Research. 2018;7(1):1-8.
13. Office of the Education Council. Thailand education plan 2017-2036. Bangkok: Prigwhan Graphic Limited; 2017.
14. Chaonarin P, Chinatongkul C, & Chaisirithanya K. Administrative skills in 21st century of administrators in faculty of nursing under private higher education institution of Thailand. The Journal of Research and Academics 2021;5(1):113-28. (in Thai)
15. Tummeepukdee P, Wongwatthanaphong K, & Dokchan P. Analysis of actors affecting transformational leadership in 21st century of northern nursing school administrators. Journal of Social Science and Cultural. 2023; 7(2):500-16. (in Thai)
16. Kotra P, Phoklin S, & Krommuang A. Scenario of educational management of undergraduate nursing curriculum in the context of ASEAN community. Journal of Health Science Research 2017;11(2):19-27. (in Thai)
17. Bonwell CC, & Eison JA. Active learning: Creating excitement in the classroom. Washington DC:ERIC Clearinghouse on Higher Education; 1991.
18. Dechakupt P. Active learning combined with PLC for development. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)
19. Rittikoop W. Community-based learning: Effective pedagogy strategies for teachers in the 21st century. Graduate School Journal Chiang Rai Rajabhat University. 2018;11(3):179-91. (in Thai)

20. Songkram N. Creating innovation turns students into innovators. 6th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2022. (in Thai)
21. Wutthirong P. Innovation management: resource learning organization and innovation. 1st ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2014. (in Thai)
22. Knapper CK, & Cropley AJ. Lifelong learning in higher education. 3rd ed. London: Kogan Page; 2000.
23. Srikanok W, Injui R, & Srirath J. Learning by Using Concept Based Instruction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3):10-8. (in Thai)
24. Lilek J, Chukumnerd P, & Thongsuk P. Factors Predicting Work Engagement Among Generation Y Nurses in Tertiary Hospitals, Southern Thailand. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2022;42(1):35–48. (in Thai)
25. Kuewong G, & Oumtanee A. Stress of newly graduated nurses working at an intensive care unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2):158-65. (in Thai)
26. Chupan S. Generation Y professional nurses: A challenge for nursing administrators. Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 2018;28(1):1-12. (in Thai)
27. Hisel ME. Measuring work engagement in a multigenerational nursing workforce. Journal of Nursing Management. 2020;28(2): 294-305.
28. Wattanapansak A, Pitsachart N, & Ritluegkra S. Leadership for innovative work behavior for nurse generation gen y. Journal of Mahachulalongkorn Ubonratchathani. 2020; 5(3):529–40. (in Thai)
29. Rungwachira O, Tangwancharoen S, & Kiatkanon K. Management of learning in modern world to enhance the characteristics of the new generation. Journal of UBRU Educational Review (Online). 2021;1(1):97-106.
30. Piphatpawan B. Role transition from student nurses to registered nurses. Journal of Nurses Association of Thailand northern office. 2019;25(2):52-62 (in Thai)
31. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of registered nurses. Bangkok: Siriyoad Publishing; 2018. (in Thai)
32. Pongsathonviboon K. Lifelong learning and nursing professional. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(3):1-9. (in Thai)
33. Buachu T. A study of the opinion of teaching and learning models of undergraduate nursing curriculum, Phetchaburi Rajabhat University in the 21st century. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018;30(3):26-37. (in Thai)
34. Tamarpirat N, & Oumtanee A. Being a newly graduated nurse working under supervision of a mentor. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2)::32-40. (in Thai)
35. Chaubankoh S, Cheevakasemsook A, & Oumtanee A. A study of trait components of generation Y Thai professional nurses, regional hospitals of 5th regional health authority. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):155-62. (in Thai)
36. Office of the Basic Education Commission, Educational Supervision Unit, Ministry of Education. Guidelines for Supervision to Develop and Promote Active Learning in accordance with the Policy to Reduce Learning Time and Increase Learning Time. 2019. (in Thai)

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัด ในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ที่บ้านรามาธิบดีโมเดล

Role of Nurse Case Manager at Short Stay Service and Chemotherapy in The Ramathibodi Home–based Chemotherapy Model : RHCM

เยาวรัตน์ จันทราภรณ์ สุพรรณี ศรีสงวน* นพกาญจน์ วรรณการโสภณ
Yaowarat Chantraporn Suphannee Srisanguan* Nopakan Wannakansophon
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

โครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล เป็นการบูรณาการกระบวนการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบใหม่ ซึ่งผู้ป่วยจะนำยาเคมีบำบัดกลับไปบริหารต่อที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทและหน้าที่ที่มีความสำคัญ ท้าทาย มีสมรรถนะทางการพยาบาลเฉพาะด้านขั้นสูงในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงรอบการรักษา ส่งผลลัพธ์ต่อการหายของโรค มีความปลอดภัย ผู้ป่วยพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกระบวนการบริการพยาบาลมีความต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ก่อนการรักษา ตลอดจนระหว่างและหลังการบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณียังมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและเพิ่มสมรรถนะเฉพาะด้านทางการพยาบาล โดยการส่งเสริม ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และเป็นพี่เลี้ยงแก่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเครือข่ายทั่วประเทศที่มีการทำโครงการดังกล่าว

คำสำคัญ: พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, การบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน, สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

Abstract

The Ramathibodi Home Chemotherapy Model (RHCM) is an integrated process of cancer care for patients with colorectal cancer by a new multidisciplinary team approach. The patient is allowed to continue Chemotherapy administration at home. The case manager nurse plays a key and challenging role, possessing advanced nursing competencies in working with multidisciplinary teams. The goal is for patients to receive chemotherapy on schedule, improving treatment outcomes, ensuring safety, and enhancing patient satisfaction and quality of life. The nursing process is continuous, starting from before treatment, throughout

Corresponding Author: *E-Mail: stafan23@gmail.com

วันที่รับ (Received) 17 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 11 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 21 ธ.ค. 2567

the chemotherapy administration at home, and after care. Additionally, the case manager nurse has an essential role in nursing professional development and enhancing specialized nursing competencies by providing education, skills training, and mentoring for case manager nurses in network hospitals nationwide that implement this project.

Keywords: nurse case manager, home chemotherapy, central venous catheter

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 28.9 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 16.2 ล้านคนต่อปี[1] โรคมะเร็งมีกระทบด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตและผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ตลอดจนมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและยังมีการสูญเสียรายได้[2] โดยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นลำดับ 3 และเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทั้งหมด ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่มากกว่า 1.9 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 930,000 คนทั่วโลก[3] สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 11.2 ต่อประชากรแสนคน โดยจะพบในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามจากข้อมูลของโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยมีอายุน้อยลง[4] คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่เพิ่มขึ้นที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 540, 454, 575 รายตามลำดับ[5-7] พบผู้ป่วยส่วนมากโรคอยู่ในระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดและอาจมียามุ่งเป้าร่วมด้วย สูตรยาเคมีบำบัดมาตรฐานในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะลุกลามประกอบด้วยยาหลายชนิดร่วมกันได้แก่ยา oxaliplatin/5-fluorouracil(5-FU)/leucovorin (FOLFOX) หรือยาirinotecan/5-fluorouracil/leucovorin (FOLFIRI) ซึ่งสูตรยาดังกล่าวจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อบริหารยา 5-fluorouracil หยดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง (continuous infusion)[8] เนื่องด้วยข้อจำกัดของจำนวนเตียงบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาธิบดีมีไม่เพียงพอ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัดล่าช้า ไม่ตรงตามรอบการรักษา ส่งผลกระทบให้ผลลัพธ์การรักษาลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียด จากปัญหาดังกล่าว ทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์มะเร็งวิทยา พยาบาล และเภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จึงได้ริเริ่มพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลรูปแบบใหม่ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมภายใต้ชื่อ “โครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล (The Ramathibodi Home –based Chemotherapy Model : RHCM)” พยาบาลหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดจำเป็นต้องมีสมรรถนะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจากสภาการพยาบาล

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ สมรรถนะเฉพาะด้าน บทบาทหน้าที่สำคัญ และความท้าทายของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีปฏิบัติงานที่หน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดที่ให้การดูแลผู้ป่วยในโครงการดังกล่าว ตั้งแต่ก่อน-ระหว่าง และหลังการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

โครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล

RHCM เป็นการบูรณาการกระบวนการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโดยทีมสหสาขารูปแบบใหม่ จำเป็นต้องคำนึงถึง ประสิทธิภาพการรักษาต้องดีเท่าเทียมกับการบริหารรูปแบบเดิม ผู้ป่วยพึงพอใจ และที่สำคัญคือความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นจำเป็นต้องมีข้อกำหนดเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. มีสมรรถนะร่างกาย (performance status) น้อยกว่าเท่ากับ 2 โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพของร่างกายดี
3. สูตรการรักษา mFOLFOX หรือ mFOLFIRI ที่ได้รับยา5-FU หยดเข้าทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง

50 ชั่วโมง

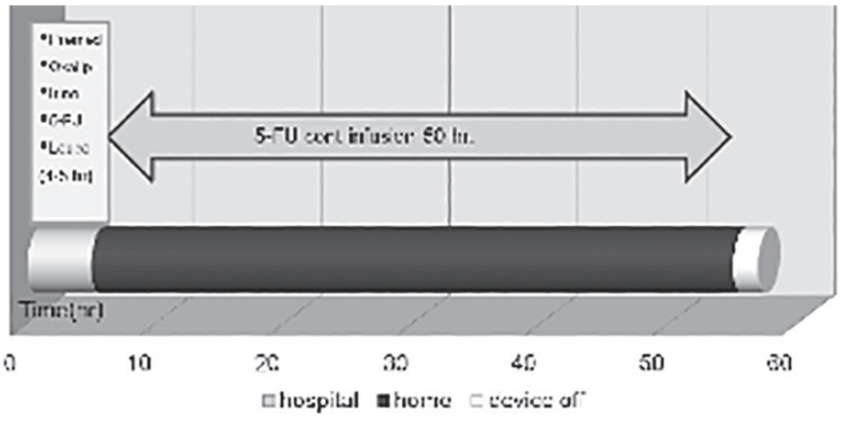
4. ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Port, Hickman หรือ PICC)

5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ซึ่งประเมินจากแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าร่วมโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านรามาธิบดีโมเดล โดยให้มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป

6. ยินดีเข้าร่วมโครงการและเซ็นชื่อยินยอม

รูปแบบการบริหารยาแบบกลับบ้าน

ในวันที่มารับยาเคมีบำบัด หลังพบแพทย์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและมีคำสั่งในการรักษาด้วยสูตรยา modifiedFOLFOX (mFOLFOX) หรือ modifiedFOLFIRI (mFOLFIRI) แบบ home chemotherapy ผู้ป่วยจะขึ้นมารับบริการที่หน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดเพื่อบริหารยา Oxaliplatin/Irrinotecan คู่กับ Leucovarin โดยใช้เวลาประมาณ 3-4 ชั่วโมง หลังจากนั้นบริหารยา 5-FU ซึ่งบรรจุใน elastomeric infusion pump ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน และกลับมาถอดอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลในวันที่ 4 หลังบริหารยา (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การบริหารยาเคมีบำบัดแบบกลับบ้าน โดย พว. สุวรรณี สิริเลิศตระกูล

นอกจากนี้จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน สรรหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับการบริหารยาที่บ้าน ดังนี้คือ 1) ดัดแปลงสูตรยาให้เหมาะสมกับการบริหารยาที่บ้าน 2) ใช้ elastomeric infusion pump เป็นอุปกรณ์ที่ใช้บริหารยาที่บ้าน 3) ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (ส่วนใหญ่มีการใช้ port) และที่สำคัญคือ 4) มีพยาบาลผู้ที่มีสมรรถนะเฉพาะด้านการบริการยาเคมีบำบัด เพื่อพัฒนาเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

สมรรถนะของพยาบาลเคมีบำบัดในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

ยาเคมีบำบัดจัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) กล่าวคือมีความเสี่ยงต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลผู้บริหารยา ดังนั้นพยาบาล จึงควรมีสมรรถนะในการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยสูงสุด สมรรถนะของพยาบาลเคมีบำบัดในสังกัดโรงพยาบาลของรัฐควรมีสมรรถนะดังต่อไปนี้[2]

1. สมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับชนิดยาเคมีบำบัด ยามุ่งเป้า ยาภูมิคุ้มกันบำบัด กลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง และการบริหารยา เป็นสมรรถนะหลักที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัด สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความชำนาญและทักษะในการบริหารยาทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ถูกต้อง ตลอดจนการแก้ไขความผิดปกติเบื้องต้นก่อนพบแพทย์

2. สมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการตัดสินใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดให้ทันท่วงทีได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ และผู้ป่วยปลอดภัยก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ยกตัวอย่าง เช่น ปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity reaction) จากยา oxaliplatin ในผู้ป่วยที่บริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน พยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการวิเคราะห์ และบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมสหสาขา

วิชาชีพ เพื่อเป้าหมายด้านคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยในทุกขั้นตอนของการบริหารยาเคมีบำบัด เป็นต้น

3. สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัด พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วย ทั้งในครอบครัวและทางสังคม ในรายที่ได้รับการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการร่วมทีมผู้รักษาทุกขั้นตอนของการบริหารยาตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลตลอดจนกลับบ้าน การเตรียมความพร้อมเป็นที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อความปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยจนมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติตัวและสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

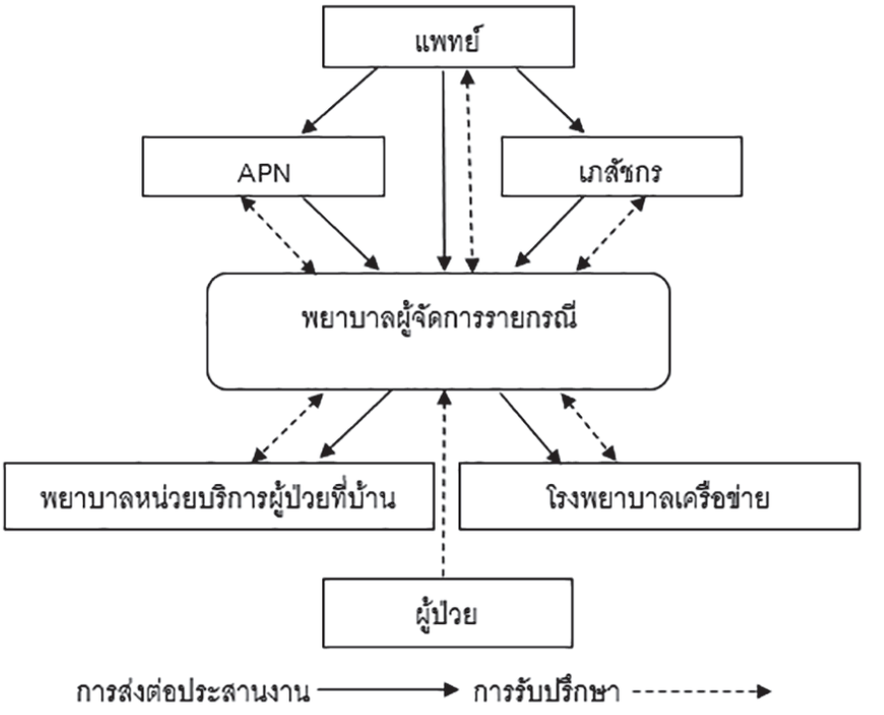
4. สมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กลไกการเกิดโรคมะเร็ง การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ร่วมกันผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

5. สมรรถนะด้านการสื่อสาร การสอน การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว กลับไปดูแลตนเองที่บ้านต่อได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน ต้องสามารถประเมินอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดได้ทั้งขณะรับยาและหลังได้รับยาเคมีบำบัด จัดการสิ่งแวดล้อมขณะให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านตลอดจนการจัดการกับภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นที่บ้าน และสามารถแจ้งพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

6. สมรรถนะด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ พยาบาลให้ข้อมูลที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกรักษาพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย โครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน เล็งเห็นสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วย พยาบาลจะให้คำแนะนำ อธิบายกระบวนการบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การบริหารยาที่บ้านช่วยผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่บ้านได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ ซึ่งเสรีภาพเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์

7. สมรรถนะด้านการพัฒนาความรู้และการวิจัย พยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาเคมีบำบัดจึงต้องมีองค์ความรู้ด้านการวิจัย นวัตกรรม และนำผลการวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย ซึ่งโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน เป็นหนึ่งในนวัตกรรมและผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดและสามารถอยู่ที่บ้านกับครอบครัวได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสังคมที่ดีขึ้น

พยาบาลเคมีบำบัดในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน มีความจำเป็นจะต้องใช้สมรรถนะของพยาบาลเคมีบำบัดทั่วไปดัง 7 สมรรถนะและจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบำบัดระยะสั้นซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพิ่มอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญคือ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager) เป็นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในทีมสหสาขาดังภาพที่ 2 ที่มีส่วนรวมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรับการรักษาตลอดจนติดตามต่อเนื่องที่บ้านจนจบการรักษา



ภาพที่ 2 การปฏิบัติงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีบริหารจัดการ

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

ความหมายและแนวคิดของการจัดการรายกรณี

สมาคมผู้จัดการรายกรณีของสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายของ การจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการของความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน การดูแลร่วมกัน การประเมินผลของการดูแล และการส่งเสริมการบริการ แนะนำแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพที่มีคุณภาพแก่บุคคลและครอบครัว ให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ สร้างทางเลือกและให้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลผ่านการสื่อสาร การค้นหาและจัดสรรทรัพยากรและความคุ้มทุนด้านการรักษาพยาบาล[10] บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[11] ประเทศไทยได้นำแนวคิดการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองครอบคลุมทุกมิติ อย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพการดูแล รักษา รวมถึงการฟื้นฟูและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ[12] เนื่องจากโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน มีกระบวนการดูแลรักษา และบริหารยาเคมีบำบัดต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลตลอดจนผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนั้นทีมพยาบาลหน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัด เล็งเห็นความสำคัญของการให้บริการดูแลต่อเนื่องดังกล่าวเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงได้นำแนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มาร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกกระบวนการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองและประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนวางแผนการจำหน่าย ประสานงานสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย มีการติดตาม ประเมินผลหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นที่ปรึกษาหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปดูแลตนเองที่บ้านอย่างปลอดภัยภายใต้ความต้องการอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล ซึ่งสามารถลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ไม่มีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล[13] ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีถือเป็นคุณสมบัติของผู้นำทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถ

ยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน[14] พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกระบวนการดังต่อไปนี้

บทบาทของพยาบาลก่อนการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร mFOLFOX หรือ mFOLFIRI แพทย์อายุรกรรมสาขาโรคมะเร็งจะส่งปรึกษาพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคมะเร็งและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อร่วมประเมินและพิจารณาการเข้าร่วมโครงการ ฯ อย่างรอบด้าน ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยจะพิจารณาจาก 1) ความต้องการทางด้านสุขภาพและสังคม ตลอดจนความต้องการเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วยและครอบครัว 2) ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย น้อยกว่าเท่ากับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่ได้บางส่วน แต่ต้องใช้เวลาในการพักผ่อนมากขึ้น 3) ผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อบริหารยาเคมีบำบัด 4) สิ่งแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก การเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้บ้านสะดวก 5) มีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือ และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องขณะบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้านได้ 6) มีครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่สามารถติดต่อสื่อสารและร่วมดูแลผู้ป่วยได้กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน 7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ฯ

2. ให้ความรู้และฝึกทักษะในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวผ่านเกณฑ์การประเมินและเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถกลับไปดูแลตนเองขณะบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยใช้หลัก D-METHOD ดังนี้

1) D : Diagnosis: โดยประเมินการรับรู้เรื่องโรค การเจ็บป่วย แผนการรักษา และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ โดยเฉพาะข้อมูลการดูแลตนเองที่บ้านขณะบริหารยาเคมีบำบัดและหลังยาหมด

2) M: Medication: อธิบายอาการข้างเคียงจากยาที่อาจจะเกิดขึ้นที่บ้านได้ ตลอดจนรายการยาที่ได้รับกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนนี้จะมีเภสัชกรให้ความรู้ร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เช่น อาการชาและสีผิวที่เข้มขึ้นในบริเวณปลายมือ-ปลายเท้า ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้ในผู้ป่วยได้รับยา oxaliplatin โดยอธิบายอาการดังกล่าวว่าสามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตรนี้จนกว่าจะครบระยะเวลาในการรักษา เป็นต้น

3) E: Environment: เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่กดการทำงานของไขกระดูก พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยลดการติดเชื้อที่บ้าน ได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ หรือทุกครั้งหลังหยิบจับสิ่งของหรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ การสวมใส่หน้ากากอนามัยก่อนออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ และการจัดการสิ่งคัดหลั่งที่บ้าน เช่น ปิดฝาชักโครกและกดชักโครกอย่างน้อย 2 ครั้ง หลังขับถ่ายหรืออาเจียน กรณีมีทวารเทียม (colostomy) แนะนำใส่ถุงมือกรณีญาติหรือผู้ป่วยต้องล้างถุง แนะนำให้ผู้ป่วยชายนั่งปัสสาวะแทนการยืนเพื่อลดการปนเปื้อนด้านนอก แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อต้องสัมผัส bed pan กระบอกปัสสาวะหรือกระโถน และทำความสะอาดอุปกรณ์ด้วยน้ำและน้ำสบู่[15] ควรซักแยกเสื้อผ้าเปื้อนยาเคมีบำบัด

4) T :Treatment ให้ความรู้และสอนสาธิตวิธีการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฝังพอร์ท ไม่มีแผล ไม่บวม แดง ร้อน หรือมีหนอง สอนสาธิตการดูแล การตรวจสอบ และประเมินการทำงานอุปกรณ์บริหารยา (elastomeric pump) ตลอดจนสอนแสดง ทวนสอบความเข้าใจและการปฏิบัติกรณียาเคมีบำบัดหก รั่วไหล ที่บ้านโดยใช้ชุด home chemotherapy kit ได้อย่างถูกต้อง การจัดการขยะเคมีที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

5) H : Health แนะนำการดูแลสุขภาพในกิจกรรมที่สามารถทำได้ และกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น การทำอาหารในห้องครัวที่มีอุณหภูมิสูง อาจส่งผลต่ออัตราการไหลของยาเคมีบำบัดใน elastomeric pump ได้ หรือกรณีผู้ป่วยได้รับยา oxaliplatin แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสของเย็น เช่น การเปิดประตูตู้เย็น การดื่มน้ำเย็น เนื่องจากความเย็นจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการชาบริเวณปลายมือ-ปลายเท้ามากขึ้น แนะนำให้อมน้ำเกลือกลั้วปากบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบ

6) O : Out patient จัดหาช่องทางการติดต่อสื่อสาร

ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผ่านทาง Rama application Line application และโทรศัพท์ติดตาม ประเมิน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานของอุปกรณ์บริหารยา อาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะบริหารยาเคมีบำบัดต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาใช้เครื่องมือ Oncology Triage Tool ที่สร้างขึ้นโดยทีม RHCM ซึ่งประกอบไปด้วย 7 อาการข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร mFOLFOX หรือ mFOLFIRI ได้แก่ ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อ่อนเพลีย แผลอักเสบในช่องปาก และชาปลายมือ-ปลายเท้า โดยแต่ละอาการจะมี 5 ระดับ คือ 0-4 และวิธีการจัดการอาการดังกล่าวในแต่ละระดับ เช่น ท้องเสีย ระดับ 0 คือไม่มีอาการท้องเสีย ระดับ 1 คือถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 4 ครั้ง/วัน การจัดการอาการใน ระดับ 1 ดังกล่าวคือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตอาการต่อที่บ้านและจิบเกลือแร่ตลอดจนรับประทานยาแก้ท้องเสียตามแพทย์สั่ง ระดับ 2 คือถ่ายอุจจาระเพิ่มมากกว่าเท่ากับ 4-7 ครั้ง/วัน แต่ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวัน วิธีการจัดการคือให้แก้ไขเหมือนระดับ 1 ให้ติดต่อพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้คำแนะนำในการจัดการกับปัญหา ระดับ 3 คือ ถ่ายอุจจาระเพิ่มมากกว่า 7-10 ครั้ง/วัน วิธีการจัดการคือให้แก้ไขเหมือนระดับ 2 และระดับ 4 คือ ถ่ายอุจจาระเพิ่มมากกว่า 10 ครั้ง/วัน ร่วมกับมีเลือดปน ให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยจะมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับแผนกฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้กำหนดรูปแบบบริการถอดชุดอุปกรณ์ยาเคมีบำบัดออก 3 ช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาเลือกรับบริการตามความเหมาะสม ดังนี้คือ 1) ที่หน่วยบำบัดระยะสั้นและเคมีบำบัดของโรงพยาบาลรามาธิบดี 2) ที่บ้านโดยมีพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านไปบริการถอดอุปกรณ์ที่บ้าน และ 3) โรงพยาบาลเครือข่ายทั่วประเทศ

7) D : Diet พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้ความรู้และคำแนะนำด้านภาวะโภชนาการ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โปรตีนสูง สุกใหม่ สะอาด เพื่อช่วยสร้างเม็ดเลือดและฟื้นฟูร่างกายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

บทบาทของพยาบาลระหว่างการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

1. บริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

การบริหารยาเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญหนึ่งของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งต้องมีคุณสมบัติและสมรรถนะเฉพาะด้าน บุคลากรต้องมีการยึดตามมาตรฐานแนวปฏิบัติการบริหารยาเคมีบำบัด[16] ดังนี้ คือ ทำการตรวจทานและทวนสอบความถูกต้อง ได้แก่ชื่อ-นามสกุล และวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา คำสั่งการรักษา ชนิดและขนาดยา พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องคำนวณค่าพื้นที่ผิวร่างกาย (Body Surface Area, BSA) เพื่อนำมาคำนวณขนาดยา นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องประเมินความพร้อมของร่างกาย สัญญาณชีพ ผิวหนังบริเวณที่ฝัง port อยู่และการทำงานของ port จากนั้นเริ่มบริหารยาตามคำสั่งการรักษา เริ่มจากบริหารยาแก้แพ้และตามด้วยตัวยา oxaliplatin หรือ irinotecan พร้อมกับ leucovorin ตามด้วย 5-FU (bolus injection) และตามด้วย 5-FU ผสมในน้ำเกลือบรรจุใน elastomeric pump เป็นลำดับสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยนำยาบริหารต่อเนื่องที่บ้าน 50 ชั่วโมง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2 คน ร่วมกันทวนสอบความถูกต้องการทำงานของอุปกรณ์อีกครั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ สายที่ต่อจาก elastomeric pump และ port ต้องไม่หักพับ งอ การติดยึดพลาสเตอร์กับผิวหนัง อุปกรณ์บริหารยามีรูปร่างสมมาตร ไม่มียารั่วซึม clamp ต้องเปิดทั้ง 2 ตัว พยาบาลจะนัดหมายถอดอุปกรณ์ในวันที่ 4 ของการบริหารยา สิ่งสำคัญก่อนจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ส่งเสริมให้กำลังใจ และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะติดตาม ประเมินอาการ และการทำงานของอุปกรณ์ใน 3 รอบการรักษาแรก และเปิดโอกาสให้ติดต่อสื่อสารได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตามช่องทางที่ระบุดังกล่าวเบื้องต้น

2. ประสานงานส่งต่อการรักษา

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาฯ เป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษาพยาบาล เป็นผู้รับรู้ปัญหา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยและจัดการเบื้องต้น แต่หากปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนและเฉพาะด้าน เช่น กรณียาเคมีบำบัดรั่วซึม ต้องมีการจัดการเบื้องต้นกับผู้ป่วย ลดการปนเปื้อนสารเคมีกับครอบครัวผู้ดูแล

และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน นอกจากนี้ต้องประสานงานส่งต่อโดยการแจ้งอายุรแพทย์มะเร็งเจ้าของไข้ และเภสัชกรเตรียมยาเพื่อคำนวณยาที่เหลือและเตรียมยาใส่อุปกรณ์ชุดใหม่ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยคือ แพ้ยา oxaliplatin ระหว่างบริหารยาในรอบการรักษาตั้งแต่ครั้งที่ 6 ขึ้นไป[17] พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะต้องมีสมรรถนะในการประเมินอาการและความรุนแรง รวมทั้งสามารถจัดการการแพ้ยาเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและต้องมีการประสานงานรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรีบให้การรักษาเพิ่มเติม และประสานงานไปยังเภสัชกรร่วมประเมิน ออกบัตรแพ้ยาและลงข้อมูลการแพ้ยาในระบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล ซึ่งระบบจะมีการแจ้งเตือนทุกครั้งที่มีคำสั่งยาเดิมเพื่อป้องกันการได้รับยาแพ้ซ้ำ ในรายผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลไม่สะดวกเดินทางมาถอดอุปกรณ์ที่หน่วยบำบัดระยะสั้น และเคมีบำบัดโรงพยาบาลรามาธิบดี พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องประสานงานส่งต่อกับพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านเพื่อไปถอดอุปกรณ์ที่บ้าน หรือกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

บทบาทของพยาบาลหลังการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

บทบาทผู้ติดตาม ประเมินผล และการให้คำปรึกษา

หลังจากผู้ป่วยนำอุปกรณ์บรรจุยาเคมีบำบัดไปบริหารต่อที่บ้าน 50 ชั่วโมง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมีบทบาทหน้าที่ในการติดตาม และประเมินผล การทำงานของอุปกรณ์ ผลข้างเคียงและอาการผิดปกติต่าง ๆ พยาบาลให้คำปรึกษาและคำแนะนำ เพื่อการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวผ่านทางช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยสะดวก มีการรายงานและบันทึกข้อมูลเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและผลลัพธ์แก่ทีมรับทราบในวันที่ 1 และ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และทบทวนวันนัดหมายการถอดอุปกรณ์บริหารยาเคมีบำบัดออกตามรูปแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก กรณีผู้ป่วยมีปัญหาและเหตุฉุกเฉินเร่งด่วนที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานแจ้งแพทย์เจ้าของไข้และแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือโรงพยาบาลเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนแหล่งประโยชน์จากพยาบาล และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้ตลอดเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีทักษะการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพที่บ้านได้[18]

บทบาทอื่น ๆ ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านของโรงพยาบาล ได้แก่ บทบาทการเป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในโครงการ ฯ ของโรงพยาบาลเครือข่ายทั่วประเทศ บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิและร่วมผลักดันนโยบายระดับประเทศให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงสามารถเข้าถึงการรักษาในโครงการ ฯ ได้ในทุกสิทธิการรักษา และบทบาทนักพัฒนานวัตกรรมการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในรูปแบบใหม่

สรุป

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในโครงการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านเป็นบทบาทและหน้าที่มีความท้าทาย และใช้องค์ความรู้ใหม่ตลอดจนสมรรถนะขั้นสูงในการให้การพยาบาลร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพทั้งก่อน-ระหว่าง-หลังการบริหารยาเคมีบำบัดทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามรอบและส่งผลต่อการหายของโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมการบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญและเกิดความยั่งยืนต่อการบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่แห่งแรกของประเทศไทย โดยโรงพยาบาลที่มีความสนใจสามารถเข้ามาศึกษาดูงานเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยในลำดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ พว. สุวรรณี สิริเลิศตระกูล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และพว. ภิญโญ อุทธิยา หัวหน้าหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องของบทความนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมผู้บริหารทุกท่านที่ผลักดันและสนับสนุนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

References

1. National Cancer Institute. Why Global Cancer Research Is Critical to Progress against the Disease; 2022.
2. National Cancer Institute. Public Health Research and Cancer; 2023.
3. National Cancer Institute. Why Global Cancer Research Is Critical to Progress against the Disease; 2022.
4. National Cancer Institute. Department of Medical Services. Ministry of Public Health. Guidelines for Screening, Diagnosis, and Treating Colorectal Cancer. 3rd ed. Kositpress, Bangkok; 2021. (in Thai)
5. Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Cancer Report 2022. 1sted. Bangkok. Ramathibodi Tumor Registry; 2021. (in Thai)
6. Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Cancer Report 2022. 1sted. Bangkok. Ramathibodi Tumor Registry; 2022. (in Thai)
7. Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Cancer Report 2022. 1sted. Bangkok. Ramathibodi Tumor Registry; 2023. (in Thai)
8. Sirilerttrakul S, Wannakansophon N, Utthiya P, Ckumdee S, Tangteerakoon P, & Chansriwong P. Evaluation of adverse events and health-related quality of life in patients with colorectal cancer receiving ambulatory home-based chemotherapy in Thailand. Nursing open, 2021;8(6):3036–44. (in Thai)
9. Ramathibodi Hospital. Ramathibodi home-based chemotherapy model. Disease Specific Certification; 2023. (in Thai)
10. Sindhu S, & Wongrod P. editor. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension 2nd ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing; 2014. (in Thai)
11. ADM P, & Sandhi A. Implementation of nursing case management to improve community access to care: A scoping review. Belitung nursing journal 2021;7(3):141–50.
12. Chunlakasin P, Nasae T, & Chukumnerd P. Ethical Decision Makings of Nurse Case Managers for Chronic Diseases in General Hospitals of Southern Part of Thailand. Songklanagarind Journal of Nursing 2021;41(3):24-34. (in Thai)
13. Sotiluk U, & Wisesrith W. Effects Of Case Management Combined With Palliative Care Modelin Patients With Metastatic Cancer On Length Of Stay And Quality Of Nursing Care. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18 (suppl.2):68-75. (in Thai)
14. Pawapootanon W, Noimuenwai P, & Thongkhamrod R. Effect of Strategic Leadership among Nursing Executives and Relationships Among Nursing Team on Safety Cultures in the New Normal Era at Kalasin Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2024;25(2):221-30. (in Thai)
15. Polovich M, Olsen MM. Safe Handling of Hazardous Drugs. 3rd ed. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society; 2018.
16. MiKaela MO, Kristine L, Suzanne LW, & Elizabeth PD. Chemotherapy and Immunotherapy Guidelines and Recommendations for Practice. 2nd ed. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society; 2023.
17. Selcuk A, & Yıldız B. Oxaliplatin-induced hypersensitivity reactions: risk factors and management. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2023;27(6):2 640-5.
18. Poonsamer O, Wirojratana V, Jitramontree N, & Thosingha O. The Relationships Between Knowledge of Chemotherapy Treatment, Skills of Self-Care, Social Support and Well-Being During Transition Among Older Patients with Cancer Receiving Chemotherapy. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2014; 15(2):368-77. (in Thai)

เสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวน สำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด

Development of a Heated Breast Compress and Massage Device Using Rotational Wave Vibration Technology to Stimulate Postpartum Breast Milk Expression

รสจรินทร์ รัตนสุนทร*[1] วรัญญา แสงพิทักษ์[2] ศุภชัย ยิ่งเจริญ[3]

Rodjarin Rattanasoontron*[1] Waralya Sangpithak[2] Suphachai Yingcharoen[3]

[1]**คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10800**

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

[2]**คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000**

[2]**Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand 11000**

[3]**คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000**

[3]**Faculty of Health Science, Christian University, Nakhon Prathom, Thailand 73000**

บทคัดย่อ

นมแม่ถือเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับลูกเพราะมีสารอาหารที่สมบูรณ์ช่วยในการเจริญเติบโตของเด็กมีสารอาหารที่สำคัญกว่า 200 ชนิด เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว สารในระบบภูมิคุ้มกันจากแม่ที่มีผลต่อทารก เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย แต่ถ้าพบอาการคัดเต้านมจะมีผลทำให้มารดาเกิดความเครียดหลังคลอด เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาการให้นมหลังคลอด เสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมจึงเป็นตัวช่วย ด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด จะติดตั้งชุดให้กำเนิดความร้อนแบบไฟฟ้ากระแสตรงกำลังงาน 10 วัตต์ โดยใช้ลวดความร้อนชนิดนิโครม และมอเตอร์แรงเหวี่ยงหนีศูนย์กลางวัสดุที่ใช้ออกแบบเป็นลวดจะมีค่าความต้านทานต่อความยาวมีค่าคงที่ขณะจ่ายกระแสไฟฟ้า ค่าความต้านทานจะไม่เปลี่ยนแปลงทำให้การควบคุมความร้อนที่กำเนิดออกมาควบคุมได้ แนวคิดการออกแบบวัสดุที่นำมาสร้างชุดให้กำเนิดความร้อนออกแบบให้เป็นส่วนหนึ่งของเสื้อชุดชั้นในที่ออกแบบให้เข้ารูป ป้องกันความร้อนผิวรอยต่อท่อไฟเบอร์ใยแก้วเป็นฉนวนกั้น กลไกนวดเต้านมแบบสั่นหลายทิศทางใช้กลไกเหวี่ยงแบบไม่สมดุลมอเตอร์รอบหมุนสูงปรับค่าแรงสั่นแบบสัมพันธ์ ควบคุมการทำงานด้วยไมโครคอนโทรเลอร์ทำงานโดยแรงดันไฟฟ้ากระแสตรง 12 โวลต์ จ่ายพลังงานแบตเตอรี่ลิเทียม โพลิเมอร์ ขนาด 11.7V 5200mA 30C

คำสำคัญ : เสื้อประคบร้อน, นวดเต้านม, การสั่นแบบคลื่นหมุนวน, การหลั่งน้ำนม, แม่หลังคลอด

Abstract

Breast milk is beneficial to the baby because it contains complete nutrients that help the baby grow. It contains more than 200 important nutrients, such as white blood cells, immune system substances from the mother that affect the baby, suitable for the growth of the body. However, if the breasts are engorged, it will cause stress to the mother after childbirth. To help solve the problem of breastfeeding after childbirth, a hot

Corresponding author : * E-mail: rodjarin.r@sci.kmutnb.ac.th

วันที่รับ (received) 6 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.พ. 2568

compress and breast massage shirt is a helper. With a swirling vibration technique to accelerate the secretion of milk in mothers after childbirth, it will be equipped with a 10-watt DC electric heating set using a nichrome heating wire and a centrifugal motor. The material used in the design is a wire that has a constant resistance value when supplying electricity. The resistance value will not change, allowing the control of the heat generated to be controlled. The design concept of the material used to create the heating set is designed to be a part of the underwear that is designed to fit the shape, preventing heat. The fiberglass pipe joint surface is an insulator. The multi-directional breast massage mechanism uses an asymmetric swing mechanism. The high-speed motor adjusts the relative vibration value. Controlled by a microcontroller. It works with a DC voltage of 12 volts, powered by a 11.7V 5200mA 30C lithium polymer battery.

Keywords : Hot compress, Breast massage, Swirling vibration, Lactation, Postpartum motherhood

บทนำ

นมแม่ถือเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับลูกเพราะมีสารอาหารที่สมบูรณ์ช่วยในการเจริญเติบโตของเด็กให้สมกับช่วงวัย มีสารอาหารเป็นส่วนประกอบต่างๆ ที่สำคัญกว่า 200 ชนิด เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว สารในระบบภูมิคุ้มกัน ฮอร์โมนสารคัดหลั่งจากแม่ที่มีผลต่อสุขภาพทารก เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายแต่ถ้าพบอาการคัดเต้านม พบภาวะอาการบวม และร้อนเต้านมปรากฏเต้านมมีสีแดงขึ้น ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดหลังคลอดและทำให้ทารกเกิดภาวะตัวเหลืองได้ การสร้างน้ำนมในระยะหลังคลอดหรือระยะ Lactogenesis II เกิดขึ้นหลังรกคลอดระดับฮอร์โมน โปรเจสเตอโรนจะลดลงอย่างรวดเร็วขณะที่ฮอร์โมนโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงขึ้นกระตุ้นให้เกิดการสร้างน้ำนมในระยะ 3 วันแรกหลังคลอดหากทารกได้ดูดกระตุ้นหรือมีการสัมผัสบริเวณหัวนมมารดาเกิดการส่งกระแสประสาทไปยัง Hypothalamus กระตุ้น Anterior pituitary gland ให้หลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มขึ้นเกิดการจับตัวกันของโปรแลคตินและ Receptor ที่บริเวณ Alveolar cell เพิ่มขึ้นส่งผลให้สกัดน้ำนมได้มากขึ้น การหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอด 1-2 วันแรกหลังคลอดเต้านมจะมีการขับน้ำเหลืองใสๆ ออกมาเป็นจำนวนน้อยเรียกว่าหัวน้ำนม ในมารดาครรภ์แรกจะมีน้ำนมในวันที่ 3-4 หลังคลอดและในครรภ์หลังจะมีน้ำนมในวันที่ 2 [1, 3]

การคัดตึงเต้านม เป็นภาวะที่มีการคั่งของน้ำนมเลือด หรือน้ำเหลืองภายในเต้านมทำให้เกิดอาการคัดตึงเต้านม เกิดจากสาเหตุ ร่างกายสร้างน้ำนมได้มากกว่าปริมาณที่ลูกกิน แม่ทิ้งช่วงการให้ลูกกินนมนานเกินไป ให้นมลูกไม่บ่อยพอ จำกัดเวลาการให้นมลูกหรือไม่ได้บีบออกในช่วงที่ลูกไม่ได้ดูด ทำให้มีน้ำนมสะสมในเต้ามาก คลำดูจะรู้สึกร้อน มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจนส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นที่บริเวณส่วนบนทางด้านนอกของเต้านมทั้งสองข้างและอาจจะขยายออกไปจนถึงบริเวณรักแร้อาการคัดตึงเต้านม ทำให้อาการคัดตึงเต้านมกระจายไปทั่วทั้งเต้านมและการคัดตึงเต้านมจะส่งผลให้มารดาเกิดความไม่สุขสบาย และไม่ต้องการให้นมทารก ส่งผลให้ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอได้ ซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหานมคัด คือ ประคบเต้านมด้วยวัสดุเก็บความร้อนอุณหภูมิ 38.4–47.3 องศาเซลเซียส เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาทีพบว่า เป็นอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับการบำบัด (Cameron, 2009) อุปกรณ์ที่ใช้ประคบควรใช้ผ้าขนหนูผืนใหญ่พอที่จะหุ้มเต้าได้โดยรอบตามด้วยการนวดคลึงเต้า หรือ บีบน้ำนมออกจนลานหัวนมนุ่มลง จะช่วยให้ลูกงับลานหัวนมง่ายขึ้น และ ให้ลูกดูดนมบ่อยมากขึ้นอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง - 2 ชั่วโมง 30 นาที ดูดให้ถูกวิธีเพื่อระบายน้ำนมออกจากเต้าให้ได้มากที่สุด และต้องให้ดูดในเวลากลางคืนด้วย มิฉะนั้นเต้านมจะคัดในวันรุ่งขึ้นอีกถ้าไม่สามารถให้นมลูกได้ตามเวลา ควรบีบน้ำนมออกเก็บไว้ รูปแบบการนวด-ประคบเต้านม[2,5]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าได้มีการวิจัยสร้างลูกประคบเจลโพลิเมอร์แบบอุ่นชื้น ผลิตจากเส้นใยโพลิเมอร์นำไปแช่ในน้ำร้อน 70 องศาเซลเซียส นำไปใช้ประคบเป็นเวลา 20 นาที พบว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาการหลั่งของน้ำนม คือ ให้ความร้อนชื้น (moist heat) โดยตรงแก่เนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งสำหรับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท โครงร่างและกล้ามเนื้อ เพื่อคลายกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่น

ลดปวดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ[4] โดยอาศัยหลักการถ่ายเทความร้อนจากอุปกรณ์แผ่นประคบร้อนเข้าสู่ผิวหนังและเนื้อเยื่อขณะทำการวางประคบ ผลิตภัณฑ์แผ่นประคบร้อนที่ใช้ในทางกายภาพบำบัดในปัจจุบันนั้น ส่วนใหญ่ต้องน้าเข้าจากต่างประเทศ ตลอดจนต้องใช้ร่วมกับถังต้ม ซึ่งเป็นครุภัณฑ์ที่มีราคาแพงและต้องใช้กระแสไฟฟ้าอยู่ตลอดเวลา ไม่สะดวกต่อการใช้งานในครัวเรือนและที่ทำงาน แนวทางการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประคบเต้านมด้วยชั้นในไออุ่น นำไปสวมใส่เพื่อประคบเต้านม ผลการศึกษาพบว่าลดภาวะคัดตึงเต้านมมารดาหลังคลอดได้มากกว่าผ้าชุบน้ำอุ่น 2.5 เท่า จึงเป็นที่มาให้เกิดนวัตกรรม **“เสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด”** เพื่อเน้นความสะดวกต่อการใช้งาน บรรเทาปวด ลดโอกาสเกิดเต้านมอักเสบที่ส่งผลต่อการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ โดยขอบเขตของการศึกษาสามารถควบคุมอุณหภูมิของเสื้อประคบร้อนได้ สามารถควบคุมทิศทางการสั่นของคลื่นหมุนวนได้ และสามารถปรับค่าแรงสั่นให้เหมาะสมกับเต้านมได้

วัตถุประสงค์

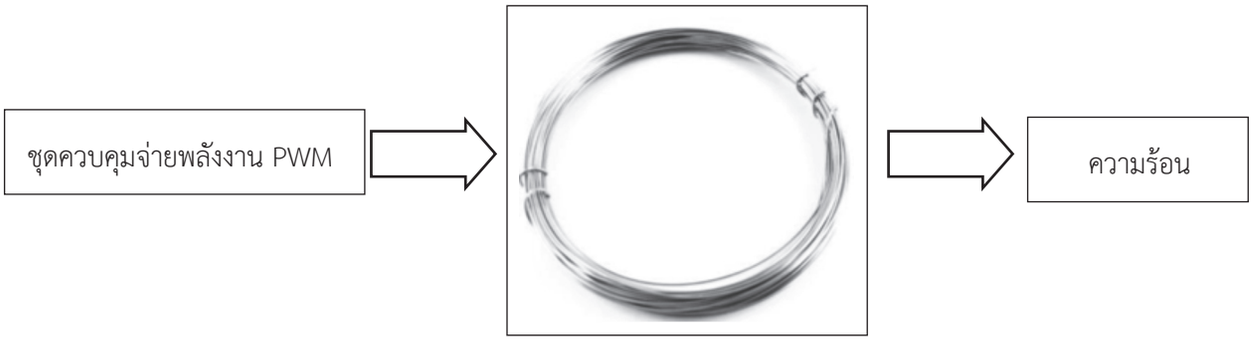
1. เพื่อออกแบบและพัฒนาเสื้อประคบควบคุมความร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอดและสะดวกต่อการพกพา

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของเสื้อประคบควบคุมความร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด

ขั้นตอนในการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนาเสื้อประคบควบคุมความร้อนและนวดเต้านมด้วยเทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุน ระบบกำเนิดอุณหภูมิแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการออกแบบสร้างเสื้อประคบที่ติดตั้งชุดให้กำเนิดความร้อนแบบไฟฟ้ากระแสตรงกำลังงาน 10 วัตต์ รูปที่ 1 ลวดความร้อนชนิดนิโครม (nichrome wire) โดยเป็นวัสดุที่ออกแบบได้โดยลวดจะมีค่าความต้านทานต่อความยาวมีค่าคงที่ ขณะจ่ายกระแสไฟฟ้า ค่าความต้านทานจะไม่เปลี่ยนแปลงทำให้การควบคุมความร้อนที่กำเนิดออกมาสามารถควบคุมได้ โดยแนวคิดการออกแบบวัสดุที่นำมาสร้างชุดให้กำเนิดความร้อนออกแบบให้เป็นส่วนหนึ่งของเสื้อชุดชั้นในที่ออกแบบให้เข้ารูป โดยป้องกันการเกิดความร้อนผิวรอยต่อด้วยการใช้ท่อไฟเบอร์ใยแก้วเป็นฉนวนกั้น

กลไกนวดเต้านมแบบสั่นหลายทิศทาง ใช้กลไกเหวี่ยง



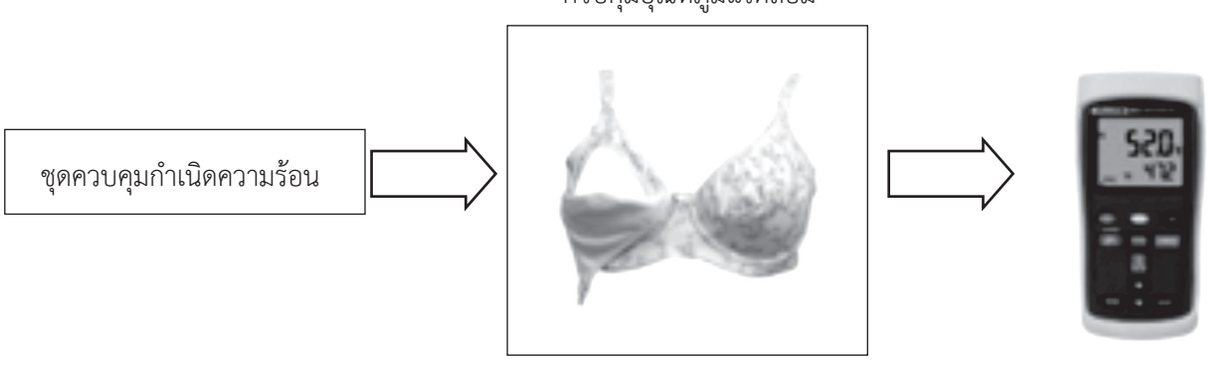
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการใช้ชุดควบคุมพลังงานให้กับลวดนิโครม

แบบไม่สมดุลมอเตอร์รอบหมุนสูงโดยสามารถปรับค่าแรงสั่นแบบสัมพันธ์ โดยจะออกแบบติดตั้งหลายจุดเพื่อใช้ในการทดลองเปรียบเทียบประสิทธิภาพที่ให้ผลมากที่สุด ควบคุมการทำงานด้วยไมโครคอนโทรเลอร์ โดยทั้งหมดทำงานโดยแรงดันไฟฟ้ากระแสตรง 12 โวลต์ ใช้แหล่งจ่ายพลังงานแบตเตอรี่ลิเทียม โพลิเมอร์ ขนาด 11.7V 5200mA 30C

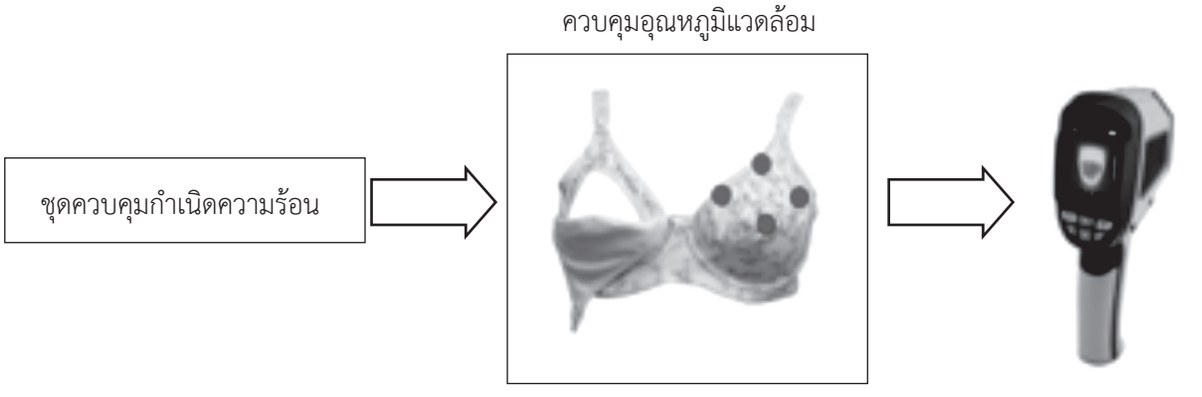
ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของชุดควบคุมความร้อนแบบไฟฟ้า โดยด้านความสามารถการควบคุมอุณหภูมิ เครื่องมือที่ใช้ เทอร์โมมิเตอร์แบบดิจิตอลแบบบันทึกค่า ภาพที่ 2 เพื่อใช้ทดสอบการควบคุมความร้อน ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างเพื่อจำลองการนำไปใช้งานทั้งในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ หรือ ห้องอุณหภูมิธรรมชาติ และทดสอบคุณสมบัติพื้นที่กระจายความร้อน เครื่องมือที่ใช้ กล้องถ่ายภาพความร้อน (thermoscan) ภาพที่ 3 ทดสอบค่าความ

ร้อนที่จุดกำเนิดแต่ละตำแหน่งเทียบเทียบกันโดยเป้าหมายของ การออกแบบต้องไกล้เคียงกัน

การออกแบบระบบกำเนิดคลื่นสั่นหมุนวนแบ่งงานออกเป็น 2 ส่วน ส่วนการออกแบบแนวคิดจากการแรงเหวี่ยงหนีศุน



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการทดสอบประสิทธิภาพของชุดควบคุมกำเนิดความร้อน

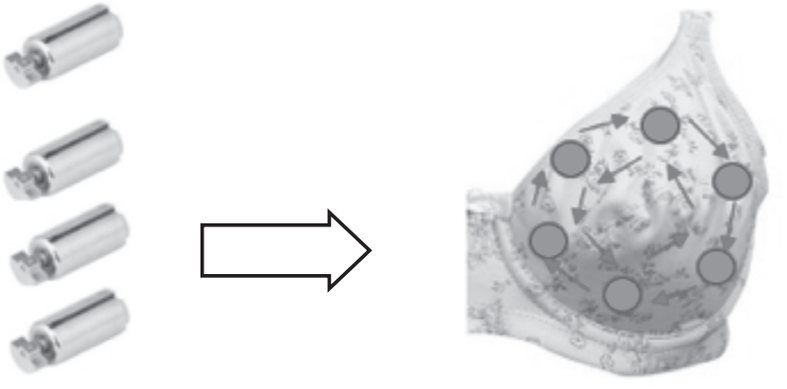


ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการทดสอบประสิทธิภาพของการควบคุมการกระจายความร้อนพื้นผิว

ยกลางดัง รูปที่ 4 โดยทิศทางแนวแรงจะเกิดขึ้นขนานกับทิศทางการหมุน ความถี่และความแรงคลื่น ควบคุมได้จากความเร็วรอบการหมุนของมอเตอร์ โดยแนวคิดจากหลักการของคลื่นน้ำที่กระทบตลิ่งแรงของคลื่นจะไม่เกิดพลังหากมีความถี่และยอดคลื่นเพียงคลื่นความถี่อย่างเดียว ผลของ ทำให้เกิดการหักแหการสอดแทรก ส่งให้เกิดทิศทางการเคลื่อนที่ของคลื่นในตัวนำ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ต้องการที่จะส่งคลื่นที่มีการคลื่นแบบหมุนวนลงไปยังเนื้อเยื้อรอบราวนมโดยให้เสมือนเป็นไปตามหลักการนวดฐานเต้านม โดยสามารถจัดรูปแบบทิศทางและความแรงของคลื่นในการทดลองได้

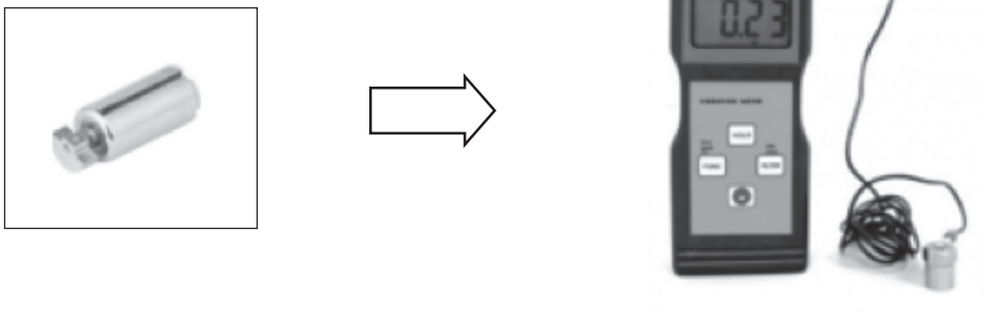
มอเตอร์แรงเหวียงหนีศูนย์กลางที่จะใช้ในการออกวิจัยเลือกใช้ความเร็วรอบ 5000 รอบต่อนาที แรงดันไฟฟ้ากระแส



รูปที่ 4 มอเตอร์สร้างแรงสั่นด้วยแรงเหวียงหนีศูนย์กลางติดตั้งแบบขนาน

ตรง 3 โวลต์ 100 มิลิแอมป์ ติดตั้งฐานกับแผ่นฐานเปลี่ยนความถี่คลื่นความถี่สูงเป็นความถี่ต่ำทำการยึดเป็นส่วนหนึ่งเสื้อประคบทับบนตัวให้กำเนิดความร้อน การทดสอบประสิทธิภาพของกำเนิดแรงสั่นใช้เครื่องวัดแรงสั่นสะเทือน ภาพที่ 5

เมื่อกำหนดแนวทางการสร้างเสื้อประคบและนวดเต้านมนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่



ภาพที่ 5 ทดสอบความแรงของคลื่นและความถี่ของคลื่น

ผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านกลไก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) ดำเนินการสร้างเสื้อประคบและนวดเต้านมที่เหมาะสมในการประคบ หลังจากสร้างเสร็จนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัครวิจัย โดยนำไปทดลองใช้แบบกลุ่มย่อย (Small group testing) พร้อมทำแบบวัดความปวดก่อนและหลังการประคบจากเสื้อประคบและนวดเต้านม ตรวจสอบค่าคะแนน และความคิดเห็นและประเมินคุณภาพข้อมูล

การทดสอบและการออกแบบ

ส่วนประกอบของเสื้อในประคบอุ่นนวดสั่น มี 4 ส่วน คือ ส่วนของแหล่งกำเนิดความร้อน ส่วนของแหล่งกำเนิดแรงสั่นสะเทือน ส่วนของแหล่งจ่ายพลังงาน และ ส่วนการควบคุมการทำงานของระบบ

การออกแบบในส่วนของแหล่งกำเนินความร้อน

แหล่งกำเนิดความร้อนโดยมีข้อจำกัดเรื่องแรงดันไฟฟ้า 12 โวลต์ กระแส 3 แอมแปร์ เป้าหมายของอุณหภูมิไม่น้อยกว่า 40 องศา มีการให้ความร้อนคงที่ทางผู้วิจัยได้มีวัสดุมาทำการทดสอบ 2 ชนิดคือ ลวดนิโครมเป็นวัสดุที่มีเป็นส่วนผสมกับนิเกิลกับโครเมียม หุ้มปลอกด้วยท่อใยแก้วเคลือบฉนวนไฟฟ้าขนาดปลอก 2 มิลลิเมตร และ คาร์บอนหุ้มซิลิโคนเทฟลอน ขนาด 3 มิลลิเมตร โดยมีการทดสอบค่าการแผ่สนามไฟฟ้าเพ่อใช้ในการพิจารณาโดยมีเป้าหมายค่าต่ำที่สุด น้อยกว่า 300V/m

เครื่องมือการทดสอบแหล่งกำเนิดความร้อน

1. แหล่งจ่ายไฟฟ้ากระแสตรง 12 V 3 A (โหมดแสดงค่ากระแส)

2. กล้องถ่ายความร้อน ความละเอียด 220*160 ขนาดความละเอียด 300000 พิกเซล ค่าความถูกต้อง ±2 C°/±2% ค่าความไวในการตรวจวัด 0.07 C°

3. มัลติมิเตอร์ PICOTEST M3500A 6 ½ Digit Multimeter

ขั้นตอนการทดสอบแหล่งกำเนิดความร้อน

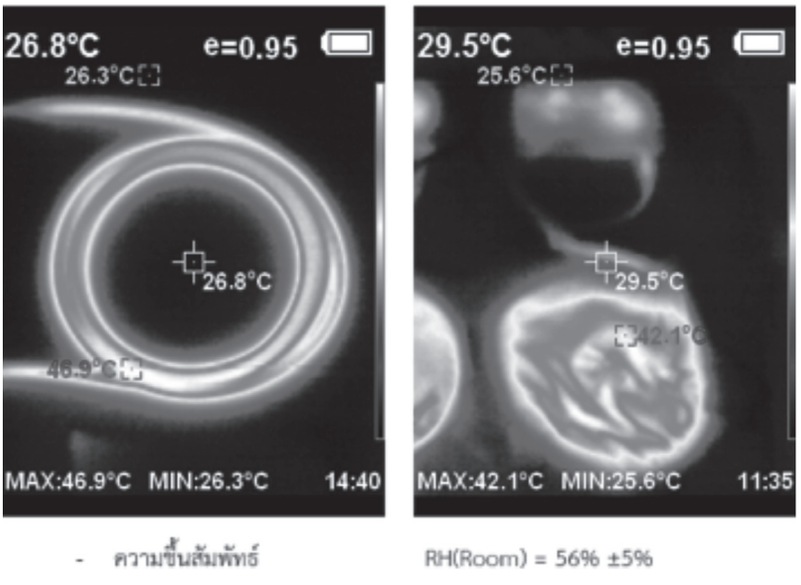
ตัดลวดนิโครม (Nichrome 60) ขนาด 0.25 มม คุณสมบัติ 0.288 ต่อ/ซม เป็นวัสดุทดสอบ A และคาร์บอนหุ้มซิลิโคนเทฟลอน (Teflen Silicon Cabon fibre) ขนาด 2 มม คุณสมบัติ 33โอห์ม/เมตร เป็นวัสดุทดสอบ B ตัดความยาว 100 ซม. ทำการวัดค่าความต้านทานเพื่อคำนวณ ค่าพลังงานกระแสที่ใช้เทียบกับค่าความร้อนที่ผลิตได้

วัดด้วยกล้องถ่ายภาพความร้อนเพื่อดูค่าการทำความร้อนและลักษณะสร้างความร้อน โดยการขดม้วนวัสดุทั้งสอง

วิธีการ \ ชนิดวัสดุ	ลวดนิโครม (Nichrome 60) [A]	คาร์บอนหุ้มซิลิโคนเทฟลอน (Teflen Silicon Cabon fibre) [B]
การคำนวณ	28.8 โอหม์	33.0 โอหม์
การวัดด้วยโอห์มมิเตอร์	30.5 โอห์ม	34.5 โอห์ม
ทำการจ่ายไฟเข้าลวดทั้งสองโดยอ่านค่าพลังงานที่ใช้ ขณะจ่ายแรงดันคงที่ 12 V		
วิธีการ \ ชนิดวัสดุ	**ลวดนิโครม (Nichrome 60) [A]**	**คาร์บอนหุ้มซิลิโคนเทฟลอน (Teflen Silicon Cabon fibre) [B]**
วัดด้วยแอมป์มิเตอร์	390 mA	340 mA

ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง วางบนพื้นไม้ทางสีดำ เพื่อใช้เป็นค่าอ้างอิงอุณหภูมิห้องที่ใช้ทดสอบ แสดงดังรูป 3-1

เปรียบเทียบโดยทดสอบจ่ายไฟนานเป็นเวลา 10 นาที และทำการวัดเทียบจำนวน 10 รอบ ช่วงเวลารอ 10 นาทีต่อรอบ



ภาพที่ 6 แสดงภาพถ่ายความร้อนที่วัดได้จากผิวและลักษณะการแผ่ความร้อน

การวัด พบว่าวัสดุ A มีค่าการกำเนิดความร้อน เฉลี่ย 46.3 c° ±0.3c° และวัสดุ B มีค่า 44.5 C° ±0.5c° มีค่าความแปรปรวนต่างกัน ±0.2c° ด้านประสิทธิภาพการให้ความร้อนไม่มีความแตกต่างกัน

การทดสอบคุณสมบัติการแผ่สนามไฟฟ้า

เครื่องมือที่ใช้ทดสอบ

1. Multi-Field EMF Meter TM-190 Tenmars (Electric Field mode) วัดได้สูงสุด 2000V/m ค่าความละเอียด 1V/m ค่าความแม่นยำ ±7%+50dgt

2. แหล่งจ่ายไฟฟ้ากระแสตรง 12 V 3 A (โหมดแสดงค่ากระแส)

ขั้นตอนการทดสอบ

ทำการจ่ายไฟเข้าวัสดุทั้งสอง ใช้เครื่องวัดสนามไฟฟ้าวัดค่าที่ผิวของวัสดุ การจัดวางเครื่องมือดังภาพที่ 7 ทำการวัดโดยจ่ายไฟเข้าวัสดุนาน 10 นาทีและทำการวัด และ ทำการวัดซ้ำ ระยะเวลาห่างหัน 10 นาที พบว่า ค่าการเกิดสนามไฟฟ้าของวัสดุคาร์บอนมีค่าการแผ่สนามไฟฟ้าต่ำกว่าลวดนิโครม แสดงค่าตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยความให้ตัวและผิวสัมผัสของวัสดุทั้งสอง ลวดนิโครม มีความแข็งและเปลี่ยนรูปแล้วไม่คืนตัว



ภาพที่ 7 ลักษณะการวางเครื่องมือวัดค่าการแผ่สนามไฟฟ้า

เครื่องมือวัด \ ชนิดวัสดุ	ลวดนิโครม (Nichrome 60) [A]	คาร์บอนหุ้มซิลิโคนเทฟลอน (Teflen Silicon Cabon fibre) [B]
ค่าการแผ่สนามไฟฟ้า (V/m)	1253.63 V/m	127.34 V/m

ตารางที่ 3-3 ค่าการแผ่พลังสนามไฟฟ้าเปรียบเทียบระหว่างลวดนิโครมกับคาร์บอน

เมื่อเทียบกับซิลิโคนเทฟลอน ทางผู้ออกแบบจึงได้เลือกใช้วัสดุคาร์บอนหุ้มซิลิโคนเทฟลอน ใช้ในการติดตั้งกำเนิดร้อนให้กับเสื้อชั้นใน

การออกแบบส่วนของแหล่งกำเนิดแรงสั่นสะเทือน

แนวคิดออกแบบโดยต้องการคลื่นสันสะเทือนความถี่สูงส่งพลังงานไปยังรอบฐานเต้านมโดย ผู้ออกแบบได้ เลือกวิธีการสร้างแรงสั่นทางกลแบบแรงเหวี่ยงไม่สมดุล ภาพที่ 6-7 โดยจะทำการออกแบบโครงสร้างยึดโดยขึ้นรูปด้วยพลาสติกต้นแบบด้วย 3D โดยจะทำการทดสอบค่าแรงสั่นสะเทือนเปรียบเทียบ โดยจำการติดตั้งจำนวน 6 ตัว 5 ตัว 4 ตัว 3 ตัว ลักษณะการติดตั้งแบบวางระยะห่างสมดุล โดยวัดค่าโดย Vibration Meter 3 ค่า ได้แก่ ภายไต้ช่วงความถี่ในการเคลื่อนที่ 10–1KHz วัดค่าอัตราเร่งของการเคลื่อนที่ (acceleration) m/s² peak ความเร่งในการเคลื่อนที่ (Velocity) mm/s rms และระยะทางในการเคลื่อนที่ (displacement) mm p-p โดยค่าระยะทางในการเคลื่อนที่หมายถึงพลังงานทางกลที่สร้างขึ้นทำการทดสอบ 2 ลักษณะเปรียบเทียบด้วยโหลดอิสระและโหลดแรงกดสัมผัสต่างกันเพื่อจำลองประสิทธิภาพในการสร้างแรงเคลื่อนทางกลเมื่อสัมผัสกับผิวหนังเนินอกโดยควบคุมแรงกดด้วยเครื่องวัดแรงกดอ้างอิงควบคุมสิ่งแวดล้อมการทดสอบ โดยมีการดำเนินการดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ

เครื่องวัดการสั่นสะเทือน คุณสมบัติดังนี้

• ชนิดของเซ็นเซอร์ Piezoelectric ceramic accelerometer (shear-type)

• ช่วงการวัดค่าอัตราเร่ง(Measurement range of acceleration) 0.1-199.99 m/s² peak

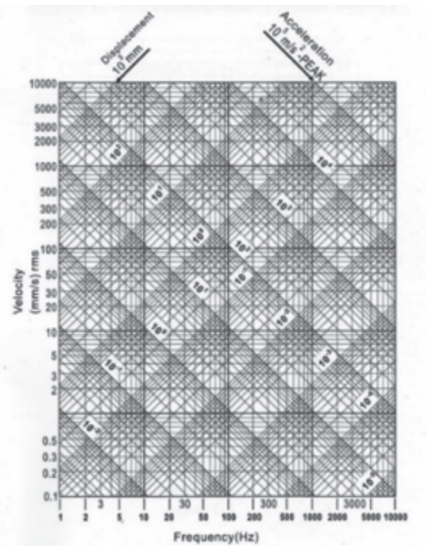
• ช่วงการวัดความเร่ง (Measurement range of velocity) 0.1-199.9 m/s rms

• ช่วงการวัดระยะทาง(Measurement range of displacement) 0.001-1.999 mm p-p

• ค่าความถูกต้อง ±5% ±2digits และ ค่าช่วงความถี่ที่วัดได้ 10Hz – 1KHz

โดยมีความสัมพันธ์ของค่าอัตราเร่ง ความเร่ง และระยะทาง ดังภาพกราฟที่ 3-1

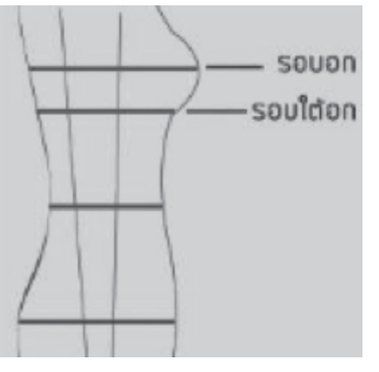
เครื่องวัดแรงกดดิจิตอล (Digital force gauge Model: HF-500) คุณสมบัติดังนี้



กราฟที่ 3-1 แสดงความสัมพันธ์ของค่าอัตราเร่ง ความเร่ง และระยะทางเทียบกับความถี่ปรากฏ

วัดแรงกดและดึงได้ พิกัดสูงสุด 500.0 N ค่าความถูกต้อง ±0.5% ค่าความละเอียด 0.1N

การออกแบบโครงสร้างเพื่อส่งแรงบีบนวดโดยวิธีการสั่นสะเทือน โดยมาตรฐานรอบวงของการวัดจากขนาดของเสื้อชั้นยี่ห้อ Wacoal ที่ทางผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นฐานโครงสร้าง ขนาดเบอร์ 80-85 ค่าเฉลี่ยจะมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 150 มิลิเมตร



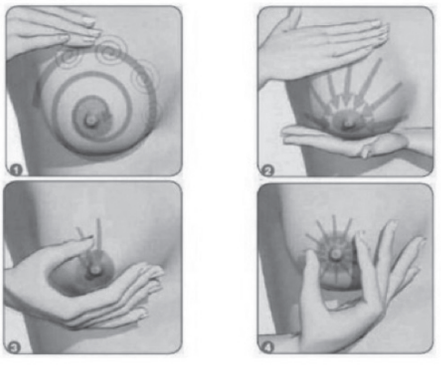
ภาพที่ 8 แสดงการวัดขนาดของเสื้อชั้นใน

โดยแนวทางการออกแบบตามแนวทางวิธีการนวดเต้านมแบบ TBML Witt et al 2014

ตอมน้ำนม (Milk glands) ดังภาพที่ 10

โดยการใช้กลไกการเคลื่อนที่เชิงกลสร้างแรงบีบตัว โดยในขั้นตอนนี้ได้กำหนดค่าแรงการเคลื่อนที่หน่วยเป็น โดยเป็นขนาดเรียก E มีขนาดวัดรอบใต้อก 83 – 87 ซม ผลต่างระหว่างรอบอกลบกับรอบใต้อก 19-21 ซม. ดังภาพที่ 8 โดยมีรูปแบบดังภาพที่ 9

โดยทิศทางการส่งแรงอัดเข้าสู่ฐานเต้านม ที่ประกอบด้วยมวล[illegible]ารกด้วย

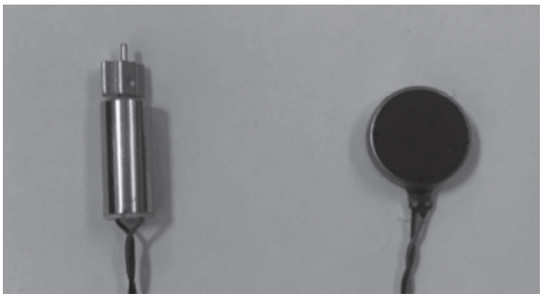


ภาพที่ 9 ลักษณะวิธีการนวดเต้านมแบบ TBML



ภาพที่ 10 โครงสร้างและส่วนประกอบของเต้านม
ที่ส่งทิศทางส่งแรงบีบอัดเข้าฐานเต้านม

มิลลิเมตรต่อวินาที m/s โดยให้เกิดคลื่นความถี่ระดับที่เกิน 1000 ครั้งต่อวินาที แรงการเคลื่อนที่ ไม่น้อยกว่า 1.5 m/s ลักษณะการเกิดคลื่นเป็นรูปไซน์เวฟโดยได้พิจารณากลไกการหมุนแบบไม่สมดุล โดยได้นำอุปกรณ์มอเตอร์ 2 แบบ ดังภาพที่ 11



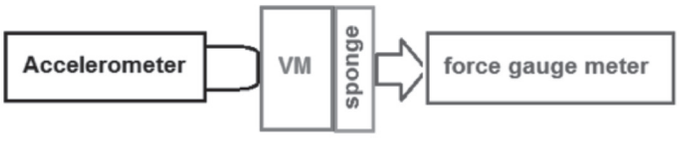
ก ข

ภาพที่ 11 กลไกการหมุนแบบไม่สมดุลประกอบติดกับมอเตอร์กระแสตรงมีแบบ ก เป็นการหมุนตามแนวตั้งฉากกับมอเตอร์ และแบบ ข แบบขนานกับมอเตอร์ ทั้งคู่เป็นลูกถ่วงแบบครึ่งวงกลม

ต่างกัน ออกแบบอุปกรณ์ตรึงมอเตอร์ 2 ลักษณะ คือ ตั้งฉากและขนานกับแนวสัมผัส ดังภาพที่ 12

ในการทดสอบหาประสิทธิภาพของการกำเนิด ทำการทดสอบด้วยโหลดอิสระและโหลดสัมผัสที่แรงกดสัมผัส

ในการทดสอบได้ควบคุมแรงกดด้วยมิเตอร์วัดแรงกด (force gauge meter) กับเครื่องวัดอัตราเร่งที่ติดตั้งตรงกันข้าม



ภาพที่ 12 ทำการจับยึดมอเตอร์กับ เพื่อทดสอบคุณสมบัติของแหล่งกำเนิดแรงสั่น

กันดังภาพที่ 12 โดยให้โครงสร้างมอเตอร์สั่นกดลงบนฟองน้ำ คุณสมบัติฟองน้ำอัตราการยุบตัวที่แรง 1mm/N แรงดันไฟฟ้า 3 โวลต์ กระแสจ่าย 1 แอมป์ ผลแสดงการทดสอบ ดังนี้

จากตารางการทดสอบพบว่า มอเตอร์ ก มีค่าความเร่งเชิงกลสูงกว่า มอเตอร์ ข แต่เมื่อพิจารณาการการใช้พลังงานพบ

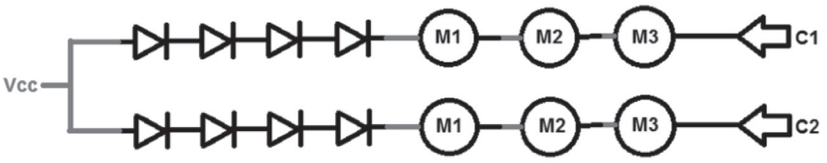
ตารางที่ 2 ตารางแสดงผลการทดสอบคุณสมบัติเชิงกลของมอเตอร์

ค่าที่วัด	มอเตอร์ ก	มอเตอร์ ข
อัตราเร่ง (mm/s²)	2.3 mm/s²	0.6 mm/s²
กระแสไฟฟ้า (mA)	330 mA	180mA

ว่าอัตราการใช้กระแสสูงมากกว่า มอเตอร์ ข ถึง 2.94 เท่า เมื่อนำไปติดตั้ง 6 ตำแหน่งจะทำให้ใช้พลังงานขณะทำทำงานร้อยเปอร์เซ็นต์ จะกินกระแส 3180 mA ต่อแบบขนาน เทียบกับมอเตอร์ ข จะกินกระแสสูงสุดที่ 1080 mA เมื่อพิจารณาคุณสมบัติทางกลที่สามารถ กำเนิดแรงการเคลื่อนที่ได้มากกว่า 3.88 เท่า ของ มอเตอร์ ข ได้ผู้ออกแบบเลือกที่จะใช้ มอเตอร์ ก โดยจะใช้วิธีการต่ออนุกรม 3 ตัว ที่ขับแรงดัน 9 โวลท์ และดัมมี่โหลด 3 โวลท์ ดังภาพที่ 13

การออกแบบติดตั้งอุปกรณ์

ในการทำงานของเครื่องมือประกอบด้วยส่วนการ



ภาพที่ 13 วงจรดัมมี่แรงดันโหลดและมอเตอร์อนุกรม 3 ตัว แรงดังรวม 12 โวทล์กระแสอนุกรม 330 mA

กระจายความร้อน โดยจากการทดสอบค่าการแผ่ความร้อนของเส้นซิลลิโคนไฟเบอร์โดยในงานวิจัยได้ เลือกขนาดของเสื้อชั้นในขนาด C โดยเป็นขนาดที่มีสัดส่วนของหญิงไทยจากผลของสำรวจของบริษัทจัดจำหน่าย โดยวัดส่วนฐานและยอดตามสัดส่วนชั้นในจะได้ว่าขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 13 ซม. และ สูง 5 ซม. เป็นทรงกรวยฐานกว้าง ทางผู้ออกแบบได้ออกแบบแผนคลีของชุดเพื่อติดตั้งอุปกรณ์

การออกแบบแหล่งจ่ายพลังงาน

แนวคิด การออกแบบใช้งานไม่ต่อแหล่งจ่ายไฟภายนอกโดยตรง ใช้แบตเตอรี่เป็นแหล่งพลังงานเป้าหมายการใช้งาน ใช้งานต่อเนื่องครั้งละสูงสุดไม่เกิน 5 นาที (ที่ความร้อนควบคุม 50 องศา) ใช้งานได้ 5 รอบการทำงาน รวมเวลาการทำงาน ต่อเนื่องคือ 15 นาที เมื่อคำนวณพลังงานที่ใช้เทียบกับเวลาได้ ดังนี้

1. มอเตอร์ 12 ตัว แบ่งวงจร เป็น 2 ชุดการทำงาน ชุดละ 330mA พลังงานสูงสุด 1320 mA

2. ฮีตเตอร์ไฟเบอร์คาร์บอน ยาว 1 เมตร ที่แรงดัน 12 V ใช้กระแส 340mA ใช้ 2 ชุด กระแสที่ใช้ทั้งหมด 680 mA (โดยการควบคุมแบบเทอร์โมสตัส ประสิทธิภาพการกินพลังงานที่ 85% ของพลังงานจ่ายจะเท่ากับ 578 mA)

3. ชุดควบคุมใช้ ESP8266 ใช้ชุดโซลิสเตสในการควบคุมพลังงานที่จ่ายให้กับฮีทเตอร์ และ มอเตอร์ โดยอัตราการใช้งานที่ สถานการณ์สื่อสานบลูทูส รวมทั้งระบบ 20 mA

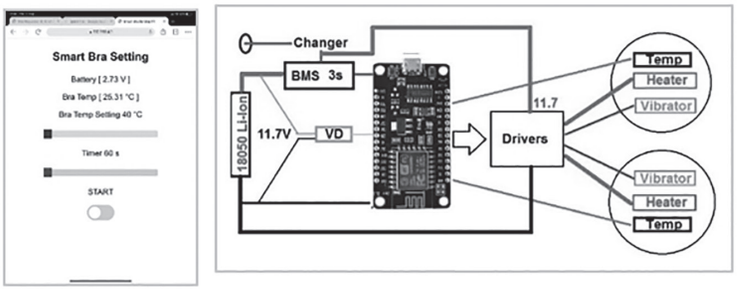
ดังนั้นโดยรวมของการใช้งานจะเท่ากับ 660mA + 578mA + 20mA = 1258 mA/s เมื่อคิดเป็น พลังงานที่แบตเตอรี่สามารถจ่ายเพื่อให้ สามารถใช้งานได้ 15 นาทีเป็นเป้าหมายการใช้พลังงาน เลือกใช้แบตเตอรี่ลิเทียม ขนาด 6600mA/min (ประสิทธิภาพ 5 C) ความสามารถการจ่ายพลังงานเท่ากับ 33000mA /s ดังนั้น สามารถใช้ พลังงาน 1258 mA/s ได้ 26.23 นาที โดยคิดประสิทธิภาพที่การตัดพลังงานของระบบแบตเตอรี่ลิเทียมที่ 3.6 โวลท์ในการแจ้งเตือนให้ผู้ใช้งาน ทำการชาร์จไฟ โดยแสดงค่าแรงดันพลังงานที่หน้าจอควบคุม

การออกแบบระบบควบคุม

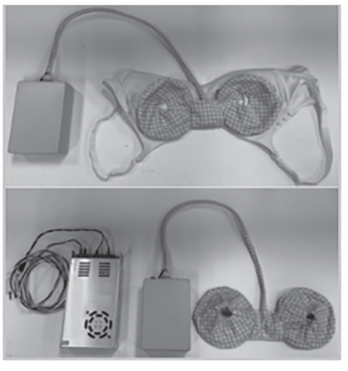
การออกแบบใช้ระบบควบคุมด้วยสมาทโฟนใช้ผ่านหน้าเพจที่สร้างขึ้นโดย HTML ดังภาพที่ 15 ใช้ไมโครคอนโทรเลอร์พร้อมไวไฟเป็นโหมดการทำงานเป็นเซิร์ฟเวอร์ใช้ ESP8266 เป้าหมายระยะการใช้งานห่างจากจากตัวเครื่องในระยะไม่เกิน 10 เมตร และควบคุมการขับโหลดด้วยมอสเฟสควบคุมด้วย PWM ในการควบคุมพลังงานที่จ่ายไปยังตัวกำนิดความร้อนและมอเตอร์กำเนิดแรงเคลื่อนที่มีผังการทำงาน และเมื่อประกอบลงกล่องและติดตั้งใช้งานดังภาพที่ 16

บทสรุปการศึกษา

การพัฒนาเสื้อประคบร้อนและนวดเต้านมด้วย



ภาพที่ 15 โปรแกรมที่ใช้ในการควบคุมผ่านสมาทโฟน และ ชุดควบคุม



ภาพที่ 16 การประกอบตัวชุดควบคุม และชุดชาร์จไฟ

เทคนิคการสั่นแบบคลื่นหมุนวนสำหรับเร่งการหลั่งน้ำนมของแม่หลังคลอด ต้องคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานเป็นสำคัญ ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยการนำนวัตกรรมที่ได้พัฒนาไปใช้งานจริง มีการประเมินผลติดตามปัญหาจากการใช้งานของหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรและนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้นวัตกรรมที่สร้างขึ้นสามารถก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้งานจริง เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประคบเต้านมด้วยเสื้อชั้นในไออุ่น นำไปสวมใส่เพื่อประคบเต้านม ผลการศึกษาพบว่า ลดภาวะคัดตึงเต้านมมารดาหลังคลอดได้มากกว่าผ้าชุบน้ำอุ่น 2.5 เท่า ทำให้มีการถ่ายเทความร้อนเข้าสู่ร่างกาย กระตุ้นให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ปริมาณเลือดมาเลี้ยงบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ฮอร์โมนโปรแลคตินถูกดูดซึมโดย Lactocyte มาก และ Alveolar cell สกัดน้ำนมได้มากขึ้น อีกทั้งการนวดเต้านมก่อนการบีบน้ำนมทุกครั้ง เป็นการส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดที่มีโปรแลคตินไปยังบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้น ทำให้มีการสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้นด้วยเหตุนี้

References

1. Khotsang K, Sangin S, & Chuahorm U. The Effects of Lactational Program on Milk Secretion Time, Onset of Lactation and Breastfeeding Self-Efficacy in Mothersafter Cesarean Section. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016; 25(1):13-26. (in Thai)
2. Pingwong K, & Kantaruksa K. Breast Massage for Promoting Milk Production and Milk Ejection. Nursing Journal. 2017; 44(4):169-76. (in Thai)
4. Chareoesan P, Doundee K, & Poonperm R. The Quality of Life among Pregnant woman who received antenatal care at PhramongkutklaoHospital. Journal of The Royal Thai ArmyNurses. 2012; 13(3) : 47-59. (in Thai)
5. Lertvijitpun P. Electrical Pitting Wear Particle Analysis on Rolling Bearing under AC Electric current. Princess of Naradhiwas University Joumal. 2010;2(3):14-25.
6. Seethikaew N, Chotikunnan P, & Suprusng J. Innovation Development Vibrate for Drainage Secretion of Pediatric Patients. Nursing Journal. 2022;23(2):418-28. (in Thai)

โยคะชะลอวัย

Yoga Performance for Anti Aging

วันดี ฉวีจันทร์* สมพร พูลพงษ์
Wandee Chaweechan* Somphon Poonpong
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ นครสวรรค์ ประเทศไทย 60000
Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University, Nakhon Sawan Thailand 60000

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจทำให้เกิด ความเสื่อม วิธีการชะลอความเสื่อมที่สำคัญทำได้โดยการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรเลือกรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย โยคะชะลอวัย ถือเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยชะลอวัยเพราะโยคะจะช่วยให้ทำให้สุขภาพของผู้เล่นแข็งแรงจากภายในสู่ภายนอก ส่งผลให้ผิวพรรณดูกระชับแข็งแรงและสดใสกว่าวัย โยคะเป็นการออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกาย ทำเกิดความกระชับและเกิดความยืดหยุ่นของผิว ตลอดจนกระบวนท่าดังกล่าวยังช่วยลดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย การเผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อรวบรวมท่าฝึกโยคะเพื่อการชะลอวัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งรวบรวมชุดท่าโยคะชะลอวัยผิวกายกระชับตึงสำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษาท่าโยคะจาก ตำรา ผู้เชี่ยวชาญโยคะ และเว็บไซต์ นำมาจัดทำเป็นคู่มือเพื่อการปฏิบัติมาสร้างเป็นสื่อเพื่อการเผยแพร่ ได้แก่ ตำรา สื่อมัลติมีเดีย โปสเตอร์ วิดีทัศน์ แล้วนำไปเผยแพร่บนเว็บไซต์ด้วย Google Site มีชื่อว่า “หลักสูตรโยคะชะลอวัย” ซึ่งได้แบ่งการนำเสนอเว็บไซต์ ได้แก่ หลักในการฝึกโยคะ การเตรียมตัวก่อนฝึกโยคะ ท่าโยคะชะลอวัย โปสเตอร์ท่าโยคะชะลอวัย ความพึงพอใจโดยรวมต่อเว็บไซต์อยู่ในระดับ ดี

คำสำคัญ : โยคะ, ชะลอวัย, ผู้สูงวัย

Abstract

Thailand is entering the ageing society, a time of deterioration brought on by physical and mental changes. One essential strategy to slow down this degeneration is exercise. However, the elderly should choose an exercise regimen that is appropriate for their current level of fitness. Anti-aging yoga is another exercise regimen to slow down ageing. This is due to the fact that anti-aging yoga enhances the elasticity and firmness of your skin on every area of your body, making your skin look younger and more vibrant. Yoga also boosts your health from the inside out. In addition, yoga practices help ease physical aches and pains. Nowadays, social media can be used to share anti-aging yoga poses for the elderly. In this study, the data of yoga poses were studied and collected from textbooks, yoga experts and websites in order to create a yoga practice manual for publication on media, including textbooks, multimedia, posters, videos and websites. The findings of this study led to the creation of the “Anti-aging Yoga Course” Google Site and anti-aging yoga pose posters.

Corresponding Author: *E-mail: wandeedee.chawee@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.พ. 2568

The foundations of yoga, preparation for yoga practice, and anti-aging yoga poses are all covered on this website. The results revealed that the respondents showed the overall satisfaction with this website at a good level.

Keywords: Yoga, Anti-aging, Elderly

บทนำ

โยคะนั้นถือเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยชะลอวัยเพราะโยคะจะช่วยให้ทำให้สุขภาพของผู้เล่นแข็งแรงจากภายในสู่ภายนอก จึงส่งผลให้ผิวพรรณดูกระชับ ความแข็งแรง เพราะโยคะเป็นการออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อจนถึงข้อต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และเมื่อร่างกายทุกส่วนถูกใช้งาน ก็จะทำเกิดความกระชับและเกิดความยืดหยุ่นขึ้นในผิวไปพร้อม ๆ กัน โยคะนอกจากจะช่วยทำให้สุขภาพภายในแข็งแรงแล้วที่สำคัญโยคะยังช่วยทำให้จิตใจสงบขึ้นได้ เพราะขณะที่กำลังฝึกโยคะนั้น จะทำให้ได้อยู่กับลมหายใจตลอดเวลา เนื่องจากต้องหายใจเข้าออกให้สอดคล้องกับท่าทางของโยคะ จึงทำให้มีสติและสมาธิ ขณะเดียวกันก็ช่วยทำให้เข้มแข็งและตัดสินได้ด้วยการใช้สติมากขึ้น[1] โยคะนั้นสามารถช่วยชะลอวัยให้ใบหน้าผู้เล่นอ่อนเยาว์ได้ลงได้ เพราะการที่ฝึกลมหายใจเข้าออก เป็นการช่วยฝึกให้ปอดสามารถทำงานได้ดียิ่งขึ้น จึงส่งผลให้อวัยวะทุกส่วนของร่างกายแข็งแรงและกระชับขึ้นเช่นกัน จึงสามารถชะลอวัยได้ แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าโยคะจะทำให้ไม่แก่ลง เพราะทุกอย่างก็ย่อมต้องเสื่อมสภาพไปตามเวลา ตลอดจนกระบวนท่าดังกล่าวยังช่วยลดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ช่วยให้มีบุคลิกภาพที่ดูดีและสง่างามอยู่ตลอดเวลา[2] การฝึกโยคะ เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ได้รับนิยมกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถฝึกปฏิบัติได้ทุกเพศ ทุกวัย ขึ้นอยู่กับความต้องการและเป้าหมายของการฝึกที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น ฝึกเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ฝึกเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับร่างกาย ฝึกเพื่อรักษาสมดุลให้กับร่างกาย ฝึกเพื่อส่งเสริม การทำงานระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้ดีขึ้น ฝึกเพื่อต้องการปรับบุคลิกภาพทางร่างกายและฟื้นฟูการบาดเจ็บของร่างกาย หรือฝึกเพื่อลดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น โยคะเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงและไม่หักโหมจนเกินไป โอกาสในการเกิดการบาดเจ็บขณะเล่นอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังจากการฝึกโยคะแต่ละครั้ง ผู้ฝึกจะมีความรู้สึกสบายผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อและความเมื่อยล้าของร่างกายได้ รวมทั้งโยคะยังเป็นกิจกรรมการที่ช่วยบริหารจิตใจ ทำให้ผู้ฝึกโยคะมีสมาธิดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลายและช่วยทำให้ความเครียดลดน้อยลง[5] การฝึกโยคะอาสนะเป็นการฝึกกายและจิตควบคู่กันไป ขณะฝึกโยคะอาสนะ ร่างกายจะนิ่ง ผ่อนคลาย ใช้แรงน้อยที่สุด ใช้จิตตามรู้กับการเคลื่อนของกาย ด้วยการฝึกเช่นนี้จิตจึงหยั่งสู่สมาธิ ช่วยลดความเครียดลง[4]

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ที่ว่า คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็น เช่น ผมมีหงอกขาว ผมจะบางลงและแข็งแรงน้อยลงทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ผิวหนังเหี่ยวย่นหย่อนคล้อยแห้ง ทำให้แตก คัน และแพ้ง่าย เล็บมือเล็บเท้าแห้งเปราะฉีกขาดง่าย ไหล่งุ้มงอ หลังโค้ง สายตายาว อาจจะมีต้อกระจกหรือต้อหิน ได้ยินไม่ชัดเจน เนื่องจากประสาทหูเสื่อม ริมฝีปากแห้งและลอกง่าย ฟันผุและโยกแตกง่าย การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป และชอบรสจัดขึ้น เป็นต้น การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้สามารถเข้าถึงเข้าใจการใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น มีการแนะนำ website, สื่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ที่พบได้บ่อยคือมีความสุขลดน้อยลง ซึ่งมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วยสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป การสูญเสียคนใกล้ชิด จากการที่ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้น ซึ่งหากผู้สูงอายุครอบครัว หรือผู้ดูแล ขาดความรู้ความใส่ใจในการดูแลตนเองหรือผู้สูงอายุแล้ว ช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุจะสามารถพึ่งพาตนเองได้ก็จะลดลงไปด้วย นั่นหมายถึงผู้สูงอายุต้องกลายเป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ชุมชน และสังคม[2] การฝึกโยคะช่วยผ่อนคลายจากความเหนื่อยล้า กระตุ้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น สนุกกับการได้ฝึกอาสนะใหม่ๆ ทุกวัน และรู้สึกดีที่ได้ร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ จึงเห็นได้ว่าการฝึกโยคะช่วยเกิดผลทางบวกอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติตามหลักการของโยคะและเวลาในการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้[3]

ผลของการฝึกโยคะผ่านสื่อมีต่อการพัฒนาทาง

สุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งรูปแบบการฝึกโยคะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยทำให้ประชาชนได้หันมาใช้วิธีการฝึกโยคะที่มีลักษณะเป็นองค์รวม (Wholeness) ที่จะช่วยส่งผลดีต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตควบคู่กันไปอย่างมีดุลยภาพ และเผยแพร่ให้การฝึกโยคะเป็นที่แพร่หลายในวงกว้างเป็นประโยชน์ต่อความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง เพศชาย และสร้างสังคมให้เข้มแข็งได้เป็นอย่างดี[8]

การผลิตสื่อ

สื่อที่ดำเนินการผลิตเพื่อโครงการโยคะชะลอวัยนี้ แบ่งออกเป็น สื่อมัลติมีเดีย สื่อวีดีทัศน์ โปสเตอร์ และ เวปไซต์ โดยนำเนื้อหาและสคริปท์ของแต่ละท่า จำนวน 10 ท่า มาสร้างเป็นสื่อเพื่อการเผยแพร่ ซึ่งการออกแบบท่าเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อก่อให้เกิดผลในการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุ 3 เรื่อง คือ อัตราชีพจร (การเต้นของหัวใจ) ความดันโลหิต (สูงหรือต่ำ) และ การหายใจ (ร่วมสมาธิ)

นอกจากนี้ จะเสริมในเรื่องการแก้ปัญหาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และ การทรงตัว ดังนั้น ผู้จัดทำจึงได้ออกแบบท่าโยคะชะลอวัยในชุดแรกที่เหมาะสมที่สุดที่ผู้สูงอายุสามารถทำตามได้ มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ท่า ได้แก่

1. ท่าจีบ 5 นิ้ว
2. ท่าครุฑเหิน
3. ท่าเงยหน้าท้าฟ้า
4. ท่าก้มหน้าซบดิน
5. ท่าตัวพระ
6. ท่าบัวพ้นน้ำ
7. ท่าไหว้เทพ
8. ท่าวางร่าง
9. ท่าบริหารหน้า
10. ท่าคำอวยพร

องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสื่อการประชาสัมพันธ์โยคะชะลอวัย

ออกแบบท่าโยคะชะลอวัยในชุดแรกที่เหมาะสมที่สุดที่ผู้สูงอายุสามารถทำตามได้ มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ท่า รายละเอียดแต่ละท่า (ที่มาข้อมูล : https://sites.google.com/nsru.ac.th/yoga-anti-aging/ มีดังนี้

ท่าที่ 1 ท่าจีบ 5 นิ้ว ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะโยคะนิ้ว (Mudras) และ ท่ารำ จีบคว่ำ

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อ เพื่อเสริมสร้างส่วนประกอบหลักของมือ ความแข็งแกร่ง ความยืดหยุ่น ความชำนาญ เมื่อคุณเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นเป้าหมายจะช่วยให้คุณสามารถจัดการงานได้อย่างแม่นยำและมั่นใจ ช่วยส่งเสริมสุขภาพมือโดยรวม ช่วยลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตและ เสริมสร้างความคล่องตัวของนิ้ว

ท่าเตรียม



1) ยืนตรง

2) ยื่นมือไปข้างหน้าแขนตึงระดับหัวไหล่

3) คว่ำมือทั้งสองและทำท่าจีบ



ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) ท่าจีบ 1 นิ้วหัวแม่มือประจบนิ้วชี้ ค้างไว้ 1 ลมหายใจ

2) ท่าจีบ 2 นิ้วหัวแม่มือประจบนิ้วกลาง ค้างไว้ 1 ลมหายใจ



3) ท่าจีบ 3 นิ้วหัวแม่มือประจบนิ้วนาง ค้างไว้ 1 ลมหายใจ

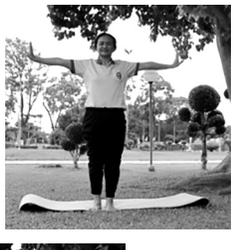
4) ท่าจีบ 4 นิ้วหัวแม่มือประจบนิ้วก้อย ค้างไว้ 1 ลมหายใจ



ท่าที่ 2 ครุฑเหิน ท่านี้ดัดแปลงมาจากท่าโยคะ ท่ากงล้อ และ ท่ารำ ตั้งวง

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อ ยืดเหยียดกลุ่มกล้ามเนื้อบริเวณลำตัวด้านข้าง และข้อไหล่ และช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น และ เพิ่มการไหลเวียนเลือด

ท่าเตรียม



1) ยืนกางขาเล็กน้อย

2) กางแขนออกไปข้างหน้าทั้งสองข้าง







3) มือเรียงชิดติดกัน

ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) ดันค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

2) ยกแขนข้างนึงขึ้นสูง แนบหู

3) มืออีกข้างให้เท้าเอวไว้

4) เอนตัวไปทางตรงข้ามเช่นยกแขนซ้ายเอนไปทางขวา

5) ค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

6) จากนั้นสลับข้าง

หมายเหตุ : หากต้องการเพิ่มระดับความยาก ให้ยกแขนขึ้นทั้งคู่ สามารถเขย่งเท้าได้

ท่าที่ 3 เงยหน้าท้าฟ้า ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะท่าภูเขา และ ท่ารำ การฟ้อนแง้น

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อที่ช่วยสร้างความยืดหยุ่นให้กับกระดูกสันหลัง แก้โรคหมอนรองกระดูก



และปรับโครงสร้างร่างกายอีกด้วย

ท่าเตรียม

1) ยืนตรง

2) ใช้มือพยุงหลัง ระดับเอว เอา 4 นิ้วแนบหลังและนิ้วหูแม่มือไว้ด้านหน้าเหมือนเท้าเอว

ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) ใช้มือดันไปข้างหน้าช้าๆ เท่าที่ยืดไหว

2) ค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

3) กลับมายืนตัวตรง

ท่าที่ 4 ก้มหน้าซบดิน ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะท่าก้ม Uttanasana Forward fold

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อ ท่านี้ช่วยยืดขา ยืดหลัง และช่วยให้ระบบย่อยอาหารทำงานดีขึ้น

ท่าเตรียม

1) ยืนตัวตรง

2) วางมือทั้งสองข้างไว้ที่ต้นขา

ท่าเริ่ม มีดังนี้

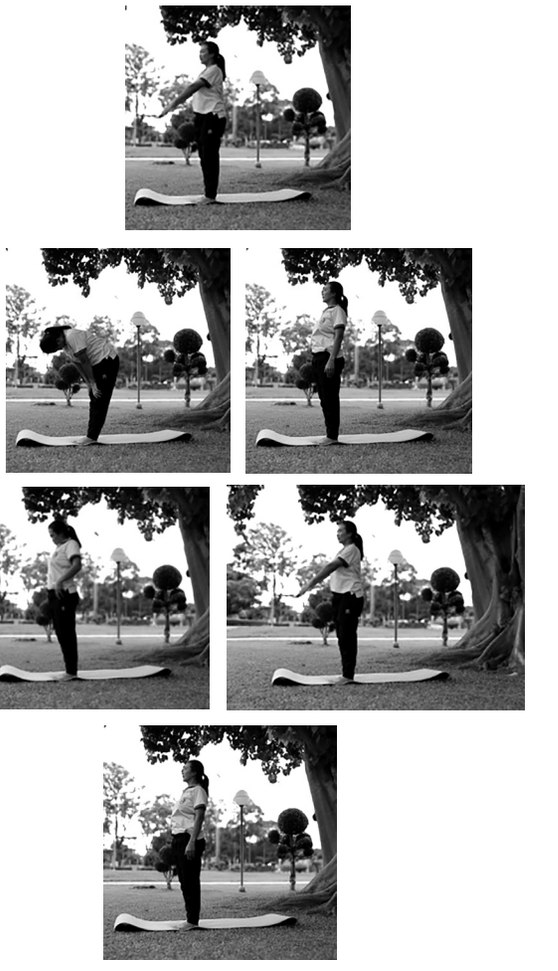
1) ก้มศีรษะลงพร้อมกับตัวจนมือสุดหัวเข่า

2) ก้มตัว(ในระดับที่ก้มได้สุดและไม่เกิดอาการเจ็บ)

3) ค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

4) ดันตัวขึ้นช้าๆ ยังไม่ต้องเงยหน้า

5) เมื่อหลังตรงแล้ว (หน้ายังคงก้มอยู่) หมุนหัวไหล่ออกแล้วจึงเงยหน้า



6) กลับมายืนตรง

ท่าที่ 5 ตัวพระ ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะ ท่าเก้าอี้ และ ท่ารำ ตั้งวงล่าง

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อได้กล้ามเนื้อหลัก ๆ ร่างกายส่วนล่าง หน้าขา หลังขา สะโพก น่อง และแกนกลางลำตัว

ท่าเตรียม

1) ยืนตรง

2) กางขาพอประมาณ

3) วางมือระดับเอวต่ำ หรือวงล่างระดับหัวเข็มขัด











ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) ย่อขาเท่าที่ทำได้ หากรู้สึกเจ็บไม่ควรฝืน ท่าที่เหมาะสมคือหัวเข่าไม่เกินปลายเท้า เพราะอาจจะเกิดบาดเจ็บได้

2) ค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

3) กลับมายืนตัวตรง

ภาพแสดงด้านข้าง

ท่าที่ 6 บัวพ้นน้ำ ท่านี้ ดัดแปลงมาจาก ท่ารำแขกเต้า

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อกล้ามเนื้อแขน ข้อศอก และ หัวไหล่

ท่าเตรียม

1) ยืนตรงกลางขาพอประมาณ

2) ยื่นแขนไปทั้งหน้างานฝ่ามือ











ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) ทำท่าจีบมือทั้งสองข้าง (นิ้วโป้งจรดนิ้วชี้)

2) งอข้อศอกซ้ายเข้าหาลำตัว

3) มือขวาจีบคว่ำข้อมือขวาทับข้อศอกแขนซ้าย

4) ค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

5) กลับมาท่าเตรียม

6) ทำสลับข้างอีกครั้ง

ท่าที่ 7 ไหว้เทพ ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะ ท่าต้นไม้ และ ท่ารำ ท่าเทพพนม

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อช่วยยืดและทำให้กล้ามแข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นขา ส่วนน่อง ข้อเท้าและส่วนสันหลัง ช่วยความสมดุลของร่างกายดี ช่วยปรับบุคลิกภาพให้หลังตรง ช่วยลดอาการปวดหลัง รวมถึงลดอาการปวดที่ฝ่าเท้า













ท่าเตรียม

1) ยืนตรง กางขาพอประมาณ

2) หย่อนขาซ้าย (ถ้าไหวให้เพิ่มเขย่งปลายเท้า)

3) แขนแนบลำตัว

ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) พนมมือกลางอก ค้างไว้ 1 ลมหายใจ

2) ยกมาพนมมือกลางหน้าผาก ค้างไว้ 1 ลมหายใจ

3) ยกมาพนมมือบนหัว

ค้างไว้ 1 ลมหายใจ

4) ยกพนมมือสุดแขน

ค้างไว้ 3-5 ลมหายใจ

5) จากนั้น ค่อย ๆ ลดแขนแนบลำตัว

6) กลับมาท่าเตรียม สลับเป็นหย่อนขาขวาและเริ่มทำใหม่อีกครั้ง

ท่าที่ 8 วางร่าง ท่านี้ดัดแปลงมาจากท่าโยคะ ท่าศพ ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อโยคะท่าศพเป็นท่าที่จะช่วยให้เราได้ผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยในระหว่างที่ฝึกขอให้เพ่งไปที่การกำหนดลมหายใจ แล้วจะรู้สึกได้ถึงการปล่อยวางทุกสิ่งในชั่วขณะ

ท่าเตรียม

1) ค่อยๆ เอนตัวลงนอนหงาย

2) กางขาเล็กน้อย

3) แขนวางหวาย













ท่าเริ่ม มีดังนี้

1) ยกสะโพกขวา และพลิกเอวมาทางซ้าย ข้างไว้ 1 ลมหายใจ

2) สลับยกสะโพกย้าย และพลิกเอวมาทางขวา ข้างไว้ 1 ลมหายใจ

3) นอนหงาย ตั้งหน้าตรง มองฟ้า ข้างไว้ 1 ลมหายใจ

4) หันหน้าทางขวา มองตรง ข้างไว้ 1 ลมหายใจ และสลับทางซ้าย

ท่าที่ 9 ท่าบริหารหน้า ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะโยคะหน้าเด็ก

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนโลหิตและกระชับกล้ามเนื้อบนใบหน้าที่หย่อนคล้อย

ท่าเตรียม นั่งขัดสมาธิ หลังตรง วางมือไว้บนตัก

ท่าเริ่ม มีดังนี้

บริหารส่วนตา หลับตาปี๋ พัก 10-15 วิ ทำซ้ำ 3 ครั้ง

ผล : ระวังตาต้อหรือการรับแสง

บริหารส่วนแก้มและกระพุ้งแก้ม

อมอากาศเข้าไว้ให้แก้มป่องทั้ง 2 ข้าง ดันลมซ้าย-ขวาไปมา ทำจนรู้สึกเริ่มเมื่อยที่แก้ม จึงหยุดหรือประมาณ 15-20 วินาที

บริหารริมฝีปาก

ทำท่าปากจู๋ เหงยหน้าจนคอตึง ทำปากจุ๊บค้างไว้ 10 วินาที ลดหน้าลด และ ทำหน้าปกติ ทำซ้ำ 3 ครั้ง

บริหารส่วนลิ้นและเพดานปาก

1) ท่าลิ้นแตะเพดาน โดยให้พยายามเอกลิ้นของเราด้วยการดันลิ้นให้ติดเพดานปาก

2) ทำให้ส่วนใหญ่ลิ้นติดบริเวณใต้เพดานปาก ค้างไว้ 10 วินาที ลดลิ้นลงปกติ ทำซ้ำ 3 ครั้ง

ท่าที่ 10 คำอวยพร ท่านี้ ดัดแปลงมาจากท่าโยคะมันตรา

ผลจากการทำท่าโยคะนี้ จะส่งผลดีต่อช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนโลหิตและกระชับกล้ามเนื้อบนใบหน้าที่หย่อนคล้อย

ท่าเตรียม

นั่งขัดสมาธิหลังตรง เอามือวางไว้ที่ตัก

ฮาเฮ

ทำปากสระเอ พูดคำว่า “ฮาเฮ” พูดลากยาวที่สุด 10-15 วินาที ทำ 3 รอบ

โชคดี

ทำปากสระโอ พูดคำว่า “โชค” พูดลากยาวที่สุด 10-15 วินาที จบด้วยพูดคำว่า “ดี” ทำ 3 รอบ

สดใส

ทำปากสระไอ พูดคำว่า “สดใส” พูดลากยาวที่สุด 10-15 วินาที จบด้วยพูดคำว่า “จัง” ทำ 3 รอบ

เติบโต

ทำปากสระโอ พูดคำว่า “เติบโต” พูดลากยาวที่สุด 10-15 วินาที ทำ 3 รอบ

เด็กโต

ทำปากสระเอ็ก พูดคำว่า “เด็ก” พูดลากยาวที่สุด 10-15 วินาที จบด้วยพูดคำว่า “โต” ทำ 3 รอบ

ผลการผลิตสื่อ

โปสเตอร์

สื่อประชาสัมพันธ์โยคะชะลอวัย ที่อยู่ในรูปแบบภาพพิมพ์บนวัสดุ ซึ่งจะสร้างเป็นไฟล์โปสเตอร์ที่มีข้อมูลเพื่อสื่อสารรายละเอียดสำคัญ โดยผ่านตัวอักษร รูปภาพ หรือสีสัน ไปยังกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงวัย และ ผู้สนใจทั่วไป เพื่อให้ทำความเข้าใจได้รวดเร็ว โปรแกรม adobe illustrator สร้างโปสเตอร์ โดยการวางแบบโปสเตอร์ประกอบด้วย

(1) ชื่อหัวข้อโปสเตอร์ โยคะชะลอวัย

(2) ท่าโยคะชะลอวัย แบ่งเป็น 10 แถว ๆ ละ 1 ท่า แต่ละแถวประกอบด้วย ภาพแต่ละท่าตั้งแต่ เตรียมตัว ปฏิบัติ และ ท่าจบ บรรทัดสุดท้ายของแถวเป็นคำบรรยายแต่ละท่า

(3) ข้อมูลอ้างอิง

ผลิตคู่มือโยคะชะลอวัย

คู่มือโยคะชะลอวัย จะประกอบด้วยข้อความ และภาพประกอบแต่ละท่า โดยอธิบายเพื่อให้ผู้สนใจได้ปฏิบัติตามทีละขั้นตอนได้อย่างชัดเจน โดยแบ่งออกเป็น 4 บท ดังนี้

บทที่ 1 บทนำ ประวัติ ความหมาย และ หลักการโยคะ เป็นต้น

บทที่ 2 กายวิภาคโยคะ เกี่ยวกับร่างกายของผู้สนใจปฏิบัติตาม และผลที่จะเกิดกับผู้ปฏิบัติ

บทที่ 3 ท่าโยคะชะลอวัย 10 ท่า จากการ

บทที่ 4 บทสรุป และประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้คู่มือโยคะชะลอวัย

เว็ปไซต์

สื่อออนไลน์กำลังได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลวิชาการ ข่าวสาร และการพยาบาลเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการประชาสัมพันธ์และศึกษาสื่อสังคมประเภทอื่นในอนาคต[1] เวปไซต์สื่อนำเสนอข้อมูลโยคะชะลอวัยนี้จะนำเสนอบนเครื่องคอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยแบ่งหน้าเว็บเพจหลายหน้า และเชื่อมโยงกันผ่านทางไฮเปอร์ลิงก์ ซึ่งทำงานด้วยโปรแกรมเฉพาะทางที่เรียกว่า Web Browser และข้อมูลจัดเก็บไว้ในเวิลด์ไวด์เว็บเซิร์ฟเวอร์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์หรือหน่วยงานอื่น และเว็บไซต์นั้นถูกสร้างขึ้นด้วยภาษาทางคอมพิวเตอร์ที่เรียกว่า HTML (Hyper Text Markup Language) และอาจมีการพัฒนาและนำภาษาอื่นๆ เข้ามาร่วมด้วย เพื่อให้มีความสามารถมากขึ้น เช่น PHP , SQL , Java ฯลฯ ซึ่งในเบื้องต้นจะใช้ Google Site สำหรับการสร้างเว็บเพจและการเผยแพร่ โดยแบ่งแต่เพจ ดังนี้

1. เพจหน้าแรก แสดงข้อมูลเบื้องต้นของโครงการ อาทิ วัตถุประสงค์โครงการ เป็นต้น

2. เพจหลักในการฝึกโยคะ นำเสนอข้อมูลหลักในการฝึกโยคะ เป็นเนื้อหาอ่านเพื่อความเข้าใจ

3. เพจการเตรียมตัวก่อนฝึกโยคะ เพจแสดงข้อมูลท่าเตรียมก่อนฝึกโยคะ และ แสดงวิดีโอท่าเตรียม โดยคลิกเมื่อต้องการชม

4. เพจท่าโยคะชะลอวัย เป็นเพจแสดงท่าโยคะ 10 ท่า ๆ ละ 1 เพจย่อย โดยแต่ละเพจประกอบด้วย ที่มาของท่าโยคะชะลอวัย ผลที่เกิดหลังจากปฏิบัติ ภาพและข้อความบรรยายแต่ละท่า แสดงวิดีโอสาธิต ให้คลิกเมื่อต้องการชม

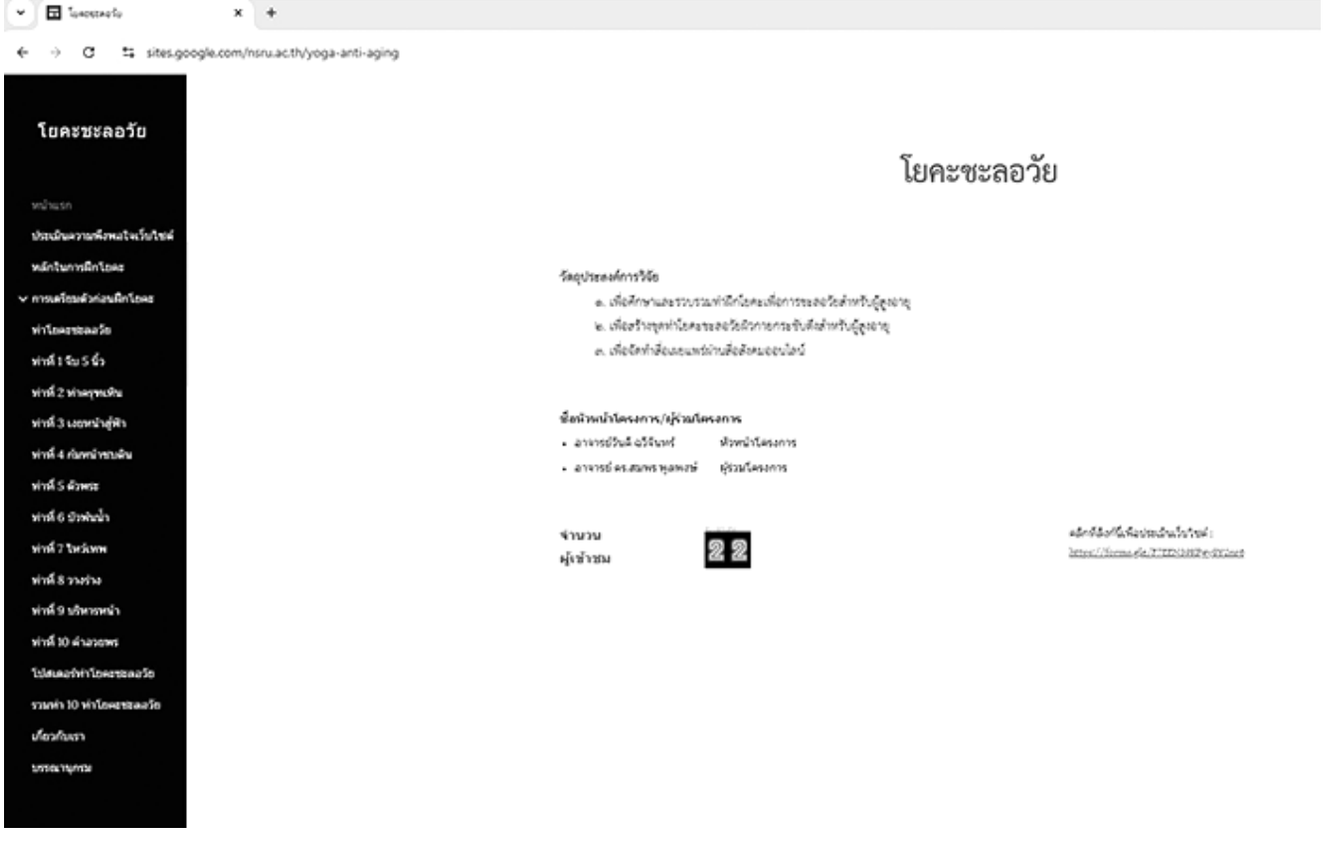
5. เพจโปสเตอร์ท่าโยคะชะลอวัย เป็นเพจนำเสนอไฟล์โปสเตอร์การแสดงท่าโยคะทั้ง 10 ท่า

6. เพจรวมท่า 10 ท่าโยคะชะลอวัย เป็นเพจนำเสนอไฟล์วิดีทัศน์การแสดงท่าโยคะทั้ง 10 ท่า

7. เพจเกี่ยวกับเรา แสดงข้อมูลเกี่ยวกับผู้จัดทำเพจบรรณานุกรม

การเผยแพร่

การเผยแพร่คู่มือ สื่อมัลติมีเดีย สื่อวีดีทัศน์ โปสเตอร์ เวปไซต์ โยคะชะลอวัยเผยแพร่สื่อสังคมออนไลน์ โดยเผยแพร่ผ่านเวปเซต์ และมีการประเมินผลการใช้งานเว็บไซต์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการเผยแพร่คู่มือ สื่อมัลติมีเดีย สื่อวีดีทัศน์ โปสเตอร์ เว็บไซต์ โยคะชะลอวัยเผยแพร่สื่อสังคมออนไลน์ ผ่านเว็บไซต์ด้วย Google Site ที่สามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อมัลติมีเดียโยคะชะลอวัยทั้ง 10 ท่าได้ https://sites.google.com/nsru.ac.th/yoga-anti-aging

สรุป

โยคะเพื่อการชะลอวัย มุ่งหวังที่จะสร้างสื่อความรู้โยคะเพื่อการชะลอวัย ได้แก่ คู่มือ สื่อมัลติมีเดีย สื่อวีดีทัศน์ โปสเตอร์ และ เวปไซต์ เผยแพร่สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถสรุปทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโยคะชะลอวัย กายวิภาคโยคะ และสื่อเผยแพร่ นั้นพบว่า ได้แนวคิดการออกแบบท่าโยคะชะลอวัยเพื่อผู้สูงวัยจึงได้ดัดแปลงท่าโยคะมาตรฐานผสมกับท่ารำของไทยเพื่อให้ผู้สูงวัยได้คุ้นเคยและทำตามไปโดยง่าย ซึ่งได้ท่าโยคะชะลอวัยในเบื้องต้นจำนวน 10 ท่าที่ครอบคลุมทุกส่วนของร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ใบหน้า แขน ขา และ ภายใน ได้แก่ ปอด กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อแขนขา ผ่านการนำเสนอข้อมูลผ่านเว็บไซต์ https://sites.

google.com/nsru.ac.th/yoga-anti-aging ซึ่งรวบรวมข้อมูลผลิตคู่มือโยคะชะลอวัย โดยแบ่งเนื้อหาของคู่มือโยคะชะลอวัย คือ ประวัติ ความหมาย และ หลักการโยคะ กายวิภาคโยคะเกี่ยวกับร่างกายของผู้สนใจปฏิบัติตาม และผลที่จะเกิดกับผู้ปฏิบัติ ท่าโยคะชะลอวัย 10 ท่า บทสรุป และประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้คู่มือโยคะชะลอวัย

References

1. Phuphaibul R, Ketsumpun Y, & Phuphaibu P. Images of Thai Nurses in Online Media: A Case Study of Pantip.com . Journal Royal Thai Army Nurses. 2017 ; 18(2):292-8. (in Thai)
2. Pobkeeree V, & Thapthim P. Health Impact Evaluation of Health Camp by Utilizing Buddhism Alternative Medicine. Journal Royal Thai Army Nurses. 2018 ; 19(1): 137-46. (in Thai)
3. Wongsawat N, Srikreadong S, & Suyajai P. Development of asana yoga program based on buddhist psychology for enhancing active aging of the elderly. Journal of Language Institute of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Ubon Review, 2021; 6(1): 427-42. (in Thai)
4. Sirinantaphan P. Body Enhancement with Yoga. Research and Development Institute Journal of Chaiyaphum Rajabhat University. (2022); 3(2): 15–28. (in Thai)
5. Sukchom K, & Thepnuan N. Development of Online Lessons by Google Site Website on Substances in Daily Life for Secondary 1 (Grade 7) Students. The 15th Hatyai national and international conference. 2024. (in Thai)
6. Yodjit P, & Chuchuoy K. Developing Web-Based Instruction Using Google Site Integrated with Animation Media to Improve Students' Learning Achievement in Field of Force Lesson of Grade 8 Room 3 of Demonstration School of Suan Sunandha Rajabhat University. Suan Sunandha Rajabhat University academic journal of education. 2022; 6(1): 65–76. (in Thai)
7. Srimuang T, Supucworakul C, Choprapun A, Potisaen J, & Potisaen T. The effect of yoga on health development of the elderly in Amphoe Na Dun, Mahasarakham Province. Journal of Research and Development Institute, Rajabhat Maha Sarakham University, 2021; 8(1): 309-28. (in Thai)

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

Nurses's Role in Promoting Health Literacy of Caregivers School-age Children with Cyanotic Congenital Heart Disease

วราพรรณ วงษ์จันทร์*
Waraphan Wongchan*
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Patumwan, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่แรกเกิด เด็กมักมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคนี้ก็เช่นเดียวกันที่ยังต้องการความร่วมมือจากผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองทั้งหมด เพื่อช่วยให้เด็กปลอดภัย มีสุขภาพแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยพัฒนาทักษะการแสวงหาข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมิน ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองให้สามารถดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามช่วงวัยได้อย่างเหมาะสม และใกล้เคียงกับเด็กวัยเรียนทั่วไป

บทความนี้จะกล่าวถึงความสำคัญของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อย สาเหตุการเกิดภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน อาการและอาการแสดง ความหมายและองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ดูแล, เด็กวัยเรียน, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

Abstract

Cyanotic Congenital heart disease, It is an abnormality of the heart and blood vessel structure from birth. Children often have complex health problems that require special care. School-aged children with this disease also require the cooperation of their caregivers to provide continuous care both in the hospital and at home because they are at an age where they are not yet able to take care of their health by themselves. To help keep children safe, be healthy, and have a good quality of life, nurses play an important role in promoting health literacy by developing information-seeking skills, understanding, evaluating, and skills in media literacy, and deciding to take care of their behaviors to prevent harm from complications that may occur. Additionally, nurses should advise caregivers or parents to be able to care for children with congenital

Corresponding Author : *Email: waraphan.w@stin.ac.th

วันที่รับ (received) 3 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 มี.ค. 2568

heart disease with cyanosis effectively. It also promotes the health of school-aged children so that they can grow and develop appropriately according to their age as well as general school-age children.

This article will discuss the importance of cyanotic congenital heart disease with low blood flowing to the lungs, unconsciousness caused by a lack of oxygen to the brain, signs and symptoms, definitions and important components of health literacy, and the role of nurses in promoting health literacy and providing advice to caregivers of school-aged children with congenital heart disease.

Keywords: Nurse's role, Health Literacy, Caregivers, School-age Children, Cyanotic Congenital Heart Disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease, CHD) เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาระยะที่มีการสร้างหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร้อยละ 0.8-1.2[1] สำหรับประเทศไทยพบความชุกของความผิดปกติแต่กำเนิดร้อยละ 2.6 ของทารกเกิดมีชีพ โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็น 1 ใน 5 อันดับแรก และร้อยละ 15 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (cyanotic congenital heart disease)[2] เป็นกลุ่มโรคที่มีพยาธิสภาพซับซ้อน หากไม่ได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว เพราะเป็นโรคหัวใจที่มีเลือดดำผสมอยู่ในเลือดแดงที่ไปเลี้ยงร่างกาย ซึ่งมีปริมาณออกซิเจนต่ำกว่าปกติ เด็กจะมีอาการเขียวคล้ำส่วนกลาง (central cyanosis) จึงมีอาการเขียวรุนแรงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากขึ้นกับปริมาณเลือดที่ไหลไปปอด ความต้านทานของเลือดในปอด และปริมาณเลือดที่ไหลไปร่างกาย ส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา การสวนหัวใจ และการผ่าตัดเกือบทั้งหมด แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่มีเลือด ไปปอดน้อย (decrease pulmonary blood flow) และกลุ่มที่มีเลือดไปปอดมาก (increase pulmonary blood flow) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดไปปอดน้อย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบมากและมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือ ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน (anoxic spells) ฝีในสมอง (brain abscess) ภาวะการอุดตันของหลอดเลือดฝอยในสมอง (cerebral thrombosis) และการอักเสบที่หัวใจ (endocarditis)[3] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้พบได้ในเด็กวัยเรียนที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญาและการเรียนรู้อย่างชัดเจน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันจากในครอบครัวมาใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนที่โรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ มีความเปราะบางและธรรมชาติของช่วงวัยยังขาดความระมัดระวังตนเอง และยังไม่สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเองทั้งหมด[4] มีความจำเป็นในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจง เพราะลักษณะของความเจ็บป่วยมีความซับซ้อนหลายมิติ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ เพิ่มขึ้น โดยในช่วงแรกของเด็กวัยเรียนนั้นผู้ดูแลเด็กมีหน้าที่เป็นผู้จัดหา สนับสนุน และชี้แนะ จากนั้นจะค่อยปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนตามอายุของเด็กที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการทำกิจกรรมบางอย่างเด็กยังคงต้องพึ่งพาและอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นผู้ใหญ่ ได้แก่ บิดา มารดา และบุคคลอื่นในครอบครัวข้ามรุ่นอีกหลายช่วงวัย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น[5-6] การดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวให้มีประสิทธิภาพจึงต้องการความร่วมมือจากผู้ดูแลเป็นหลัก

พยาบาลเด็กมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำต่อเนื่องแก่ผู้ดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวให้มีความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงบริการข้อมูลสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบวิธีการต่างๆ ที่หลากหลาย

โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพื้นฐานของเด็กวัยเรียน เพื่อให้การส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy) จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาพช่องปากของเด็ก และผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง[7-9] ดังนั้น บทบาทการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแล บทความนี้จะกล่าวถึงความสำคัญของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อย สาเหตุการเกิดภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน อาการและอาการแสดง ความหมายและองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

ความสำคัญของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อย

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อยส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีการตีบตันของทางเดินเลือดในหัวใจห้องขวา และ/หรือเส้นเลือดที่นำเลือดไปฟอกที่ปอดตีบหรือตันร่วมด้วย ทำให้มีเลือดดำไปปอดน้อย แต่ไหลลัดวงจรจากขวาไปซ้าย (right to left shunt) มากขึ้น เป็นโรคที่มีความรุนแรง และอาจทำให้เสียชีวิตในเวลารวดเร็วได้ หากไม่ได้รับการรักษาและดูแลอย่างเหมาะสม ที่พบบ่อย ได้แก่ 1) Tetralogy of fallot (TOF) 2) Pulmonary atresia (PA) 3) Tricuspid atresia (TA) 4) Pulmonary stenosis (PS) with Ventricular septal defect 5) Pulmonary stenosis (PS) with Transposition of the great arteries with Ventricular septal defect 6) Pulmonary stenosis (PS) with Double outlet right ventricle (DORV) 7) Pulmonary stenosis (PS) with Ventricular septal defect 8) Pulmonary stenosis (PS) with Single ventricle 9) Pulmonary atresia (PA) with Ventricular septal defect และ 10) Tricuspid atresia (TA) with Transposition of the great arteries with Pulmonary stenosis (PS) เป็นต้น[10-11] โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหัวใจกลุ่มนี้ คือ ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน

จะเห็นได้ว่า ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อย โดยสาเหตุการเกิดภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนจะกล่าวในถัดไป

สาเหตุการเกิดภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน

ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน หรือเรียกว่า hypoxic spells, anoxic spells, tet spells, blue spells เป็นต้น เกิดจากการลดลงของเลือดดำที่จะไปฟอกที่ปอดกะทันหัน ทำให้มีภาวะขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองชั่วคราว หากให้การช่วยเหลือเบื้องต้นช้า อาจทำให้เสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว พบในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อยเท่านั้น และพบมากที่สุดในผู้ป่วย TOF ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดแน่ชัด ที่สำคัญคือ มีความไม่สมดุระหว่างแรงต้านของหลอดเลือดร่างกาย และแรงต้านของหลอดเลือดในปอด[10,12] เนื่องจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณลิ้นหัวใจพัลโมนารี และมักเกิดร่วมกับ มีปัจจัยเสริมกระตุ้น ดังนี้

1. ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง (hyperthermia) เช่น ภาวะไข้ การอาบน้ำอุ่นจัด การอยู่ในที่อากาศอบอ้าว หรือร้อนจัด เป็นต้น ซึ่งขณะที่อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น จะเกิดการปรับตัวเพื่อให้มีการระบายความร้อน โดยหลอดเลือดจะขยายตัว ส่งผลให้ความสมดุลของเลือดที่ออกจากเวนตริเคิลทั้งสองข้างเปลี่ยนแปลง ทำให้เลือดผสมไหลออกจากเวนตริเคิลซ้ายไปเลี้ยงร่างกายส่วนปลายเพิ่มขึ้น และเลือดไปฟอกที่ปอดน้อยลง

2. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) เช่น การอาบน้ำเย็น การอยู่ในที่อากาศเย็นจัด เป็นต้น ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว และมีเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการเพิ่มการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำ (systemic venous return)[13]

3. ภาวะร่างกายขาดน้ำ (dehydration) จากการที่ร่างกายได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ หรือมีการสูญเสียสารน้ำ เช่น มีไข้ อาเจียน ท้องเสีย การออกกำลังกาย เป็นต้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและบีบตัวมากขึ้น เพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ และทำให้มี RVOT obstruction

4. ภาวะซีด (anemia) เป็นภาวะที่มีจำนวนฮีโมโกลบินน้อยในร่างกาย ทำให้ปอดรับออกซิเจนได้น้อย และต้องปรับตัวโดยการเพิ่ม preload เพื่อให้มีปริมาณเลือดดำไปฟอกที่ปอดมากขึ้น และได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและบีบตัวเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อ ROVT obstruction ได้

5. ภาวะเลือดข้น (polycythemia) เป็นภาวะที่มีปริมาณของเม็ดเลือดแดงมาก แต่เป็นเม็ดเลือดแดงที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้จับกับออกซิเจนได้น้อย หากมีค่าฮีมาโตคริตมากกว่าร้อยละ 60 เลือดจะไหลเวียนได้ไม่สะดวก และถ้าฮีมาโตคริตมากกว่าร้อยละ 65 เลือดจะมีความหนืดมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดฝอยในสมองได้ (cerebral thrombosis)

6. การออกกำลังกายหนัก (heavy exercise) หรือการเล่นที่มีการแข่งขัน โดยพื้นฐานของเด็กวัยเรียนมักจะไม่หยุดเล่นแม้ว่าจะรู้สึกเหนื่อย ทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งการออกแรงที่มากเกินไป ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดความเครียดและหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีนเข้าสู่กระแสเลือด

7. ภาวะการติดเชื้อ (infection) ที่สำคัญ ได้แก่ ฝีในสมอง (brain abscess) จากการที่มีเลือดดำไหลออกไปเลี้ยงร่างกาย โดยไม่ผ่านการฟอกที่ปอด พบในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปและมักพบปัญหาฟันผุ บางรายให้ประวัติมีไข้ไม่ทราบสาเหตุ หรืออาจพบความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น แขนขาอ่อนแรง และการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจ (infective endocarditis) จากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในหัวใจทำให้เส้นทางเดินของเลือดเกิดการไหลพุ่งเป็นลำที่มีความเร็วสูง เมื่อกระแทกกับเยื่อบุภายในหัวใจทำให้เกิดคล้ายแผลถลอก ร่างกายจึงมีความเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เช่น การถอนฟัน เชื้อโรคภายในช่องปากจะเข้าสู่กระแสเลือดทางบาดแผล ซึ่งก่อให้เกิดการติดเชื้อภายในหัวใจและหลอดเลือด และมีการทำลายลิ้นหัวใจได้

8. หลังตื่นนอนตอนเช้า เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายขาดน้ำในขณะนอนหลับ และมี intravascular volume และ systemic vascular resistance ต่ำสุด จึงมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและหัวใจบีบตัวแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด ทำให้มี RVOT obstruction มีเลือดดำไหลไปปอดได้น้อยลง และไหลลัดวงจรจากหัวใจห้องขวาไปห้องซ้าย (right to left shunt) แล้วออกไปเลี้ยงร่างกายมากขึ้น

9. การเบ่งถ่ายอุจจาระ เนื่องจากขณะที่ออกแรงเบ่งจะมีการกลั้นหายใจและมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีแรงต้านในหลอดเลือดลดลง หากต้องเบ่งถ่ายอุจจาระเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้

10. ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ได้แก่ ความปวด ความเครียด การถูกกดดัน ตื่นเต้น ภาวะหัวใจเต้นเร็ว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือในขณะมีกิจกรรม เช่น รับประทานอาหาร เป็นต้น[10]

จะเห็นได้ว่า ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนั้นเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อย จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง เพื่อลดปัจจัยเสริมกระตุ้น

อาการและอาการแสดงของภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน

อาการและอาการแสดงจะมีตั้งแต่เล็กน้อยไปถึงรุนแรงมาก ซึ่งอาจทำให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อยถึงแก่ชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว[11,14] ดังนี้

1. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย เมื่อมีปัจจัยเสริมกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เลือดไปปอดได้น้อยลง หากจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ช้า อาการของโรคอาจรุนแรงเพิ่มขึ้น

2. เขียวบริเวณริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น เล็บมือเล็บเท้า (central cyanosis) โดยความรุนแรงของอาการเขียวและอายุที่เริ่มเขียวขึ้นกับปริมาณเลือดที่ไปฟอกที่ปอดว่ามากน้อยเพียงใด

3. นิ้วมือนิ้วเท้าปุ้ม (clubbing of fingers) พบในเด็กโตที่มีอาการเขียวนานเกิน 1-2 ปีขึ้นไป ซึ่งขนาดของนิ้วปุ้มมากหรือน้อย จะสัมพันธ์กับอาการเขียว

4. เหนื่อยง่าย (fatique) เนื่องจากมีออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง ซึ่งไม่เพียงพอกับภาวะเมตาบอลิซึมปกติ

5. การเจริญเติบโตช้า (failure to thrive) เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากกว่าเด็กวัยเรียนปกติทั่วไป

6. พัฒนาการล่าช้า (delay development) ในบางรายอาจมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสติปัญญาช้ากว่าเพื่อนในห้องเรียนเนื่องจากต้องหยุดเรียนจากการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง

จะเห็นได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคจะรุนแรงน้อยหรือมากนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ไปฟอกที่ปอด ถ้ามีเลือดไปปอดได้น้อย อาการแสดงของโรคจะรุนแรงและมีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้แต่แรกเริ่ม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ความหมายและองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคลและครอบครัว เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี[15] รวมถึงการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ ทั้งชี้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง โดยจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 องค์ประกอบ[16-17] ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access) เป็นความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) เป็นขั้นที่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) เป็นความสามารถในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนเพื่อโน้มน้าวผู้อื่นให้ยอมรับข้อมูลนั้นๆ ได้ 4) การจัดการตนเอง (self-management) โดยสามารถทำตามแผนที่กำหนด ปรับเปลี่ยนวิธีเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) โดยสามารถใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสม และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม พัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

พยาบาลเด็กมีบทบาทในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งจัดระบบสนับสนุนและบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการรับรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาทักษะสำคัญเพื่อสร้างความรอบรู้คือ ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ผู้ดูแลเด็กยังพร่อง หรือได้รับข้อมูลตรงส่วนใด ไม่ถูกต้อง หรือมีความต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่องใด เพื่อการสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจตรงกัน โดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ[17-19] มีดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีค้นหาข้อมูลเพื่อการดูแลเด็ก พยาบาลควรประเมินความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของผู้ดูแล แนะนำและสาธิตวิธีการสืบค้นข้อมูลในช่องทางที่เชื่อถือได้ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลควรพัฒนาคุณภาพและกระบวนการให้ข้อมูล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางการแพทย์ได้ง่าย เช่น แหล่งข้อมูลเชิงวิชาการต่างๆ แหล่งความรู้ในหอผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ เวปไซต์ของโรงพยาบาล เป็นต้น[20] และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีมือถือโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เนื่องจากปัจจุบันมีบทความความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ผลกระทบ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการเบื้องต้นที่เหมาะสมที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก

2. ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเข้าใจข้อมูล วิธีการดูแลที่ได้รับทราบมาอย่างถูกต้อง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) จึงต้องมีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารทางวาจาและด้วยการเขียน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความตระหนักถึงผลกระทบของภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนที่ส่งผลต่อสุขภาพเด็กวัยเรียนและครอบครัว ซึ่งการสื่อสารทางวาจาควรใช้การสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำพูดที่ผู้ดูแลเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ควรใช้

ข้อความที่กระชับและเน้นข้อมูลที่สำคัญปฏิบัติได้จริง รวมทั้งมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ดูแล โดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach-back) ซึ่งควรใช้คำถามปลายเปิด เช่น “กรุณาอธิบายว่าภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กในระยะสั้นและระยะยาวอย่างไรบ้าง” เป็นต้น ในส่วนของการสื่อสารด้วยการเขียน ควรใช้ประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย เสนอเนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอนและมีสัญลักษณ์เพื่อเน้นความสำคัญ นอกจากนี้ควรเลือกใช้รูปแบบสื่อช่วยสอนที่เหมาะสม เช่น รูปภาพ วีดิทัศน์ แผ่นพับ คู่มือ หรือช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น และจากประสบการณ์การศึกษาดูงานโครงการแลกเปลี่ยนอาจารย์พยาบาลระยะสั้น ณ โรงพยาบาลเด็กแห่งหนึ่ง สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีของผู้เขียน แพทย์และพยาบาลได้มีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจผู้ดูแลเด็กเจ็บป่วยโรคเรื้อรังก่อนกลับบ้านในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่ถูกต้องและปลอดภัย การเฝ้าระวังและสังเกตขณะให้ยา อธิบายโดยใช้สื่อการสอนด้วยวิธีการวาดรูปนาฬิกาที่แสดงถึงเวลาในหนึ่งวัน และเขียนเวลาที่ต้องให้เด็กรับประทานยาและสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น สื่อสารโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพด้านบวก หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพที่ดี มีการโต้ตอบ แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียนและครอบครัว

4. การจัดการตนเอง (self-management) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถกำหนดเป้าหมาย ในการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปฏิบัติการดูแลให้เหมาะสมและถูกต้องยิ่งขึ้น และพยาบาลควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเด็กสามารถกำหนดแผน หรือทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองและบริบทครอบครัวในการดูแลเด็กวัยเรียน เช่น การวางแผนปฏิบัติกิจกรรมประจำวันด้านต่างๆ เมื่อบุตรหลานต้องไปโรงเรียน เป็นต้น

5. ทักษะการตัดสินใจ (decision making) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถกำหนดทางเลือก โดยมีการใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียพร้อมกับเลือกทางเลือกที่ถูกต้อง พยาบาลควรเสริมสร้างพลังอำนาจในการตัดสินใจของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักในการตัดสินใจ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กให้สามารถตัดสินใจและจัดการดูแลเด็กวัยเรียนได้อย่างเหมาะสม และควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้วยคำถามปลายเปิด เช่น “การป้องกันปัจจัยเสริมที่กระตุ้นภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน ผู้ดูแลจะปฏิบัติอย่างไรบ้าง” พยาบาลควรให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้และการปฏิบัติตนโดยใช้เทคนิคการใช้คำถามสำคัญ “Ask Me 3” หรือ “3 คำถามเพื่อการดูแลสุขภาพ” ได้แก่ 1) ภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนคืออะไร 2) การป้องกันการเกิดภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนมีความสำคัญอย่างไรกับผู้ดูแลและเด็กวัยเรียน และ 3) หากเด็กวัยเรียนเริ่มมีอาการแสดงของภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน ผู้ดูแลต้องปฏิบัติจัดการเบื้องต้นอย่างไร

6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินข้อความ ตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อชี้แนะแนวทางให้ผู้อื่นได้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้สอนให้คำแนะนำ และนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนได้ สามารถวิเคราะห์ความถูกต้อง และ ความน่าเชื่อถือของข้อความจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น เวปไซต์โรงพยาบาลต่างๆ มูลนิธิเด็กโรคหัวใจและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

นอกจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านแล้ว พยาบาลควรมีการปรับกลยุทธ์ที่มิใช่เป็นผู้สอนอย่างเดียว อาจเน้นเป็นการใช้สถานการณ์โดยให้ผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีในการดูแลได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ดูแล และครอบครัว

การให้คำแนะนำผู้ดูแล หรือผู้ปกครองเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

การเตรียมเนื้อหาความรู้และความพร้อมในการให้คำแนะนำและข้อมูลที่ดีนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว จากการศึกษาพบว่า การจัดการครอบครัวที่เหมาะสมในครอบครัวที่มีบุตร

เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสำคัญ เพราะช่วยให้บุตรได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยการสนับสนุนผู้ดูแลเด็กในเรื่องการดูแลป้องกัน การดูแลสุขภาพทั่วไป และการดูแลด้านจิตสังคมของครอบครัว[21-22] ดังนี้

1. อธิบายเน้นย้ำเกี่ยวกับการสังเกตอาการภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจนว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเท่านั้น สาเหตุเกิดจากการมีระดับออกซิเจนลดลงอย่างรุนแรง ถ้าเด็กเริ่มมีอาการเวียนศีรษะหรือปวดศีรษะ หายใจเร็ว เหนื่อย เขียวมากขึ้น ให้นั่งพัก และดูแลอย่างใกล้ชิด และหากมีภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน ดูแลให้เด็กนั่งยองๆ หรือนอนคู้เข่าชิดอก ปกติอาการจะดีขึ้นภายใน 5-10 นาที หากอาการไม่ดีขึ้นควรรีบนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

2. อธิบายเกี่ยวกับการดูแลเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน ดังนี้

2.1 ดูแลให้รับประทานยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง เหมาะสมกับแผนชีวิตประจำวัน และพามาตรวจตรงตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินของโรค

2.2 ดูแลจัดอาหารและให้รับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ และมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน เน้นอาหารที่มีธาตุเหล็กและวิตามินซีสูง เช่น ผักใบเขียว ไข่แดง ตับ เป็นต้น ในบางรายอาจได้รับประทานยา เสริมธาตุเหล็กเพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงและป้องกันภาวะซีด[23]

2.3 ดูแลให้รับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง รสชาติไม่หวานจัด เช่น ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้า กล้วย ส้ม มะละกอ เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะท้องผูกและการเบ่งถ่าย

2.4 ดูแลและแนะนำให้ดื่มน้ำและนมอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและป้องกันภาวะเลือดข้น

2.5 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน เพื่อป้องกันฟันผุและการติดเชื้อในหัวใจและระบบทางเดินหายใจ

2.6 แนะนำให้เลือกชนิดการออกกำลังกายและกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมตามศักยภาพ โดยหลีกเลี่ยงการเล่นนานจนเหนื่อยเกินไป หรือออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก รวมถึงกิจกรรมที่ทำให้ตื่นเต้น ตกใจ หวาดกลัว หรือเจ็บปวด และหากร้องไห้ ควรรีบปลอบโยนให้สงบโดยเร็ว เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

2.7 ดูแลไม่ให้อาบน้ำอุ่นจัด เพราะการอาบน้ำอุ่นจะทำให้หลอดเลือดแดงในร่างกายขยายตัว และทำให้เลือดดำไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกขวาไปยังซีกซ้ายที่มีเลือดแดงเพิ่มขึ้น

2.8 ดูแลไม่ให้อาบน้ำเย็นจัด เพราะการอาบน้ำเย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัว และการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่สะดวก

2.9 ดูแลไม่พาเด็กไปอยู่ในสถานที่อบอ้าวในชุมชนแออัด หรือคลุกคลีกับผู้ที่ป่วยเป็นไข้ หรือเป็นหวัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.10 ดูแลให้ได้รับวัคซีนตามกำหนด เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2.11 แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติอื่นๆ ที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้สูง มีไข้ต่อเนื่อง คลื่นไส้ อาเจียน เขียวมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น ท้องผูก ท้องเสีย เป็นต้น[10]

2.12 ดูแลให้หลีกเลี่ยงฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ซึ่งหากได้รับสารพิษจากฝุ่นละอองต่อเนื่อง จะทำให้หลอดเลือดเกิดการอักเสบ ตีบและหดตัว เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเพิ่มขึ้น และอาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น[24]

2.13 ดูแลด้านจิตใจเด็ก โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย เพื่อการพักผ่อนเพียงพอ และลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เครียด หรือวิตกกังวลทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพราะความเครียดจะทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น[25]

2.14 แจ้งครูประจำชั้น และครูอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับโรคประจำตัวและข้อจำกัดกิจกรรมที่สามารถทำได้ โดยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจจะมีบัตรประจำตัว ประกอบด้วย ชื่อโรค การรักษาที่ได้รับ ยาที่ได้รับปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย และช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ระหว่างผู้ดูแล ครู และผู้บริหารโรงเรียน กรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน

3. การดูแลด้านจิตสังคม ครอบครัวเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะมารดาหรือผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดและวิตกกังวลตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านในแต่ละช่วงเวลาการดำเนินของโรค พยาบาลควรให้เวลาในการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินความรู้สึก สีหน้า ท่าทาง การแสดงออก พร้อมเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามปัญหา หรือ

ข้อสงสัยต่างๆ และรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นให้ข้อมูล คำแนะนำ และตอบคำถามด้วยภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และปัญหาแต่ละครอบครัว พร้อมมีสื่อการสอนประกอบการอธิบายเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น เช่น รูปภาพ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ หรือเอกสารแผ่นพับ หรือจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลเด็ก ทั้งให้กำลังใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน และมีหน่วยงานสวัสดิการสังคมในรายที่ต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย และช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์หอผู้ป่วย หน่วยงานสำหรับติดต่อสอบถามเพิ่มเติมกรณีต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ให้สามารถดูแลเด็กวัยเรียนได้ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน แนะนำการประสานงานและสื่อสารให้ข้อมูลกับโรงเรียนของเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง สาเหตุและปัจจัยเสริมกระตุ้น อาการและอาการแสดงของภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมในบริบทของครอบครัว นับเป็นการพยาบาลเชิงรุกในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ ทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพแข็งแรง มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมตามช่วงวัย และใกล้เคียงกับเด็กวัยเรียนปกติทั่วไป

References

1. Wu W, He J, & Shao X. Incidence and mortality trend of congenital heart disease at the global, regional, and national level, 1990-2017. Medicine. 2020;99(23): e20593.
2. Kuptanon C, & Pangkanon S. Birth defect. Journal of the Department of Medical Services. 2018;43(4):11-3. (in Thai)
3. Theannamngian O. Nursing Care for Children with Cyanotic Heart Disease at Risk of Cyanotic Spells. Thai Red Cross Nursing Journal. 2023;16(2):13-27. (in Thai)
4. Wongchan W. Health Literacy of Prevention Diabetes Mellitus Type 2 in School Age Children. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2):1-8. (in Thai)
5. Potipatsa G, Muenthaisong S, Raknatee D, & Supunya J. Childhood parenting by grandparents in a skipped - generation family. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2020; 23(2): 182-91. (in Thai)
6. Orem DE. Nursing: Concept of practice. 6th ed. Mosby-Year Book; 2001.
7. Bridges SM, Parthasarathy DS, Wong HM, Yiu CKY, Au TK, & MrGrath CPJ. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. Patient Education and Counseling. 2014;94(3):411-6.
8. Wicha K, Jintrawet U, & Lamchang S. Health Literacy and Care Behaviors of Parents in Preventing Respiratory Infection in Children with Congenital Heart Disease Prior to Cardiac Surgery. Nursing Journal. 2021;48(2):193-205. (in Thai)
9. Intaranarong K, Klunklin P, & Namprom N. Health Literacy and Caring for Children with Congenital Heart Disease after Cardiac Surgery of Caregivers. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2023;10(1):182-95. (in Thai)
10. Gawalkar AA, Shrimanth YS, Batta A, & Rohit MK. Management of Tet Spell-An Updated Review. Current Research in Emergency Medicine. 2021;1(1):1002.

11. Meyer G, Jansen L, Shaw K, & Franklin O. Tetralogy of Fallot: Emergency Management of Hypercyanotic "Tet" Spells. Iris Association Emergency Medicine Guidelines. 2024.
12. Mishra S, Shridhar A, & Prakash J. Standard treatment guidelines 2022: cyanotic spells. Indian Academy of Pediatrics (IAP). 2022.
13. Government of Western Australia Child and Adolescent Health Service. Hypercyanotic spells. 2021.
14. Schroeder ML, Baker AL, Bastardi H, & O'Brien P. The child with cardiovascular dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D, & Rodgers CC, editors. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 11thed. St. Louis: Elsevier; 2019. p.958-1019.
15. World Health Organization. Promoting health: guide to national implementation of the shanghai declaration. Geneva: World Health Organization. 2018.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67.
17. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12):2072-8.
18. Puektes S, & Techawathakul S. Promoting Health Literacy Among Pregnant Woman to Prevent Fine Particulate Matter (PM2.5) Exposure: A Midwife's Role. Thai Red Cross Nursing Journal. 2023;16(2):42-63. (in Thai)
19. Choeisuwan V. Health literacy: concept and application for nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(3):183-97. (in Thai)
20. Waencwaen N, Srichantaranit A, & Sanasuttipun W. The Relationship between Health Perception, Health Literacy, and Caring Behavior of Caregivers of Children with Acyanotic Congenital Heart Disease. Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(1):24-37. (in Thai)
21. Lohmae U, Karunan K, Chehdoloh S, & Pattanasombutsook M. Caring for children with congenital heart disease: Impact and Assist Guidelines. Journal of Nursing and Health Research. 2017;18(3):39-45. (in Thai)
22. Wattana S, Jintrawet U, & Lamchang S. Factors Related to Family Management in Families Having Children with Congenital Heart Disease. Nursing Journal CMU. 2022;49(2): 153-66. (in Thai)
23. Mukherjee S, Sharma M, Devgan A, & Jatana S. Iron deficiency anemia in children with cyanotic congenital heart disease and effect on cyanotic spells. Indian Heart Journal. 2018; 70(4):474-8.
24. Rajagopalan S, Al-Kindi SG, & Brook RD. Air pollution and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. Journal of the American College of Cardiology. 2018;72(17): 2054-70.
25. Gonzalez VJ, Kimbro RT, Cutitta KE, Shabosky JC, Bilal MF, Penny DJ, & Lopez KN. Mental health disorders in children with congenital heart disease. Pediatric. 2021;147: e20201693.

กรณีศึกษาบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน

A Case Study on the Role of Occupational Health Nurses in Preventing Occupational Noise-Induced Hearing Loss

พลัฏฐ์ วงศ์รัตนะตระกูล*[1] กัลยาณี ตันตรานนท์[2] กมลภู ถนอมสัตย์[1]
Palat Wongrattanatrakul*[1] Kunlayanee Tantranont[2] Kamollaphu Thanomsat[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000
[1]Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การสูญเสียการได้ยินจากเสียงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มแรงงานทั่วโลก โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมที่มีการสัมผัสเสียงดังเป็นประจำ เสียงดังที่มีความดังเกิน 85 เดซิเบลเอ (dBA) เป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์ขนที่ทำหน้าที่รับสัญญาณเสียงในหูชั้นใน นำไปสู่การสูญเสียการได้ยินอย่างถาวร การสูญเสียการได้ยินจากเสียงส่งผลกระทบต่อคนทำงานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การทำงาน และสถานประกอบการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน โดยใช้แนวทางป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการลดการสัมผัสเสียงโดยการส่งเสริมให้คนทำงานใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงขณะทำงานสัมผัสเสียง การป้องกันระดับทุติยภูมิที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและ การตรวจคัดกรองการได้ยินเพื่อป้องกันไม่ให้การสูญเสียการได้ยินมีความรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันระดับตติยภูมิที่มุ่งฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินของคนทำงานและสนับสนุนให้คนทำงานสามารถทำงานได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ บทความนี้ได้วิเคราะห์กรณีศึกษาและนำเสนอแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของสถานประกอบการในปัจจุบัน เพื่อลดอัตราการสูญเสียการได้ยินจากเสียงในคนทำงานและทำให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

คำสำคัญ : พยาบาลอาชีวอนามัย, การป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน, กรณีศึกษา

Abstract

Occupational noise-induced hearing loss (ONIHL) is a significant health issue affecting workers globally, particularly in industries with regular exposure to high noise levels. Prolonged exposure to sound levels exceeding 85 decibels (dBA) can cause damage to the hair cells in the inner ear responsible for transmitting sound signals, leading to permanent hearing loss. ONIHL impacts workers physically, mentally, and in terms of their work performance, as well as the overall productivity of the workplace. This article aims to present the role of occupational health nurses in preventing ONIHL through a three-level prevention

Corresponding Author: *Email: palat_w@hotmail.com

วันที่รับ (Received) 22 ม.ค. 2568 วันที่แก้เสร็จ (Revised) 23 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 8 มี.ค. 2568

approach. Primary prevention focuses on reducing noise exposure by promoting the use of hearing protection devices among workers. Secondary prevention emphasizes the surveillance and screening of hearing to prevent further deterioration. Tertiary prevention aims to rehabilitate workers' hearing abilities and support them in performing tasks according to their full potential. The article also analyzes case studies and presents practical guidelines that align with the current workplace context to reduce the incidence of noise-induced hearing loss and enhance workers' quality of life.

Keywords : Occupational health nurses, Preventing Occupational Noise-Induced Hearing Loss, Case study

บทนำ

การสูญเสียการได้ยินจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทำงานที่ทำงานในสถานที่ทำงานที่มีเสียงดัง[1,2] เช่น โรงงานอุตสาหกรรม การก่อสร้าง การบิน โรงงานที่ใช้เครื่องจักรเสียงดัง รวมถึงบุคลากรในโรงพยาบาล[3] ตามมาตรฐานสำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration [OSHA]) กำหนดระยะเวลาที่อนุญาตให้คนทำงานสัมผัสเสียงได้ไม่เกิน 85 เดซิเบล (เอ) ในระยะเวลางานทำงาน 8 ชั่วโมง เนื่องจากการสัมผัสกับเสียงดังอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความเสียหายของเซลล์ขน (cilia cell) ที่ทำหน้าที่รับสัญญาณเสียงในอวัยวะรูปก้นหอย (cochlea) เป็นสาเหตุที่ทำเกิดการสูญเสียการได้ยิน[4,5] การสูญเสียการได้ยินจากเสียงเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างถาวรและไม่มีการรักษาให้การได้ยินกลับมาเป็นปกติได้[6] ความเสียหายนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว และประสิทธิภาพการทำงานของผู้ที่ได้รับผลกระทบ[1] การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงขึ้นของอุบัติเหตุในการทำงาน เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาการได้ยินอาจไม่สามารถรับรู้เสียงเตือนภัยหรือสัญญาณอันตรายต่าง ๆ ได้[7] พบว่าแรงงานกว่า ร้อยละ 16-24 ทั่วโลก เผชิญความเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในการทำงาน[8,9] และมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years [DALY]) มากกว่า 4 ล้านปีสุขภาวะ สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554 ได้สำรวจความปลอดภัยในสถานประกอบการ จำนวน 76 แห่ง พบว่ามีจำนวน 54 แห่ง (ร้อยละ 71.10) ที่พบว่ามีปัญหาเสียงดังในสถานที่ทำงาน[9] บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอและวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย ในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน โดยนำเสนอกรณีศึกษาที่มีการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน กายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยา ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย มาตรการการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน และการดูแลรักษา มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาบทบาทสำคัญของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ใช้แนวทางป้องกันหลายระดับเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพการได้ยิน และการลดผลกระทบจากเสียงดังในที่ทำงาน

พยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินของคนทำงานในสถานที่ทำงาน โดยปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการประเมิน (assessment) โดยการซักประวัติ ร่วมกับบุคลากรอื่นในการตรวจวัดระดับเสียงในสถานที่ทำงาน การตรวจสมรรถภาพการได้ยินโดยใช้เครื่องมือตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (audiometry) ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนแรกมาระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอาชีวอนามัย ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นขั้นตอนการวางแผนเพื่อหาแนวทางและกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียการได้ยิน เช่น การลดการสัมผัสเสียง หรือใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (hearing protection devices) ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสัมผัสเสียงดัง สอนและสาธิตวิธีใช้ที่อุปกรณ์ป้องกันเสียง การจัดการสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อลดการสัมผัสเสียง และขั้นตอนการประเมินผล (evaluation) โดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงการได้ยิน และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน

โดยสรุปแล้วพยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงในคนทำงาน ได้แก่ ร่วมประเมินระดับเสียงในสภาพแวดล้อมการทำงาน[10]

การส่งเสริมให้คนทำงานใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง แนะนำการลดเสียงที่แหล่งกำเนิด เช่น การปรับปรุงเครื่องจักร การเพิ่มฉนวนเพื่อดูดซับเสียงในพื้นที่ที่มีเสียงดังมาก หรือการจัดให้คนทำงานอยู่ห่างจากแหล่งกำเนิดเสียง การตรวจสุขภาพเป็นอีกหนึ่งบทบาทโดยตรงของพยาบาลอาชีวอนามัยโดยการตรวจการได้ยินของคนทำงานที่มีความเสี่ยงเป็นระยะ ๆ[9] เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการได้ยินของคนทำงานและใช้ในการประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการสูญเสียการได้ยินในสถานประกอบการ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร

อาการสำคัญ หูสองข้างได้ยินลดลง 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล การได้ยินหูสองข้างลดลง ผู้ป่วยให้ประวัติว่าทำงานฝ่ายโภชนาการ สัมผัสเสียงดัง 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ใส่อุปกรณ์ป้องกันที่ครอบหู (earmuffs) นานๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ ติดตามตรวจการได้ยินประจำปีสม่ำเสมอ ผลการติดตามพบการได้ยินหูซ้ายลดลงเดิมที่ความถี่สูง 3,000 – 6,000 Hz หูข้างขวามีการได้ยินปกติ ไม่มีอาการหูอื้อ ไม่มีอาการปวดหู ไม่มีเวียนศีรษะหรือปวดศีรษะ ไม่มีบ้านหมุน ไม่มีอาการคันหู ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุศีรษะกระทบกระเทือน จึงส่งปรึกษาแพทย์อาชีวเวชศาสตร์มารับการรักษาที่คลินิกอาชีวเวชศาสตร์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีประวัติเข้ารับการผ่าตัด Release 1st Left dorsal compartment รักษา De Quervain's disease มีประวัติอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ มีแผลถลอกเล็กน้อย ประวัติการแพ้ยา Iopromide อาการ MP rash ผื่นคล้ายตุ่มยุงกัดและมีอาการคัน

ประวัติการทำงาน จากกรณีศึกษามีประสบการณ์การทำงานในหลายสาขา โดยเริ่มต้นอาชีพในปี พ.ศ. 2544 ด้วยการรับราชการทหาร ฝึกทักษะการยิงปืนด้วยมือซ้าย เป็นเวลา 2 ปี ในปีถัดมา ได้เปลี่ยนอาชีพไปทำงานในโรงงานผลิตรองเท้า โดยมีหน้าที่ผลิตชิ้นส่วนรองเท้าในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังเป็นระยะเวลานานถึง 5 ปี สภาพการทำงานมีเสียงดังต่อเนื่อง ต่อมาเปลี่ยนอาชีพเป็นเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเป็นเวลา 3 ปี ลักษณะงานเผชิญกับความเครียดและการทำงานต่อเนื่องในช่วงเวลากลางคืน จึงลาออกเปลี่ยนอาชีพเป็นผู้รับเหมาก่อสร้าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างอาคารและโครงสร้างอื่นๆ เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยสัมผัสฝุ่นละอองและการยกวัสดุหนัก ปัจจุบันประกอบอาชีพพนักงานฝ่ายโภชนาการในโรงพยาบาล โดยมีหน้าที่ล้างภาชนะสำหรับรับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงถาดสแตนเลสและภาชนะเซรามิก ลักษณะงานนี้ต้องเผชิญกับเสียงดังจากกระบวนการล้างและการสัมผัสละอองน้ำ การป้องกันอันตรายทางกายภาพใช้ผ่านอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หมวกคลุมศีรษะ หน้ากาก ถุงมือยาง และที่ครอบหูลดเสียง (earmuff) ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยอยู่ที่ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ และทำงานล่วงเวลา 16 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ระยะเวลารวมถึง 14 ปี

การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่คล้ายกันของคนใกล้ชิด จากการตรวจสมรรถภาพการได้ยินประจำปียังไม่พบเพื่อนร่วมงานมีการได้ยินลดลงที่คล้ายผู้ป่วย และปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อของเพื่อนร่วมงาน

การซักประวัติตามระบบ (review of systems) ผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีการได้ยินปกติ ไม่มีอาการหูอื้อ ไม่มีปวดหู ไม่เคยเป็นหูน้ำหนวกหรือหูอักเสบ ไม่มีอาการคันหู ทำความสะอาดหูโดยใช้สำลีก้าน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

การตรวจประเมินสุขภาพตามภาวะการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ พบว่า external ears no mass, no lesions or deformities, no discharge, no tenderness, normal whispering test, normal weber test, Rinne's test AC>BC both ear

การตรวจทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ การตรวจ Audiogram

ตารางที่ 1 ผลการติดตามการตรวจ Audiogram

วันที่ตรวจ	ข้างที่ตรวจ	ความถี่ (Hz)								Audiologist Diagnosis
		250	500	1k	2k	3k	4k	6k	8k	
16 ม.ค. 63	Right	15	15	10	15	25	25	25	10	Rt. Normal hearing
	Left	20	20	20	35	40	45	35	15	Lt. HF SNHL
25 มิ.ย. 63	Right	0	15	10	15	10	15	25	10	Rt. Normal hearing
	Left	5	10	10	25	40	45	30	20	Lt. hearing Threshold drops at 3-6kHz, SNHL
25 ม.ค. 64	Right	0	5	5	10	20	15	15	10	Rt. Normal hearing
	Left	5	10	10	20	25	40	15	5	Lt. HF SNHL drop at 4kHz
17 ธ.ค. 64	Right	10	15	10	15	30	25	15	10	Rt. hearing Threshold drops at 3kHz, SNHL
	Left	10	10	15	25	35	45	25	5	Lt. hearing Threshold drops at 3-4kHz, SNHL

การตรวจวัดทางสุขศาสตรอุตสาหกรรม โดยใช้เครื่องมือ NIOSH SLM IEC61672

ตารางที่ 2 ผลการวัดโดยใช้เครื่องมือทางสุขศาสตรอุตสาหกรรม

บริเวณที่ทำการตรวจวัด	ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพนักงาน (ชั่วโมง/นาที)	ผลการตรวจวัดระดับความดังเสียง		ระดับเสียงเฉลี่ย TWA 8 ชั่วโมง (dBA) (ชั่วโมง/นาที)
		ความดังเสียง (dBA)	ระยะเวลาการตรวจวัด	
แผนกล้างภาชนะ ฝ่ายโภชนาการ	7-8 ชั่วโมง	91.0	00:01:06	64.2

การสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน

การสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน (Occupational Hearing Loss [OHL]) ประกอบด้วย ภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในที่ทำงาน (Occupational Noise-Induced Hearing Loss [ONIHL]) ภาวะสูญเสียการได้ยินจากสารระเหยในโรงงาน (occupational solvents/ototoxic hearing loss) และภาวะภยันตรายจากเสียงดังทำให้สูญเสียการได้ยิน (occupational acoustic/physical trauma) สมาคมอาชีวเวชศาสตร์ ประเทศอเมริกา (American Occupational Medicine Association [AOMA]) ให้นิยามว่า เป็นภาวะสูญเสียการได้ยินที่มีอาการอย่างช้าๆ ลุกลามอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุจากการทำงานสัมผัสกับเสียงดังอย่างต่อเนื่อง (continuous) หรือเป็นระยะ (intermittent) เป็นเวลานาน[9] การสูญเสียการได้ยินจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมที่มีการสัมผัสเสียงดังในระดับที่เป็นอันตรายต่อระบบการได้ยินของมนุษย์ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) รายงานว่าการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการได้ยินที่ป้องกันได้ในผู้ใหญ่ทั่วโลก โดยมีคนทำงานมากกว่า ร้อยละ 16 ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังเกินเกณฑ์มาตรฐาน[11]

กายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยา การได้ยินขึ้นกับการทำงานของหูชั้นนอก หูชั้นกลาง และหูชั้นใน โดยเฉพาะเซลล์ขนในอวัยวะรูปก้นหอย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแรงสั่นสะเทือนเป็นสัญญาณประสาทเข้าไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่ในการแปรสัญญาณให้บุคคลได้ยิน การรับสัมผัสเสียงดังเกิน 85 เดซิเบลเอ (dBA) ส่งผลให้เซลล์ขนถูกทำลายโดยผ่านกลไกการบาดเจ็บจากอนุมูลอิสระ

(oxidative stress) หากมีการลดการสัมผัสเสียงเซลล์ขนยังสามารถกลับฟื้นคืนมาทำงานเป็นปกติได้ ซึ่งเกิดเป็นภาวะหูเสื่อมแบบชั่วคราว (temporary threshold shifts) แต่หากคนทำงานยังคงมีการสัมผัสเสียงดังต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์ (apoptosis) เมื่อเกิดการสูญเสียเซลล์ขน เซลล์เหล่านี้ไม่สามารถงอกใหม่ได้ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินถาวร (permanent threshold shifts)[11]

ปัจจัยเสี่ยง การสูญเสียการได้ยินจากการทำงานเกิดจากการสัมผัสเสียงดังที่มีความเข้มเสียงเกิน 85 เดซิเบลเอ (dBA) เป็นระยะเวลานาน เสียงดังที่มีลักษณะเป็นเสียงต่อเนื่อง (continuous noise) และเสียงกระแทก (impulse noise) ต่างมีผลกระทบต่อเซลล์ขนในหูชั้นใน ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายที่ไม่สามารถฟื้นฟูได้[6] นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และการสัมผัสสารเคมีบางชนิด เช่น ตัวทำละลายอินทรีย์และโลหะหนัก เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน[4,12,13]

การวินิจฉัย การสูญเสียการได้ยินจากการทำงานสามารถวินิจฉัยได้จากการรวบรวมข้อมูลประวัติ การสัมผัสเสียง ผลการตรวจการได้ยิน และการตัดภาวะอื่นที่เป็นสาเหตุ เช่น การติดเชื้อหรือภาวะพิการทางพันธุกรรม เกณฑ์การวินิจฉัยการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานตามกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[9] กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

1. ประวัติการสัมผัสเสียงดังในระดับความดังมากพอ และระยะเวลานานเพียงพอทำให้เกิดภาวะสูญเสียการได้ยินได้

2. ลักษณะกราฟการได้ยิน (air-bone audiogram, speech discrimination) เข้าได้กับการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง คือ ลักษณะสูญเสียการได้ยินเฉพาะจุด 4,000 เฮิรตซ์ (4,000-Hz Dip) หรือช่วงความถี่ 3,000-6,000 เฮิรตซ์ หรือช่วงความถี่ที่สูง

3. ระดับการได้ยินค่อนข้างคงที่ ไม่มีการเสื่อมลุกลามมากขึ้น เมื่อออกจากบริเวณที่มีเสียงดัง หรือหยุดสัมผัสกับเสียงดังระยะเวลาหนึ่ง

4. ไม่มีสาเหตุอื่น หรือข้อมูลอื่น ที่อธิบายสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินนั้นได้ ต้องมีการตรวจหาสาเหตุอื่นแม้จะตรวจพบลักษณะกราฟการได้ยินผิดปกติในช่วงความถี่ที่สูง

มาตรการการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน มาตรการการควบคุมและป้องกันอันตรายจากเสียงดัง มีหลักการสำคัญ 3 ประการ[9] คือ

1. การควบคุมเสียงที่แหล่งกำเนิด (source) ควรได้รับการพิจารณาเป็นลำดับแรก สามารถดำเนินการเพื่อป้องกันเสียงจากแหล่งกำเนิด เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่มีเสียงดังน้อยกว่า การเปลี่ยนขั้นตอนกระบวนการไม่ทำให้เกิดเสียงดัง การใช้วัสดุดูดซับเสียงในเครื่องมือที่ส่งเสียงดัง การตรวจสอบและซ่อมบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ

2. การควบคุมที่ทางผ่าน (path) เป็นการควบคุมเพื่อลดระดับเสียงทางผ่านที่จะมาถึงผู้ปฏิบัติงาน สามารถดำเนินการป้องกันได้โดยการปิดกั้นหรือทำฉากกำบังกั้นทางเดินเสียง เพิ่มระยะทางระหว่างแหล่งกำเนิดและบริเวณที่มีผู้ปฏิบัติงาน และการติดตั้งวัสดุดูดซับเสียงที่เพดานหรือฝาผนัง

3. การควบคุมเสียงที่ผู้ปฏิบัติงาน (receiver) เป็นการควบคุมโดยให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสสัมผัสเสียงดังให้น้อยที่สุด การป้องกันสามารถดำเนินการโดยการหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment [PPE]) เช่น ที่ครอบหู (earmuffs) ที่อุดหู (earplugs)

การดูแลรักษา

1. การรักษาประคับประคอง การสูญเสียการได้ยินจากการทำงานไม่มีการรักษาที่ฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินได้ให้กลับมาเป็นเหมือนเดิม ทำได้โดยการใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) และการฝังประสาทหูเทียม (cochlear implants) อาจช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ แต่ก็ยังมีการใช้ที่ยังไม่แพร่หลาย

2. การป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานสามารถทำได้โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมการทำงาน เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ลดเสียง การให้ความรู้และอบรมคนทำงานเกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน (Hearing Protective Devices [HPDs]) นอกจากนี้การตรวจสุขภาพการได้ยินเป็นระยะและการใช้มาตรการทางกฎหมาย เช่น การกำหนดมาตรฐานเสียงในสถานที่ทำงาน การจัดโครงการอนุรักษ์การได้ยินเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน[14] โครงการจะกำหนดนโยบายและหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัญหาการสูญเสียการได้ยิน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับอันตรายจากเสียงดัง ให้ความรู้เรื่องการป้องกัน เช่น การใช้ที่อุดหูหรือ

การลดระยะเวลาสัมผัสเสียงดัง และส่งเสริมการตรวจสุขภาพการได้ยินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานในประเทศไทย

ประเทศไทยกำหนดมาตรฐานด้านความปลอดภัยทางเสียงในสถานประกอบการภายใต้พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ระดับเสียงเฉลี่ยต้องไม่เกิน 85 เดซิเบลเอ (dBA) ในระยะเวลา 8 ชั่วโมง หากเกินเกณฑ์ นายจ้างต้องดำเนินมาตรการควบคุมเสียง รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานและการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการได้ยิน นอกจากนี้มีข้อกำหนดให้แรงงานที่สัมผัสเสียงดังต้องได้รับการตรวจสุขภาพการได้ยินอย่างน้อยปีละครั้ง มาตรการเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากมาตรฐานสากล เช่น ISO 1999 และ NIOSH เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยินในกลุ่มแรงงานและส่งเสริมสุขภาพการทำงานที่ยั่งยืน

การพยาบาลและการให้สุขศึกษาในกรณีศึกษา

การวินิจฉัย ONIHL จากกรณีศึกษาควรพิจารณาจากประวัติการสัมผัสเสียง ระดับความดังของเสียง และรูปแบบของการสูญเสียการได้ยินที่สัมพันธ์กับเสียงจากการทำงาน ในกรณีนี้การสูญเสียการได้ยินแบบสองข้างโดยข้างซ้ายเกิดก่อน อาจเกิดจากการสัมผัสเสียงแบบไม่สมมาตร เช่น การยืนหันข้างเดียวรับเสียง หรือมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงานกับการสูญเสียการได้ยินจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการให้การพยาบาลและการให้สุขศึกษาในกรณีศึกษาสามารถดำเนินการ ดังนี้

1. แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างเคร่งครัด และตรวจติดตามการได้ยินซ้ำเป็นระยะเพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับการได้ยินของผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงการป้องกันไม่ให้ประสาทหูเสื่อมมากขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อประสาทหู เช่น aspirin, amino glycoside, quinine หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุหรือการกระทบกระเทือนบริเวณหู ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อของหู งดเครื่องดื่มบางประเภทที่มีสารกระตุ้นประสาท เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มน้ำอัดลม งดการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ลดความเครียดและความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

2. แนะนำการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองสมรรรถภาพการได้ยิน ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสเสียงดัง ทุกชนิดไม่ว่าที่บ้าน หรือที่ทำงาน เช่น จากการฟังเพลงจากวิทยุ สถานบันเทิง เครื่องเสียงในรถยนต์ เป็นต้น ก่อนเข้ารับการตรวจการได้ยินอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะหูตึงชั่วคราว (temporary threshold shift) ซึ่งอาจทำให้ผลการตรวจผิดพลาด กรณีที่ระหว่างรอตรวจจำเป็นต้องเข้าไปปฏิบัติงานสัมผัสกับเสียงดังก่อน จะต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่สามารถลดเสียงที่หูของผู้ปฏิบัติงานสัมผัสได้ < 85 เดซิเบล เอ ตลอดระยะเวลาที่สัมผัสเสียงดัง และอนุญาตให้เข้าไปปฏิบัติงานได้ไม่เกิน 4 ชั่วโมง แต่กรณีต้องการเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) จะต้องหยุดสัมผัสเสียงอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ควรออกจากที่มีเสียงดังก่อนถึงเวลาตรวจสมรรถภาพได้ยินอย่างน้อย 15 นาที และไม่ควรคุยโทรศัพท์ระหว่างนั่งรอตรวจ

3. การควบคุมและป้องกันเสียงดัง[9] แนวทางการควบคุมเสียงที่เป็นองค์ประกอบหลัก มี 3 ส่วน ได้แก่ การควบคุมที่แหล่งกำเนิดเสียง (source) การควบคุมที่ทางผ่านของเสียง (path) และการควบคุมที่ผู้รับเสียง (receiver) ทั้งนี้อาจจำเป็นต้องใช้องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านร่วมกัน ซึ่งการดำเนินการจะแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การแก้ไข/ออกแบบทางวิศวกรรม การบริหารจัดการ

3.1 การควบคุมเสียงดังที่แหล่งกำเนิดเสียง (source) การควบคุมเสียงโดยการใช้วัสดุดูดซับเสียง ผนังและเพดานที่เป็นจุดเกิดการสะท้อนทำให้เกิดเสียงดังมากขึ้น การติดวัสดุดูดซับเสียงบริเวณผนัง พื้น เพดาน และหลังคาจะช่วยลดเสียงได้ประมาณ 10 เดซิเบลเอ

3.2 การควบคุมเสียงดังที่ผู้รับเสียง (receiver) เป็นแนวทางเลือกลำดับสุดท้ายในการป้องกันปัญหา ประกอบด้วย 2 วิธี

1) การควบคุมโดยการบริหารจัดการจากการตรวจวัดเสียงในสถานที่ทำงาน เมื่อทราบระดับเสียงนำมาคำนวณการจำกัดระยะเวลาทำงาน โดยจัดหมุนเวียนคนทำงาน และเว้นระยะการสัมผัสเสียงดังเกินมาตรฐาน

2) การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปลั๊กอุดหู และที่ครอบหู เพื่อลดระดับเสียงที่จะผ่านเข้าไปในช่องหูของผู้รับเสียง โดยทั่วไปที่ครอบหูจะลด

ระดับเสียงลงได้มากกว่าที่อุดหู ที่อุดหูจะลดเสียงที่ความถี่ต่ำกว่า 400 Hz ได้ดีกว่าที่ครอบหู ส่วนที่ครอบหูจะลดระดับเสียงที่ความถี่สูงกว่า 400 Hz ได้ดีกว่าที่อุดหู

4. การฝึกอบรมและการจูงใจ (education and motivation) หัวข้อการฝึกอบรมที่มีความสำคัญและเป็นไปตามที่ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำโครงการอนุรักษ์ การได้ยินในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2553 กำหนด ได้แก่ อันตรายของเสียงดัง ความสำคัญของการทดสอบสมรรถภาพการได้ยิน การควบคุมป้องกัน และการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน

บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน

บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโรเจอร์[15] ซึ่งเน้นการนำความรู้ นวัตกรรม และหลักการควบคุมและป้องกันโรคมาประยุกต์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มุ่งเน้นที่การลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดการสูญเสียการได้ยินในคนทำงานที่ยังไม่มีอาการ โดยการให้ความรู้ จัดอบรมเกี่ยวกับอันตรายของเสียงดังและผลกระทบต่อการได้ยิน ให้คำแนะนำเรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ได้แก่ ที่อุดหู (earplugs) และที่ครอบหู (earmuffs) การลดปัจจัยเสี่ยงในที่ทำงาน โดยการส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การติดตั้งเครื่องลดเสียงและการวางผังโรงงานเพื่อลดการสัมผัสเสียง ประสานงานกับฝ่ายบริหารในการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมเสียง และการสร้างแรงจูงใจหรือกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้คนทำงานตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคหูเสื่อมจากเสียง เช่น วันรณรงค์ “สุขภาพการได้ยิน”

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองความผิดปกติของการได้ยินในระยะเริ่มต้นและลดความรุนแรงของความผิดปกติ โดยการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (audiometry) เพื่อตรวจหาการสูญเสียการได้ยินในระยะแรก ติดตามผลการตรวจและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุคนทำงานกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังสุขภาพโดยการประเมินประวัติการสัมผัสเสียงและพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนทำงาน ให้คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมการทำงานเพื่อลดการสัมผัสเสียง ให้การดูแลรายกรณี และส่งต่อคนทำงานที่มีผลการได้ยินผิดปกติไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการตรวจเพิ่มเติม

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) มุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพแก่คนทำงานที่มีภาวะสูญเสียการได้ยินแบบถาวร โดยการใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) หรือปลูกประสาทหูเทียม (cochlear implants) การฝึกการอ่านริมฝีปาก หรือการสื่อสารด้วยวิธีอื่น การปรับปรุงสภาพการทำงานให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย ปรับบทบาทหน้าที่หรือมอบหมายงานที่เหมาะสมกับความสามารถของคนทำงาน

สร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน เช่น การใช้สัญญาณแสงแทนเสียง และการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม โดยการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาเพื่อช่วยให้คนทำงานปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมความเข้าใจและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน

การสูญเสียการได้ยินจากเสียงเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มแรงงานที่สามารถป้องกันได้ผ่านมาตรการที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวัง ให้ความรู้ และดำเนินมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ในกรณีที่ไม่มีพยาบาลอาชีวอนามัยในสถานพยาบาล ควรมีแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้พยาบาลทั่วไปสามารถมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินได้อย่างเหมาะสม การบูรณาการแนวทางป้องกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเป็นสิ่งสำคัญเพื่อปกป้องสุขภาพของแรงงานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน

สรุป

การสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน (ONIHL) เป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของคนทำงาน การทำงาน และสถานประกอบการ การใช้มาตรการป้องกันที่เหมาะสมช่วยป้องกันคนทำงานจากการสูญเสียการได้ยิน พยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการสูญเสียการได้ยินในคนทำงานได้ โดยการดำเนินงานใน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นการให้ความรู้ การอบรมคนทำงานเกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง และส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง การป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยการตรวจสมรรถภาพการได้ยินของคนทำงานเป็นระยะ และการระบุคนทำงานที่เริ่มมีปัญหาและให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการสัมผัสเสียง และการป้องกันระดับตติยภูมิ

เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนทำงานที่มีการสูญเสียการได้ยินถาวร เช่น การจัดหาเครื่องช่วยฟัง การสนับสนุนการทำงานโดยการปรับหน้าที่และสิ่งแวดล้อมการทำงาน และการให้คำปรึกษาด้านจิตใจเพื่อช่วยให้คนทำงานปรับตัว การป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลอาชีวอนามัยควรทำงานร่วมกับบุคลากรจากทีมสหวิชาชีพ เช่น วิศวกรอุตสาหกรรม นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม ในการออกแบบมาตรการที่เหมาะสม บทความนี้ชี้ให้เห็นว่าการป้องกันและฟื้นฟูอย่างครบวงจรไม่เพียงช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงาน แต่ยังช่วยเพิ่มความยั่งยืนในการดำเนินธุรกิจของสถานประกอบการ และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่แรงงานในระยะยาว

References

1. Asghari M, Gorji R, Moradzadeh R, Kohansal B, Abbasinia M, & Goudarzi F. A risk model for occupational noise-induced hearing loss in workers. Work. 2024;77(3):1017–22.
2. Basu S, Aggarwal A, Dushyant K, & Garg S. Occupational Noise Induced Hearing Loss in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. Indian Journal of Community Medicine. 2022; 47(2):166–71.
3. Suwannasit P, Wonthong T, & Songkham W. Prevalence Rate and Factors Associated with Noise-induced Hearing Loss among Workers in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Journal Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):208-17.
4. Elmazoska I, Mäki-Torkko E, Granberg S, & Widén S. Associations Between Recreational Noise Exposure and Hearing Function in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. Journal of Speech, Language & Hearing Research. 2024;67(2):688–710.
5. Pimpan Silapasuwan. Occupational Health and Safety Nursing: Concepts for Practice in the Post-COVID-19 Era. Bangkok: CUPRINT; 2022.
6. Leso V, Fontana L, Finiello F, De Cicco L, Luigia Ercolano M, & Iavicoli I. Noise induced epigenetic effects: A systematic review. Noise & Health. 2020;22(107):77–89.
7. Granberg S, & Gustafsson J. Key findings about hearing loss in the working-life: a scoping review from a well-being perspective. International Journal of Audiology. 2021; 60(sup2):60-70.
8. Deborah Imel N, Robert Y N, Marisol C-B, & Marilyn F. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. American Journal of Industrial Medicine. 2005;48(6):446-58.
9. Occupational Safety and Health Samut Prakan. Guidelines for surveillance and prevention Occupational Noise-Induced Hearing Loss. Samut Prakan: Occupational Safety and Health Samut Prakan; 2020.
10. Songkham W. Occupational Health Nursing: Concepts and Applications. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2020.
11. Le TN, Straatman LV, Lea J, & Westerberg B. Current insights in noise-induced hearing loss: A literature review of the underlying mechanism, pathophysiology, asymmetry, and management options. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;46(1):41.
12. Campo P, Lataye R, Loquet G, & Bonnet P. Combined exposure to noise and ototoxic substances: A review. Noise Health. 2019;21(98):116-29.
13. Masterson EA, Bushnell PT, Themann CL, & Morata TC. Hearing Impairment Among Noise-Exposed Workers — United States, 2003–2012. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2016;65(15):389-94.
14. Neitzel RL, Daniell WE, Sheppard L, Davies HW, & Seixas NS. Evaluation and comparison of three exposure assessment techniques for noise-induced hearing loss studies. Epidemiology. 2011;22(1):124-31.
15. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.

บทบาทพยาบาล: อาหารกับการลดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

Nurse's Role: Dietary and Relieving Primary Dysmenorrhea

รัชนีกร สันติธรรม รัตนาภรณ์ ธนศิริจิรานนท์*
Ratchaneekorn Santitham Rattanaporn Tanasirijiranont*
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000
McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

สตรีเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะเริ่มมีประจำเดือน ซึ่งแสดงถึงพัฒนาการทางด้านร่างกาย การมีประจำเดือนเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน อุณหภูมิของร่างกาย การพัฒนาของไข่ และเยื่อบุมดลูกในแต่ละเดือน สตรีอาจมีอาการปวดประจำเดือนซึ่งเกิดจากการที่มดลูกหดรัดตัวเป็นผลมาจากพรอสตาแกลนดิน และสตรีบางรายอาจมีอาการปวดประจำเดือนอย่างรุนแรง อาการปวดประจำเดือนเป็นอาการไม่สุขสบายที่มีผลกระทบต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และหน้าที่การงาน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิด้วยอาหาร ตั้งแต่การประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์และยับยั้งการหลั่งพรอสตาแกลนดิน ส่งเสริมการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จัดทำแผนการรับประทานอาหารรายบุคคลร่วมกับการจดบันทึกระดับอาการปวดประจำเดือนในแต่ละรอบเดือน และทำการประเมินผลภายหลังการจัดแผนการรับประทานอาหาร ทั้งนี้เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถจัดการอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องใช้ยา และเป็นการส่งเสริมความสุขสบายขณะมีประจำเดือน

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, อาหาร, อาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ, สุขภาพสตรี

Abstract

When women enter adolescence, they begin menstruating, which represents physical development. Menstrual periods originate from the change in hormone levels, body temperature, ovum development, and endometrium each month. Women may have dysmenorrhea during the period that it is caused by uterine contractions as the result of prostaglandin, and some women may have severe pain from dysmenorrhea. Dysmenorrhea is an uncomfortable symptom, and it affects reproductive women in physical, psychosocial, and job duties. This academic article aims to present the role of nurses in managing primary dysmenorrhea in women through dietary. This includes assessing knowledge about foods related to prostaglandin synthesis and inhibition, promoting adequate nutrient intake, providing education on foods to consume and avoid, developing personalized dietary plans in conjunction with monthly menstrual pain level records, and evaluating the outcomes after implementing dietary plans. This is to enable reproductive women to effectively manage primary dysmenorrhea without medication and to promote comfort during menstruation.

Keywords: Nurse's role, Dietary, Primary dysmenorrhea, Women' health

Corresponding Author: *E-mail: rattanaporn_t@payap.ac.th

วันที่รับ (received) 25 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 มี.ค. 2568

บทนำ

การมีประจำเดือนเป็นภาวะปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นการแสดงถึงพัฒนาการทางด้านร่างกายที่เป็นไปตามวัยของระบบสืบพันธุ์ที่มีความสมบูรณ์พร้อมจะทำหน้าที่ในการสืบพันธุ์ สตรีเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นก็จะเริ่มมีประจำเดือนซึ่งมีช่วงเวลาประมาณ 3–7 วันในแต่ละเดือน เป็นวัฏจักรวนเวียนอยู่เช่นนี้เรื่อยไป การมีประจำเดือนอาจมีอาการปวดประจำเดือนในสตรีบางคน อาการปวดอาจเกิดขึ้นก่อนหรือขณะมีประจำเดือน บางคนมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยแต่บางคนมีอาการปวดรุนแรง ลักษณะอาการปวดประจำเดือนจะเกิดบริเวณเหนือหัวหน่าว หรือท้องน้อย อาจปวดเสียด ปวดเกร็ง ปวดถ่วง หรือปวดตื้อ และอาจปวดบริเวณหลังส่วนล่าง ร้าวไปต้นขาด้านใน[1] และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อ คัดตึงเต้านม ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน หรือ รู้สึกหงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น[2,3]

อาการปวดประจำเดือนเป็นปัญหาหนึ่งทางนรีเวชพบมากที่สุดในทุกช่วงอายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์ถึงร้อยละ 75 ของสตรีมีอาการปวดประจำเดือน และร้อยละ 15 ในจำนวนนี้มีอาการปวดประจำเดือนอย่างรุนแรง[1] จนมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาผลของโปรแกรมเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิของนักศึกษาพยาบาล พบอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิเกิดในสตรีวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 60–84.9 มีอาการปวดทุกรอบประจำเดือนร้อยละ 43.1 และมีอาการปวดเป็นบางรอบประจำเดือนร้อยละ 41[4] สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดประจำเดือนอย่างรุนแรง และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม ต้องขาดเรียน หยุดงาน คุณภาพชีวิตไม่ดี ซึมเศร้า จนส่งผลเสียทางจิตใจ[2,5,6] เมื่อคำนวณถึงผลกระทบจากการปวดประจำเดือนออกมาเป็นจำนวนชั่วโมง พบว่าอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิเป็นปัญหาทางสุขภาพของสตรี และเป็นส่วนหนึ่งในปัญหาสาธารณะของโลก ที่พบว่าประมาณ 140 ล้านชั่วโมงที่สตรีต้องสูญเสียไปกับการขาดเรียนหรือหยุดงานเนื่องมาจากการปวดประจำเดือน จากตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาพบว่าสตรีต้องสูญเสียเวลาถึง 600 ล้านชั่วโมงต่อเดือนจากอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ[7]

อาการปวดประจำเดือนแตกต่างกันในสตรีแต่ละคน แบ่งเป็นการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ (primary dysmenorrhea) และการปวดประจำเดือนแบบทุติยภูมิ (secondary dysmenorrhea) การปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิจะมีอาการปวดท้องน้อยและสัมพันธ์กับรอบประจำเดือน เป็นการปวดประจำเดือนที่ไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน ในขณะที่การปวดประจำเดือนแบบทุติยภูมิเป็นการปวดประจำเดือนที่ร่วมกับการมีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน อาการปวดประจำเดือนโดยเฉพาะอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ เกิดจากการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin : PGs) ก่อนการมีประจำเดือนและวันแรกของการมีประจำเดือน ที่ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดรัดตัว ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วขณะ และเกิดความเจ็บปวดตามมา[1,3] ซึ่งการจัดการกับพรอสตาแกลนดินสามารถทำได้โดยง่ายด้วยการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ประสบปัญหาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ ควรเริ่มตั้งแต่การประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์และยับยั้งการหลั่งพรอสตาแกลนดิน ส่งเสริมการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จัดทำแผนการรับประทานอาหารรายบุคคล แนะนำการจดบันทึกระดับอาการปวดประจำเดือนแต่ละรอบเดือน และประเมินผลภายหลังการจัดแผนการรับประทานอาหาร เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถจัดการอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องใช้ยา และเพื่อส่งเสริมความสุขสบายขณะมีประจำเดือน

สรีรวิทยาของการมีประจำเดือน

การมีประจำเดือนเกิดจากการทำงานที่สัมพันธ์กันของอวัยวะในร่างกาย 4 ส่วนคือ ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) รังไข่ (ovary) และเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrium) ที่ทำงานเป็นวงจร ระยะของรอบประจำเดือนเฉลี่ยคือ 28 วัน ถึงแม้จะมีระยะได้ตั้งแต่ 20–45 วัน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ยมีความสอดคล้องกับระยะเวลาของวงจรการปฏิสนธิรอบเดือนของสตรีที่ระยะ 28 วัน เยื่อบุโพรงมดลูกจะมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนของรังไข่ที่เกิดจากการกระตุ้นจากการ เปลี่ยนแปลงในรอบของการมีประจำเดือน ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น 3 ระยะ[8,9] คือ 1) ระยะโปรลิเฟอราทีฟ (proliferative phase) มีฮอร์โมนเอสโตรเจนจะค่อยๆเพิ่มขึ้นจนถึงระดับสูงสุดหลังการมีประจำเดือน เยื่อบุโพรงมดลูกจะบางมาก ทำให้เซลล์ใน

ชั้นเยื่อบุโพรงมดลูกและต่อมต่าง ๆ เจริญ ใช้เวลาประมาณ 9 วัน จนกว่าไข่จะเจริญเต็มที่ และเยื่อบุโพรงมดลูกจะหนากว่าเดิม เมื่อมีการตกไข่ในวันที่ 14 ของรอบประจำเดือน ต่อมที่เยื่อบุจะหลั่ง mucus บางๆ และเหนียว เพื่อช่วยให้ sperms เข้าสู่มดลูก 2) ระยะซีครีทอรี่ (secretory phase) เกิดขึ้นหลังไข่ตก คอร์ปัสลูเทียมจะหลั่งโปรเจสเตอโรนปริมาณมาก เพื่อทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกหนาขึ้น ร่วมกับหลั่งกลัยโคเจน โปรตีน ไขมัน และเกลือแร่สะสมไว้ในเยื่อบุโพรงมดลูกเพื่อหล่อเลี้ยงไข่ที่จะมาฝังตัว และ 3) ระยะมีประจำเดือน (menstrual phase) หากไม่มีการปฏิสนธิเกิดขึ้นคอร์ปัสลูเทียมจะสลายและจะลดการผลิตเอสโตรเจนและโปรเจนเตอโรน ประมาณ 2 วันก่อนการมีประจำเดือน ความหนาของเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial regression) จะลดลง เกิดจากการลดปริมาณลงของส่วนเยื่อหุ้มเซลล์ (extracellular matrix) การเกิด endometrial regression เกิดการหดตัวอย่างแรงของหลอดเลือด spiral arteries ทำให้เกิดการขาดเลือด (ischemia) ขาดออกซิเจน (hypoxia) และเกิดเนื้อตาย (necrosis) เยื่อบุโพรงมดลูกที่เกิดเนื้อตายจะแยกตัวออกจากชั้นกล้ามเนื้อหลุดลอกออกมา ทำให้เกิดประจำเดือน มีระยะเวลาประมาณ 5 วัน (อยู่ในช่วง 3-6 วัน) ปริมาณเลือดที่ออกประมาณ 50 ซีซี (อยู่ในช่วง 20-80 ซีซี)

อาการปวดประจำเดือน (Dysmenorrhea)

แบ่งเป็น 2 ประเภท[10] ดังนี้

1. อาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ (primary dysmenorrhea)

อาการปวดนี้เป็นหนึ่งในปัญหาทางนรีเวชที่พบมากที่สุดในกลุ่มสตรีวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับอายุ สตรีที่อายุมากขึ้นอาการปวดจะลดลง อาการปวดจะสัมพันธ์กับรอบระดูที่มีการตกไข่ เกิดจากการบีบรัดตัวของมดลูก เป็นผลจากพรอสตาแกลนดินที่สร้างขึ้นในครึ่งหลังของรอบประจำเดือน[10,11] ลักษณะการปวด ได้แก่ ปวดเสียด ปวดเกร็ง ปวดถ่วง ปวดตื้อมีการบีบรัดเป็นพักๆ อาการปวดร้าวไปที่เอว หลังและต้นขาด้านหน้า และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อ่อนเพลีย เมื่อยล้า และมีไข้[3,10] ซึ่งอาการปวดประเภทนี้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อจัดการกับอาการปวดประเภทนี้ได้ด้วยตัวเอง

2. อาการปวดประจำเดือนแบบทุติยภูมิ (secondary dysmenorrhea)

เป็นอาการปวดที่เกิดจากมีพยาธิสภาพของอวัยวะสืบพันธุ์ในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) เยื่อบุโพรงมดลูกในชั้นกล้ามเนื้อของมดลูก (adenomyosis) ติ่งเนื้องอกของเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial polyps) และอุ้งเชิงกรานอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammatory disease)[2,10] อาการปวดมักไม่สัมพันธ์กับการมีประจำเดือน ปวดตลอดจนกระทั่งประจำเดือนหมดไป หรือมีอาการปวดท้องน้อยขณะไม่มีประจำเดือน ดังนั้นการจัดการกับอาการปวดประเภทนี้ต้องให้การดูแลอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีพยาธิสภาพและมีความซับซ้อนที่แตกต่างกัน จึงควรให้คำแนะนำเพื่อจัดการกับอาการเจ็บปวดโดยไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์

อาการปวดประจำเดือนของสตรีโดยทั่วไปมักจะเป็นการปวดแบบปฐมภูมิ ซึ่งปัจจัยของการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิมีสาเหตุอยู่หลายปัจจัย[11] ได้แก่

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย การปวดประจำเดือนเกิดจากการหดรัดตัวของเส้นเอ็นในช่องท้อง ทำให้เส้นประสาทถูกกดและเกิดการระคายเคืองขณะมีประจำเดือน จึงเกิดอาการปวดประจำเดือน

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ การขัดแย้งภายในจิตใจเกี่ยวกับภาวะทางเพศตั้งแต่วัยเด็ก อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอาการปวดประจำเดือนได้ เช่น การรังเกียจลักษณะของเพศหญิงอย่างฝังใจ บุคคลใกล้ชิดรอบข้างในวัยเด็กมีบทบาทสำคัญเช่นกัน ทำให้เกิดการเลียนแบบในการปวดประจำเดือน

3. ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม และอื่นๆ พบว่าความชุกและความรุนแรงของการปวดประจำเดือนพบเพิ่มขึ้นในสตรีที่สูบบุหรี่ เครียด หรืออยู่ในอากาศหนาวเย็น และลดลงในสตรีที่มีอายุมากขึ้น หรือมีบุตรหลายคน สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี

4. พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin: PG) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิมากที่สุด สร้างมาจากไขมันที่สะสมในเยื่อหุ้มเซลล์ผนังมดลูกจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน ประกอบด้วย พรอสตาแกลนดิน E_2 และพรอสตาแกลนดิน $F_{2\acute{a}}$ โดยเฉพาะพรอสตาแกลนดิน $F_{2\acute{a}}$ ซึ่งเป็นชนิด secretory และหากไม่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นก่อนการเกิดประจำเดือนรอบใหม่โปรเจสเตอโรนจะลดลง ทำให้มีการหลั่งพรอสตาแกลนดินออกมาเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของร่างกาย กล้ามเนื้อบีบตัว หลอดเลือดหดรัดตัว

เกิดลิ่มเลือด และเกิดอาการปวดในระยะก่อนการมีประจำเดือน[10,11] ขณะเดียวกันมีบางส่วนของพรอสตาแกลนดินกลับเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดสาเหตุของอาการอื่นๆ ร่วมกับอาการปวดประจำเดือน เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย และปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น[2,10,11] ความดันภายในมดลูกของสตรีขณะมีอาการปวดประจำเดือนจะเพิ่มขึ้นเป็น 60 mmHg ในขณะที่ภาวะปกติจะมีระดับความดันประมาณ 10 mmHg[2,8,11]

อย่างไรก็ตามหากพรอสตาแกลนดินมีปริมาณมากเกินไป จะทำให้มดลูกหดรัดตัวรุนแรง ทำให้เกิดอาการปวดประจำเดือน เยื่อบุโพรงมดลูกในสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์จะมีการสร้างพรอสตาแกลนดินในระยะก่อนไข่ตก จากอิทธิพลของเอสโตรเจน และโปรเจนเตอโรน ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกสร้างพรอสตาแกลนดินมากในตอนกลางและปลายระยะหลังไข่ตก โดยเฉพาะพรอสตาแกลนดินชนิด E_2 และ $F_{2á}$ ระดับพรอสตาแกลนดิน $F_{2á}$ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเข้มข้นของเอสโตรเจนการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน รวมถึงพรอสตาไซคลิน (prostacyclin) และทรอมบอกเซน (thromboxanes) [4,10] ได้มาจากการสังเคราะห์ unsaturated fatty acid เช่น กรดไขมันอะราคิโดนิค (arachidonic acid: AA) และกรดไขมันอิออสแซทริโนอิค (eiosatrienoic acid) ที่ได้มาจากการเปลี่ยนแปลงของฟอสโฟไลปิด (phospholipids) ไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) และคอเลสเตอรอล (cholesterol) โดยเอนไซม์เอซิลไฮโดรเลส (acylhydrolase) กรดไขมันอะราคิโดนิคซึ่งมีความสำคัญในการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน การลดลงของโปรเจสเตอโรนแต่ละรอบประจำเดือนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งกรดไขมันอะราคิโดนิค และเกิดการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน การเพิ่มขึ้นของกรดไขมันอะราคิโดนิคและการถูกทำลายของเซลล์อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมีประจำเดือน เป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดินมากขึ้น[11,12] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะสามารถลดการสร้างพรอสตาแกลนดิน ทำให้อาการปวดประจำเดือนลดลงได้[12,13]

อาหารที่มีผลต่อการสร้างและลดพรอสตาแกลนดิน

1. อาหารประเภทไขมัน ในระยะที่มีประจำเดือนควรลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ซึ่งเป็นไขมันอิ่มตัว เพราะจะเข้าไปสะสมในเยื่อบุผนังมดลูก ทำให้สร้างพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้น เพิ่มระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน ในขณะที่อาหารไขมันต่ำสามารถลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ [12,13] ดังนี้

1.1 กรดไขมัน (fatty acid) ในธรรมชาติมักไม่พบกรดไขมันในรูปของกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) แต่เป็นองค์ประกอบอยู่ในโมเลกุลของไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) หรือไตรเอซิลกลีเซอรอล (triacylglycerol) อยู่ในน้ำมันและไขมันทั้งจากพืชและสัตว์ นอกจากนี้ร้อยละ 80 ของกรดไขมันอะราคิโดนิค อยู่ในไตรเอซิลกลีเซอรอล (triacylglycerol) ในไขมันสัตว์ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กรดไขมันที่อิ่มตัว (saturated fatty acid) เช่น คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เป็นต้น พบมากใน ไขมันสัตว์ ไข่แดง เนย และ 2) กรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว (unsaturated fatty acid) แบ่งเป็น 2 ประเภทย่อย คือ กรดไขมันที่ไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (monounsaturated fatty acid) พบในน้ำมันมะกอก น้ำมันงา ถั่ว เมล็ดธัญพืช ปลาทะเล และกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (polyunsaturated fatty acid) พบในน้ำมันถั่วเหลืองน้ำมันข้าวโพด น้ำมันทานตะวัน ถั่ว และเมล็ดธัญพืช[12]

1.2 ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เป็นอนุภาคไขมันชนิดหนึ่งที่ร่างกายสังเคราะห์ขึ้นในตับ อาหารประเภทไขมันส่วนใหญ่จะมีไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไม่ว่าจะเป็นน้ำมันพืช ไขมันสัตว์ หรือไขมันที่ซ่อนอยู่ในเนื้อ นม หรืออาหารอื่นที่มีไขมัน สตรีที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงเป็นเวลานานจะทำให้ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL) ในเลือดลดต่ำลง ไตรกลีเซอไรด์ที่สูงจะกระตุ้นให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์จะกระตุ้นตับให้ผลิตไตรกลีเซอไรด์มากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์จึงควรงดหรือลดการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล[12,13,14]

1.3 คอเลสเตอรอล (cholesterol) เป็นไขมันที่นำไปสร้างฮอร์โมนเพศทุกชนิดรวมถึงฮอร์โมนเอสโตรเจนที่กระตุ้นให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้นที่เยื่อบุโพรงมดลูก[15] โดยเฉพาะชนิด secretory และเปลี่ยนคอเลสเตอรอลให้เป็น pregnenolone ด้วยเอนไซม์ cytochrome P_{450} side – chain clearage (P_{450} scc) ภายในไมโตคอนเดรีย ซึ่งการส่งผ่านข้ามเยื่อหุ้มไมโตคอนเดรียต้องอาศัยโปรตีนตัวพาที่สำคัญ คือ steroidogenic Acute Regulatory Protein (STAR) และจัดเป็น rate – limiting step ของกระบวนการสังเคราะห์เอสโตรเจน จากนั้น pregnenolone จะถูกเปลี่ยนเป็น dehydroepiandrosterone (DHEA) แล้ว DHEA จะถูกเปลี่ยน

เป็น testosterone และสุดท้ายเอนไซม์ aromatase จะนำการเปลี่ยน testosterone ไปเป็นเอสโตรเจน[12,13,14] ดังนั้นจึงควรลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่ อาหารทะเล เป็นต้น รวมถึงอาหารที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น ถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง น้ำมะพร้าว เมล็ดพืช เช่น เมล็ดทานตะวัน งาดำ ผลไม้อบแห้ง เป็นต้น เพื่อลดปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายที่จะไปกระตุ้นให้มีการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินในปริมาณมากเกินไป

1.4 ไขมันทรานส์ (trans fat) เป็นกรดไขมันชนิดหนึ่งที่ไม่อิ่มตัว พบได้จากธรรมชาติโดยเฉพาะไขมันที่อยู่ในเนื้อและน้ำนมของสัตว์ประเภทเคี้ยวเอื้อง เช่น วัว ควาย เป็นต้น เนื่องจากสัตว์ประเภทนี้มีเอนไซม์ที่ไปทำปฏิกิริยากับกรดไขมันไม่อิ่มตัว ทำให้เกิดเป็นไขมันทรานส์ นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไขมันทรานส์มาจากกระบวนการผลิตอาหารที่มีการเติมไฮโดรเจนบางส่วนลงไปในน้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันพืช ไขมันพืช เป็นต้น [12,13,14]

2. อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ได้แก่

2.1 ขนมหวานและเบเกอรี่ มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ หากรับประทานมากเกินไปจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการควบคุมอาหารทำให้น้ำหนักตัวลด แต่ในทางตรงกันข้ามกลับทำให้ความเข้มข้นของ serum sex-hormone binding globulin เพิ่มมากขึ้น[15] เพราะน้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว มี glycemic Index สูง เมื่อรับประทานเข้าไปร่างกายจะดูดซึมได้เร็ว ถ้าร่างกายนำไปใช้ไม่ทันก็จะเกิดเป็นไตรกลีเซอไรด์ ขณะที่เบเกอรี่มีส่วนผสมของน้ำตาล ไขมัน และแป้ง ซึ่งไขมันใน เบเกอรี่มักเป็นไขมันทรานส์ หรือไขมันอิ่มตัวชนิดเลว ทำให้เกิดการเพิ่มฮอร์โมนเอสโตรเจนที่จะกระตุ้นการสร้างพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้น[12,14]

2.2 ขนมกรุบกรอบบรรจุถุง มักมีโซเดียม ไขมันทรานส์ และเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว มีผลต่อต่อการเพิ่มปริมาณของไตรกลีเซอไรด์และเอสโตรเจน[12,14] ทำให้การเกิดความไม่สุขสบายขณะมีประจำเดือน เช่น อาการบวมจากการรับประทานโซเดียมมากเกินไป เป็นต้น

3. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ส่วนใหญ่จะมีไขมันเป็นส่วนประกอบและเป็นไขมันอิ่มตัว โดยเฉพาะกรดไขมันอะราคิโดนิค ซึ่งมีบทบาทเป็นสารตั้งต้นของการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินชนิด PGE_2 และ $PGF_{2\alpha}$ จึงควรลดหรือหลีกเลี่ยง หากต้องการรับประทานเนื้อสัตว์ควรเป็นเนื้อแดงไม่มีมัน ควรรับประทานเนื้อสัตว์ประเภทปลาซึ่งย่อยง่ายมีไขมันต่ำ และไขมันในปลามักเป็นกรดไขมันโอเมก้า[3] (omega-3) ที่มีมากในปลาทะเลน้ำลึกและปลาน้ำจืดบางชนิด[15] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาหารมังสวิรัติไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเข้มข้นของ serum sex-hormone binding globulin ช่วยในการลดน้ำหนักตัว ช่วยลดระยะและความถี่ของการปวดประจำเดือน และลดอาการแสดงก่อนการมีประจำเดือน[13]

4. อาหารที่มีไขมันต่ำ

4.1 ผักและผลไม้ควรรับประทานในช่วงที่มีประจำเดือน เพราะเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน มีสารอาหารหลายอย่างโดยเฉพาะเกลือแร่และวิตามิน ช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีเส้นใยที่ช่วยในเรื่องของการขับถ่าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านอาหารมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นและการทำงานของ serum sex-hormone binding globulin ช่วยเพิ่มความเข้มข้นของ serum sex-hormone binding globulin ซึ่งมีหน้าที่จับและลดการทำงานของฮอร์โมนเอสโตรเจน[15] อาหารที่มีเส้นใยช่วยกำจัดเอสโตรเจนออกไปกับการขับถ่าย ลดการกระตุ้นของเอสโตรเจนต่อการสร้างพรอสตาแกลนดิน การรับประทานอาหารเส้นใยช่วยลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในกระแสเลือด จึงช่วยลดอาการปวดประจำเดือนได้ อย่างไรก็ตามมีผักผลไม้บางชนิดที่มีสารออกฤทธิ์คล้ายเอสโตรเจน คือ ไฟโตเอสโตรเจน เช่น น้ำมะพร้าว เป็นต้น ซึ่งในน้ำมะพร้าวมีไฟโตเอสโตรเจนสูง มีฤทธิ์ไปเสริมและยับยั้งฮอร์โมนเอสโตรเจน แต่ก็ยังไม่มีข้อพิสูจน์ที่ชัดเจนว่าการรับประทานน้ำมะพร้าวจะทำให้ปวดประจำเดือนเพิ่มขึ้น หรือช่วยลดอาการปวดประจำเดือน[3]

4.2 ธัญพืช และเมล็ดของพืชชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ข้าวโพด ข้าวโอ๊ตข้าวชนิดต่างๆ ที่ไม่ขัดขาว ข้าวกล้อง ลูกเดือย เม็ดบัว งา โฮลวีท เมล็ดฟักทอง และเมล็ดทานตะวัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน E_2 (PGE_2) ในกล้ามเนื้อจะถูกยับยั้งได้โดยการรับประทานน้ำมันเมล็ดเฟลค (FSO) นอกจากนี้ธัญพืชยังมีกากใยซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (compound nutrition) แตกตัวยากย่อยสลายช้า ร่างกายจะค่อยๆ นำไปใช้ทำให้ระดับน้ำตาลในร่างกายคงที่ต่างจากน้ำตาลโดยทั่วไปที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เมื่อรับประทานเข้าไปร่างกายจะดูดซึมได้เร็ว เมื่อร่างกายนำไปใช้ไม่หมดก็จะเกิดการสะสมเป็นไขมันมีผลต่อ

การเพิ่มฮอร์โมนเอสโตรเจน ธัญพืชมีเส้นใยสูงจึงช่วยในการขับถ่าย ช่วยขจัดฮอร์โมนเอสโตรเจนส่วนเกินออกไปจากร่างกาย ดังนั้นในระยะก่อนและขณะมีประจำเดือนจึงควรรับประทานธัญพืชที่ไม่ขัดสี[15]

4.3 อาหารประเภทถั่ว มีโปรตีนสูง และวิตามิน E ช่วยต่อต้านการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน อาหารประเภทถั่วมีทั้งที่รับประทานเมล็ด และรับประทานฝัก ได้แก่ ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วลันเตา อัลมอนด์ และถั่วพิสทาชิโอ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาหารประเภทถั่วมีไฟโตเอสโตรเจน ที่มีฤทธิ์ทั้งเสริมและยับยั้งฮอร์โมนเอสโตรเจนโดยเฉพาะถั่วเหลือง การรับประทานอาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจนในระยะก่อนมีประจำเดือนจะช่วยให้ประจำเดือนมาปกติได้ในสตรีที่มีปัญหาประจำเดือนมาไม่ปกติ มากระปริด กระปรอย หรือมาน้อย ส่วนประสิทธิภาพในการยับยั้งฮอร์โมนเอสโตรเจนในสตรีแต่ละรายอาจแตกต่างกัน[15]

ไฟโตเอสโตเจน (phytoestrogen) เป็นสารประกอบเคมีธรรมชาติที่พบได้ในพืช (phytochemical) มีโครงสร้างคล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน เมื่อรับประทานเข้าไปจะเปลี่ยนเป็นสารคล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจนและถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดตามความต้องการของร่างกาย และขับส่วนที่เหลือใช้ออกทางปัสสาวะ[16] การรับประทานอาหารที่มีไฟโตเอสโตรเจนในปริมาณปกติ จะแย่งที่กับเอสโตรเจนในการจับกับตัวรับเอสโตรเจน (estrogen receptor) ที่มีอยู่ในร่างกาย สามารถยับยั้งฤทธิ์ของเอสโตรเจนในร่างกายได้ และพบว่าอาหารจำพวกผัก ถั่วเมล็ดแห้ง โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ของถั่วเหลืองซึ่งมีไฟโตเอสโตรเจนปริมาณมากและจะเป็นตัวจับกับ receptor binding ของเอสโตรเจน ซึ่งเชื่อกันว่าจะช่วยลดปริมาณเอสโตรเจนในร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยามากิ และคณะ ที่พบว่า isoflavones ซึ่งเป็นไฟโตเอสโตรเจนที่พบมากในถั่วเหลืองสามารถยับยั้งการสร้าง PGE_2[12,13]

จากการทบทวนวรรกรรมจึงสรุปได้ว่าการเลือกรับประทานอาหารด้วยการลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารไขมันที่มีกรดไขมัน คอเลสเตอรอล ไขมันทรานส์ อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ขนมหวานและเบเกอรี่ ขนมกรุบกรอบชนิดถุง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว โดยส่งเสริมการรับประทานอาหารประเภทไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายไม่มีไขมัน ธัญพืช และถั่วชนิดต่าง ๆ สามารถช่วยลดอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิได้[11,12,13,14] ดังนั้นพยาบาลจึงควรแสดงบทบาทในการดูแลความเจ็บปวดและไม่สุขสบายแก่สตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิด้วยอาหาร ซึ่งจะช่วยลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น และส่งเสริมความสุขสบายขณะมีประจำเดือนได้

บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสตรีที่ปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิโดยการรับประทานอาหาร

ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบายการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองการลดความปวด ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล[16] ในการช่วยเหลือสตรีที่ประสบปัญหาปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ โดยบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้ คือ ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ใช้ยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาหารบางชนิดมีสารอาหารที่ช่วยลดการหลั่งพรอสตาแกรนดิน ลดการบีบตัวของมดลูก และปรับสมดุลฮอร์โมน [17,18,19] ดังนี้

1. ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ ความหมาย สรีรภาพและกลไกของการปวดประจำเดือน ผลกระทบ และการจัดการกับอาการปวดประจำเดือนให้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ทราบและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย[12]

2. ส่งเสริมการรับประทานสารอาหารให้ครบถ้วน สตรีวัยเจริญพันธุ์ควรได้รับพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี่/วัน โดยเป็นกลุ่มข้าวและแป้ง ประมาณ 8 ทัพพี เนื้อสัตว์วันละ 6-12 ช้อนกินข้าว ดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว หากดื่มนมวัวไม่ได้ให้ดื่มนมถั่วเหลืองหรือนมจากธัญพืช อื่นๆ แทนได้ แต่ควรเลือกชนิดที่เสริมแคลเซียม และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ผักวันละ 6 ทัพพี ผลไม้วันละ 3-5 ส่วน และควรควบคุมการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และเกลือโดยเฉพาะปริมาณที่เติมลงในอาหาร ไม่ให้เกินปริมาณที่เหมาะสม คือ น้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา ไขมัน/น้ำมันไม่เกินวันละ 6-8 ช้อนชา และเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือเท่ากับน้ำปลา/ซีอิ๊วขาว/ซอสปรุงรส/ผงปรุงรส/ผงชูรสประมาณ 3 ช้อนชา หรือซอสหอยนางรม/ซอสมะเขือเทศ/ซอสพริกประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ[20]

3. ให้ความรู้และส่งเสริมการหลีกเลี่ยงอาหารที่เกี่ยวข้องระยะก่อนมีประจำเดือน โดยคำนึงถึงสภาพร่างกาย ข้อจำกัด โรคประจำตัว และความชอบของแต่ละบุคคล ดังนี้

3.1 ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารประเภทกรดไขมัน

ไม่อิ่มตัว (ไตรกลีเซอไรด์ คอเรสเตอรอล ไขมันทรานส์) เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่ อาหารทะเล ปาท่องโก๋ ลูกชิ้นทอด ชีส เนย มาการีน เป็นต้น[12]

3.2 ลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารหวาน เบเกอร์รี่และขนมถุงกรุบกรอบ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ช็อกโกแล็ต ไอศกรีม เค้ก น้ำอัดลม ชานมไข่มุก เลย์ เป็นต้น[12]

3.3 ส่งเสริมการรับประทานอาหารไขมันต่ำ ธัญพืช และถั่วต่าง ๆ เช่น นมพร่องมันเนย เนื้อปลา เต้าหู้ ผักทุกชนิด ถั่ว งา ข้าวกล้อง ลูกเดือย เม็ดบัว ผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก เป็นต้น[12,18]

4. จัดทำแผนการรับประทานอาหารร่วมกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ ช่วยจัดทำแผนอาหารที่สมดุลและครอบคลุมสารอาหารที่จำเป็น เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดและปรับปรุงสุขภาพโดยรวม และติดตามผล[18]

5. ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองขณะมีประจำเดือน การรักษาสุขอนามัยเบื้องต้น การบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการปวดประจำเดือนวิธีอื่น เช่น การจัดการอาการปวดโดยการใช้ยาบรรเทาปวด[9] การใช้ยาสมุนไพรตำรับสาวสองพันปี การใช้ลูกประคบสมุนไพร การฝังเข็ม การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า[12] เป็นต้น

6. แนะนำการจดบันทึกเกี่ยวกับระดับของอาการปวดประจำเดือน และวิธีการจัดการกับอาการปวดประจำเดือนวิธีต่าง ๆ ในแต่ละเดือน เพื่อเป็นข้อมูลในการระดับความเจ็บปวด และประเมินความสำเร็จในการบรรเทาอาการปวดแต่ละรอบประจำเดือน[9,18]

7. ประเมินรูปแบบของอาการปวดประจำเดือน และเป็นแนวทางในการเลือกจัดการต่ออาการปวดประจำเดือนที่มีประสิทธิภาพต่อไป รวมถึงเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการรักษาให้กับสูตินรีแพทย์หากอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมินี้มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น[9]

บทสรุป

พยาบาลควรมีบทบาทในการบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิได้โดยเริ่มจากการประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์ และยับยั้งการหลั่งพรอสตาแกลนดิน ส่งเสริมการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จัดทำแผนการรับประทานอาหารรายบุคคล ร่วมกับการจดบันทึกระดับอาการปวดประจำเดือนในแต่ละรอบเดือน และทำการประเมินผลภายหลังการจัดแผนการรับประทานอาหาร ทั้งนี้เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถจัดการอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องใช้ยา และเป็นการส่งเสริมความสุขสบายขณะมีประจำเดือน

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการไม่สุขสบายจากการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมอาหารที่ลดการสร้างพรอสตาแกนดิน หรือประยุกต์ใช้ร่วมกับวิถีสุขภาพทางเลือกอื่นที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดการหลั่งพรอสตาแกรนดิน ลดการบีบตัวของมดลูกขณะมีประจำเดือน ลดความไม่สุขสบายและอาการปวดประจำเดือนต่อไป

References

1. Draper CF, Duisters K, Weger B, Chakrabarti A, Harms AC, Brennan L, et al. Menstrual cycle rhythmicity: metabolic patterns in healthy women. Scientific Reports. 2018;8(1):1-15. doi.:10.1038/s41598-018-32647-0
2. Sahin N, Kasap B, Kirli U, Yeniceri N, & Topal Y. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. Reproductive Health. 2018;15(1). doi.:10.1186/s12978-018-0453-3
3. Yonglitthipagon P. Diagnosis and treatment of primary dysmenorrhea. Journal of Medical Technology and Physical Therapy. 2016; 28(2):112 – 9. (in Thai)
4. Leaungsomnapa Y, Chadcham S, & Suntibenjakul S. The effects of a program to change pain catastrophizing and pain intensity for primary dysmenorrhea in nursing students. Journal of Nursing and Education. 2014;7(1):26–38. (in Thai)

5. Esan DT, Ariyo SA, Akinlolu EF, Akingbade O, Olabisi OI, Olawade DB, et al. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on the quality of life of female undergraduate students in Nigeria. Journal of Endometriosis and Uterine Disorder. 2024;5(1):100059. doi.:10.1016/j.jeud.2024.100059
6. Mizuta R, Maeda N, Tashiro T, Suzuki Y, Oda S, Komiya M, et al. Quality of life by dysmenorrhea severity in young and adult Japanese females: A web-based cross-sectional study. PLoS ONE. 2023;18(3):e0283130. doi:10.1371/journal.pone.0283130
7. Hailemeskel S, Demissie A, & Assefa N. Primary dysmenorrhea magnitude, associated risk factors, and its effect on academic performance: Evidence from female university students in Ethiopia. International Journal of Women's Health. 2016;8:489-96. doi:10.2147/IJWH.S112768
8. Critchley HOD, Maybin JA, & Armstrong GM, Williams ARW. Physiology of the endometrium and regulation of menstruation. Physiological Reviews. 2020;100(3):1149-79. doi:10.1152/physrev.00031.2019
9. Murray SS, & McKinney ES. Foundations of Maternal-newborn and women's health nursing. Elsevier Health Sciences; 2017.
10. Lowdermilk DL, Cashion K, Alden KR, Olshansky E, & Perry SE. Maternity and Women's Health Care. Elsevier Health Sciences; 2023.
11. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, & Khojah HMJ. Primary dysmenorrhea: Pathophysiology, diagnosis, and treatment updates. Korean Journal of Family Medicine. 2022;43(2):101–8. doi.:10.4082/kjfm.21.0103
12. Santhitham R. Effects of dietary program on relieving pain and discomfort among women with dysmenorrhea. Christian University Journal. 2021;27(2):62-76. (in Thai)
13. Payne LA, Rapkin AJ, Seidman LC, Zeltzer LK, & Tsao JC. Experimental and procedural pain responses in primary dysmenorrhea: a systematic review. Journal of Pain Research. 2017;10:2233-46. doi:10.2147/JPR.S143512
14. Najafi N, Khalkhali H, Tabrizi FM, & Zarrin R. Major dietary patterns in relation to menstrual pain: A nested case control study. BMC Women's Health. 2018;18(1). doi.:10.1186/s12905-018-0558-4
15. Barnard NDN. Nutrition guide for clinicians: Dysmenorrhea. Physicians Committee for Responsible Medicine; 2023.
16. Konthiang K, Varee A, & Niramon P. The role of holistic nurses in integrative non-pharmacological pain management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3): 73-81. (in Thai)
17. Wong CL, Ip WY, & Lam LW. Self-Care strategies among Chinese adolescent girls with dysmenorrhea: A qualitative study. Pain Management Nursing. 2016;17(4):262–71. doi.:10.1016/j.pmn.2016.04.001
18. Kartal YA, & Akyuz EY. The effect of diet on primary dysmenorrhea in university students: A randomized controlled clinical trial. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2018;34(6):1478–82. doi.:10.12669/pjms.346.16477
19. Zahra B, Zainab A, & Farnoosh M. Nutrition as a potential factor of primary dysmenorrhea: A systematic review of observational studies. Gynecologic Obstetric Investigation. 2019; 84(3):209–24. doi.:10.1159/000495408
20. Budyee C, & Tungsuphum N. Nutrition for Working Populations and Reproductive Women. National Food Committee; 2016.

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์: บทบาทและความท้าทายของพยาบาล

Tobacco Cessation Counseling in Antenatal Clinic (ANC): The Role and Challenges of Nurses

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

บทคัดย่อ

การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและการสัมผัสควันบุหรี่มือสองขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบร้ายแรงต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัว และสังคม การสอบถามประวัติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะทำให้ทราบข้อมูลและให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เลิกบุหรี่ได้ทันที พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรมีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยพยาบาลสามารถพิจารณาเลือกใช้หลัก 5A ของ WHO เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย สอบถาม (Ask) แนะนำ (Advise) ประเมิน (Assess) ช่วยเหลือ (Assist) และติดตาม (Arrange) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงจูงใจ (MI) และการบำบัดด้วยการรับรู้และพฤติกรรม (CBT) และประยุกต์ใช้หลัก 5R เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือไม่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การสร้างความเชื่อมโยง (Relevance) การชี้ให้เห็นความเสี่ยง (Risks) การบอกประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ (Rewards) การเลี่ยงอุปสรรคระหว่างการบำบัด (Roadblocks) และการพูด/บอกซ้ำ ๆ (Repetition) การสนับสนุนจากองค์กรสุขภาพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมให้การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นองค์กรควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเลิกบุหรี่

คำสำคัญ: การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ, การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่, หญิงตั้งครรภ์, บทบาทพยาบาล

Abstract

The consumption of tobacco products and exposure to secondhand smoke during pregnancy have serious negative impacts on the pregnant woman, the baby, the family, and society. Asking about the use of all forms of tobacco products is a crucial step in obtaining important information and providing immediate support to pregnant women in quitting tobacco use. Nurses in prenatal care should possess the knowledge and skills necessary to provide tobacco cessation counseling to help pregnant women quit using tobacco products. Nurses can consider using the WHO's 5A model as a guideline for tobacco cessation counseling, which includes Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange, along with Motivational Interviewing (MI) and Cognitive

*Corresponding Author E-mail address: patraphk@au.edu

วันที่รับ (Received) 18 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 27 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 28 มี.ค. 2568

Behavioral Therapy (CBT). Additionally, the 5R principles can be applied to enhance motivation for quitting tobacco use and to identify barriers when a pregnant woman is not ready or lacks the motivation to quit. These principles consist of Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, and Repetition. Support from health organizations is another crucial factor in enhancing the effectiveness of tobacco cessation counseling by nurses. Therefore, organizations should promote training for nurses to improve their knowledge and skills, build confidence, develop expertise in counseling, and foster a positive attitude toward helping pregnant women quit using tobacco products.

Keyword: Tobacco consumption, Tobacco Cessation Counseling, Pregnant woman, Nurses' role

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์

วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำแนะนำว่าผู้ให้บริการในแผนกฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยสูตินารีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรสอบถามประวัติผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่ผ่านน้ำ หรือนิโคตินในรูปแบบหมากฝรั่ง ลูกอม หรือแผ่นแปะผิวหนัง ทั้งในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ ช่วงตั้งครรภ์ และช่วงหลังคลอด เพราะผู้รับบริการอาจไม่ทราบว่าผลิตภัณฑ์ที่ใช้มีส่วนประกอบของนิโคตินผสมอยู่ด้วย และหากพบว่าผู้รับบริการมีประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของนิโคติน บุคลากรทางสุขภาพควรให้คำปรึกษาเพื่อเลิกผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดในทันที ทั้งนี้เพราะการสูบบุหรี่หรือการรับสารนิโคตินจากผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อความผิดปกติในการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างมากมาย[1]

ผลกระทบของบุหรี่ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

- **ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์**

การศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองต่อหญิงตั้งครรภ์สามารถพบได้ทั้งในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ โดยในช่วงก่อนการตั้งครรภ์พบว่าการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองมีผลทำให้การตั้งครรภ์ล่าช้า โดยพบว่าหญิงที่มีประวัติพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมีบุตรยากเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 และในเพศชายพบว่าการสูบบุหรี่มีผลต่อการลดลงของปริมาณน้ำอสุจิ จำนวนอสุจิ และการเพิ่มขึ้นของอสุจิที่มีรูปแบบผิดปกติ ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการตั้งครรภ์หรือภาวะมีบุตรยากได้ และนอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองยังส่งผลให้ประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ลดลงถึงร้อยละ 44[2]

นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่มือสองขณะตั้งครรภ์ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการแท้งบุตร ภาวะรกเกาะต่ำ การแยกตัวของรกก่อนกำหนด แรงต้านทานของหลอดเลือดของรกสูงขึ้น การรั่วของถุงน้ำคร่ำก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะทารกตายคลอด การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการทำงานของต่อมไทรอยด์ของหญิงตั้งครรภ์ลดลง[1,2,3]

- **ผลกระทบต่อทารกในครรภ์**

การศึกษาถึงผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อทารกในครรภ์พบว่าบุหรี่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์มากมาย โดยพบว่าทารกในครรภ์ที่มารดามีประวัติการสูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่มือสองจะมีการเจริญเติบโตในครรภ์ช้า และตัวเล็กกว่าอายุครรภ์[2] และทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะมีน้ำหนักตัวแรกเกิดขนาดของกระดูกต้นขา[2,3,4] เส้นรอบวงศีรษะ เส้นรอบวงทรวงอก และคะแนน Apgar นาทีแรกต่ำกว่าทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองและหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง[3] และยังสามารถตรวจพบสารนิโคตินในปัสสาวะของทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่และหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองได้สูงกว่าทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สัมผัสควันบุหรี่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่ว่าหญิงตั้งครรภ์จะสูบบุหรี่เองหรือสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนรอบข้าง ทารกในครรภ์จะได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้เช่นเดียวกัน[3]

นอกจากนี้การสูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิดของทารกในหลายรูปแบบ เช่น ภาวะกระบังลมผิดปกติแต่กำเนิด การเปิด

ของผนังหน้าท้อง ความผิดปกติของแขนขา ปากแหว่งร่วมกับหรือไม่มีเพดานโหว่ เพดานโหว่เพียงอย่างเดียว การไม่มีตาหรือตาผิดปกติแต่กำเนิด การทำงานของเส้นประสาทตาผิดปกติ ความผิดปกติของหัวใจ กะโหลกศีรษะผิดปกติจากการปิดของรอยต่อกระดูกก่อนวัย (Craniosynostosis) ไส้เลื่อน ลูกอัณฑะไม่ลงไปในถุงอัณฑะ ภาวะอวัยวะเพศชายผิดปกติ และภาวะทวารหนักไม่ปิด โดยสามารถพบความผิดปกติดังกล่าวได้แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะสูบบุหรี่เพียงแค่ 1–5 มวนต่อวันก็ตาม[1,2,5] และเมื่อทารกคลอดออกมาแล้ว พบว่าการสูบบุหรี่ของมารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะการเสียชีวิตของทารกที่ไม่คาดคิดและไม่สามารถอธิบายได้ (Sudden Unexpected Infant Death: SUID) โดยพบภาวะ SUID เกิดในทารกที่มารดามีประวัติสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มากถึง 2.44 เท่า และความเสี่ยงนี้ยังคงสูงถึง 1.98 เท่าแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะสูบบุหรี่เพิ่งแค่วันละ 1 มวนตลอดการตั้งครรภ์เมื่อเทียบกับทารกที่มารดาไม่สูบบุหรี่เลย[6] นอกจากนั้นการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของทารกและเด็กจากผู้ปกครองหรือคนในบ้านที่สูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของเด็ก เช่น โรคหืด การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินหายใจลดลง ส่งผลกระทบทางระบบประสาทและพัฒนาการทางระบบประสาท เช่น การพัฒนาของสมองผิดปกติ และประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง มีผลต่อความสามารถในการคิด, เรียนรู้, จำ, และประมวลผลข้อมูล เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ที่บกพร่องและความสามารถด้านการรับรู้ที่ลดลง รวมถึงผลกระทบด้านสติปัญญาโดยรวม/ผลการเรียนในภาพรวมลดลง ผลกระทบด้านพฤติกรรม เช่น โรคสมาธิสั้น พฤติกรรมเกเรรุนแรง พฤติกรรมต่อต้านสังคม พฤติกรรมผิดปกติแบบแสดงออก/ขาดการควบคุม (Externalizing) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดนิโคติน และการเสพสารเสพติดอื่น ๆ ในอนาคต นอกจากนี้ยังพบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคทางจิตเวช โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และการมีประจำเดือนครั้งแรกในเด็กผู้หญิงเร็วกว่าปกติ และความสามารถในการสืบพันธุ์ของผู้ชายลดลงเมื่อเด็กโตขึ้นอีกด้วย[2]

ไม่เพียงแต่ผลกระทบที่เกิดจากการใช้บุหรี่มวนหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้โดยการสูดควันหรือไอเพียงเท่านั้น มีการศึกษาถึงความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบไร้ควันอย่าง Snus ด้วย โดยพบว่าการใช้ Snus ในระหว่างการตั้งครรภ์อาจเพิ่มความเสี่ยงของการหยุดหายใจในทารกแรกเกิด การคลอดบุตรเสียชีวิตในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ทารกน้ำหนักแรกเกิดลดลง ทารกมีความผิดปกติของปากแหว่ง และอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ การมีเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนดอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ Snus มีโอกาสที่ต้องคลอดโดยวิธีการผ่าคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้ Snus[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นว่าการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดที่มีส่วนประกอบของนิโคตินทั้งที่หญิงตั้งครรภ์ใช้เองหรือสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนรอบข้างล้วนส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ทั้งสิ้น ดังนั้นการซักประวัติพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดและให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการเลิกบุหรี่ ณ แผนกฝากครรภ์จึงเป็นบทบาทที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ โดยพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกฝากครรภ์ควรได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์และบุคคลใกล้ชิดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการบริโภคยาสูบทุกราย เพื่อเป้าหมายในการคลอดที่ปลอดภัยและความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกในครรภ์

การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์

การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มากมายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการช่วยเลิกบุหรี่จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำอย่างหนักแน่นให้บุคลากรทางสุขภาพระบุพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและการสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลอื่นในระหว่างการตั้งครรภ์ และสนับสนุนให้มีการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่โดยใช้กระบวนการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาและนิโคตินทดแทนในการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับหญิงตั้งครรภ์[2,8]

หลักการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ด้วยหลัก 5A เป็นหลักการให้คำปรึกษาที่ได้รับการยอมรับเพื่อใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์[9] โดยหลักการนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษา

เพื่อเลิกบุหรี่ให้กับผู้รับบริการในแผนกฝากครรภ์ไม่ว่าจะเป็นหญิงตั้งครรภ์เองหรือการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยบุคคลใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์ในการเลิกบุหรี่ โดยหลักนี้ประกอบด้วย

- **สอบถาม (Ask):** การสอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญมาก เพราะเป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเห็นความสำคัญของผลกระทบที่ร้ายแรงของนิโคตินต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจไม่กล้าที่จะบอกพยาบาลถึงความกังวลเรื่องการสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์และการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนรอบข้าง จนทำให้ไม่ได้รับโอกาสในการช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่อย่างทันท่วงที[2]

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ ณ แผนกฝากครรภ์ควรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและทุก ๆ ครั้งที่นัดหญิงตั้งครรภ์มาติดตามอาการเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในปัจจุบันและในอดีตตลอดจนการสัมผัสควันบุหรี่มือสองจากคนรอบข้าง โดยพยาบาลควรสอบถามให้ครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่าง ๆ ทั้งบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า (รวมถึงพอตและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทไม่เผาไหม้ (Heated Tobacco Product: HTP หรือ Heat Not Burn Tobacco: HNB หรือที่ผู้ใช้นิยมเรียกว่า IQOS โดยข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคยาสูบที่ได้จากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่สูบและไม่เคยสูบมาก่อน ซึ่งกลุ่มนี้พยาบาลควรสอบถามเรื่องการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเพิ่มเติมด้วยเพราะหากหญิงตั้งครรภ์สัมผัสควันบุหรี่มือสองในปริมาณที่มากพอก็ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้เช่นกัน ในกลุ่มที่ 2 คือหญิงตั้งครรภ์ที่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบมาก่อนแต่เลิกแล้วตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือเลิกทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ในกลุ่มนี้พยาบาลควรให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมที่หญิงตั้งครรภ์ถึงการตัดสินใจที่ถูกต้องในการเลิกบุหรี่ และเน้นย้ำถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตลอดจนควันบุหรี่มือสองต่อเด็กทารกที่คลอดแล้ว เพื่อป้องกันการกลับไปสูบซ้ำภายหลังคลอดบุตร ส่วนกลุ่มที่สุดท้ายจะเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือ ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ หรืออาจจะกำลังพยายามลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง โดยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการช่วยเลิกบุหรี่ของพยาบาลต่อไป[1,2]

- **แนะนำ (Advise):** การให้คำแนะนำเรื่องพิษภัยและผลกระทบของผลิตภัณฑ์ยาสูบและควันบุหรี่มือสองที่มีต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ควรกระทำกับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายไม่ว่าหญิงตั้งครรภ์รายนั้นจะมีประวัติเคยหรือไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบก็ตาม ทั้งนี้เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญและตระหนักรู้ถึงการดูแลตนเองเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยในการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์นั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำที่หนักแน่น ชัดเจน แต่ไม่ตัดสิน และให้คำแนะนำโดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล และยึดหญิงตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษา

หากเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยใช้หรือเคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่เลิกได้แล้ว พยาบาลควรเน้นย้ำข้อมูลเรื่องผลกระทบของผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อป้องกันการกลับไปสูบซ้ำและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ส่วนในกลุ่มที่ยังใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ พยาบาลควรแนะนำเรื่องผลกระทบของผลิตภัณฑ์ยาสูบและควันบุหรี่มือสองที่มีต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับหากเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด โดยทั้งสองกลุ่มนี้พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวและบุคคลสำคัญในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมรับฟังคำแนะนำด้วย[2]

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยใช้หรือเคยใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่เลิกได้แล้วการให้คำปรึกษาจะกระทำเพียง 2 ขั้นตอน คือ สอบถามและแนะนำ แต่ในกลุ่มที่ยังใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่ พยาบาลควรดำเนินการขั้นตอนต่อไปคือการประเมิน (Assess) ช่วยเหลือ (Assist) และติดตาม (Arrange) แต่หากพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ด้วยตนเองในแผนกฝากครรภ์ พยาบาลอาจจะให้คำแนะนำแบบสั้น (Very brief advice) โดยใช้หลัก 3A ประกอบด้วย สอบถาม (Ask) แนะนำ (Advise) และช่วยเหลือ/สนับสนุนการเลิกบุหรี่ (Act) โดยเมื่อพยาบาลสอบถามและแนะนำหญิงตั้งครรภ์ตามรายละเอียดสองขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พยาบาลควรประเมินความต้องการเลิกบุหรี่และหากหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการอยากเลิกบุหรี่ พยาบาลอาจให้เอกสารที่เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่และส่งต่อให้พบผู้เชี่ยวชาญในการเลิกบุหรี่ต่อไป แต่พยาบาลควรติดตามสอบถามและให้กำลังหญิงตั้งครรภ์ในการนัดครั้งต่อไปทุกครั้งเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้คำปรึกษา[2]

- **ประเมิน (Assess):** ในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใด ๆ ก็ตาม พยาบาลควรประเมินประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งชนิดและปริมาณของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เคยใช้และใช้อยู่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการประเมินระดับการเสพติดนิโคติน ตลอดจนประเมินความ

ตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายอย่างเหมาะสม ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์ยืนยันความตั้งใจและต้องการเลิกบุหรี่พยาบาลจะให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในขั้นตอนต่อไป

- **การช่วยเหลือ (Assist):** เมื่อหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่แล้ว พยาบาลควรให้การช่วยเหลือเพื่อเลิกบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์ทันที โดยพยาบาลสามารถใช้หลัก STAR มาใช้ในการให้คำปรึกษาร่วมกับเทคนิคการให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมและ/หรือการสัมภาษณ์เชิงจูงใจ และการบอกแนวทางการปฏิบัติในช่วงที่เลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค 5D โดยรายละเอียดต่าง ๆ ที่พยาบาลสามารถเลือกใช้มีดังนี้

การเตรียมตัวเพื่อเลิกบุหรี่ตามหลัก STAR ประกอบด้วย การกำหนดวันเลิกบุหรี่ (ไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์) (S: Set quit date) บอกคนรอบข้างว่ากำลังจะเลิกบุหรี่ (T: Tell family, friends, and co-worker about quitting) วางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่ (A: Anticipate challenges to upcoming quit attempt) และการละทิ้งอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการสูบบุหรี่ (R: Remove tobacco products from the patients' environment)[10,11] เทคนิคในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ที่นิยมและใช้ได้ผลดีได้แก่การสัมภาษณ์เชิงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และการบำบัดด้วยการรับรู้และพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)[2]

การสัมภาษณ์เชิงจูงใจ (MI) เป็นวิธีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นความร่วมมือในการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการกระทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยการค้นหาและใช้เหตุผลส่วนตัวของผู้ป่วยแต่ละรายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใต้บรรยากาศที่เต็มไปด้วยการยอมรับและความเห็นอกเห็นใจ โดยการสัมภาษณ์เชิงจูงใจมีหลักสำคัญอยู่ 5 ประการ ได้แก่ (1) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (2) พัฒนาความไม่สอดคล้อง (3) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (4) ยอมรับและปรับตัวตามความต้านทาน และ (5) สนับสนุนความสามารถในการทำได้ด้วยตัวเอง[2]

การบำบัดด้วยการรับรู้และพฤติกรรม (CBT) การบำบัดวิธีนี้มุ่งหวังที่จะช่วยให้บุคคลจัดการกับปัญหาในชีวิตได้โดยการแบ่งปัญหานั้นออกเป็นส่วนเล็ก ๆ และแนะนำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดเชิงลบเพื่อแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง โดยการบำบัดด้วยการรับรู้และพฤติกรรมนี้มีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ในการเลิกบุหรี่ในด้านการพัฒนาความสามารถในการเฝ้าระวังตัวเอง การควบคุมตัวเอง การมีวินัยในตัวเอง และการปกป้องตนเองจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่นการบริโภคยาสูบ การตั้งเป้าหมายและวางแผนในการลงมือกระทำ ตลอดจนการค้นหาวิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล และการให้การสนับสนุนทางสังคมและการเพิ่มความมั่นใจในตนเองและความรู้สึกถึงความสามารถในการทำได้ (self-efficacy)[2] และเมื่อหญิงตั้งครรภ์พร้อมที่จะลงมือเลิกบุหรี่ พยาบาลอาจแนะนำเทคนิควิธีการรับมือเมื่อเกิดอาการอยากบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์โดยใช้หลัก 5D ซึ่งประกอบด้วย เมื่อไหร่ก็ตามที่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอยากสูบบุหรี่ ไม่ให้หญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่ในทันทีที่อยากสูบ ให้ยืดเวลาในการสูบออกไปให้ได้นานที่สุด (Delay) และระหว่างนั้นให้พยายามหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ (Deep breathing) ร่วมกับการดื่มหรือจิบน้ำเปล่าบ่อย ๆ (Drink water) หรือหากิจกรรมอื่น ๆ ที่ชอบทำให้เพลิดเพลิน ไม่ให้ว่างหรือคิดถึงการสูบบุหรี่ เช่น การดูหนัง ฟังเพลง หาอะไรรับประทาน ออกกำลังกาย เป็นต้น (Do something else) และพยายามพูดคุยกับเพื่อน คนในครอบครัว หรือบุคคลสำคัญในชีวิตเพื่อเสริมกำลังใจของตนเองในการเลิกบุหรี่ และมุ่งมั่นถึงเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของตนเอง (Discuss with others)[10]

- **ติดตาม (Arrange):** หลังจากการช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์แล้ว พยาบาลควรมีการติดตามสอบถามอาการความไม่สุขสบายต่าง ๆ ตลอดจนให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยระยะเวลาที่สำคัญที่พยาบาลควรติดตามสอบถามอาการของหญิงตั้งครรภ์คือในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากที่เริ่มลงมือเลิกบุหรี่ เพราะอาการถอนนิโคตินหรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่จะเกิดขึ้นได้มากในช่วงสัปดาห์แรก และครั้งที่สองควรจะอยู่ในช่วง 1 เดือนแรกของการเลิกบุหรี่ โดยการติดตามสอบถามอาจจะเป็นในรูปแบบของการนัดมาพบที่คลินิกฝากครรภ์หรือเป็นการติดตามสอบถามทางโทรศัพท์ก็ได้ ซึ่งการติดตามการเลิกบุหรี่นี้นอกจากเพื่อวัตถุประสงค์ของการสอบถามอาการปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการเลิกบุหรี่แล้ว พยาบาลควรสนับสนุนและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นพยาบาลยัง

สามารถประเมินได้อีกด้วยว่าหากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว พยาบาลควรส่งต่อให้กับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเลิกบุหรี่เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยหรือไม่ โดยการติดตามการเลิกบุหรี่อาจจะพิจารณาตามแนวปฏิบัติขององค์กรหรือสถาบัน หรืออาจจะใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี ในการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและไม่กลับไปสูบซ้ำอีก[10,11]

แต่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อมหรือไม่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ พยาบาลอาจประยุกต์การให้คำปรึกษาด้วยหลัก 5R เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อช่วยเหลือหาทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ต่อไป ซึ่งหลัก 5R ประกอบด้วย[2,10,11]

- **การสร้างความเชื่อมโยง (Relevance)** เป็นการช่วยค้นหาว่าการเลิกบุหรี่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายอย่างไร ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายที่พยาบาลสามารถนำมาใช้เป็นแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ได้ เช่น โรคหรือความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ สถานะครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น

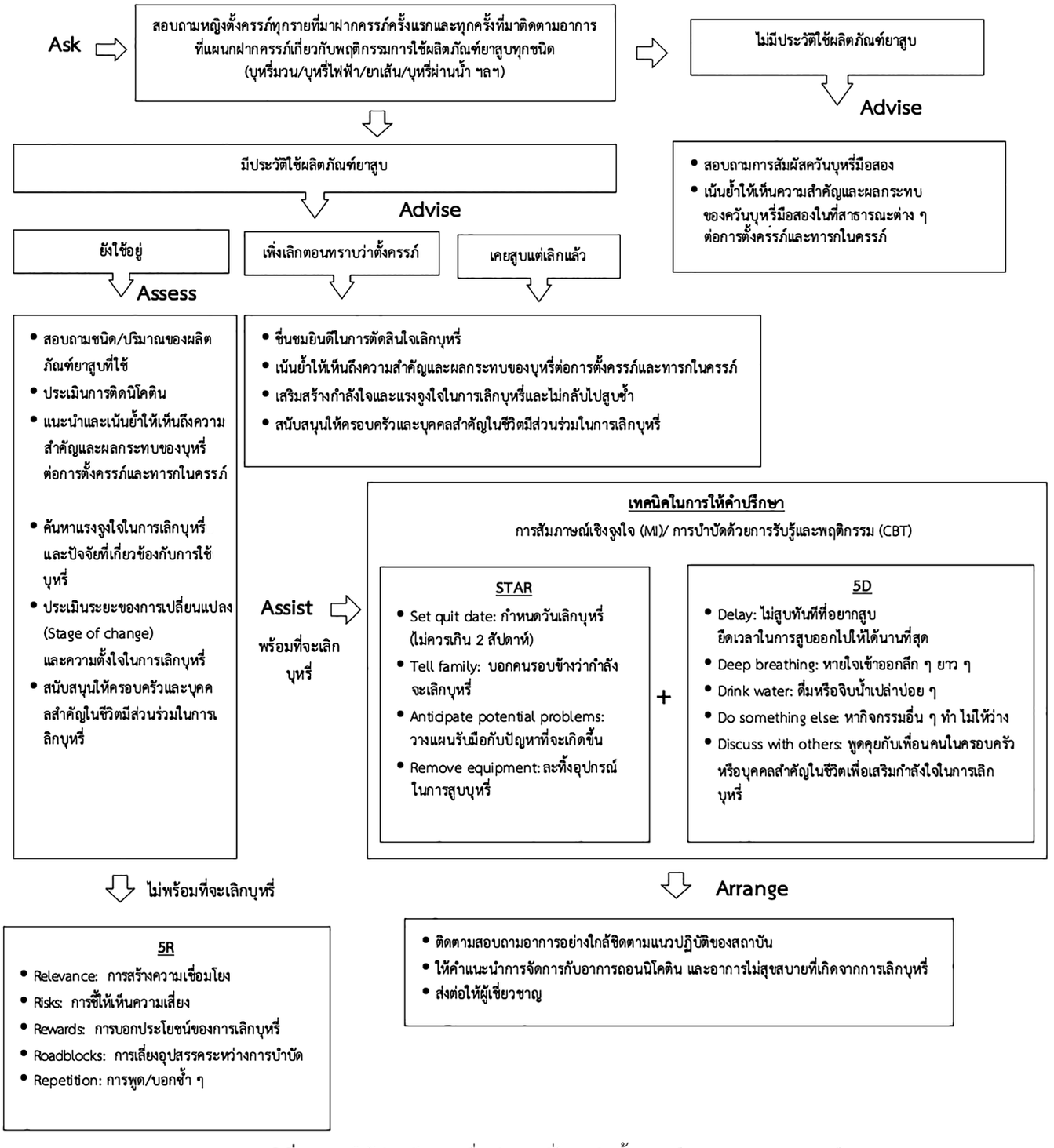
- **การชี้ให้เห็นความเสี่ยง (Risks)** เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ระบุผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นหากหญิงตั้งครรภ์ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ซึ่งอาจจะเป็นทั้งความเสี่ยงในระยะสั้นและความเสี่ยงในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นต่อทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ทารกในครรภ์ เด็กหลังคลอด ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

- **การบอกประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ (Rewards)** เป็นการสอบถามหญิงตั้งครรภ์ให้ระบุผลดีที่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับหากว่าเลิกบุหรี่ได้ เช่น สุขภาพของตนเองและลูกที่ดีขึ้นการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ทารกในครรภ์ที่สมบูรณ์ แข็งแรง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ การประหยัดเงิน เป็นต้น

- **การเลี่ยงอุปสรรคระหว่างการบำบัด (Roadblocks)** เป็นการสอบถามหญิงตั้งครรภ์ถึงความกังวล ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีหากจะเลิกบุหรี่ ซึ่งอาจประกอบไปด้วย ความกลัวความล้มเหลว กังวลเรื่องอาการถอนนิโคติน ขาดการสนับสนุนหรือช่วยเหลือ กังวลว่าน้ำหนักจะเพิ่มขึ้น อยู่ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่มีคนใช้บุหรี่ การเผชิญกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

- **การพูด/บอกซ้ำ ๆ (Repetition)** เป็นการประเมินความต้องการและความพร้อมในการเลิกบุหรี่ซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ดังนั้นพยาบาลควรมีการบันทึกประวัติพฤติกรรมการบริโภคยาสูบและการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ไว้ในแฟ้มประวัติของผู้รับบริการทุกรายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์รายนี้จะไปรับบริการที่แผนกอื่นหากทุกแผนกสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติพฤติกรรมการบริโภคยาสูบนี้ได้ บุคลากรทางสุขภาพในทุก ๆ แผนกจะสามารถสอบถามและส่งต่อผู้รับบริการรายนี้ไปรับบริการเลิกบุหรี่ได้ทันทีที่ผู้รับบริการมีความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ให้กับผู้รับบริการทุกราย

โดยขั้นตอน วิธีการ เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แก่หญิงตั้งครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์สามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์

ปัญหาและอุปสรรคในการช่วยเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์

ในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลอาจจะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคมากมายที่บั่นทอนกำลังใจของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการในการเลิกบุหรี่ ซึ่งอาจประกอบด้วย ปัญหาด้านตัวผู้รับบริการหรือหญิงตั้งครรภ์เองที่ไม่พร้อมหรือขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ทำให้การให้คำปรึกษาไม่ได้ผล หรือแนวทางในการให้คำปรึกษาไม่เหมาะสมความวิถีชีวิตหรือความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนั้นยังมีปัญหาข้อจำกัดด้านเวลาของพยาบาลในการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ เพราะต้องให้การดูแลและบริการหญิงตั้งครรภ์หลายด้าน ทำให้ไม่มีเวลาทุ่มเทให้กับการให้คำปรึกษา ตลอดจนการขาดทักษะในการให้คำปรึกษา ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองและความขัดแย้งกับทัศนคติวิชาชีพของตนเอง เนื่องจากพยาบาลบางคนอาจรู้สึกว่าการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

ไม่ใช่หน้าที่หลักของพยาบาลที่ทำงานในแผนกฝากครรภ์ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านองค์กร กล่าวคือ โครงสร้างขององค์กรที่ไม่เอื้อให้พยาบาลมีเวลาหรือทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ตลอดจนการขาดแนวทางที่ชัดเจนในการให้คำปรึกษาหรือโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์[12,13,14]

แนวทางการส่งเสริมพยาบาลในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ในแผนกฝากครรภ์

การส่งเสริมให้พยาบาลในแผนกฝากครรภ์มีบทบาทในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่มากขึ้นนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบของนิโคตินต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การเสริมสร้างความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเพิ่มและฟื้นฟูทักษะการให้คำปรึกษา ตลอดจนเทคนิคการสื่อสารกับผู้รับบริการเพื่อให้เข้าใจและเข้าถึงผู้รับบริการมากขึ้น และการส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญและมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเลิกบุหรี่[12,13,14,15]

นอกจากปัจจัยด้านบุคคลแล้ว ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมให้การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยองค์กรควรให้ความสำคัญและมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้พยาบาลในแผนกฝากครรภ์และแผนกอื่น ๆ แสดงบทบาทด้านการควบคุมยาสูบและการช่วยผู้รับบริการในการเลิกบุหรี่มากขึ้น ตลอดจนมีการสนับสนุนทรัพยากรและเครื่องมือที่ใช้ในการให้คำปรึกษา มีการยกย่องชมเชย เชิดชูบุคลากรที่เป็นตัวอย่างที่ดีด้านการควบคุมยาสูบ และเปิดโอกาสให้มีบรรยากาศของการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์การช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ในองค์กรเพื่อเป็นต้นแบบในการแสดงบทบาทด้านการควบคุมยาสูบร่วมกัน และมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีด้านการควบคุมยาสูบขององค์กรเพื่อช่วยให้พยาบาลและบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ นำแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่มาประยุกต์ใช้ในงานของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12,13,14]

บทสรุป

การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบร้ายแรงมากมายต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัว และสังคม ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของผลกระทบนี้ และช่วยหญิงตั้งครรภ์ให้เลิกบุหรี่ด้วยหลักการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ แต่ความท้าทายและอุปสรรคในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ไม่ได้เกิดจากตัวพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ทั้งระดับบุคคล องค์กร และบริบทของผู้ป่วยเอง ดังนั้นการแก้ไขปัญหานี้จึงต้องมีการบูรณาการการทำงานทั้งระดับบุคคลและองค์กรเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสมในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์

References

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Tobacco and nicotine cessation during pregnancy: ACOG Committee Opinion No. 807. Obstetrics and Gynecology. 2020; 135(5):e221–9.
2. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratziou C, & Katsaounou PA. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. Tobacco Induced Diseases. 2019; 17:57.
3. Hamadneh S, & Hamadneh J. Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: A study from a developing country. Annals of Global Health. 2021;87(1):122.
4. Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C, Duijts L, Jaddoe VW, Den Dekker HT, Crozier S, Godfrey KM, Hindmarsh P, Vik T, Jacobsen GW, Hanke W, Sobala W, Devereux G, & Turner S. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0170946.

5. Yang L, Wang H, Yang L, Zhao M, Guo Y, Bovet P, & Xi B. Maternal cigarette smoking before or during pregnancy increases the risk of birth congenital anomalies: A population-based retrospective cohort study of 12 million mother-infant pairs. BMC Medicine. 2022;20(1):4.
6. Anderson TM, Lavista Ferres JM, Ren SY, et al. Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death. Pediatrics. 2019; 143(4):e20183325.
7. Brinchmann BC, Vist GE, Becher R, Grimsrud TK, Elvsaas IØ, Underland V, Holme JA, Carlsen KCL, Kreyberg I, Nordhagen LS, Bains KES, Carlsen KH, Alexander J, & Valen H. Use of Swedish smokeless tobacco during pregnancy: A systematic review of pregnancy and early life health risk. Addiction. 2023;118(5):789-803.
8. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: WHO Press;2013
9. Burtin A, Clet E, Stevens N, Kervran C, Frevol M, Ratel R, Moysan P, & Alla F; 5A-QUIT-N group. Factors associated with the implementation of the 5As model of smoking cessation support during pregnancy: A scoping review. Tobacco Induced Diseases. 2023;21:110.
10. Saengpetch Y. Effects of a nursing practice guideline for smoking cessasion in car battery manufacturing, Samut Prakan Province. Thai Journal of Nursing. 2021;70(1): 1-10. (in Thai)
11. World Health Organization. Tobacco free initiative: Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco intervention in primary care. Geneva: WHO Press;2014
12. Derksen ME, Kunst AE, Jaspers MWM, & Fransen MP. Barriers experienced by nurses providing smoking cessation support to disadvantaged, young women during and after pregnancy. Health & Social Care in the Community. 2019; 27(6): 1564-73.
13. Kalamkarian A, Hoon E, Chittleborough CR, Dekker G, Lynch JW, & Smithers LG. Smoking cessation care during pregnancy: A qualitative exploration of midwives' challenging role. Women and birth: journal of the Australian College of Midwives. 2023;36(1): 89-98.
14. Longman JM, Adams CM, Johnston JJ, & Passey ME. Improving implementation of the smoking cessation guidelines with pregnant women: How to support clinicians? Midwifery. 2018;58: 137-44.
15. Seaharattanapatum BG, & Tungtrongvisolkit N. The Development of Nursing Model for Promoting Optimal Birth Outcomes in Pregnant Women with Secondhand Smoke Exposure. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 374-82. (in Thai)

ผลของโปรแกรมอบรมความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลจบใหม่ในแผนกวิกฤต

The Results of the Knowledge Training Program on Basic ECG Interpretation for Novice Nurses in The Critical Care Division

วาสนา ฬาวิน*[1] กิ่งกาญจน์ กลิ่นอังกาบ[2] อรวรรณ บุตรทุมพันธ์[2] พัชรียา รุ่งเจริญ[2]

Wasana Lavin*[1] Kingkarn Klinungkab[2] Orawan Bootthumpan[2] Patchareeya Rungcharoen[2]

โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, ประเทศไทย 10540

Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอบรมความรู้และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลจบใหม่ในแผนกวิกฤต 29 ราย โดยแบบสอบถามพื้นฐานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความพึงพอใจในการเข้ารับการอบรม ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .86 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลจบใหม่แผนกวิกฤตภายหลังเข้ารับการอบรมโปรแกรมอบรมความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีคะแนนความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คะแนนรวมคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความพึงพอใจต่อการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p<.05$) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะปกติและในภาวะวิกฤต

คำสำคัญ: คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, แผนกผู้ป่วยวิกฤต, พยาบาลจบใหม่, โปรแกรมอบรมความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น

Abstract

This qusai-experimental study was one group pretest-posttest design. The study aimed to assess the results of the training program on basic electrocardiogram (ECG) interpretation for novice nurses in the critical care Division. The content validity index of both questionnaires was 0.94 and the Cronbach's alpha coefficients was .86.

Corresponding author Email: wasana.rav@mahidol.edu

วันที่รับ (Received) 18 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 มิ.ย. 2567

The results were found that mean score of the knowledge, interpretation to ECG, total score of ECG and satisfaction between pretest and posttest were significantly increased after received education program (p<.05). The education training in their ability to get more knowledge and interpretation to ECG is necessary for all staff to be used in patient care both during normal and critical situations

Keywords: Electrocardiogram, Critical Care Division, Novice Nurses, Basic ECG training program

บทนำ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram; ECG) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในบ่อยในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางการแพทย์[1,2] ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจสามารถบอกและทำนายโรคได้ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระดับเกลือแร่ เช่นภาวะโพแทสเซียมในเลือด ภาวะแคลเซียม ในร่างกายต่ำและสูงเกินปกติ ระดับยาจากการรักษาเกินขนาด เช่น ภาวะพิษจากดิจอกซิน (digitalis toxicity) และยาต้านโรคซึมเศร้า[3,4,5,6]

ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) เป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติ การศึกษาในอเมริกาพบว่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตโดยพบประมาณ 400,000 ราย ต่อปี[6,7] ในประเทศไทยข้อมูลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการศึกษาผลของปฏิบัติการฟื้นคืนชีพระหว่างปี พ.ศ. 2543-2550 พบอัตรารอดชีวิตร้อยละ 12[8]

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องล่างเต้นแผ่วระรัว (Ventricular Fibrillation; VF) เป็นสาเหตุหลักของภาวะหัวใจหยุดเต้นถือเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดที่มีภาวะคุมคามต่อชีวิตผู้ป่วย (life threatening) การรักษาที่ดีที่สุดคือการหยุดภาวะนี้โดยใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ[7] ซึ่งต้องทำอย่างรวดเร็วเพื่อหยุดการทำงานของหัวใจที่ผิดจังหวะเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจเป็นกล้ามเนื้อลายที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ (Automatic nervous system) กระแสไฟฟ้าจะทำให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ในจังหวะที่ถูกต้อง การศึกษาของสภาการกู้ชีพยุโรป (European Resuscitation Council) ปี ค.ศ. 2015 พบว่าแต่ละนาทีของความล่าช้าในการช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillation) ลดโอกาสรอดชีวิตลงร้อยละ 10-12[6,9]

ความรู้ของผู้อ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาเช่นกัน ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบรุนแรง เช่น VF การรักษาโดยการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) มีผลต่ออัตรารอดชีวิต และการฟื้นตัวของผู้ป่วย แนะนำการรักษาด้วยช็อกไฟฟ้าในผู้ป่วยที่มี VF ควรทำภายในเวลาไม่เกิน 2-3 นาที[6] และอัตรารอดชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (Automated External Defibrillators; AED) พบร้อยละ 3.10 สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลเวลาในการช็อคไฟฟ้าครั้งแรกผู้ที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะคุมคามต่อชีวิตชนิด Ventricular fibrillation (VF) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดที่จังหวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ (Ventricular tachycardia; VT) น้อยกว่า 1 นาที เทียบกับภายใน 3 นาทีพบอัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ 38 และร้อยละ 21 ตามลำดับ[11] พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดทั้งภาวะปกติและขณะเกิดภาวะคุมคามต่อชีวิต พยาบาลต้องใช้ทักษะ ความรู้ เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ความรู้ของพยาบาลในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสามารถพบความผิดปกติและรายงานแพทย์ได้ทันที การมีความรู้ที่ดีในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นสิ่งที่สำคัญมากทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น จากการศึกษาในต่างประเทศที่เน้นไปที่แพทย์ในการวินิจฉัยคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อประโยชน์ทางการรักษา[4] ในกลุ่มพยาบาลจบใหม่นอกจากการมีพยาบาลพี่เลี้ยงในการช่วยประเมินการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว[12] การสอนให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการอ่านและประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจของพยาบาลมีความสำคัญไม่ต่างกัน การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจใช้เป็นข้อมูลร่วมในการวินิจฉัย การตัดสินใจ การจัดการความเสี่ยงและการประเมินเพื่อตอบสนองต่อการรักษา เป็นเครื่องมือแรกในผู้ป่วยที่สงสัยความผิดปกติ นำไปสู่การตรวจรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง การแปลความหมายของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความซับซ้อนและท้าทายทางคลินิก เป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพยาบาลจบใหม่ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะสามารถอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ถูกต้อง การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูงควรปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การเพิ่มความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ การประเมินความรู้ การอ่านและแปลผล ECG สม่ำเสมอจะช่วยเพิ่ม

ความสามารถพยาบาล และแสดงให้เห็นแนวทางเชิงรุกขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพเพื่อให้มั่นใจในการส่งมอบการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญนี้จึงได้จัดให้มีการอบรมการสอนอ่าน และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจภาวะปกติ ภาวะคุมคามต่อชีวิต เพื่อเพิ่มระดับความรู้ และส่งเสริมกลุ่มพยาบาลจบใหม่ ให้มีความรู้มากขึ้นในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอบรมความรู้และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลจบใหม่ในแผนกวิกฤต

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลจบใหม่ก่อนและหลังได้รับการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ทฤษฎีพยาบาลในส่วนการดูแลผู้ป่วยวิกฤต[13,14] โดยการสนับสนุน ให้ความรู้พยาบาลช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเกิดพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีพื้นฐานความรู้และความสามารถทางคลินิกด้วย การส่งเสริมให้พยาบาลจบใหม่มีความรู้ และทักษะ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้ปลอดภัย และมีผลทำให้พยาบาลมั่นใจ และเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด One group pretest - posttest design ในพยาบาลสังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สังกัดงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ 5 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล พยาบาลจบใหม่ปี พ.ศ. 2566 ทุกราย จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พยาบาลจบใหม่ทุกรายที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มพยาบาลที่ไม่อยู่ในระหว่างทำการเก็บข้อมูล และเข้ารับการอบรมไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 2 ระยะ คัดออก 1 ราย เนื่องจากเข้าร่วมอบรมไม่ครบ คงเหลือ 29 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญผู้ร่วมวิจัยผ่านฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ เพื่อเตรียมงบประมาณในการอบรม วิทยากร อาหาร และเตรียมขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล (CNEU) เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ประโยชน์สูงสุดจากการเข้าร่วมอบรม วิทยากรประกอบไปด้วยกลุ่มพยาบาลหน่วยวิกฤตหัวใจที่มีความรู้เชี่ยวชาญ เรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นอย่างดี ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผ่านทางหัวหน้าหน่วยงาน สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ในฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมอบรมโดยการแจ้งผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วยล่วงหน้า 1 เดือน เพื่อให้จัดเวรให้เข้าร่วมอบรม เป็นระยะเวลา 2 ครั้ง ระยะเวลาในการสอน 2 สัปดาห์ โดยสอนในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา ครั้งละ 3 ชั่วโมง การประเมินความรู้โดยทดสอบก่อนเข้ารับการอบรมในครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มการอบรม ใช้เวลาในวันอบรม ก่อนเริ่มอบรม 30 นาที และทดสอบหลังเข้ารับการอบรมในครั้งที่ 2 โดยข้อสอบชุดเดิม ในระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในวันอบรม ก่อนจบการอบรม 30 นาที โดยเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความรู้พยาบาลในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 2 คน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความชัดเจนของเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยมีค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) ทั้งฉบับรวม 0.94 และวิเคราะห์

หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) Reliability ในกลุ่มพยาบาลวิกฤตที่จบใหม่ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 10 คน นำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เท่ากับ 0.86 คำถามจำนวน 30 ข้อ และ 30 คะแนน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเนื้อหาแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานการแปรผลเป็น จำนวน และร้อยละ

2. ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 10 ข้อ ค่า IOC เท่ากับ 0.77 โดยค่า Reliability เท่ากับ 0.83 คำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ ข้อ 1 ถึง ข้อ 4 การแปลผล ถูก - ผิด คะแนนรวม 10 โดยแปลผล 1) 0-5 คะแนน (ระดับต่ำ), 2) 6-7 คะแนน (ระดับปานกลาง), และ 3) 8-10 คะแนน (ระดับสูง)

3. ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 20 ข้อ ค่า IOC ท่ากับ 1.00 และค่า Reliability เท่ากับ 0.76 คำถามเป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูก 1 ข้อจากคำตอบ 16 ข้อ แปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจตามรูปที่กำหนด การแปลผล เป็นแบบ ถูก – ผิด คะแนนรวม 20 โดยแปลผล 1) 0-11 คะแนน (ระดับต่ำ), 2) 12-15 คะแนน (ระดับปานกลาง), และ 3) 16-20 คะแนน (ระดับสูง)

4. ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับการอบรม โดยความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรมค่า IOC เท่ากับ 1.00 คำถามเป็นตัวเลือก 1-5 คะแนน โดยแปลผล 1) 0-2 คะแนน (ระดับต่ำ), 2) 3 คะแนน (ระดับปานกลาง), และ 3) 4-5 คะแนน (ระดับสูง)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA. MURA2022/629 ได้รับการอนุมัติเมื่อ 26 ตุลาคม 2565 ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัย และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาถึงคุณลักษณะกลุ่มประชากรใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจใช้สถิติวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ก่อน และหลังเข้าโปรแกรมอบรมความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยทดสอบสมมติฐานผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพยาบาลจบใหม่แผนกวิกฤต 29 ราย อายุเฉลี่ย 23.31 ปี (SD = 1.11) ส่วนใหญ่เพศหญิง 28 ราย (ร้อยละ 96.55) อายุงานเฉลี่ย 7 เดือน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต 6 ราย (ร้อยละ 20.69) หอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง 6 ราย (ร้อยละ 20.69) หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ 7 ราย (ร้อยละ 24.14) หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 7 ราย (ร้อยละ 24.14) และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก 3 ราย (ร้อยละ 10.34)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มพยาบาลที่เข้ารับการอบรม (n = 29)

ตัวแปร	n = 29 (%)
หน่วยงาน	
หอผู้ป่วยวิกฤต	6 (20.69)
หอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง	6 (20.69)
หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ	7 (24.14)
หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด	7 (24.14)
หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก	3 (10.34)
เคยได้รับการอบรมคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	
เคย	100 (100)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มพยาบาลที่เข้ารับการอบรม (n = 29) (ต่อ)

ตัวแปร	n = 29 (%)
ไม่เคย	0 (0)
ชนิดของแหล่งประโยชน์	
หนังสือ / วารสาร	1 (3.45)
อินเทอร์เน็ต	9 (31.03)
ผู้ร่วมงาน	7 (24.14)
อื่นๆ	12 (41.38)
คะแนนความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อน เข้ารับการอบรม (mean ± SD)	4.9 ± 2.71
คะแนนความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลัง เข้ารับการอบรม (mean ± SD)	9.31 ± 0.89
คะแนนการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อน อบรม (mean± SD)	6.59 ± 3.64
คะแนนการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลัง อบรม (mean±SD)	15.76 ± 3.49
คะแนนความพึงพอใจ ก่อน อบรม (mean ± SD)	3.79 ± 1.21
คะแนนความพึงพอใจ หลัง อบรม (mean ± SD)	4.59 ± 0.50

จากตารางที่ 1 ความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนเข้ารับการอบรมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 4.90, SD = 2.71) ภายหลังเข้ารับการอบรมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 9.31, SD = 0.89) คะแนนเฉลี่ยการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนอบรมอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 6.59 , SD = 3.64) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 15.76, SD = 3.49) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนอบรม ($\overline{X}$ = 3.79, SD = 1.21) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังอบรม ($\overline{X}$ = 4.59, SD = 0.50)

ตารางที่ 2 ความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อน และหลังเข้ารับการอบรม (n = 29)

คำถามเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	ผลการตอบก่อนอบรม		ผลการตอบหลังอบรม	
	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)
1. ECG ที่ ระยะ PR interval ยาวขึ้นเรื่อยจน block แล้ว QRS หายไป แล้วเริ่ม cycle ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจใหม่	7 (24.14)	22 (75.86)	29 (100)	(0)
2. ระยะ PR-interval ปกติ	16 (55.17)	13 (44.83)	28 (96.55)	1 (3.45)
3. อัตราการเต้นหัวใจ คงที่ สม่ำเสมอ ระยะ ห่างระหว่าง R-R interval 3 ช่องใหญ่ ดังนั้น หัวใจเต้น ครั้ง / นาที	13 (44.83)	16 (55.17)	28 (96.55)	1 (3.45)
4. ประเมิน ECG พบลักษณะของ ST-elevation ผู้ป่วยมีภาวะใด	25 (86.212)	4 (13.79)	29 (100)	0 (0)
5. ใน ECG strip การวัดระยะห่างระหว่างจุดเริ่มต้นของ p-wave ถึง จุดเริ่มต้นของ QRS complex หมายถึง	15 (51.72)	14 (48.28)	28 (96.55)	1 (3.45)
6. ระยะ PR interval ปกติ	17 (58.62)	12 (41.38)	27 (93.10)	2 (6.90)
7. ความกว้างของ QRS ปกติ	10 (34.48)	19 (65.52)	17 (58.62)	12 (41.38)
8. การประเมิน ECG strip แต่ละช่องเล็ก (คิดเป็นวินาที)	18 (62.07)	11 (37.93)	29 (100)	0 (0)
9. 30 ช่องใหญ่ ในกระดาษ ECG (คิดเป็น วินาที)	7 (24.14)	22 (75.86)	27 (93.10)	2 (6.90)
10. ข้อที่ถูกต้องเกี่ยวกับคลื่น P wave	16 (55.17)	13 (44.83)	28 (96.55)	1 (3.45)

จากตารางที่ 2 ในเรื่องความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนเข้ารับการอบรมที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเกี่ยวกับการอ่าน ECG ที่ระยะ PR interval ยาวขึ้นเรื่อยจน block 22 ราย (ร้อยละ 75.86) และความรู้เกี่ยวกับช่องใหญ่ในกระดาษ ECG 22 ราย (ร้อยละ 75.86) และความกว้างของ QRS ปกติ 19 ราย (ร้อยละ 65.52) ภายหลังได้รับการอบรมความรู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจ คะแนนความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจรายข้อดีขึ้น โดยความรู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเกี่ยวกับการอ่าน ECG ที่ระยะ PR interval ยาวขึ้นเรื่อยจน block ผู้เข้ารับการอบรมตอบถูกดีขึ้น 29 ราย (ร้อยละ 100) ความรู้เกี่ยวกับช่องใหญ่ในกระดาษ ECG 27 ราย (ร้อยละ 93.10) และความกว้างของ QRS ปกติ 17 ราย (ร้อยละ 58.62)

ตารางที่ 3 การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อน และหลังเข้ารับการอบรม (n = 29)

การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	ผลการตอบก่อนอบรม		ผลการตอบหลังอบรม	
	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)
1. Supraventricular tachycardia	6 (20.69)	23 (79.31)	26 (89.66)	3 (10.34)
2. Normal sinus rhythm	13 (44.83)	16 (55.17)	24 (82.76)	5 (17.24)
3. Sinus bradycardia	7 (24.14)	22 (75.86)	23 (79.31)	6 (20.69)
4. Pulseless electrical activity	15 (51.72)	14 (48.28)	27 (93.10)	2 (6.90)
5. Sinus bradycardia	17 (58.62)	12 (41.38)	24 (82.76)	5 (17.24)
6. Polymorphic ventricular tachycardia	3 (10.34)	26 (89.66)	14 (48.28)	15 (51.72)
7. Atrial fibrillation	7 (24.14)	22 (75.86)	20 (68.97)	9 (31.03)
8. First-degree AV block	7 (24.14)	22 (75.86)	23 (79.31)	6 (20.69)
9. Asystole	26 (89.66)	3 (10.34)	29 (100)	0 (0)
10. Normal sinus rhythm	8 (27.59)	21 (72.41)	24 (82.76)	5 (17.24)
11. Second-degree AV block (Mobitz II block)	7 (24.14)	22 (75.86)	24 (82.76)	5 (17.24)
12. Second-degree AV block (Mobitz I Wenckebach)	4 (13.79)	25 (86.21)	20 (68.97)	9 (31.03)
13. Supraventricular tachycardia	7 (24.14)	22 (75.86)	26 (89.66)	3 (10.34)
14. Third-degree AV block	4 (13.79)	25 (86.21)	21 (72.41)	8 (27.59)
15. Asystole	26 (89.66)	3 (10.34)	22 (75.86)	7 (24.14)
16. Supraventricular tachycardia	11 (37.93)	18 (62.07)	19 (65.52)	10 (34.48)
17. First-degree AV block	2 (6.90)	27 (93.10)	20 (68.97)	9 (31.03)
18. Normal sinus rhythm	7 (24.14)	22 (75.86)	24 (82.76)	5 (17.24)
19. Monomorphic ventricular tachycardia	8 (27.59)	21 (72.41)	28 (96.55)	1 (3.45)
20. Fine ventricular fibrillation	11 (37.93)	18 (62.07)	19 (65.52)	10 (34.48)

จากตารางที่ 3 ด้านความรู้พื้นฐานในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนเข้ารับการอบรมที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด First-degree AV block 27 ราย (ร้อยละ 93.10) ชนิด Polymorphic ventricular tachycardia 26 ราย (ร้อยละ 89.66) ชนิด Second-degree AV block (Mobitz I Wenckebach) 25 ราย (ร้อยละ 86.21) และชนิด Third-degree AV block 25 ราย (ร้อยละ 86.21) ภายหลังได้รับการอบรมความรู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจ คะแนนความรู้พื้นฐานในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจรายข้อดีขึ้น โดยผู้เข้ารับการอบรมตอบถูกด้านความรู้พื้นฐานในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจดีขึ้น โดยตอบผิดลดลง โดยพบการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด First-degree AV block 9 ราย (ร้อยละ 31.03) การแปลผลชนิด Polymorphic ventricular tachycardia 15 ราย (ร้อยละ 51.72) ชนิด Second-degree AV block (Mobitz I Wenckebach) 9 ราย (ร้อยละ 31.03) และชนิด Third-degree AV block 8 ราย (ร้อยละ 27.59)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยความรู้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพื้นฐาน และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 29)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
1. คะแนนความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	4.97	2.71	9.31	0.89	-8.337	.000*
2. คะแนนการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพื้นฐาน	6.59	3.64	15.76	3.49	-11.830	.000*
3. คะแนนรวม	11.55	5.91	25.07	3.97	-12.006	.000*
4. คะแนนความพึงพอใจต่อการอบรม	3.79	1.21	4.59	0.50	-3.172	.004*

P<.05

จากตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อนและหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .000, t = -8.337) ด้านคะแนนเฉลี่ยการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจพื้นฐาน ก่อนและหลังอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .000, t = -11.830) ด้านคะแนนความพึงพอใจก่อนเข้ารับการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .004, t = -3.172)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมจัดการอบรมความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น และความพึงพอใจของพยาบาลจบใหม่ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม พบว่าก่อนเข้าร่วมอบรมด้านความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง โดยรวม 24 ราย (ร้อยละ 82.76) ซึ่งมีเพียง 5 ราย ความรู้พื้นฐานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 17.24) และความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนอบรมมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลางทั้งหมด 27 ราย (ร้อยละ 93.10) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ15 พบว่าพยาบาลอายุงานน้อยกว่า 1 ปี พบคะแนนในการทดสอบความรู้ในการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจอยู่ระดับน้อย ร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาของ[16] พบว่าพยาบาลจบใหม่มีความรู้ในการคลื่นไฟฟ้าหัวใจน้อยกว่ากลุ่มอื่น การศึกษานี้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้พื้นฐานคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คะแนนการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และคะแนนรวม ก่อนและหลังได้รับการอบรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000, t = -8.337), p = .000, t = -11.830) และ (p = .000, t = -12.006) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา[17] พบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับการอบรมในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษา[18] ศึกษาในพยาบาลจบใหม่พบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการวินิจฉัยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะก่อนและหลังการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติบ่งชี้ว่าคะแนนหลังการให้ความรู้โดยการใช้โปรแกรมจำลองสถานการณ์ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา[19] ในกลุ่มพยาบาล ICU ที่ผ่านการฝึกอบรมการวิเคราะห์ ECG มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฝึกอบรม สอดคล้องกับการศึกษา[20] ในการให้ความรู้ Basic ECG ในกลุ่มพยาบาล ICU พบว่าคะแนนความรู้ของการให้ความรู้ Basic ECG ก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับการอบรมเฉลี่ย 3.79 คะแนน (SD = 1.21) และระยะหลังการอบรมคะแนนความพึงพอใจคะแนนเฉลี่ย 4.59 คะแนน (SD = 0.50) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .004, t = -3.172) สอดคล้องกับการศึกษา[21] พบว่าเมื่อพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้มีคะแนนความพึงพอใจภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม และสอดคล้องกับการศึกษา[20] ความพึงพอใจประสิทธิภาพการสอน และคะแนนการสอนภายหลังได้รับการอบรม และภายหลังการอบรมหกเดือนสูงกว่าในกลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากศึกษาเฉพาะในแผนกผู้ป่วยวิกฤต แผนกเดียวทำให้ไม่สามารถอ้างอิงโดยภาพรวมได้และทำให้ขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้น และไม่สามารถใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ได้ และตามความคิดเห็นของผู้วิจัย จากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความคงอยู่ของความรู้ในช่วงการอบรมจะอยู่ที่ 4 เดือน-1 ปี และจะค่อยๆ ลดลงตามลำดับ[2,23,24] ควรจัดการอบรมซ้ำอย่างน้อยทุก 1 ปี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาหน้าควรขยายผลพัฒนางานโดยการศึกษาวิจัยร่วมในหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยฉุกเฉิน หน่วยวิสัญญี ที่ใช้การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจเช่นกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลายและเปรียบเทียบกันได้ และเพื่อเป็นประโยชน์ในการใช้ความรู้ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยยิ่งขึ้นต่อไป

References

1. AL-Husaunawy AA. Evaluation of nurses knowledge and practical of electrocardiogram toward adolescent patient. International Organization of Scientific Research, Journal of Nursing and Health Science.2015;4(4): 10-6.
2. Bojsen SR, Werner Rader SBE, Holst AG, Kayser L, Ringsted C, Svendsen JH, et al. The acquisition and retention of ECG interpretation skills after a standardized web-based ECG tutorial–a randomised study. BioMed Centra, Medical Education.2015;15(36): 1-9.
3. Thai Society of Toxicology. Antidotes 2. Srimuang Printing. Bangkok.2012. (in Thai)
4. Kopec G, Waligora M, Pacia M, Chmielak W, Stepien A, Janiec S, et al. Electrocardiogram reading: a randomized study comparing 2 e-learning methods for medical students. Polish Archives of Internal Medicine.2018; 128(2): 98-104.
5. Panthongviriyakul A, Makarawate P, Pongchaiyakul C, Tharaksa P, & Sripo T. Electrocardiogram screening tool for risk management among adult patients in outpatient department. Srinagarind Medical Journal.2017;32(2): 157-62. (in Thai)
6. Alkhaqani AL. Recognizing and management of arrhythmia: Overview of nurses' role. International journal of Nursing Studies. 2022;4(1): 33-40.
7. Gu W, & Li CS. What is more important: defibrillation or compression?. Journal of Thoracic Disease: Home.2016;8(8): 778-80.
8. Chanchayanon T, Suwanwong P, & Nimmaanrat S. Outcome of in-hospital cardiopulmonary esuscitation at Songklanagarind hospital. Songklanagarind Medical Journal. 2011;29(1): 39-49. (in Thai)
9. Perkinsa GP, Handleyc AJ, Kosterd RW, Castrene MC, Smytha MA, Olasveengeng T, et al. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation.2015;95(1): 81-99.
10. Boyce LW, Bosch J, Wolterbeek R, Volker G, Exel van HJ, Heringhaus C, et al. High survival rate of 43% in out-of-hospital cardiac arrest patients in an optimised chain of survival. Netherlands Heart Journal.2015;23(1): 20-5.
11. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrests from the national registry of cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation.2003;58(3): 297-308.
12. Nertprasertkul V, & Jansoontraporn P. The Development of competency scale for nurses Mentorsin Vajira Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 313-21. (in Thai)
13. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Contexto Enferm, Florianopolis.2007;16(1): 129-35.

14. Elahi M, Mansouri P, & Khademian Z. The effect of education based on human care theory on caring behaviors and job involvement of nurses in intensive care units. Iranian journal of nursing and midwifery research.2021;26(5): 425-9.
15. Tahboub OYH, & Yılmaz UD. Nurses' Knowledge and practices of Electrocardiogram interpretation. International Cardiovascular Research Journal.2019;13(3): 80-4.
16. Whyte J, Ward P, & Eccles DW. The relationship between knowledge and clinical performance in novice and experienced critical care nurses. Journal of cardiopulmonary and acute care.2009;38(6): 517-25.
17. SabryShehab M, HelmyEmam NM, & Ali MR. Effect of an educational program of electrocardiogram interpretation on medical and maternity nurses' knowledge and skills. IOSR Journal of Nursing and Health Science.2019;8(4): 69-78.
18. Tavan H, Norouzi S, & Shohani MS. Teaching Cardiac Arrhythmias Using Educational Videos and Simulator Software in Nurses: An Educational Interventional Study. Shiraz E-Medical Journal.2020;21(9:e97984): 1-5.
19. Bazrafkan L, & Hemmati M. The effect of cardiac arrhythmias simulation software on the nurses' learning and professional development. Journal of advances in medical education and professionalism.2018;6(2): 86-91.
20. Gundo R, Gundo B, Chirwa E, Dickinson A, & Mearns GJ. Effect of an educational programme on critical care nurses' competence at two tertiary hospitals in Malawi. Malawi Medical Journal.2021;33(4): 236-41.
21. Rawia A. Ibrahima, Kamelia F. Abd-Allahc, Osama S. Arafab, & Sabah S. Mohammeda. Effect of nursing care standards on nurses' performance in caring for patients with cardiac arrhythmias. Egyptian Nursing Journal.2017;14(3): 251-8
22. Heling Wen, Min Hong, Fuli Chen, Xiaoyan Jiang, Rui Zhang, Jianhui Zeng, et al. CRISP method with flipped classroom approach in ECG teaching of arrhythmia for trainee nurses: a randomized controlled study. BioMed Central, Medical Education.2022; 22(850): 1-9
23. Wu H. Retention of knowledge by nurses after an online ECG monitoring course. (thesis). New Haven: Yale University; 2012.
24. Supith S, Kaewsarn P. & Siritarungsri B. The effect of a competency building program on knowledge attitude and belief of professional nurses in patients care on volume and pressure controlled ventilators at Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 366-73. (in Thai)

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติ และแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง

Cost Analysis of Nursing Activities Based on Routine Care and Lean Management for Clients with One-Day Surgery Breast Augmentation in a Private Clinic

มณีรัตน์ สินธุรัตน์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* นฤมล ปทุมารักษ์
Maneerat Sinturat Phechnoy Singchungchai* Narumon Pathumarak
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ประชากรเป้าหมาย คือ รายงานต้นทุนบุคลากรทางการพยาบาล 15 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 60 ราย (แบบปกติ 30 ราย แบบลีน 30 ราย) เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือมี 2 ชุด (แบบปกติ มี 17 กิจกรรม แบบลีน มี 16 กิจกรรม) ดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.0 ความเที่ยงแบบสังเกต 1.0 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย ผลการวิจัย พบว่า 1) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติมีต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 2,988,496.13 บาท 2) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบลีนมีต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 2,908,072.97 บาท 3) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ยโดยรวมแบบลีนลดลง 80,423.16 บาท และแบบลีนใช้เวลาลดลง 160.32 นาที การจัดการทั้ง 2 รูปแบบ มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดสูงสุด และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดต่ำสุด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เมื่อนำการจัดการด้วยลีนมาใช้ในการบริหารการจัดการบริการสามารถลดต้นทุนและเวลาการจัดการในหน่วยงานได้อย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยยังคงคุณภาพการพยาบาลและมาตรฐาน ดังนั้นผู้บริหารในหน่วยงาน จึงควรนำการจัดการด้วยลีนไปใช้ลดต้นทุนและบริหารจัดการเวลาเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล, ศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก, การจัดการด้วยลีน

Abstract

This descriptive research aimed to analyze the cost of nursing activities based on routine care and those on lean management for clients undergoing one-day surgery breast augmentation in a private clinic. The target population consisted of 15 reports on personnel costs, and the sample group comprised 60 cases (30 routine care and 30 lean management) selected using purposive sampling. Two sets of research instruments comprised 17 lean activities and 16 routine activities. The content validity was 1.0, and the observed

Corresponding Author: *Email: professorphechnoy@gmail.com

วันที่รับ (received) 21 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ส.ค. 2567

reliability was 1.0. The statistics used included frequency, percentage, standard deviation, and mean. The research found that: 1) The average cost of nursing activities based on routine care was 2,988,496.13 Baht. 2) The average cost of nursing activities based on lean management care was 2,908,072.97 Baht. 3) The average cost for lean management was reduced by 80,423.16 Baht, and the time was reduced by 160.32 minutes. The highest costs for both types of care were for nursing activities during surgery, while the lowest were for pre-surgery activities. The research results indicate that nursing activities based on lean management could reduce costs and time management, as evidenced by the empirical data while maintaining the quality of nursing and standard in private clinics. Thus, organizational administrators should consider implementing lean management reduce costs and manage time to improve the efficiency and effectiveness of health services.

Keywords: nursing activity analysis, breast augmentation surgery, lean management

บทนำ

การจัดบริการสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารพยาบาล ปัจจุบันการบริหารการจัดบริการสุขภาพสำหรับพยาบาลมีหลากหลาย โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ในห้องผ่าตัด ได้มีการขยายการผ่าตัดแนวใหม่ คือ การให้บริการผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมหน้าอก เป็นแนวทางใหม่ที่พยาบาลในห้องผ่าตัด มีหน้าที่การจัดการทั้งภาคเอกชนและรัฐบาล โดยเฉพาะในสถานบริการภาคเอกชนมีการให้บริการในลักษณะเปิดคลินิก โดยมีการจัดบริการในห้องผ่าตัดที่พยาบาลได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกเป็นหนึ่งในการบริหารด้านสุขภาพเสริมความงาม โดยเฉพาะคลินิกเอกชนที่ศึกษา พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ทุกเดือน[1] ทำให้มีปริมาณการจัดบริการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลให้มีการใช้ต้นทุนเพิ่มขึ้นตามกิจกรรม ทุกกิจกรรมมีต้นทุน[2] ดังนั้นพยาบาลผู้จัดการ (Manager Nurse) มีบทบาทสำคัญในการบริหารต้นทุน (Cost Management) และควบคุมต้นทุน (Cost Control)

สำหรับคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งที่สนใจศึกษา พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทในการดูแลให้การพยาบาลที่ครอบคลุมมาตรฐานการพยาบาลของพยาบาลในห้องผ่าตัด[2] โดยให้การพยาบาล 3 ระยะของการผ่าตัด คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดตามแนวปฏิบัติมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด[3] ซึ่งในบริบทของภาคเอกชนพยาบาลมีบทบาทการจัดการการบริหารการใช้ทรัพยากร กิจกรรมการพยาบาล ต้นทุนของสถานบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ต้นทุนบริการของผู้ป่วยนอก ต้นทุนบริการของผู้ป่วยใน[4] และพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการพัฒนาบทบาทและสมรรถนะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมากจากอดีตถึงปัจจุบัน ในขณะเดียวกันการผ่าตัดที่เฉพาะทางที่มีความซับซ้อนใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องปรับบทบาท พัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง[5] โดยทักษะที่จำเป็นของพยาบาลในการจัดการบริการการทำศัลยกรรมเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคนในประเทศไทย ในภาคคลินิกจำเป็นต้องมี คือ การบริหารต้นทุนและต้องมีหน้าที่ควบคุมต้นทุน ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลของเอกชนที่เน้นประหยัด แต่ยังคงมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และต้องก่อให้เกิดผลได้ในโรงพยาบาล

ดังนั้น การบริหารทางพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการวิเคราะห์ต้นทุน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารทรัพยากรในสถานบริการพยาบาล[6] แนวคิดในการบริหารจัดการในคลินิกที่เน้นคุณภาพ และเน้นเรื่องของการควบคุมการบริหารต้นทุน เมื่อวิเคราะห์ประเด็นการจัดบริการแบบปกติ ในบริบทของเอกชนที่ศึกษา พบว่า มีการใช้ทรัพยากรแต่ละขั้นตอนบริการ มีการจัดกิจกรรมซ้ำซ้อนกัน ขั้นตอนแต่ละขั้นตอนใช้เวลานาน ซึ่งมีผลต่อการใช้ต้นทุนในการจัดบริการ และทำให้ผู้รับบริการเกิดการรอคอยในการรับบริการ แต่หน่วยงานยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ เรื่องของการวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการแบบปกติ ในฐานะผู้วิจัยมีประสบการณ์การบริหารการจัดบริการผู้รับบริการ ได้ทบทวนการบริหารต้นทุนและการบริหารคุณภาพบริการ พบว่า การจัดการด้วยลีน เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการจัดการลดต้นทุน และลดขั้นตอนที่

ไม่จำเป็นสำหรับผู้รับบริการ จากแนวคิดของลีน[7] กล่าวว่า หลักการของแนวคิดแบบลีนแสดงให้เห็นถึงความเป็นองค์รวม หรือความเป็นระบบของการสร้างคุณค่าให้กับผู้รับบริการ

จากการประยุกต์แนวคิดลีนในระบบสุขภาพในต่างประเทศ สรุปได้ว่า การนำหลักการ 5 ประการของแนวคิดลีนไปประยุกต์ใช้ สามารถลดได้ทั้งขั้นตอน ระยะทางและระยะเวลา ในการรอคอยของผู้รับบริการลง สามารถขจัดความสูญเปล่าที่เป็นการเคลื่อนไหวและเวลา สามารถลดระยะเวลาในกระบวนการจำหน่ายตลอดจนสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้การดูแลผู้เข้ารับบริการมีคุณภาพที่ดีขึ้น[8] ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดแบบลีนที่พัฒนามาจากแนวคิด[7] เพื่อลดระยะเวลา และลดต้นทุนการผลิต ได้ผลลัพธ์ที่ดี และผลิตสินค้าที่มีคุณภาพซึ่งเป็นการตอบสนองผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง ได้มีการนำแนวคิดแบบลีนมาพัฒนาระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศสามารถขจัดความสูญเปล่าในโรงพยาบาล ลดต้นทุน ลดกำลังคนเครื่องใช้ สถานที่ วัสดุคงคลัง ลดระยะเวลารอคอยและระยะทาง บุคลากรมีความพึงพอใจ[9]

จากการทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการต้นทุนด้วยการใช้แนวคิดต้นทุนกิจกรรม[2,6,7] พบว่ายังขาดการนำการจัดการด้วยลีนมาใช้กับบริบทของห้องผ่าตัดในคลินิกเอกชน และยังไม่พบการศึกษาในส่วนของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน จึงไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการขยายความเข้าใจและแสวงหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งมีความสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ นำมาเป็นทางเลือกในการบริหารต้นทุนที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการจัดบริการผู้รับบริการโดยยังคงมาตรฐานการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด[3] เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากร การวางแผนอัตรากำลัง ตลอดจนการควบคุมค่าใช้จ่าย การกำหนดราคาขาย การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอน ลดเวลา นำไปสู่การลดต้นทุน และเกิดประโยชน์สูงสุดในการบริหารจัดบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติสำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบการจัดการด้วยลีนสำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดระบบต้นทุนกิจกรรม[2] (Activity Based Costing: ABC) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การจัดทำพจนานุกรม กิจกรรมกำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากร 2) ระบุตัวผลักดันทรัพยากรโดยให้บุคลากรปันส่วนค่าแรงตามสัดส่วนที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3) กำหนดผลผลิตและบริการของหน่วยงาน และ 4) กำหนดตัวผลักดันกิจกรรมและหลักการวิเคราะห์ต้นทุนตามกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐาน 4 กิจกรรมหลัก 1 กิจกรรมการบริหารและงานสบับสนุน โดยบูรณาการแนวคิดระบบต้นทุนกิจกรรม[2] (Activity Based Costing: ABC) วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล[6] ร่วมกับแนวคิด[7] มาบริหารจัดบริการ ตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วย[2]

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคน แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง

ประชากรเป้าหมาย คือ รายงานต้นทุนทั้งหมดของบุคลากรทางการพยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการผ่าตัดผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคน แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง แบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน ทั้งหมด 15 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาลผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกด้วยเต้านม

เทียมซิลิโคน แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง 60 ราย (แบบปกติ จำนวน 30 ราย และแบบการจัดการด้วยลีนจำนวน 30 ราย การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Power Analysis[10] ที่ Effect Size เท่ากับ 0.60 ระดับ Power เท่ากับ 0.60 และ α เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้ารับบริการ เท่ากับ 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยแทนค่าสูตรคำนวณ N1 = n / (1-d)[11] ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน เท่ากับ 30

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 14/2566 วันที่รับรอง 12 มกราคม 2567 วันหมดอายุ 11 มกราคม 2569 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขออนุญาตการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ถูกต้อง ข้อมูลจะถูกปิดเป็นความลับ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบ่งออกเป็น ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง และชุดที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ประวัติของผู้เข้ารับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก ด้วยเต้านมเทียม ซิลิโคน แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีนผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคน ประกอบด้วยแบบบันทึกทั้งหมด 6 แบบฟอร์ม ดังนี้ 1) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าแรง (LC1) 2) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ (MC1) 3) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า (MC2) 4) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าน้ำประปา (MC3) 5) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (CC1) 6) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่ (CC2)

เครื่องมือชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคน โดยผู้วิจัยพัฒนาตามมาตรฐานโดยอ้างอิงของกรอบมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด[3] ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐาน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนการผ่าตัด 2) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด 3) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 4) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลจำหน่ายกลับ และ 1 มาตรฐานกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน แบบปกติมี 17 กิจกรรมย่อยและแบบลีนมี 16 กิจกรรมย่อย โดยแบบลีน ยังคงมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามแบบปกติ

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีนและเวลาในการทำกิจกรรม ประกอบด้วยแบบบันทึกทั้งหมด 3 แบบฟอร์ม 1) แบบฟอร์มบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC1) 2) แบบฟอร์มบันทึกค่าแรงที่จ่ายให้กับบุคลากรการพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC2) 3) แบบฟอร์มบันทึกตัวปันส่วน (ABC3)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เกณฑ์การพิจารณามากกว่า 0.812 โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการสังเกต แทนค่าตามสูตร[10] เท่ากับ 1 และความเที่ยงของนาฬิกาจับเวลา ค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต เท่ากับ 1[10]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้การเก็บข้อมูล 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานจัดทำหนังสือขออนุญาตในการศึกษาและเก็บข้อมูลในการศึกษาทำวิจัยครั้งนี้ และทำการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยมีคุณสมบัติ พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้และประสบการณ์การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ คือ เงินเดือน

เงินประจำตำแหน่ง ค่าเดินทาง ค่าหัวหน้าเวร ค่าใบประกอบวิชาชีพ และค่าตอบแทนนอกเวลา (OT) ของบุคลากรทางการพยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 15 ราย เก็บข้อมูลด้านการเงินและบัญชีค่าวัสดุอุปกรณ์ทุกประเภท ยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงค่า ครุภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ โดยคิดค่าเสื่อมราคาเป็นจำนวนเงิน ในการวิจัยครั้งนี้ ตามระเบียบการคิดค่าความเสื่อม

2.2 เก็บข้อมูลปัจจุบันจากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติ สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 ราย ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 มกราคม พ.ศ. 2567

2.3 หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถลดขั้นตอน ลดต้นทุนได้ โดยนำลีนมาบริหารจัดการ ประชุมทีมเพื่อจัดทำพจนานุกรมในการลดขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลที่ซ้ำซ้อน เกินความจำเป็น นำไปสู่การลดต้นทุน

2.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลปัจจุบันจากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 ราย ตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลของประชากร กลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต้นทุน ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้ การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลจัดทำในระดับปฏิบัติการโดยจำแนก 4 มาตรฐานกิจกรรมหลัก 1 กิจกรรมการบริหารและงานสนับสนุน แบบปกติ 17 กิจกรรมย่อย แบบการจัดการด้วยลีน 16 กิจกรรมย่อย การคำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดผลผลิตทางการพยาบาลตามปริมาณการใช้กิจกรรมมีวิธีการ ดังนี้

1. คำนวณหาต้นทุนค่าแรงโดยหาผลรวมของค่าแรงต่อคนของบุคลากรปฏิบัติกิจกรรมโดยนำเงินเดือนนำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อนาทีต่อคน

1.1 ปันส่วนค่าแรงลงสู่กิจกรรม โดยหาสัดส่วนของการปฏิบัติงานจริงโดยแบ่งตามกิจกรรมการพยาบาลทางตรงที่ระบุไว้

1.2 ค่าแรงต่อนาทีของบุคลากรคำนวณจากค่าแรงปันส่วนในกิจกรรมการพยาบาลหารด้วยชั่วโมงการทำงานของบุคลากรในการทำงาน กำหนดแต่ละคนมีจำนวนวันทำการ 72 วัน คิดจาก 3 เดือนทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ จำนวนการทำงานในหนึ่งวัน เท่ากับ 8 ชั่วโมง ปรับหน่วยเป็นนาทีมีหน่วยเป็นบาทต่อนาที

$$\text{ค่าแรงเฉลี่ยต่อนาที} = \frac{\text{ค่าแรงของบุคลากรแต่ละคน}}{\text{จำนวนวันทำการ} \times \text{จำนวนชั่วโมงทำการ} \times 60 \text{ นาที}}$$

1.3 นำค่าแรงของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละคนต่อนาทีคูณกับเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมจะได้ค่าแรงในแต่ละกิจกรรม

1.4 นำค่าแรงของแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นค่าแรงเฉลี่ยที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลต่อครั้ง

2. ต้นทุนค่าลงทุน นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน มาคำนวณค่าเสื่อมราคาของพัสดุจากนั้นนำมาคำนวณค่าเสื่อมราคาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลแต่ละครั้งโดยคิดค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างโดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมจากกระทรวงการคลัง คำนวณค่าลงทุนโดยนำค่าเสื่อมราคาหารด้วยอายุการใช้งานเป็นปีเปลี่ยนหน่วยเป็นนาที นำค่าเสื่อมราคา (บาท) คูณด้วยเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม

$$\text{ค่าเสื่อมราคาต่อปี} = \frac{\text{ราคาพัสดุ-ราคาซาก}}{\text{อายุการใช้งาน (ปี) x 365 วัน x 24 ชั่วโมง x 60 นาที}}$$

3. ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละประเภทรวมกันเป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ะกิจกรรมนำต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการให้การพยาบาลตามรายกิจกรรมรวมเป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง} = \frac{\text{ผลรวมของต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรมในการให้กิจกรรมการพยาบาล}}{\text{จำนวนครั้งในการให้กิจกรรมการพยาบาล}}$$

4. นำผลรวมของต้นทุนแต่ละประเภทรวมกันเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรมมาหาต้นทุนต่อหน่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหารด้วยจำนวนครั้งของการปฏิบัติการพยาบาลกิจกรรมเดียวกันการจัดการแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน

5. คิดต้นทุนของกิจกรรมหลักได้จากการนำต้นทุนของแต่ละกิจกรรมย่อยทั้งหมดของกิจกรรมหลักมารวมกันการจัดการแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน

6. คิดต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลตามระบบต้นทุนกิจกรรมมาคำนวณจะเท่ากับผลรวมของต้นทุนของทุกกิจกรรมของหน่วยงานการจัดการแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน

7. คำนวณหาต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลการจัดการแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน สำหรับกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง

องค์ประกอบต้นทุน	การจัดการแบบปกติ ต้นทุนรวม (บาท)	การจัดการด้วยลีน ต้นทุนรวม (บาท)	ความแตกต่าง ต้นทุนลีนลดลง (บาท)
ต้นทุนค่าแรง	210,287.77	171,886.92	38,400.85
ต้นทุนค่าวัสดุ	1,809,199.40	1,771,183.40	38,016.00
ต้นทุนค่าลงทุน	949,098.00	949,098.00	0.00
รวม	**2,968,584.51**	**2,892,168.32**	**76,416.85**

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน สำหรับกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ พบว่า องค์ประกอบต้นทุนการจัดการแบบปกติมีต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ 2,968,584.51 บาท ต้นทุนที่มีค่าสูงสุดคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 1,809,199.40 บาท รองลงมาคือ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 949,098.00 บาท และต้นทุนที่มีค่าต่ำที่สุดคือ ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 210,287.77 บาท และแบบการจัดการด้วยลีนมีต้นทุนรวม เท่ากับ 2,892,168.32 บาท ต้นทุนที่มีค่าสูงสุด คือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 1,771,183.40 บาท และต้นทุนที่มีค่าต่ำที่สุด คือ ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 171,886.92 บาท และองค์ประกอบต้นทุนรวมแบบลีนมีต้นทุนลดลง เท่ากับ 76,416.85 บาท

ตาราง 2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง (n = 30)

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมการพยาบาลผู้เข้ารับบริการด้วยการจัดบริการแบบปกติ			กิจกรรมการพยาบาลผู้เข้ารับบริการด้วยการจัดบริการแบบลีน			ความแตกต่าง
	จำนวนกิจกรรม (ครั้ง)	เวลาทำกิจกรรม	ต้นทุนกิจกรรมรวมเฉลี่ย (นาที)	จำนวนกิจกรรม (ครั้ง) (บาท)	เวลาทำกิจกรรมกิจกรรมรวมเฉลี่ย (นาที)	ต้นทุน (บาท)	ต้นทุนลีนลดลง (บาท)
1. มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	90	109.35	78,617.78	90.00	72.43	71,198.70	7,419.08
2. มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด	240	208.16	1,846,712.70	180.00	175.30	1,828,836.26	17,876.44
3. มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	450	267.73	318,187.72	390.00	227.47	308,964.48	9,223.24
4. มาตรฐานกิจกรรมการจำหน่าย	180	109.60	236,500.71	120	63.93	197,359.94	39,140.77
5. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	724	445.64	508,477.23	573	441.05	501,713.58	6,763.65
รวม	**1,684**	**1,140.50**	**2,988,496.13**	**1353**	**980.18**	**2,908,072.97**	**80,423.16**

จากตารางที่ 2 พบว่า การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกแบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า การจัดการแบบปกติมีต้นทุนกิจกรรมรวมทั้งหมดเท่ากับ 2,988,496.13 บาท ต้นทุนกิจกรรมรวมสูงสุด คือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด เท่ากับ 1,846,712.70 บาท และต้นทุนกิจกรรมรวมต่ำสุด คือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เท่ากับ 78,617.78 บาท และแบบลีนมีต้นทุนกิจกรรมรวมทั้งหมด เท่ากับ 2,908,072.97 บาท ต้นทุนกิจกรรมรวมสูงสุด คือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด เท่ากับ 1,828,836.26 บาท และต้นทุนกิจกรรมรวมต่ำสุดคือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เท่ากับ 71,198.70 บาท และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมแบบลีนลดลงเท่ากับ 80,423.16 บาท

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติ สำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่ง เสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง แบบปกติ 17 กิจกรรมย่อย มีต้นทุนกิจกรรมรวม เท่ากับ 2,988.496.13 บาท และพบว่า ต้นทุนกิจกรรมหลักสูงสุด คือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด เท่ากับ 1,846,712.70 บาท เนื่องจากการดำเนินการกิจกรรมระยะผ่าตัดมีขั้นตอนและระยะเวลาการทำกิจกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 208.16 นาที เป็นระยะที่กิจกรรมการพยาบาลใช้ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ผ่าตัด ที่มีต้นทุนสูง และใช้บุคลากรในการปฏิบัติที่ต้องมีความเชี่ยวชาญ และมีระยะเวลาการทำกิจกรรมที่ไม่สามารถลดขั้นตอนขณะผ่าตัด ได้ส่งผลให้มีต้นทุนสูง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ Singchangchai[6] ซึ่งระบุไว้ว่า บริการใดที่ใช้หลายกิจกรรมจะมีต้นทุนมาก

2. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบการจัดการด้วยลีนสำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง แบบลีน 16 กิจกรรมย่อย มีต้นทุนกิจกรรมรวม เท่ากับ 2,908.072.97 บาท และพบว่า ต้นทุนกิจกรรมหลักสูงสุด คือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัด เท่ากับ 1,828,836.26 บาท เนื่องจากการดำเนินการกิจกรรมระยะผ่าตัดมีขั้นตอนและระยะเวลาการทำกิจกรรมเฉลี่ยเท่ากับ 175.30 นาที เป็นระยะที่กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ผ่าตัด ที่มีต้นทุนสูง และใช้บุคลากรในการปฏิบัติที่ต้องมีความเชี่ยวชาญคงมาตรฐานเดิม และมีระยะเวลาการทำกิจกรรมที่ไม่สามารถลดขั้นตอนขณะผ่าตัดได้ ทำให้มีต้นทุนสูง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการวิเคราห์ต้นทุนกิจกรรม[6] ซึ่งระบุไว้ว่า บริการใดที่ใช้หลายกิจกรรม ก็จะมีต้นทุนมาก การจัดการด้วยลีนถือเป็นการบริหารคุณภาพ หลักการของแนวคิดแบบลีนแสดงให้เห็นถึงความเป็นองค์รวม[7] หรือความเป็นระบบของการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ การจัดการด้วยลีน ขั้นตอนลดลง ระยะเวลาลดลง ส่งผลให้ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวลดลง

3. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอก แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง แบบลีน มีต้นทุนกิจกรรมรวมเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 80,423.16 บาท เวลาทำกิจกรรมรวมเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 160.32 นาที และพบว่า แบบปกติและแบบลีน มีต้นทุนกิจกรรมหลักสูงสุด คือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดเหมือนกัน แบบปกติ เท่ากับ 1,846,712.70 บาท แบบลีน 1,828,836.26 บาท เนื่องจากระยะผ่าตัดมีขั้นตอนใช้ทรัพยากรที่มีต้นทุนสูง บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติกิจกรรม ระยะเวลาการทำกิจกรรมที่ใช้เวลานาน ต้นทุนจะสูง ตรงกับแนวคิดต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan & Cooper[2] ที่ระบุว่า ตัวผลักดันต้นทุน คือ ปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการปันส่วนต้นทุนกิจกรรมสู่ผลผลิตหรือการบริการ ดังนั้น กิจกรรมที่ใช้เวลามาก ต้นทุนจะสูง จากการทบทวนการวิเคราะห์ต้นทุน ขั้นตอนแบบลีน มีการจัดการรวมขั้นตอนที่ในการดูแลผู้รับบริการในระยะจำหน่ายกลับบ้าน 1 กิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมการเคลื่อนย้ายผู้รับบริการไปยังแผนกผู้ป่วยนอก และกิจกรรมจำหน่ายผู้รับบริการกลับบ้านและ After Care รวมขั้นตอนเดียวกัน เป็นการลดบุคลากรเกินความจำเป็น ลดเวลารอคอยผู้รับบริการ ลดเวลาในการทำกิจกรรมที่มีบุคลากรทำงานเกินความจำเป็น ทำให้ระยะเวลาลดลง ส่งผลให้ต้นทุนกิจกรรมแบบการจัดการด้วยลีน มีต้นทุนลดลง[7]

จากการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบการจัดการด้วยลีน สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคน แบบวันเดียวกลับ ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติมีต้นทุนสูงกว่าแบบลีน เนื่องจาก เวลาทำกิจกรรมเฉลี่ยมีค่ามากกว่า ปริมาณครั้งของกิจกรรมที่มากกว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมมากกว่า จากผลการวิจัยเมื่อทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาจึงไม่มีข้อมูลที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมแบบปกติและแบบลีน ดังนั้นเพื่อความอยู่รอดขององค์กร การบริหารจัดการต้นทุน เป็นหน้าที่บทบาทสำคัญของผู้บริหารต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล การบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ต้นทุนต่าง ๆ[6] เมื่อผู้บริหารมีการนำแนวคิดลีนมาออกแบบการจัดบริการในรูปแบบ ลดขั้นตอน ลดเวลา แต่ยังคงมาตรฐานการพยาบาลให้มีคุณภาพ จะเห็นได้ว่า สามารถลดต้นทุนได้อย่างชัดเจนจากข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นน่าพึงพอใจ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของลีน ขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลลดขั้นตอน 1 กิจกรรมย่อยใน 4 มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลหลัก 1 กิจกรรมการบริหารและงานสนับสนุน ส่งผลให้ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมดังกล่าวลดลง[6] จากการจัดการแบบปกติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารในหน่วยงานสามารถนำผลการวิจัยนี้นำไปใช้ได้ในเชิงการบริหารการพยาบาล ในห้องผ่าตัดด้วยการปรับเปลี่ยนการให้บริการด้วยการบริหารการจัดการแบบลีน เพื่อลดต้นทุนการจัดบริการการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. สามารถนำมาใช้การจัดการบริหารในห้องผ่าตัดที่ส่งผลกับคุณภาพ การบริการเรื่องของการลดเวลาการรับบริการของผู้รับบริการ

3. การศึกษาครั้งนี้คิดเฉพาะต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมผู้เข้ารับบริการเท่านั้น ไม่ได้นำส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลมาศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่านำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริหารทางการพยาบาลในการลดต้นทุน สามารถนำการจัดการแบบลีนไปพัฒนาทางวิจัยในลักษณะในการพัฒนาแบบ Research Development หรือ R & D ทั้งองค์กรเพื่อให้เกิดนโยบายในเชิงประจักษ์ได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการบริหารต้นทุนที่เกี่ยวกับการวาวแผนงบประมาณ กำหนดราคาขายในเชิงธุรกิจขององค์กรต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้เข้ารับบริการศัลยกรรมเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคนทุกชนิด เพื่อให้ทราบต้นทุนทั้งหมด เพื่อนำไปกำหนดราคาขายและนำข้อมูลไปวางแผนใรการพัมนางานต่อไป

4. ควรมีการศึกษาจุดคุ้มทุนในเรื่องของการบริหารจัดการเรื่องของเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. The Klinique Surgery Center. Annual Report 2023. Bangkok: The Klinique Surgery Center; 2023. (in Thai)
2. Kaplan RS, Cooper R. Cost and effect: Using intergrated cost systems to drive profitability and performance. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press; 1998.
3. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. Nursing standard in hospital. 2nded. Bangkok: The War Veteran Organization of His Majesty the King Publisher; 2008. (in Thai)
4. 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;19 (Supplement): 158-65. (in Thai)
5. Phutharangsi S, Seephom S. Study of the Relationship Between Selected Factors and Perioperative Nurses' Competencies in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):94-103. (in Thai)
6. Singchangchai P. Health economics for health service. 5thed. Songkhla: Chan Mueang Printing; 2016. (in Thai)
7. Womack JP, Jones DT. Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. London: Simon & Schuster; 1996.
8. Maier-Speredelozzi V, Thompson A, Hossfield P. Applying lean principles to a continuing care patient discharge process-18th Annual Society for Health Systems Conference; 2006
9. Pinyakhun P, Cheevakasemsook A, Sanprasarn The P. Development of a Diabetic Clinic Service Model by Applying LeanConcept at Chaoprayayomraj Regional Hospital, Suphan Buri Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Supplement): 280-90. (in Thai)
10. Polit DF, Hungler BP. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilisation (8thed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2013.
11. Gupta KK, Attri JP, 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. doi.org/10.4103/1658-354X.174918
12. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. Journal of Nursing and Health Sciences. 2017;11(2):105-11. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม

The Effectiveness of Health Literacy Development Program in Preventive Teenagers MahaSarakham

ชณัชชา จันทร์เทพ[1] ดวงกมล ปิ่นเฉลียว*[2] ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล[3]

Chanatcha Junthep[1] Duangkamol Pinchaleaw*[2] Thipkhumporn Keskomon[3]

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

[1]Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner,
Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand 11120

[2]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

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

[3]วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

[3]Police Nursing College, Bangkok, Thailand, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2566 โรงเรียนในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม มีระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การพัฒนาความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (2) การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ (3) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (4) การพัฒนาทักษะการจัดการ (5) การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ และ 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันการตั้งครรภ์, วัยรุ่นเพศหญิง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of health literacy development program on health literacy and pregnancy preventive behaviors in teenagers, MahaSarakham Province. The sample were 60 female students who were studying at grade mattayom 2 in the 2023 academic year at Yang Si Surat secondary school, Maha Sarakham province, selected by simple random

*Corresponding author E-mail address: duangkamolpinchaleaw@gmail.com

วันที่รับ (received) 4 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2567

sampling. They were divided into the experimental (30) and the comparative (30) groups. The research instruments included: 1) a health literacy development program, which was developed based on concept of Nutbeam. The duration of the program was 6 weeks. The activities comprised: (1) developing knowledge (2) developing access and media literacy skills (3) developing communication skills (4) developing self-management skills (5) developing decision-making skills and 2) health knowledge and pregnancy prevention behaviors questionnaires. The reliability were .80 and .85, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The result revealed as follows. After attending the program, health literacy and pregnancy preventive behaviors of the experimental group were significantly higher than before attending the program, as well as these results were higher than the comparative group.

Keywords: Health Literacy, Pregnancy Preventive, female adolescents

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน ทำให้สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์พยายามที่จะยุติการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย[1] เกิดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์[2] และในวัยรุ่นที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ พบปัญหาการไม่มาฝากครรภ์และฝากครรภ์ล่าช้า[2] ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้[2] ซึ่งภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้แก่ ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด[2] ภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดติดขัด คลอดยาก[3] ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พิการแต่กำเนิด พัฒนาการทางสมองหยุดชะงัก พัฒนาการล่าช้า ขาดสารอาหาร[4] มีภาวะเครียด[5] รู้สึกด้อยค่าในตนเอง พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึมเศร้า[1,6] นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางสังคม หยุดเรียน ออกจากระบบการศึกษา ขาดโอกาสในการศึกษาต่อการทำงาน ขาดรายได้ ขาดวุฒิภาวะ ไม่สามารถทำหน้าที่บทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่ บุตรที่เกิดมาไม่มีคุณภาพ และเด็กถูกทอดทิ้งเพิ่มขึ้น[1] สาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และละเลยการคุมกำเนิด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวคือ การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา วิธีการคุมกำเนิด ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารของบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มองว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล สังคมออนไลน์ รวมทั้งปัญหาการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นที่ขาดการดูแลติดตาม[7] และจากการศึกษาประวัติหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและมารดาหลังคลอดวัยรุ่นของโรงพยาบาลยางสีสุราช พบว่าวัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 10-12 ปี สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิด ขาดความรู้คุมกำเนิดไม่ถูกต้อง เข้าใจผิดว่าการร่วมเพศเพียงแค่ครั้งเดียวไม่ตั้งครรภ์ ไม่กล้าไปขอรับถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดจากสถานบริการ และได้สัมภาษณ์เชิงลึกมารดาวัยรุ่น จำนวน 10 ราย[8] พบสาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัวมีปัญหา พ่อแม่แยกทาง พ่อแม่เข้มงวด ดุด่า ขาดการสื่อสารพูดคุยในครอบครัว และการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีปัญหาเรื่องเพศไม่กล้าที่จะถามพ่อแม่ อยากรู้อยากลองเกี่ยวกับเรื่องเพศ สื่อออนไลน์ ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน กดดันจากกลุ่มเพื่อนที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว การแต่งกาย อยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม และไม่มีทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ของเพศชาย นำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และส่งผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ เพื่อให้วัยรุ่นและมารดาวัยรุ่นมีทางเลือกในการตัดสินใจอย่างอิสระ การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด จัดให้มีระบบบริการสุขภาพทางเพศและการคุมกำเนิดที่เหมาะสมมีคุณภาพ และเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น การให้คำปรึกษา และคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จัดโครงการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร กระตุ้นการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ

เยาวชน และมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร[1] อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินการของโรงพยาบาลยางสีสุราช ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า การติดตามเยี่ยมยังไม่ครอบคลุม มาตรการลดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยการให้ความรู้คุมกำเนิดในวัยรุ่นยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จึงทำให้มารดาวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.45 ซึ่งยังคงสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 17 ตามที่กำหนด ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงดำเนินการจัดทำโครงการและหามาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง[8]

การศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เหมาะสม โดยใช้แนวคิดและกลวิธีที่หลากหลาย เช่น การส่งเสริมทักษะการสื่อสารเรื่องเพศกับบิดามารดา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบใช้คำถาม มาใช้ในการจัดกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[9] ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเหมือนกุญแจที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีและเพียงพอ จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม แต่ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นเพศหญิงสามารถแสวงหาหรือค้นหาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ สามารถซักถามหรือร้องขอข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธีที่หลากหลาย ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นเพศหญิงเกิดการเรียนรู้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

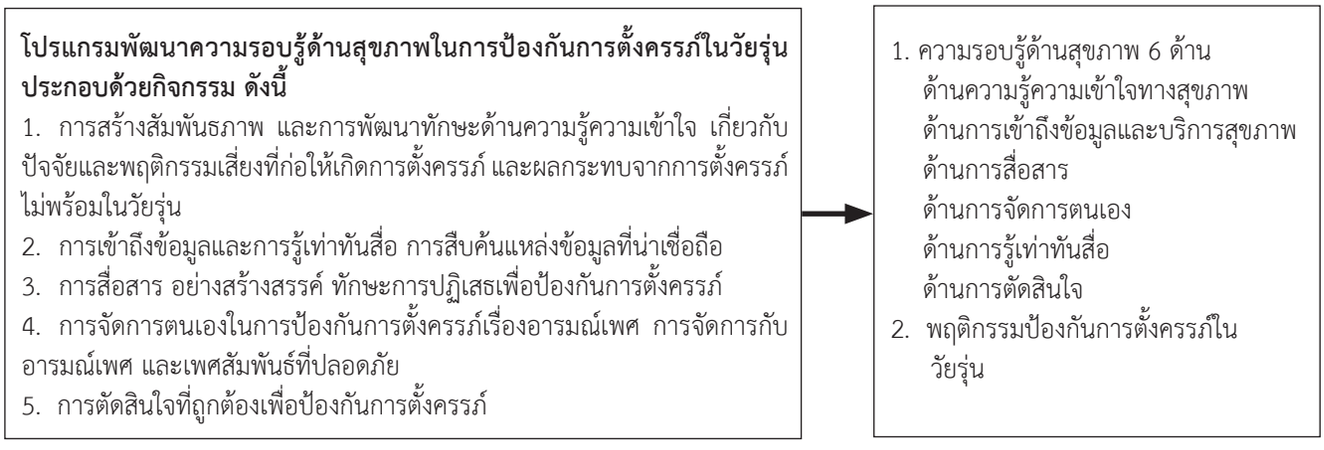
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[9] ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน เพื่อให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (The pretest posttest design with a comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักเรียนเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษามหาสารคาม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยโรงเรียนมัธยมยางสีสุราช และโรงเรียนนาภูพิทยาคม จำนวน 82 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มทดลอง คือ นักเรียนเพศหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมยางสีสุราช กลุ่มเปรียบเทียบคือ นักเรียนเพศหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนนาภูพิทยาคม สาเหตุที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละโรงเรียน เนื่องจากข้อจำกัดด้านของทางโรงเรียนขออนุญาตให้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยมีเกณฑ์เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) มีโทรศัพท์มือถือชนิดในระบบปฏิบัติการ iOS, Android (2) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และ (3) ผู้ปกครองยินยอมและอนุญาตให้ร่วมกิจกรรม และเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ (1) เจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และ (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยใช้เกม กิจกรรมกลุ่ม การวิเคราะห์กรณีศึกษา การระดมสมอง และการบรรยายประกอบสไลด์ สัปดาห์ที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้นักเรียนสามารถใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการบรรยายประกอบสื่อ การสาธิต ฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง และการอภิปรายกลุ่ม สัปดาห์ที่ 3 สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้นักเรียนมีทัศนคติที่ดีในการสื่อสารกับคนในครอบครัว สามารถสื่อสารเชิงบวกกับสมาชิกในครอบครัว และสามารถปฏิเสธเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ตามใบงาน การระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ และการอภิปรายกลุ่ม สัปดาห์ที่ 4 การจัดการตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ เพื่อให้นักศึกษาเรียนรู้วิธีการควบคุมอารมณ์ทางเพศ และวิธีจัดการเมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ การฝึกปฏิบัติ การระดมสมอง และการอภิปรายกลุ่ม และ สัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจ โดยการบรรยาย ฝึกการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยการระดมสมอง วิเคราะห์กรณีศึกษา และการอภิปรายกลุ่ม

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข[11] ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ การพักอาศัย สถานภาพสมรสของบิดามารดา ที่พักอาศัย พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน การมีเพื่อนสนิท การใช้เวลาว่าง การมีคู่รัก การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก ข ค ง จำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 8 คะแนน แปลผลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (6-8 คะแนน) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพดี คะแนนร้อยละ 60-79.9 (4-5 คะแนน) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพพอใช้ และคะแนน< ร้อยละ 60 (0-3 คะแนน) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพไม่ดี 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการสื่อสาร ประเมินความสามารถในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ในครอบครัว และความสามารถในการปฏิเสธ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการจัดการตนเอง ประเมินความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ประเมินความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของสื่อ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และ 6) ด้านการตัดสินใจ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกด้าน เป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ[13] ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ถึงปฏิบัติเป็นประจำคะแนนโดยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ รวมคะแนนทั้งหมด 149 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (119.20-149 คะแนน) หมายถึง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คะแนนร้อยละ 60-79.9 (89.40-119.19 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ และ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 89.40 คะแนน) หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[14] มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ โดยเลือกตอบจากความถี่ในการปฏิบัติของตนเอง เพียงหนึ่งคำตอบจากตัวเลือกทั้งหมด 5 ตัวเลือก คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ คิดคะแนน 5-1 คะแนนรวมทั้งหมด 75 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (60-75 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ดี คะแนนร้อยละ 60-79.9 (45-59.99 คะแนน) หมายถึงมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์พอใช้ และ คะแนน<ร้อยละ 60 (น้อยกว่า 45 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ดี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1- 5 พบนักเรียนกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ในวันศุกร์และวันที่นักเรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษา จากครูผู้สอนตามปกติ และจะได้รับพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทำกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ จากผู้วิจัย ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และคู่มือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และได้นำไปคู่มือการใช้โปรแกรมฯ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นไปทดลองใช้ (try out) กับกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงเรียนนาเชือกพิทยาสรรค์ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ .80 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาผู้วิจัยนี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 19/2566 ลงวันที่ 4 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มอายุอยู่ในระหว่าง 12-18 ปี โดยผู้วิจัยติดต่อขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวด้วย ในการให้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 80.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 50.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสของบิดามารดาของกลุ่มทดลอง บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 60.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่แยกกันอยู่ ร้อยละ 53.3 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดา 2 คน ร้อยละ 53.4 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 1 คน ร้อยละ 53.3 ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพื่อนสนิทเท่ากันคือ ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างเมื่อเกิดอารมณ์ทางเพศด้วยการฟังเพลง/ร้องเพลง ร้อยละ 56.6 และ ร้อยละ 43.4 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีคู่รัก ร้อยละ 60.0 และ ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบ เอาใจใส่/ใช้เหตุผล ร้อยละ 60.0 และ 50.0 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่ดีบ้างไม่ดีบ้าง ร้อยละ 66.7 และ 96.7 ตามลำดับ

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			t	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	86.60	13.59	ไม่ดี	88.63	14.90	ไม่ดี	.450	.655
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	139.70	20.70	ดี	90.87	9.58	พอใช้	-11.729	.001*
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	64.60	3.59	ดี	64.93	3.67	ดี	0.356	.723
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	73.23	4.08	ดี	64.73	2.89	ดี	-9.310	.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 1 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีค่าเฉลี่ยลดลง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)			t	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	86.60	13.59	ไม่ดี	139.70	20.70	ดี	12.990	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	88.63	14.90	ไม่ดี	90.87	9.58	พอใช้	0.900	.376
พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น								
กลุ่มทดลอง	64.60	3.59	ดี	73.23	4.08	ดี	-8.531	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	64.93	3.67	ดี	64.73	2.89	ดี	0.239	.812

* p-value < .05

ตารางที่ 2 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทักษะทั้ง 6 ด้าน โดยบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศ ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้เกมการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม และการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยสะท้อนความคิดให้วัยรุ่นได้เข้าถึงและเรียนรู้ ทบทวนคำตอบและความรู้ ทำให้วัยรุ่นกลุ่มทดลองได้รับความรู้เพิ่มขึ้นและเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำกิจกรรมกลุ่มย่อยโดยพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ โดยบรรยายเกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูล สาธิตการเข้าถึงเว็บไซต์ เกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ และการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้วัยรุ่นมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ และพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ได้แก่ กิจกรรมการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว โดยแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้นักเรียนได้แสดงความรู้สึกนึกคิดตามบทบาทที่ตนแสดง ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่น และฝึกทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้นักเรียนสามารถปฏิเสธเมื่อถูกชวนไปมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ โดยให้นักเรียนวิเคราะห์สถานการณ์จากใบงาน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมหรือมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์กรณีศึกษา ระดมสมองในการจัดการกับอารมณ์ทางเพศของตนเอง กิจกรรมสุดท้ายที่พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยการบรรยาย ฝึกการวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาและการเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยการระดมสมอง วิเคราะห์กรณีศึกษาและการอภิปราย ทำให้วัยรุ่นเกิดทักษะ ความสามารถและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ด้วยเหตุผลดังกล่าวมา จึงทำให้วัยรุ่น ความรู้ความเข้าใจเรื่องการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง จากการได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างในเรื่องต่าง ๆ จะหลีกเลี่ยง และไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงทางเพศ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ประเมินข้อมูลข่าวสารเพื่อหาวิธีในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่น่าเชื่อถือนั้น ๆ ได้ ผลการศึกษาจึงพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในวัยรุ่นหญิง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการวิจัยเช่นเดียวกัน[15] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน วัยอันควรของวัยรุ่นหญิงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผลจากการได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีท มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับนักเรียนวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้กลวิธีที่หลากหลาย ได้แก่ การเล่นเกม การระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การให้ชมวิดิทัศน์ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การใช้แอปพลิเคชันและเว็บไซต์ออนไลน์ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านตามรายละเอียดของกิจกรรมและเหตุผลสนับสนุนที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีวัยรุ่นกลุ่มทดลองสูงขึ้น และมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ระดับดี ซึ่งเกิดจากสตรีวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีและเพียงพอ

ต่อการนำไปปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในทางที่ดีขึ้นด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของนัทบีมที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องที่ใกล้เคียงกัน[16] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงทำให้กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งจะช่วยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพียงพอต่อการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม[1] ที่ว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว และการจัดการทางสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาจึงพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน[16] พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีวัยรุ่น สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ โดยส่งผลให้สตรีวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ มีการเข้าใจ เข้าถึง และเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงส่งผลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีเพียงพอต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยรุ่นทั้งในโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลหรือให้บริการแก่วัยรุ่นพร้อมทั้งแจกคู่มือการใช้โปรแกรม

2. นำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพถ่ายทอดให้กับครูในโรงเรียนที่มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ครู เพื่อนำไปใช้ในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และขยายผลเรื่องการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับมัธยมศึกษา ในบริบทโรงเรียนคล้ายคลึงกันหรือจัดกิจกรรมนอกโรงเรียน เพื่อปลูกฝังให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพียงพอที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน เช่น ด้านการสื่อสารเชิงบวกหรือการสื่อสารเรื่องเพศ ระหว่างนักเรียนและพ่อแม่ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าพูดคุยหรือคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องเพศ หรือเมื่อมีคู่รัก และวิจัยติดตามพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

References

1. Saejeng K, Sukrat B, Kovavisarach E, Phrompraphat P, & Kanchanawetang C. Guidelines for caring for teenage mothers. 2nd ed. 2019; Kaew Chao Chom Media and Publishing Center, Bangkok. (in Thai)

2. Kangwanteerawat S. Obstetric Outcomes and Perinatal Outcomes of Teenage Pregnancy in Sakon Nakhon Hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals. 2020; 35(2): 341-48. (in Thai)
3. Khongmeesook N, Laksitanon R, & Soonthorn P. Factors Relate and Affect to Teenegers' Pregnancy in Public Health Region 5. The Inspection report of 5th Regional Health Promotion Center. Rajburi Province. 2019. (in Thai)
4. Koakean P & Charerntanyarak L. Health Impact of Infants from Teenage mothers in YangTalat district, Kalasin Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research. 2022; 15(2): 1-8. (in Thai)
5. Srisawad K, & Panyapinijnugoon. Stress among Pregnant Adolescents. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(2): 7-11 (in Thai)
6. Vongpradit S, Chunuan S, & Yungwanichsetha S. Factors Associated with Depression Among Pregnant Teenagers. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2022; 9 (1): 29-41. (in Thai)
7. Yungwanichsetha S, Chatchawet W, Kritcharoen S, & Thitimapong B. Nursing care for teenage pregnancy/ adolescent pregnancy; Midwifery and Maternal Newborn Nursing 2 (Book 1). Faculty of Nursing Prince of Songkla University. 2019. (in Thai)
8. Lion P, & Hongsrithong W. Maternal and Child Health of Yangsisurach Health Network, Yangsrisurach District Annual Report. Yangsrisurach District, Mahasarakham Province. 2020. (in Thai)
9. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? International Journal of Public Health. 2009; 54(5): 303-5. doi: 10.1007/s00038-009-0050-x. PMID: 19641847
10. Cohen, J. Statistical power analysis of the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum Associattes. 1988.
11. Health Education Division, Ministry of Public Health. Assess health literacy to prevent premature pregnancy for young Thai women aged 15-21 years. Department of Health Education. 2018. (in Thai)
12. Bloom BS, Madaus GF, & Hasting JT. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill;1971.
13. Best JW. Research in Education. (3rd ed.) Engelwood Cliffs, New Jersy: Pretice Hall,Inc., 1977.
14. Suwannarat J, & Panyasai K. The Effectiveness of Participatory Health literacy Model for Premature Pregnancy Prevention of Teenage. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office2019; 5(1): 60-71. (in Thai)
15. Saijamchan S, Andara W, Bunbanchob U, & Thinson R. Health knowledge and health behavior 3A.2S. of people in the Ban Eua Athon Bang Khen community (Khlong Thanon). Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 376-86 (in Thai)
16. Chaiyachat P, & Saranrittichai K. The Effects of Health Literacy and Social Support Development Program on Pregnant Prevention Behaviors for Early Adolescent. Journal Nursing and Health Care. 2019; 37(4): 42-51. (in Thai)

การศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาล ในยุคการเปลี่ยนแปลง ของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

Competencies of Nursing Instructors in the Disruptive Era of Police Nursing College, Royal Thai Police

ธนวรรณ จงธนกมล*[1] ลิขิตกุล กุลรัตนรักษ์[2]
Thanawan Jongthanakamol*[1] Likitkul Kulrattanarak[2]
[1]โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
[1]Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, Thailand 10330
[2]สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยสยาม, กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10160
[2]Leadership and Innovation in Educational Administration, Siam University, Bangkok, Thailand 10160

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และเพื่อประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประชากรในการวิจัย คือ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลได้ทั้งสิ้น 28 คน คิดเป็นร้อยละ 90.32 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และดัชนีความต้องการจำเป็น

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการเรียนรู้ ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ด้านความเป็นตำรวจ รวมทั้งสิ้น 43 สมรรถนะ โดยพบสมรรถนะที่มีความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 22 สมรรถนะ ซึ่งสมรรถนะที่ควรพัฒนามากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ 1) ความสามารถผลิตสื่อและใช้สื่อออนไลน์เพื่อการศึกษาเรียนรู้ที่มีลิขสิทธิ์ถูกต้อง 2) ความสามารถออกแบบการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน 3) ความสามารถออกแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้เรียนเป็นรายบุคคล 4) ทักษะด้านนวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ในยุคการเปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีเสมือนจริง ความเป็นจริงเสริม จักรวาลนฤมิต ข้อมูลขนาดใหญ่ ปัญญาประดิษฐ์ บล็อกเชน และ 5) ความรอบรู้สามารถโน้มน้าวให้บุคลากรองค์กรเห็นภาพเป้าหมายร่วมกันตามลำดับ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปออกแบบกิจกรรมฝึกอบรมอาจารย์พยาบาล เป็นหัวข้อในการประเมินสมรรถนะที่ครอบคลุมในทุกมิติ และเป็นข้อมูลในการจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ความต้องการจำเป็น, สมรรถนะอาจารย์พยาบาล, ยุคการเปลี่ยนแปลง

Abstract

The nursing field is undergoing rapid change, requiring educators to adapt their skillsets. This study aimed to identify the competencies needed by nursing instructors in the Royal Thai Police's Police Nursing College during this disruptive era. A survey was conducted among 28 nursing educators. Analysis involved

Corresponding Author: *E-mail: Borbudd@gmail.com
*วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ภาวะผู้นำและนวัตกรรมการบริหารการศึกษา) มหาวิทยาลัยสยาม

วันที่รับ (received) 2 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 มิ.ย. 2567

calculating frequencies, percentages, means, and utilizing a modified priority need index.

The study identified 43 essential competencies for nursing instructors categorized into four key areas: learning management, leadership, evidence-based nursing practice, and policing. Further analysis revealed 22 crucial competencies requiring development. These top priorities included, the ability to produce and utilize online learning materials with appropriate copyright adherence, designing creative and tailored learning experiences, adeptness in employing innovative teaching methods to accommodate diverse learner needs, proficiency in managing innovative learning tools and the ability to persuade organizational personnel to see the common goal. Institutions can use these results for comprehensive performance evaluation in all dimensions, design appropriate training activities for nursing instructors, and provide information for prioritizing the development of nursing instructors' competencies.

Keywords: Priority Need Index, Competency, Nursing Instructors, Disruptive Era, College

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 เป็นยุคของการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากปัจจัยและองค์ประกอบต่าง ๆ เปลี่ยนไปอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนการสอนพยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล การเข้าถึงอินเตอร์เน็ตที่มากขึ้น การจัดเก็บข้อมูลหรือประมวลผลข้อมูลผ่านระบบคลาวด์ เทคโนโลยีบล็อกเชน ระบบสารสนเทศทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานความรวดเร็วของการติดต่อสื่อสาร ความแม่นยำและถูกต้องของข้อมูล รวมถึงการแพทย์การพยาบาลทางไกล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาพยาบาลและวิธีการจัดการเรียนการสอนอย่างมาก ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออาจารย์พยาบาลที่ต้องปรับตัวเพื่อให้มีสมรรถนะทางเทคโนโลยีดิจิทัลให้เพียงพอ ใช้ประโยชน์ของเทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาพยาบาล

ด้านที่ 2 โครงสร้างประชากรและอุบัติการณ์โรคที่เปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างอายุของประชากร โดยมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยจะมีประชากรทั้งสิ้น 66.05 ล้านคน เป็นประชากรวัยเด็ก (แรกเกิดถึงอายุ 14 ปี) ร้อยละ 16.8 ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.21[1] มีการคาดการณ์จากสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่าในปี พ.ศ. 2583 มีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาของประชากรเปลี่ยนแปลงไป[2] เช่น การเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคทางผู้สูงวัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคทางเมตาบอลิก เป็นต้น ส่งผลกระทบให้การศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนในการดูแลและป้องกันระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ อาจารย์พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวอย่างละเอียดและลึกซึ้งมากขึ้น รวมถึงออกแบบการเรียนการสอน ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว[3]

ด้านที่ 3 มุมมองที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบสุขภาพ ปัจจุบันประชาชนมีความตื่นตัวมากขึ้น เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชนที่จะสร้างระบบดูแลสุขภาพของตนเอง (Community health system)[4] แนวคิดของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว การเปลี่ยนแปลงวิธีการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งมุมมองและแนวคิดต่อการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การศึกษาของพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนตาม อาจารย์พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการบูรณาการการดูแลสุขภาพของระบบและเป็นผู้เชื่อมโยงการเดินทางเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน

ด้านที่ 4 ประเด็นทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ประเด็นของความเท่าเทียมทางสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ภาวะความแปรปรวนของสภาวะภูมิอากาศ[5] ปัญหาโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ ในสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ที่ต้องทำให้อาจารย์พยาบาลมีทักษะการคิด วิเคราะห์โรคที่เกิดขึ้นมาใหม่เพื่อใช้ในการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ เทคนิค ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ ถอดบทเรียนให้แก่นักศึกษาพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้แม้ไม่เคยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคที่เกิดขึ้นใหม่มาก่อน การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลบนหอผู้ป่วยจำเป็นต้องเลื่อนการฝึก

ปฏิบัติออกไป มีการใช้กรณีศึกษาในการอภิปรายปัญหาฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองและห้องปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ อาจารย์พยาบาลต้องมีสมรรถนะทักษะการปรับตัวและเรียนรู้ตลอดเวลา (Life Long Learning)[6]

การเรียนการสอนของพยาบาลในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง มีความแตกต่างจากการเรียนการสอนแบบเดิมในหลายๆมิติ ซึ่งบุคคลที่ต้องมีการปรับตัวมากที่สุดคือ อาจารย์พยาบาล การที่บุคคลมีสมรรถนะที่ไม่เพียงพอหรือขาดสมรรถนะ อาจไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าหากอาจารย์พยาบาลทราบสมรรถนะ ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ จะทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสำเร็จของนักศึกษาพยาบาลและสถาบันการศึกษา[7,8]

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นสถาบันที่มีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์เฉพาะ มีความเชื่อว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพจะต้องปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ฉุกเฉินตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาสมรรถนะและความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติในยุคการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาอาจารย์พยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

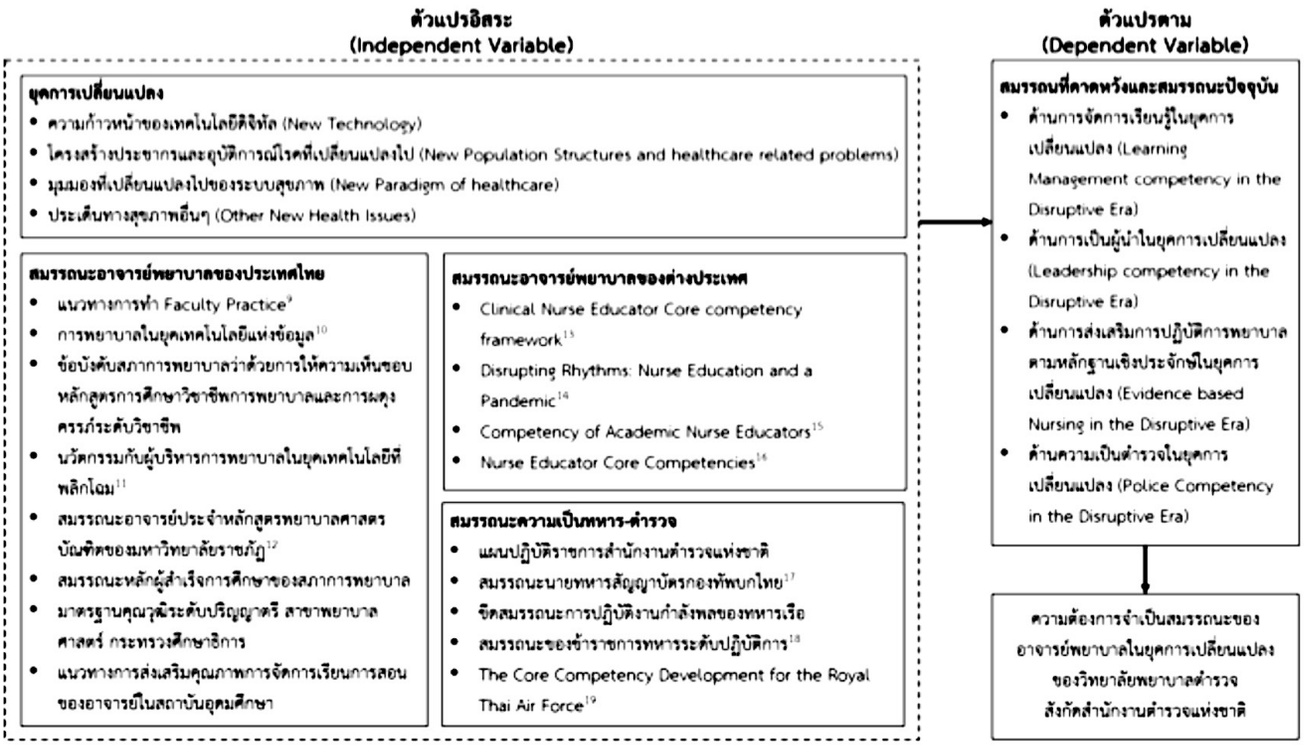
1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ในยุคการเปลี่ยนแปลง
2. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลตำรวจ ในยุคการเปลี่ยนแปลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ด้าน สมรรถนะอาจารย์พยาบาลอาจารย์ของประเทศไทย ของต่างประเทศ และ ความเป็นทหาร-ตำรวจ กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยเบื้องต้นดังแสดงในภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สังเคราะห์สมรรถนะอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสอบถามโดยนำผลการสังเคราะห์สมรรถนะมาสร้างข้อคำถามในเครื่องมือวิจัยเป็นคำถามปลายปิดในรูปแบบประมาณค่า 5 ระดับ แล้วจึงตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความต้องการจำเป็นโดยใช้เทคนิค Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$)[20] โดยมีประชากรในการวิจัยได้แก่ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นข้าราชการตำรวจและปฏิบัติการสอนในปีการศึกษา 2566 โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 31 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ 2) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลศาสตร์หรือสาขาอื่นโดยต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ 3) มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี เกณฑ์การคัดออกได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่ไม่ให้ความร่วมมือในการแบบสอบถาม หรือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ได้ โดยเก็บข้อมูลได้ 28 ฉบับ (ร้อยละ 90.32)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ มีรูปแบบการตอบข้อมูลสองชุดหรือการตอบสนองคู่ คือ สมรรถนะที่คาดหวัง และ สมรรถนะปัจจุบัน ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยเรียงจากมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดตามแนวคิดของลิเคิร์ท[21] และตอนที่ 3 ความคิดเห็นเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสูตินารีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ หัวหน้าแผนกบริหารจัดการหลักสูตร กรมแพทย์ทหารเรือ และ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารและประกันคุณภาพหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม วิเคราะห์หาความตรงเชิงเนื้อหา และดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0.75-1 นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับสถานศึกษาที่ไม่ใช่ประชากรจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ตามวิธีของครอนบา (Cronbach) โดยใช้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.7 โดยเครื่องมือวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.961

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่ วจ23/2567 รหัสโครงการ Nq118-66 (Full Board Review)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติค่าความถี่ และค่าร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความต้องการจำเป็นใช้เทคนิค $PNI_{modified}$ ค่าดัชนีที่มีค่ามากแปลว่ามีความต้องการจำเป็นสูงที่ต้องได้รับความสนใจพัฒนามากกว่าดัชนีที่มีค่าน้อยกว่า สมรรถนะที่มีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย $PNI_{modified}$ ถือว่าเป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา

ผลการวิจัย

สมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงาน

ตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วยจำนวน 4 กลุ่ม 43 สมรรถนะ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 สมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ในยุคการเปลี่ยนแปลง (Learning Management competency) จำนวน 22 สมรรถนะ กลุ่มที่ 2 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำในยุคการเปลี่ยนแปลง (Leadership competency) จำนวน 7 สมรรถนะ กลุ่มที่ 3 สมรรถนะการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในยุคการเปลี่ยนแปลง (Evidence based Nursing) จำนวน 7 สมรรถนะ กลุ่มที่ 4 สมรรถนะด้านความเป็นตำรวจในยุคการเปลี่ยนแปลง (Police Competency) จำนวน 7 สมรรถนะ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลพื้นฐานผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย / เพศหญิง	0 / 0	0.00 / 100.00
อายุ น้อยกว่า 30 ปี	2	7.14
อายุ 30-39 ปี	8	28.57
อายุ 40-49 ปี	8	28.57
อายุ 50-60 ปี	10	35.72
วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาโท	20	71.43
วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาเอก	8	28.57
จำนวนปีที่สอน		
1-5 ปี	8	28.57
6-10 ปี	4	14.29
11-15 ปี	10	35.71
16-20 ปี	2	7.14
21-25 ปี	3	10.72
ตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป	1	3.57

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่าจากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 28 ท่าน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 โดยพบกลุ่มอายุมากที่สุดคือ 50-60 ปี ร้อยละ 35.72 รองลงมาคือ 40-49 ปี และ 30-39 ปี เท่ากันสัดส่วนเป็นร้อยละ 28.57 ตามลำดับ มีวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาโทมากที่สุดร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ระดับปริญญาเอก ร้อยละ 28.57 ส่วนประสบการสอนมากที่สุด 11-15 ปี ร้อยละ 35.71 รองลงมาคือ 1-5 ปี ร้อยละ 28.57

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ข้อรายการ	$PNI_{modified}$	ลำดับ
กลุ่มที่ 1 สมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ในยุคการเปลี่ยนแปลง		
1.1 สมรรถนะด้านการวิเคราะห์ (Analyze)		
1.1.1 มีทักษะด้านการวิเคราะห์ขอบเขตของผลการเรียนรู้และนำไปใช้	0.125	35
1.1.2 มีทักษะด้านการวินิจฉัยปัญหาของผู้เรียน สามารถช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา	0.171	28
1.1.3 มีทักษะในการเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล	0.193	17

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ต่อ)

ข้อรายการ	$PNI_{modified}$	ลำดับ
1.2 สมรรถนะด้านการออกแบบ (Design)		
1.2.1 สามารถออกแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ตามผู้เรียนเป็นรายบุคคล	0.280	3
1.2.2 มีทักษะออกแบบการเรียนการสอน ที่คำนึงถึงและเชื่อมโยงพหุวัฒนธรรมเข้าด้วยกัน	0.236	9
1.2.3 สามารถออกแบบการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรม	0.295	2
1.3 สมรรถนะด้านการพัฒนา (Development)		
1.3.1 มีทักษะด้านการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย และพัฒนานวัตกรรม ที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนยุคการเปลี่ยนแปลง	0.262	6
1.3.2 สามารถผลิตสื่อและใช้สื่อออนไลน์เพื่อการศึกษาเรียนรู้ที่มีลิขสิทธิ์ถูกต้อง	0.302	1
1.4 สมรรถนะด้านการดำเนินการ (Implement)		
1.4.1 มีทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการเรียนการสอนในห้องเรียน นอกห้องเรียนและแบบผสมผสาน	0.218	10
1.4.2 มีทักษะด้านการจัดบรรยากาศการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงหรือพื้นที่จริง ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน	0.169	29
1.4.3 มีทักษะในการโค้ชแก่ผู้เรียน	0.179	25
1.4.4 มีทักษะด้านการใช้สถานการณ์จำลอง ในการเรียนการสอน	0.169	30
1.4.5 มีทักษะด้านการแนะนำด้านการสืบค้นแหล่งความรู้ที่ครอบคลุม รวมถึงแหล่งข้อมูลดิจิตอล	0.123	36
1.4.6 มีทักษะด้านนวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ในยุคการเปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีเสมือนจริง ความเป็นจริงเสริม จักรวาลนฤมิต ข้อมูลขนาดใหญ่ ปัญญาประดิษฐ์ เทคโนโลยีบล็อกเชน	0.276	4
1.4.7 มีทักษะการสื่อสาร ใช้ภาษาที่มีเหตุผลชัดเจนและเข้าใจง่าย	0.188	20
1.5 สมรรถนะด้านการประเมินผล (Evaluation)		
1.5.1 สามารถออกแบบการประเมินและวัดผลการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	0.198	14
1.5.2 มีทักษะด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน	0.176	27
1.5.3 มีทักษะการตรวจสอบและการประกันคุณภาพเพื่อประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน ของหลักสูตร ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยยึดผลลัพธ์เพื่อการเปรียบเทียบ และการติดตามความคืบหน้าอย่างต่อเนื่อง	0.191	19
1.5.4 มีทักษะด้านการระบุโอกาสของการเปลี่ยนแปลงและจัดการกระบวนการเปลี่ยนแปลง	0.193	18
1.5.5 มีทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการประเมินผลทั้งในระบบปกติและรูปแบบออนไลน์	0.181	24
1.5.6 มีทักษะด้านการติดตามประเมินผลวิธีการสอนกับผลลัพธ์ของนักศึกษา	0.209	11
1.5.7 ทักษะด้านการติดตามประเมินผลความต้องการของนักศึกษา	0.188	21
กลุ่มที่ 2 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำในยุคการเปลี่ยนแปลง		
2.1 มีความเป็นผู้นำ สามารถให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรได้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม	0.183	23
2.2 มีความรอบรู้ สามารถโน้มน้าวให้บุคลากรองค์กรเห็นภาพเป้าหมายร่วมกัน	0.269	5
2.3 มีทัศนคติที่ดี ส่งเสริมพลังงานเชิงบวก ตอบสนองต่อนโยบายของผู้บริหารอย่างเหมาะสม	0.179	26
2.4 มีเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกับผู้อื่น เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ	0.198	15

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ต่อ)

ข้อรายการ	$PNI_{modified}$	ลำดับ
2.5 มีทัศนคติ เป็นกลางยุติธรรม เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ	0.197	16
2.6 เป็นผู้ที่สามารถดึงศักยภาพในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นวัตกรรมของบุคลากร ในองค์กร	0.245	8
2.7 สามารถเผชิญต่อความเสี่ยงและความท้าทายได้อย่างชาญฉลาด	0.205	12
กลุ่มที่ 3 สมรรถนะการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในยุคการเปลี่ยนแปลง		
3.1 มีทักษะด้านการค้นคว้าข้อมูลจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือทางด้านวิชาการ	0.129	34
3.2 มีทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินวินิจฉัยข้อมูลที่ถูกต้อง	0.168	31
3.3 มีทักษะด้านการสังเคราะห์องค์ความรู้ สร้าง และเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่	0.200	13
3.4 สามารถนำข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ มาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม	0.142	32
3.5 มีจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	0.120	37
3.6 สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้ เพื่อให้ผู้รับบริการที่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วน	0.255	7
3.7 มีองค์ความรู้ถึงผลกระทบของโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปและโรคอุบัติใหม่	0.186	22
กลุ่มที่ 4 สมรรถนะด้านความเป็นตำรวจในยุคการเปลี่ยนแปลง		
4.1 มีความยุติธรรมจริยธรรมและหลักกฎหมายที่ทันสมัย	0.140	33
4.2 ตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนและค่านิยมทางทหาร ตำรวจ	0.103	40
4.3 โปร่งใส ตรวจสอบได้เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่	0.086	41
4.4 มีพันธะสัญญา ความจงรักภักดีต่อกองทัพและสถาบันหลักของชาติ	0.078	43
4.5 สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างหลากหลาย สอดคล้องกับยุคที่เปลี่ยนแปลง	0.105	39
4.6 มีทักษะด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามรูปแบบใหม่ได้อย่างรวดเร็ว	0.111	38
4.7 มีทักษะด้านความยืดหยุ่น ประยุกต์ใช้วิธีการที่แตกต่างต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป	0.086	42

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นสมรรถนะของอาจารย์พยาบาลในยุคการเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ตารางที่ 2) พบว่ามี 22 สมรรถนะ จาก 43 สมรรถนะที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา (มีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย 0.184) โดยสมรรถนะที่ควรได้รับการพัฒนา 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สามารถผลิตสื่อและใช้สื่อออนไลน์เพื่อการศึกษาเรียนรู้ที่มีลิขสิทธิ์ถูกต้อง 2) สามารถออกแบบการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน 3) สามารถออกแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ตามความต้องการของผู้เรียนเป็นรายบุคคล 4) มีทักษะด้านนวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ในยุคการเปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีเสมือนจริง ความเป็นจริงเสริม จักรวาลนฤมิต ข้อมูลขนาดใหญ่ ปัญญาประดิษฐ์ บล็อกเชน 5) มีความรอบรู้สามารถโน้มน้าวให้บุคลากรองค์กรเห็นภาพเป้าหมายร่วมกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาสมรรถนะที่ควรได้รับการพัฒนามากที่สุดลำดับที่ 1 คือ ความสามารถผลิตสื่อและใช้สื่อออนไลน์เพื่อการศึกษาเรียนรู้ที่มีลิขสิทธิ์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการเรียนแบบออนไลน์ในช่วงระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า สถาบันการศึกษาที่มีการจัดรูปแบบการศึกษาได้อย่างเหมาะสม มีกลยุทธ์การสอนหลากหลายทำให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกิดขึ้นในระดับมาก สมรรถนะการใช้สื่อออนไลน์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลต้องเป็นผู้ออกแบบ

การสอน ผลิตและใช้สื่อออนไลน์ที่มีลิขสิทธิ์ถูกต้อง[22]

ลำดับที่ 2 สามารถออกแบบการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนตาม ทฤษฎี การสร้างสรรค์ด้วยปัญญาเพื่อส่งเสริมทักษะสร้างสรรค์และนวัตกรรม พบว่า สภาพการจัดการศึกษาเพื่อส่งเสริมทักษะสร้างสรรค์และนวัตกรรมอยู่ในระดับน้อย มีความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในระดับมาก[23] และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาล พบว่าการพัฒนาสมรรถะการจัดการศึกษามีความแตกต่างจากการออกแบบการเรียนรู้แบบที่ผ่านมาอย่างมาก[24]

ลำดับที่ 3 สามารถออกแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ตามความต้องการของผู้เรียนเป็นรายบุคคล ตรงกับการศึกษาการพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่ได้ทำการพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าสามารถให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาตนเองและบรรลุเป้าหมาย ที่คาดหวังไว้ และยังช่วยให้นักศึกษาพยาบาลในด้านการจัดการตนเอง และการสร้างแรงจูงใจต่าง ๆ ระหว่างการศึกษาด้วย ซึ่งสิ่งนี้เป็นการพัฒนาอาจารย์พยาบาลเพื่อที่จะนำไปใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนที่เหมาะสม[25]

เมื่อคำนวณหาค่าความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านความเป็นตำรวจอยู่ในอันดับน้อยสุด อาจเป็นเพราะอาจารย์พยาบาลตำรวจส่วนใหญ่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และได้รับการปลูกฝังทางด้านระเบียบวินัยและความเป็นตำรวจอย่างเคร่งครัด ทำให้มีระดับสมรรถนะปัจจุบันอยู่ในระดับสูง เมื่อคำนวณค่าดัชนี $PNI_{modified}$ จึงมีค่าน้อย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สมรรถนะของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติในยุคการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยสมรรถนะทั้งหมด 4 กลุ่ม 43 สมรรถนะ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจสามารถนำไปเป็นหัวข้อในการประเมินสมรรถนะที่ครอบคลุมในทุกมิติ รวมถึงอาจใช้เป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบสมรรถนะอาจารย์พยาบาลกับวิทยาลัยพยาบาลอื่นๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

2. สมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ในยุคการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย การวิเคราะห์ 3 สมรรถนะ การออกแบบ 3 สมรรถนะ การพัฒนา 2 สมรรถนะ การดำเนินการ 7 สมรรถนะ และ การประเมินผล 7 สมรรถนะ รวมเป็น 22 สมรรถนะ วิทยาลัยพยาบาลอาจพิจารณาองค์ประกอบและสมรรถนะดังกล่าว เพื่อวางแผนและพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ รวมถึงพัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมสำหรับอาจารย์พยาบาลที่เหมาะสม

3. วิทยาลัยพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลผลการวิจัยลำดับสมรรถนะที่มีดัชนีความต้องการจำเป็นมากไปน้อย จัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลให้เหมาะสมกับทรัพยากร เวลา เงินทุนของแต่ละสถาบัน อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาเพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาตนเอง ค้นหาสมรรถนะที่ตนเองยังขาด และวางแผนการพัฒนาสมรรถนะของตนเองอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลที่มีอัตลักษณ์คล้ายกัน เช่นในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เพื่อสามารถนำไปพัฒนาอาจารย์พยาบาลในวงกว้างขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์เพื่อสามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ

2. ศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลตำรวจ เพื่อนำไปพัฒนาจัดทำหลักสูตรในการเสริมสร้างสมรรถนะอาจารย์พยาบาลตำรวจที่ประสบการณ์การเป็นอาจารย์ยังน้อยหรืออาจารย์พยาบาลที่ต้องการเพิ่มสมรรถนะ โดยเฉพาะสมรรถนะที่มีดัชนีความต้องการจำเป็นสูง เช่น สมรรถนะด้านการผลิตสื่อและใช้สื่อออนไลน์เพื่อการศึกษาเรียนรู้ที่มีลิขสิทธิ์ถูกต้อง หรือสมรรถนะด้านการออกแบบการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรมเพื่อตอนสนองต่อความต้องการของผู้เรียน

3. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์ การศึกษา เพศ หรือ ปัจจัยด้านองค์กร เช่น วัฒนธรรมองค์กร นโยบาย การสนับสนุนทรัพยากรทางการศึกษา เป็นต้น

References

1. Jones P. The Aging Society: Opportunities and Business Challenges. Business Administration and Management Journal Review.2018; 10(1), 1–6. (In Thai)
2. GBD 2021 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024;403(10440):1989-2056.
3. Pongtriang P, Soontorn T, Sumleepun J, & Chuson N. Emergency Scenario-Based Training Curriculum Development: Enhancement of Caregivers for the Elderly' Emergency Assistance Competency in a Rural Thai Community. SAGE Open Nursing. 2024 ;20(1):1-14.
4. Utaisang A, Cheumnok W, Pomsakha Na Sakongnakhon N, Junsevg K, & Dumrongpakapakorn P. Bedridden Patients Care through Family Caregiving and Community-Based Model in New Normal. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 415-23 (In Thai)
5. Jaramillo Arias M, Kulkarni N, Le A, Holder CL, Unlu I, & Fu ES. Climate Change, Emerging Vector-Borne Illnesses, and Anesthetic Considerations. Cureus. 2024;16(4):1-7.
6. Álvarez-Nieto C, Richardson J, Parra-Anguita G, Linares-Abad M, Huss N, Grande-Gascón M, et al. Developing digital educational materials for nursing and sustainability: The results of an observational study. Nurse Education Today. 2018; 60(1):139-46.
7. Turner K, Sitanon T, Charoensuk S, Maneesakorn S, & Sawaengdee K. Nurse Competencies and associated factors in the context of nursing education institutions in Thailand. Journal of Nursing Division 2019; 46(3): 2-19.
8. Salminen L, Tuukkanen M, Clever K, Fuster P, Kelly M, Kielé V, et al. The competence of nurse educators and graduating nurse students. Nurse Education Today. 2021; 98(1): 1-6.
9. Committee of The Thailand Nursing and Midwifery Council. Proceeding of 2/2022. The Thailand Nursing and Midwifery Council, Nonthaburi. 2022. (In Thai)
10. Preechakoon B, Molek R, Chuwongin D, Gongmuang P, & Sombutboon M. Nursing in Data Technology Era. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2021; 3(1): 19-39. (In Thai)
11. Kulnitichai W, Aree P, & Sritoomma N. Innovation and Nursing Managers in Disruptive Technology Era. Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021; 8(2): 110-21. (In Thai)
12. Buachu T, Phutiariyawat J, & Wichitputchraporn W. Exploratory factor analysis: a Component of Competency for Improving Competitiveness in the 21st Century of the Rajabhat University's Nursing Instructors. Journal of The Police Nurses. 2021; 13(1): 123-35. (In Thai)
13. Ye J, Tao W, Yang L, Xu Y, Zhou N, & Wang J. Developing core competencies for clinical nurse educators: An e-Delphi-study. Nurse Education Today. 2022; 109(1): 1-9.
14. Yancey NR. Disrupting Rhythms: Nurse Education and a Pandemic. Nursing Science Quarterly. 2020; 33(4): 299-302.

15. Satoh M, Fujimura A, & Sato N. Competency of Academic Nurse Educators. SAGE Open Nursing. 2020; 6(1): 1-11.
16. World Health Organization. Nurse educator core competencies. Geneva: World Health Organization; 2016.
17. Srichai T, Kulophas D, & Siribanpitak P. The Competency of royal Thai army commissioned officers in the 21st century. Journal of the Association of Researchers. 2020; 25(1): 46-60. (In Thai)
18. Thummachote R. Competency of Military Personnel at Operational Level. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2018; 11(2): 414-28. (In Thai)
19. Buddhawan N, & Yamnill S. Professional Competency Development Model to Enhance the Royal Thai Air Force's Air Power. International Journal of Innovation, Creativity and Change. 2020; 14(5): 969–88. (In Thai)
20. Wongwanich S. Research on needs assessment. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (In Thai)
21. Likert R. The Method of Constructing an Attitude Scale: A Sourcebook for Behavioral Scientists. Oxfordshire: Routledge; 2017.
22. Artiwitchayanon A, Srisopa P, & Wacharasin C. Factors Predicting Nursing Students' Learning Outcomes Through Online Learning during COVID-19 Pandemic. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022; 42(2): 85-97. (In Thai)
23. Prarom S, Kamsorn S, & Sermsu S. A Development of the Learning Model Based on Constructionism to Develop Creative and Innovative Skills for Bachelor's Student of Nursing Program, Rajabhat University. Journal of Saeng KhomKham Buddhist Studies. 2023; 8(1): 16-33. (In Thai)
24. Aneakwit N, Wiboonchai N, Numsaeng P, Kraichan S, & Bunmat N. Development of the Instructional Competency of Nurse Instructors. Mahasarakham Hospital Journal. 2019; 15(1): 41–52. (In Thai)
25. Sangwichitr C, Kuankaew W, Meesiri P, Chatmontree J, Wiwoot P, & Renuros C. Development of Individual Development Plan to enhance learning skills in the 21st century among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. Journal of Health Sciences Scholarship. 2023; 10(1): 270-283. (In Thai)

การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Participation of Medical Personnel in the Quality of Infection Prevention and Control System of Health Promoting Hospital, Health Service Network in Phrasaeng District, Surat Thani Province

แสงเดือน นิยมจิตร์ อรอุมา บุญกาญจน์*
Seangduan Niyomjit Onuma Bunkarn*
โรงพยาบาลพระแสง สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84210
Phrasaeng Hospital, Surat Thani Province, Thailand 84210

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัพโฮฟฟ์ การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) Planning 2) Acting 3) Observing และ 4) Reflection กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 52 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ประกอบด้วย การวางแผน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรค การให้ความรู้ และประเมินผลการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามการจัดการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้งฉบับใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient reliability) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Descriptive และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้น (M = 2.02, SD = .15; M = 4.01, SD = .54) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น คือ จาก 5 แห่ง (ร้อยละ 38.5) เป็น 11 แห่ง (ร้อยละ 84.6) ดังนั้น การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม รวมทั้งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ มีการกระตุ้น กำกับ ติดตาม การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากการรับบริการทางการแพทย์

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, คุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, บุคลากรทางการแพทย์

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

วันที่รับ (received) 4 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.ค. 2566

Abstract

This action research aimed to develop the quality of infection prevention and control work of sub-district health promotion hospitals, Phrasaeng District Health Service Network, Surat Thani Province. By applying Cohen and Uphoff's contribution theory. The research was divided into 4 steps: 1) Planning 2) Acting 3) Observing and 4) Reflection. The sample group was the director of the sub-district health promotion hospitals and worker of 52 practitioners; selected specifically according to the specified qualification criteria. Using period of 16 weeks and consists of planning, exchange knowledge of problems and obstacles, educating, and evaluate the performance. The tools used include the personnel participatory management questionnaire was the reliability of the entire questionnaire using the Cronbach alpha coefficient reliability formula confidence value of 0.90 and assessment form of a starred sub-district health promoting hospital. Data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that the mean score of the participatory management of the sample before and after participatory management (M = 2.02, SD = .15; M = 4.01, SD = .54) was higher than the scores before the intervention. There was a statistically significant difference ($p < .001$) and there were 11 hospitals that passed the standard criteria of star health hospitals, increasing from 5 (38.5%) to 11 (84.6%). Therefore, the involvement of medical personnel in the operation will change the personnel's behavior. Including the implementation of infection prevention and control in sub-district health promotion hospitals through standard quality criteria.

Recommendations: There is continuous encouragement, supervision, and monitoring of infection prevention and control in sub-district health promotion hospitals, so that the service recipient is safe from receiving medical services.

Keywords: Participation, Quality of infection prevention and control, Medical Personnel

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital associated infection [HAI]) เป็นการติดเชื้อซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล[1] เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เป็นคนที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการติดเชื้อต่าง ๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่าง ๆ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้[2] ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดมีการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี เมื่อเทียบสัดส่วนพบว่า มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ทุกๆ 3 นาที และเสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งเห็นได้ว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อและการเสียชีวิตยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูง[3]

การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการทางด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีให้การบริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายให้อาหารทางจมูก การให้ออกซิเจน ซึ่งล้วนต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ เป็นปัญหาที่เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นทุกปี4 ทั้งด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อจากการทำหัตถการของบุคลากรไม่ว่าจะเป็นปอดติดเชื้อ แผลมีการติดเชื้อ ล้วนเกิดจากการขาดความรู้และความระมัดระวังในการป้องกันการติดเชื้อ[5] ด้านจิตใจผู้ป่วยมักมีความเครียด วิตกกังวลหรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดระแวงไม่สามารถปรับตัวได้ ควรมีการ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นทุกปีทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการรักษาตัว เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาพักรักษาเพิ่มขึ้น[6]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการใช้คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการ ปัจจัยด้านทัศนคติ เมื่อบุคลากรมีทัศนคติที่ดีมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถป้องกันความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายจากการติดเชื้อในสถานพยาบาล[7] ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่เกิดการติดเชื้อ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลในการขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติงาน ทำให้อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น[8] ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการและสนับสนุนการจัดการแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

การป้องกันโรคติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญของสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พยาบาลงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรค เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย[9] ดังนั้น การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน กำหนดบทบาทหน้าที่การทำงาน กำหนดเป้าหมาย ร่วมกันวางแผนในระดับอำเภอพระแสง วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงาน ทบทวนสาเหตุและร่วมกันพัฒนาแนวทางแก้ไข จำนวน 7 ประเด็น ได้แก่ 1) วิเคราะห์องค์กร 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) การสื่อสารองค์กร 4) เรียนรู้ร่วมกัน 5) สรุปผลคืนข้อมูล 6) นำผลการปฏิบัติงานที่ได้พัฒนาต่อเนื่องสอดคล้องกับหลักบริหารองค์กร และ 7) การพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)[10] ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564 ประกอบด้วย การออกแบบระบบและการจัด การทรัพยากร การเฝ้าระวังการติดเชื้อของผู้ป่วย การจัดการมูลฝอยทุกชนิดและมูลฝอยติดเชื้อ[11] เล็งเห็นถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เน้นการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัพโฮฟฟ์[12] ประกอบด้วย 1) การตัดสินใจในการวางแผน (Planning) 2) การดำเนินงาน (Active) 3) การรับผลประโยชน์ (Observing) และ 4) การประเมินผล (Reflection) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสร้างความมุ่งมั่นการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน การสนับสนุนทรัพยากร การประสานงาน และการมีส่วนร่วมในสังคมเป็นบทบาทสำคัญในการแก้ไขการดำเนินงาน[13]

การจัดการแบบมีส่วนร่วมเป็นการบริหารงานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากคุณภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นก็จากบุคลากรทางการแพทย์ภายในองค์การร่วมกันทำงานให้บรรลุตามเป้าหมาย บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมในการทำงาน การจัดการแบบมีส่วนร่วมจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความชำนาญ ความคิดสร้างสรรค์ เกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติที่ดี ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

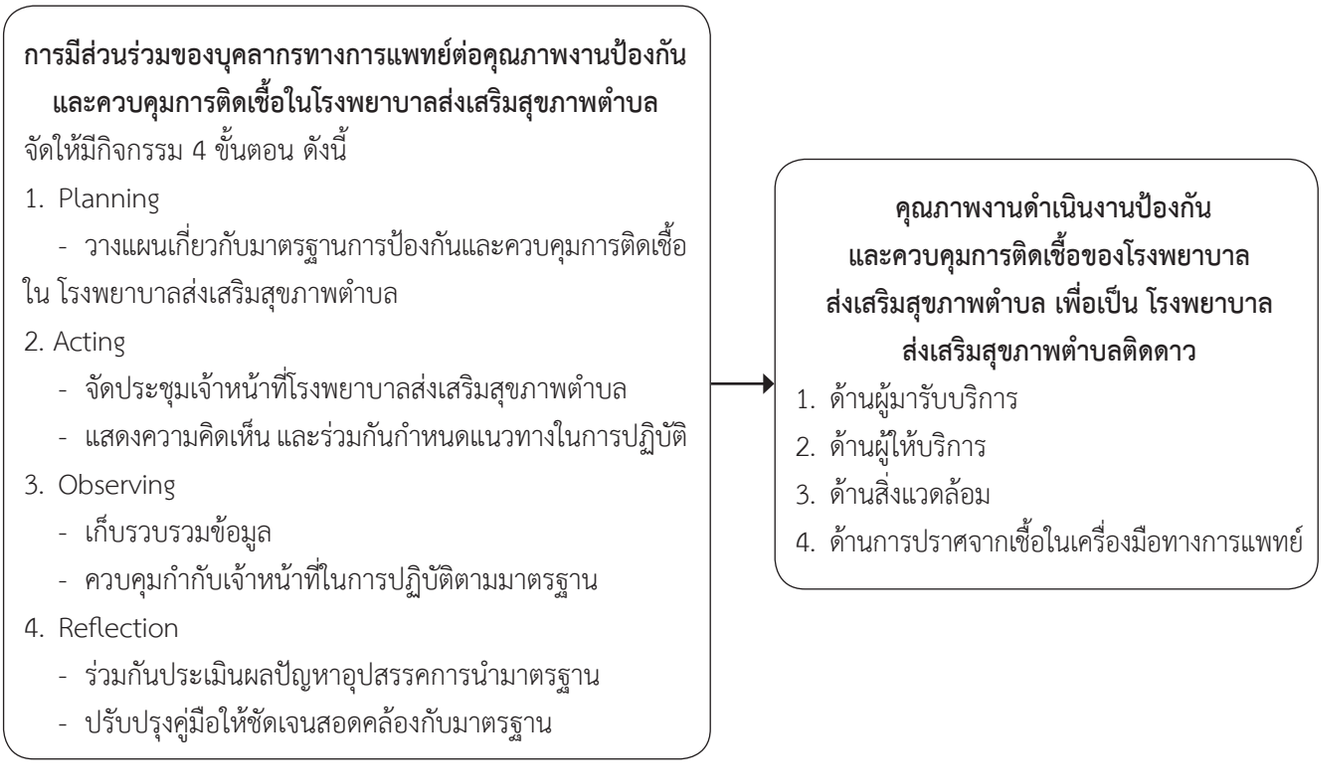
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและเปรียบเทียบคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม[12] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การตัดสินใจ

ในการวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดความต้องการการจัดลำดับปัญหาสำคัญและนโยบาย 2) การดำเนินงาน (Active) เป็นการคำนึงถึงประโยชน์ของบุคคลในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ 3) การรับผลประโยชน์ (Observing) คำนึงถึงความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและคุณภาพ และ 4) การประเมินผล (Reflection) เป็นการแสดงความคิดเห็น (Views) ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรต่อการจัดการแบบมีส่วนร่วมในคุณภาพงานป้องกันและติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านผู้มารับบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านการปราศจากเชื้อในเครื่องมือทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบ ตามแนวคิดของโคเฮนและอัพโฮฟฟ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและเปรียบเทียบคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดำเนินการช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 ตามขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) Planning 2) Active 3) Observing และ 4) Reflection

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 104 คน[14]

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 4 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ (ICWN) นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข และแม่บ้าน จำนวน 52 คน ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จำนวน 13 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) สามารถอ่านหนังสือออก และเขียนได้ 2) สามารถสื่อสารเข้าใจได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลา 16 สัปดาห์ 2) กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในงานวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. มีทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการแบบมีส่วนร่วม[15] ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มีจำนวน 20 ข้อ โดยมีการประเมิน 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) 2) การดำเนินงาน (Acting) 3) การรับผลประโยชน์ (Observing) และ 4) การประเมินผล (Reflection)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มี 4 หมวด จำนวน 17 ข้อ โดยแบบประเมินมีทั้งการตรวจสอบข้อมูล การสัมภาษณ์และการปฏิบัติ เพื่อประเมินทั้งความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

2) เครื่องมือที่ใช้การดำเนินงานกิจกรรมโครงการ ได้แก่

คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อ การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment) แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด การทำแผล เจาะคอ และผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการจัดการแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient reliability) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ STPHO2022-088 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 16 สัปดาห์ มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) Planning เป็นการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษามาตรฐาน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการจัดการแบบมีส่วนร่วมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

ขั้นตอนที่ 2) Active เน้นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดประชุมบุคลากรทางการแพทย์ทบทวนความรู้ สร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาอุปสรรค และเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

2. ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตามมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ประกาศใช้แนวทางปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 3) Observing เป็นการมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล รับฟังความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดในคู่มือ

2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุม

การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ควบคุมกำกับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดในคู่มือ

3. ทีมคณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลพระแสง ประเมินมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว)

ขั้นตอนที่ 4) Reflection การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

1. มีการจัดประชุมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อร่วมกันประเมินผล การปฏิบัติงาน เสนอแนะปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงาน

2. ปรับปรุงคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทำแบบประเมินการจัดการแบบมีส่วนร่วมหลังเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เกณฑ์คุณภาพของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้การจัด การแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 52)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	7.7
หญิง	48	92.3
อายุ		
20 - 29 ปี	17	32.7
30 - 39 ปี	17	32.7
40 - 49 ปี	11	21.2
50 - 59 ปี	7	13.4
ศาสนา		
พุทธ	52	100
การศึกษา		
ประถมศึกษา	1	1.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	8	15.4
อนุปริญญา/ปวส.	6	11.5
ปริญญาตรี	37	71.2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 52) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	13	25
พยาบาลวิชาชีพ	13	25
นักวิชาการสาธารณสุข	9	17.3
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	4	7.7
แม่บ้าน	13	25
ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
0 - 5 ปี	23	44.2
6 - 10 ปี	19	36.5
11 - 15 ปี	8	15.4
16 - 20 ปี	2	3.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 มีช่วงอายุ 20 - 29 ปี และช่วงอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 32.7 เท่ากัน นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.2 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานโดยถั่วเฉลี่ยเท่า ๆ กัน เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพและแม่บ้าน ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลา 0 - 5 ปี ร้อยละ 44.2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดการมีส่วนร่วมต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 52)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการจัดการ		หลังการจัดการ		Mean difference	Df	t	p-value
	M	SD	M	SD				
การตัดสินใจ	2.17	.35	3.91	.58	1.75	51	16.70	.000
การปฏิบัติการ	2.02	.28	3.99	.62	1.97	51	20.67	.000
การรับผลประโยชน์	2.00	.31	4.18	.55	2.18	51	28.63	.000
การประเมินผล	1.88	.30	3.97	.66	2.08	51	20.57	.000
การมีส่วนร่วมโดยรวม	2.02	.15	4.01	.54	1.99	51	24.98	.000

***p < .001

พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M = 2.02, SD = .15) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ ทั้ง 4 ด้าน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ก่อนและหลังการจัดการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 13)

เกณฑ์มาตรฐาน	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนการจัดการ	หลังการจัดการ
ผ่านเกณฑ์	5 (38.5)	11 (84.6)
ไม่ผ่านเกณฑ์	8 (61.5)	2 (15.4)

พบว่าเปรียบเทียบอัตราของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า หลังการจัดการแบบมีส่วนร่วมของบุคลากร มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 84.6) และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 15.4) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการจัดการมีส่วนร่วมของบุคลากร พบว่า หลังการจัดการแบบมีส่วนร่วม จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการจัดการมีส่วนร่วม จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 38.5) เพิ่มเป็น 11 แห่ง (ร้อยละ 84.6) ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่าการศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคุณภาพงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการจัดการแบบมีส่วนร่วมคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยใช้กระบวนการตัดสินใจในการกำหนดความต้องการและการจัดลำดับสำคัญ เป็นการเน้นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนรู้เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร การติดตามและประเมินผล เพื่อส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย[16] อย่างไรก็ตามการศึกษา[17] พบว่า การเน้นผู้บริหารมีส่วนร่วมในการวางแผนกระบวนการทำงานร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในการทำงานเป็นทีม การสนับสนุนทรัพยากร การประสานงานและขอความช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษา[18] พบว่า การดำเนินการที่มีส่วนร่วมของทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนในการตัดสินใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นการให้ความสำคัญกับสมาชิก ล้วนก่อให้เกิดความร่วมแรงร่วมใจที่ทำให้งานประสบความสำเร็จได้ ส่วนการศึกษา[19] การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้เป็นอย่างดี ล้วนเกิดจากการปฏิบัติตนตามแนวทางของบุคลากรทางการแพทย์ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์เล็งเห็นถึงความสำคัญของผลประโยชน์ต่อบุคคลและสังคม เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด

ส่วนคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม และมีความแตกต่างจากก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) ด้านผู้มารับบริการ ควรเน้นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อการคัดแยกผู้ป่วย และการติดตามอาการของผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เป็นบทบาทในการพัฒนาระบบบริการที่เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ[20] ด้านผู้ให้บริการ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การป้องกันโรค การสร้างความร่วมมือและการเป็นผู้เรียนรู้ร่วมกันผู้ปฏิบัติก็ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง[21] ด้านสิ่งแวดล้อม มีการเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการจัดแบ่งพื้นที่ การปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาและการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนตัวและอุปกรณ์การแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา[22] การรับเครื่องมือปนเปื้อน การล้างทำความสะอาด การบรรจุหีบห่อ และการนำเครื่องมือไปทำให้ปราศจากเชื้อเน้นด้านคุณภาพส่งผลให้ลดการแพร่เชื้อของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการพัฒนาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสามารถนำ การจัดการแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบทได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) มีการศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนางานด้านการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการพัฒนางานคุณภาพและเกิดความตระหนักในการปฏิบัติงาน

2) ควรศึกษาบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อของผู้ป่วยทุกช่วงวัยเกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

References

1. Unahalekhaka A. Surveillance and outbreak investigation of nosocomial infections. Chiang Mai: Ming Mueang; 2011. (in Thai)
2. Fennelly PK. Particle sizes of infectious aerosols: implications for infection control. The Lancet Respiratory Medicine. 2020; 8(9): 914–24.
3. Ministry of Public Health. Inspection Guideline 2018. 2nd ed. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
4. Lowe H, Woodd S, Lange LI, Janjanin S, Barnet J, & Graham W. Challenges and opportunities for infection prevention and control in hospitals in conflict-affected settings: a qualitative study. Conflict and Health 2021; 15(1): 1-10.
5. Suwannobol N, Tapin J, & Aanansawat S. A studyof the infection situation, preventive actions and infection control in hospitals, Northeastern Region. Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima 2018; 24(2): 78-95. (in Thai)
6. Wongcharoen N, Ratchatathanarat T, Srirattayawong T, & Ratanasuwan W. Effect of the development of COVID-19 patients cares system of inpatient department: case study, Pong Hospital, Phayao Province. Journal of the royal thai army nurses. 2022; 23(3): 438-46. (in Thai)
7. Chinsiraprapa K. Effective of infection prevention and control in Sub-District Health Promotion Hospital, Sriboonruang District, Nongbualamphu Province. Udonthani Hospital Medical Journal 2021; 29(3): 379-90. (in Thai)
8. Giraldi G, Montesano M, Sandorfi F, Iachini M, & Orsi G B. Excess length of hospital stay due to healthcare acquired infections: methodologies evaluation. National library of medicine. 2019; 31(5): 507-16.
9. Intolo S, Sihaboonnak T, & Saisangjan N. Infection Control Nurse' Roles in infection prevention and control for COVID-19 within healthcare setting. Journal of Nursing and Health Care 2021; 39(1): 14-21. (in Thai)
10. Paitoon P. Success factor driving the operation of 5 stars All Health Promoting Hospital in Maung Phayao District, Phayao Province. Academic Journal of Community Public Health 2020; 6(2): 168-77. (in Thai)
11. Ministry of Public Health. Guidelines for the development of star-starred sub-district health prompting hospitals (Starred State Hospital) year 2021. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
12. Cohen JM, & Uphoff NT. Rural development participation: concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press. 1980.
13. Lub V. Theory, social work methods and participation. Journal of Social Work 2019; 19(1): 3-19.
14. Health Service Network in Phrasaeng District. Strategic plan health service network in Phrasaeng District year 2022. Surat Thani: Phrasaeng Hospital; 2022. (in Thai)

15. Panswan J, Kosanpipat S, & Srisurak C. The development of participation model of the educational committee in accordance with the administration and management of child centre under the Chiangmai municipality office. Lampung Rajabhat University Journal 2019; 8(2): 2-17. (in Thai)
16. Patpayon S, Lueangubon J, & Wanprapan B. The development local network model of the local health security fundat Esanket Subdistrict Admistrative Organization, Chalermprakieat District, Buriram Province. Rajabhat Rambhai Barni Research Journal 2017; 10(4): 36-44. (in Thai)
17. Kosol S, Chukumnerd P, & Thongsuk P. Development of a management model in keeping leukemia patients under surveillance of septicemia in Suratthani Hospital. Journal of Southern Technology 2021; 14(1): 97-111. (in Thai)
18. Wonhsuwan N, & Siriwan I. The participative management. Mahachula Academic Journal 2018; 4(1): 176-87. (in Thai)
19. Agreli FH, Murphy M, Creedon S, Bhuachalla CN, O'Brien D, Gould D, et al. Patient involvement in the implementation of infection prevention and control guidelines and associated interventions: a scoping review. BMJ Open. 2019; 9(3): e025824.
20. Khongsaman P, & Jinda J. The development of clinical nursing practice guideline for the patient under investigation and/or infected with Coronavirus 2019 (COVID -19) in emergency department. Journal of the royal thai army nurses. 2022; 23(1): 159-68. (in Thai)
21. Ngoenthong P, Sangsawang J, Jongaramraung J, Somboon L, & Tongswas T. Prevention of zika virus infection among pregnant women: an integrative review on nurses' role and knowledge. The Southern college network journal of nursing and public health. 2021; 8(1): 1-10. (in Thai)
22. Nakonchai T, & Sararat C. The development of central sterile service for cancer patients in Udon Thani Cancer Hospital by private sector outsources. Nursing, health, and education journal. 2018; 1(3): 26-34. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี

Effects of a Self-Management Program for Stroke Prevention among At-risk Working Age Patients in Saraburi Province

อรนลิน ไทยเจริญ[1] นภาเพ็ญ จันทขัมมา*[2] วันเพ็ญ แววว่องคุปต์[3]

Onnalin Thaicharoen[1] Napaphen Jantacumma*[2] Wanpen Waelveerakup[3]

[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

[1]Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner School of Nursing Sukhothai Thammathirat Oper University, Nonthaburi, Thailand, 11120

[2]สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

[2]School of Nursing sukhothai Thammathirat Oper University, Nonthaburi, Thailand, 11120

[3]คณะพยาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000

[3]Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand, 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเข้า 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เท่ากับ 0.97 ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ทดสอบวิลคอกซอลซายน์แรงค์ และสถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน, โรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน , การจัดการตนเอง

Corresponding Author: napaphen.jan@stou.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ก.พ. 2567วันที่ตอบรับ (accept) 22 ก.พ. 2567

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-management program for stroke prevention among at-risk working age patients in Saraburi province.

The study population was working age people who were at risk of having a stroke. The sample population was chosen by sample ramdom sampling according to the inclusion criteria and divided into 2 groups of equal size - the experimental and comparison groups. ,each comprising 25 working age people. Two tools were used in this research 1) a self-management program for stroke prevention that was developed based on the self-management form of Creer and used for 8 weeks of training; and 2) a questionnaire on stroke prevention self-management behavior. The content validity of the tool was verified by 5 experts and came out to; CVI 0.97. The Cronbach's alpha coefficient of the self-management program for stroke prevention was .94. Data were analyzed by descriptive statistics, the Wilcoxon match pairs signed rank test, and the Mann-Whitney U test.

The results after the experimental were as follows: 1) after the self-management program for stroke prevention, the stroke prevention behavior and blood pressure of people in the experimental group were better than before participating in the program to a statistically significant degree at the level .05. 2) The self-management for stroke prevention behavior and blood pressure of the experimental group were significantly better than those of the comparison group at the level .05.

Keyword: Working patient people at risk, Stroke and prevention, Self-management

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจใน พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วย รายใหม่ 12.2 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยใน พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 คนต่อประชากรแสนคน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ [1] เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 16.05 จังหวัดสระบุรี มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอันดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดสระบุรี พบว่าอำเภอบ้านหมอ อำเภอวังม่วง และอำเภอวิหารแดง มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดในจังหวัดสระบุรี เท่ากับร้อยละ 10, 9.09 และ 4.08 ตามลำดับ อำเภอวังม่วง และอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เป็นเขตพื้นที่ ที่มีการขยายการทำอุตสาหกรรม ต่างๆ และเกษตรกรรมส่งผลทำให้มีประชากรวัยทำงานเข้ามาอยู่ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2560-2564 ของโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม มีจำนวน 76, 81, 75, 81 และ 80 รายตามลำดับ โรงพยาบาลวิหารแดงมีจำนวน 104, 133, 90, 121, 112 และ 123 และจากการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้สำรวจข้อมูลจากเวชระเบียนสถิติ พบผู้ป่วยวัยทำงานที่มีโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ในช่วงอายุ 15-59 ปี ใน พ.ศ. 2560-2564 พบว่าโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรมมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนร้อยละ 37.58, 36.58, 37.21, 35.75 และ 37.94 ผู้ป่วยโรงพยาบาลวิหารแดงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนร้อยละ 58.75, 59.65, 61.30, 46.59 และ 59.30 ตามลำดับ[2]

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค

ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าโรคเรื้อรังอื่น เพราะมีความเสื่อมของหลอดเลือดมากขึ้น[3] และยังพบว่าประชาชนจำนวนมากที่ยังไม่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงขาดความตระหนักไม่สนใจควบคุมระดับความดันโลหิตปล่อยให้มีระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน[4] มีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม[5] โดยจะพบว่าวิธีต่าง ๆ ให้ผลดีแตกต่างกันไป แต่ยังไม่พบการศึกษาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดของวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง ซึ่งวัยแรงงานนี้เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ วัยแรงงานนี้จึงเป็นวัยที่มีศักยภาพในการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเอง

การจัดการตนเอง คือ การที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับสุขภาพ อาการ การรักษา สภาวะที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านจิตสังคม จิตวิญญาณของตนเอง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตนเองให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน หากวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงนี้มีการจัดการตนเองที่ไม่ดีพอจะยิ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากขึ้นโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองซึ่งทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตตามมา จัดการตนเองมีหลายแนวคิด แต่ละแนวคิดคิดมีกระบวนการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์เป็นแนวคิดที่มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน ซึ่งเมื่อนำไปประยุกต์ใช้มีขั้นตอนการดำเนินงานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลากหลายปัจจัย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ แต่ยังไม่พบการศึกษาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดของวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี โดยการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต และหากรอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมได้ ทั้งนี้หากเกิดในวัยทำงานซึ่งเป็นเสาหลักของครอบครัวจะยิ่งทวีความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง โดยส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

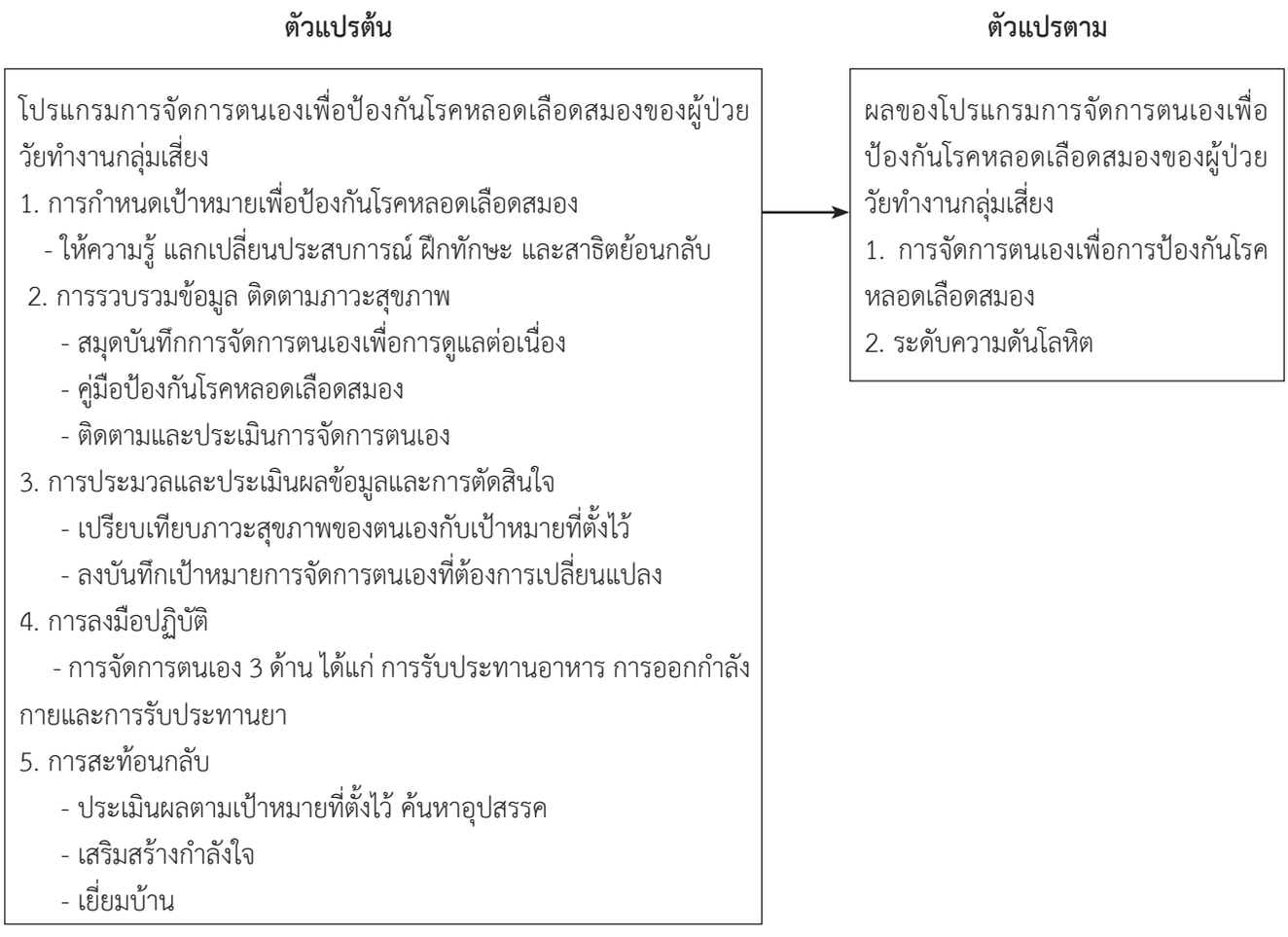
สมมติฐาน

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนทดลองและมีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสระบุรี

ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคลียร์[6] ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยุบขั้นตอนจาก 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอนโดยยุบขั้นตอนที่ 3 และ 4 มารวมกันเนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องกันประกอบด้วย ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายโดยให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะ และปฏิบัติย้อนกลับ 2) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานสำคัญ โดยให้สมุดบันทึกการจัดการตนเอง และคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) การประมวลและประเมินข้อมูลและการตัดสินใจ โดยให้เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้และลงบันทึกเป้าหมายการจัดการตนเองที่ต้องการเปลี่ยนแปลง 4) ลงมือปฏิบัติ โดยให้ลงมือจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา และ 5) การสะท้อนตนเอง โดยประเมินผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ค้นหาอุปสรรค เสริมสร้างกำลังใจ และเยี่ยมบ้าน



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 30-59 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ที่เข้ารับการรักษาอำเภอวังม่วง จำนวน 2,794 คน และอำเภอวิหารแดง จำนวน 2,907 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ หญิงหรือชายที่อายุระหว่าง 30-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปี สามารถสื่อสารโดยการ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น โรคเข่าเสื่อม โรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท โรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ขอสละสิทธิ์ออกระหว่างการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไม่ครบทุกกิจกรรม และกลุ่มตัวอย่างเจ็บ

ป่วยกะทันหันด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม จำนวน 50 คน จากนั้นจึงสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวิหารแดง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เท่ากัน ๆ และโดยใช้วิธีจับคู่ตัวแปรสำคัญ (matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงในด้าน อายุ เพศ และระดับความดันโลหิต ดังนี้ 1) อายุ กำหนดให้อายุของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้ความแตกต่างไม่เกิน 5 ปี 2) เพศ กำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนเพศเท่า ๆ กัน 3) ระดับความดันโลหิตกำหนดให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้มีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตมีค่าแตกต่างไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง[6] ผู้วิจัยได้ยุบขั้นตอนจาก 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอนโดยยุบขั้นตอนที่ 3 และ 4 มารวมกันเนื่องจากเป็นขั้นตอนที่มีความต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินผลและการตัดสินใจ 4) การลงมือปฏิบัติ และ 5) การสะท้อนการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลทางคลินิก (ผู้วิจัยกรอกข้อมูลด้วยตนเอง) ประกอบด้วย ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสู. ยาที่รับประทาน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าความดันโลหิต รวมคำถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 11, 12, 15, 17, 19 และ 20 เป็นพฤติกรรมด้านบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 1, 2 , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 16 และ 18 ด้านการออกกำลังกายกาย จำนวน 7 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านบวกทุกข้อ และด้านการรับประทานยา 11 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 34, 35 และ 37 และเป็นพฤติกรรมด้านบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36 และ 38 รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีจำนวน 9 กิจกรรมโดยจัดกิจกรรมกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลวิหารแดง จำนวน 2 กิจกรรม

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒ 5 คน ได้ค่าความตรง (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี และนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากการทดลองมาใช้วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง แบบสอบถามการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s coefficient) ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .94 และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ .90 ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ .93 และด้านการรับประทานยาเท่ากับ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้องโดยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เพื่อเอกสารรับรองรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ EC 004/2566 วันที่ 16 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยทำการติดต่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ได้แก่ การทดสอบค่าวิลคอกซัน (the Wilcoxon match Pairs Signed Ranks Test) และการทดสอบค่าแมนวิทนีย์ (the Mann-Whitney U Test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งไม่ปกติของตัวแปรก่อนการทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ84 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 72 และร้อยละ 52 ตามลำดับ มีการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 68 และร้อยละ 96 ตามลำดับ ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้างทั่วไปและพ่อหรือแม่บ้าน ร้อยละ 92 และร้อยละ 96 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 10,001 บาท เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 และร้อยละ 100 ตามลำดับ มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 80 และร้อยละ 72 ตามลำดับ มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 44 และร้อยละ 36 ตามลำดับ มีระยะการเจ็บป่วยของโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 6.72 ปี และ 6.32 ปี ตามลำดับ และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5-6 ปี ร้อยละ 76 และร้อยละ 64 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ร้อยละ 80 และส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีมวลกาย 18.51-22.99 และมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ร้อยละ 44 เท่า ๆ กันค่าเฉลี่ยรอบเอวใกล้เคียงกัน 91.56 เซนติเมตร และ 86.92 เซนติเมตร ตามลำดับ เพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 72 และร้อยละ 52 ตามลำดับ เพศชายรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 12 และร้อยละ 8 ตามลำดับ ความดันโลหิตเฉลี่ยซิสโตลิกใกล้เคียงกัน 152.40 มิลลิเมตรปรอท และ 148.68 มิลลิเมตร ตามลำดับ และมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยไดแอสโตลิกใกล้เคียงกัน 95.64 มิลลิเมตรปรอท และ 92.52 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบค่าวิลคอลซัน (The Wilcoxon match pairs signed rank test)

การจัดการตนเอง (n = 25)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	48	8.55	ปานกลาง	73	5.49	สูง	-4.374[b]	.000*
ด้านการออกกำลังกาย	20	5.00	ปานกลาง	26	2.96	สูง	-3.222[b]	.001*
ด้านการรับประทานยา	28	7.38	ปานกลาง	54	2.90	สูง	-4.376[b]	.000*
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	96	14.66	ปานกลาง	151	6.23	สูง	-4.373[b]	.000*

* $P < .05$

ตารางที่ 1 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าวิลคอลซัน (The Wilcoxon match pairs signed rank test)

ระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลอง (n = 25)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
ค่ามัธยฐานความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	155	10.26	129	4.58	-4.375[b]	.000*
ค่ามัธยฐานความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	96	7.52	80	6.62	-4.187[b]	.000*

* $P < .05$

ตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีระดับความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าแมนวิทนีย์ (The Mann-Whitney U Test)

การจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			U	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	73	5.49	สูง	52	4.49	ปานกลาง	-6.071	.000*
ด้านการออกกำลังกาย	26	2.96	สูง	18	4.14	ปานกลาง	-4.653	.000*
ด้านการรับประทานยา	54	2.90	สูง	32	7.17	ปานกลาง	-5.994	.000*
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	151	6.231	สูง	102	11.90	ปานกลาง	-6.068	.000*

* $P < .05$

ตารางที่ 3 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าแมนวิทนีย์ (The Mann-Whitney U Test)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)		U	p
	M	SD	M	SD		
ค่ามัธยฐานความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	129	4.58	148	7.52	5.958	.000*
ค่ามัธยฐานความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	80	6.62	90	6.13	-5.099	.000*

* $P < .05$

ตารางที่ 4 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมมี 5 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีการตั้งเป้าหมายระดับความดันโลหิตของตนเอง ส่งผลให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถ monitor พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยมอบคู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกการจัดการตนเอง สอนวิธีการเฝ้าระวัง (self-monitoring) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มทดลองเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพกับเกณฑ์ที่กำหนดวิเคราะห์สาเหตุการเจ็บป่วย นำไปสู่การตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติ โดยมีการ monitor พฤติกรรมตนเองแล้วจดบันทึกลงในสมุดการการจัดการตนเองและขั้นตอนที่ 5 โดยอสม. จะวัดความดันโลหิตประจำสัปดาห์ที่ 2 และผู้วิจัยกระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์สอบถามและให้คำปรึกษารายบุคคลในสัปดาห์ที่ 2 และในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 ผู้ร่วมวิจัย หรือ อสม. จะวัดความดันโลหิตประจำสัปดาห์หากพบว่า ระดับความดันโลหิตไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมนี้ทำให้มีการกระตุ้นเตือนผู้เข้าร่วมทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความตระหนักและตื่นตัวเสมอ และการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลช่วยให้ค้นหาสาเหตุการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความกล้าเปิดเผยพฤติกรรม และในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กิจกรรมนี้ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองนี้มีความเข้มข้นมาก เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ควรมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ 4 และ 6 เนื่องจากมีการพบปะกันบ่อยเกินไปทำให้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง อาจใช้แอปพลิเคชั่นมาร่วมใช้ในการติดตามหรือพบปะกัน ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่ามีผลการทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของ[7,8,9] พบว่าได้มีการจัดกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการส่งเสริม การจัดการตนเองของพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบผลการศึกษาคล้ายคลึงกันคือหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้[10]

2. ความดันโลหิตของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีระดับต่ำก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกิจกรรมที่ได้รับที่มีการ monitor ระดับความดันโลหิตทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ระดับความดันโลหิตตนเอง และสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพยั่งยืนและต่อเนื่อง และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบคือดัชนีมวลกาย โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ร้อยละ 80 ซึ่งการมีรูปร่างที่อ้วน ส่งผลต่อภาพลักษณ์ภาพนอก อาจกระตุ้นให้เกิดความใส่ใจเนื่องจากดัชนีมวลกายที่มากเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[4] ซึ่งอาจทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีความตระหนักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นผลการวิจัยสอดกับการศึกษาของบุบผา วิริยรัตนกุล จริยา ทรัพย์เรือง พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน และณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำศิลป์[11] ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันและระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานนี้มีความเข้มข้นเรื่องการติดตาม เฝ้าสังเกตระดับความดันโลหิต พฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน มีการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

1.2 ควรขยายผลโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยวัยทำงานเพื่อควบคุมโรคที่ต้องเผชิญตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ระยะเวลาที่จัดโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยง ควรลดระยะเวลาให้สั้นลง เช่น กิจกรรม 4 สัปดาห์ เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติและติดตาม

2.2 บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงไปใช้ได้ โดยผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมก่อนเพื่อเกิดประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. International Health Policy Development Agency. Report on the Burden of Disease and Injury of the Thai Population 2019. Nonthaburi: Handdee Place; 2023. (in Thai)
2. Medical records department. Annual statistical report. Saraburi: Wang Muang Hospital and Wihandaeng Hospital; 2022. (in Thai)
3. Chanaphan Y, & Settheetham D. Factors Associated with Stroke Prevention Behavior among Hypertention Patients in Kumpapi District, Udon Thani Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018; 21(2): 109-19. (in Thai)
4. Nilnate N. Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2): 51-7. (in Thai)
5. Wangthaphan K. Stroke Prevention Self-Mangement Programme 10 Patient with Uncontrolled Hypertension [dissertation]. Samut Prakan: Huachiew Chalermprakiet University; 2023. (in Thai)
6. Creer L T. Self-management of chronic illness. In Boekaerts M, Zeidner M, & Printrich PR, (Eds.), Handbook of self-regulation. San Diego: CA Academic; 2000. p. 601-29.
7. Charoenpong C. A Development of Health Behavior Promotion Program of Primary Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 157-64.(in Thai)
8. Srinukul J. Effect of a Self-Management Program on Health Behavior of Employment at the Elecricity Generating Authority of Thailand. Nursing Journal. 2020; 47(3), 277-87. (in Thai)
9. Hirungerd S, Vutiso P, & Srimongkol M,. The Effect of Health Belief Model Program on Knowled, Stroke Prevention Behavior and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients The Responsibility Area of Kaeng Khro Hospital, Chiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021. 22(1): 478-87. (in Thai)
10. Robrujen S, Nganchaturau S, Thongkwan W, Somhom W, khunkhavan T, Lalun A, et al. Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among Elderly Risk Group of Tertiary Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 23(3): 176-86. (in Thai)
11. Viriyaratanakul B, Supruang J, Chuajedton P, & Tangdomrongsin N. Health Belief Model and The Risk of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension. The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 199-208. (in Thai)

การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

A Study of Nursing Outcome Indicators for Patients with Fracture Pelvis and Acetabulum

จารุนนท์ ศรียศพงศ์* อารีย์วรรณ อ่วมตานี
Charunon Sriyospong* Areewan Oumtanee
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบเดลฟายเทคนิค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ได้แก่ กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ 7 คน กลุ่มอาจารย์และนักวิชาการ 5 คน กลุ่มบริหารการพยาบาล 5 คน และกลุ่มแพทย์ 3 คน วิธีดำเนินการวิจัย คือ 1) สัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก 2) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและนำมาสร้างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถามในแต่ละข้อ 3) นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 7 ด้าน ตัวชี้วัด 47 ข้อ ได้แก่ ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอกและการดึงถ่วงน้ำหนัก 7 ข้อ ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพการบาดเจ็บและการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย 11 ข้อ ด้านการตอบสนองด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ 3 ข้อ ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 12 ข้อ ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย 3 ข้อ ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติในการเข้ารับบริการ 5 ข้อ ด้านความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย 6 ข้อ ผลการศึกษา สามารถนำไปประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก, การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก, ผลลัพธ์การพยาบาล

Abstract

This research is a descriptive study using the Delphi technique, aimed at study outcomes indicators for nursing care of patients with fracture pelvis and acetabulum. A purposive sample of 20 experts with knowledge and experience in nursing care for patients with fracture pelvis and acetabulum, divided into 7 Orthopedic nurses, 5 Nursing instructor and academic group, 5 Nursing administrators and 3 fracture pelvis and acetabulum specialist doctor. Research methodology, The first interview about outcome indicators for patient with fracture pelvis and acetabulum. The second, data from the first were analyzed and indicators were

Corresponding Author: E-mail*: Charunon44@gmail.com
งานนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับ (Received) 4 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 15 ก.ย. 2567

developed by using rating scale questionnaires. The third, data were analyzed by using median and interquartile range which was sent to previous experts for confirm the previous ranks items. Data were analyzed again by using median and interquartile range to summarize the research.

The research results: showed the nursing outcomes indicators for patients with fracture pelvis and acetabulum were agreed by experts including 7 domains, 47 indicators: 1) safety from complication of external fixator and skeletal traction, 2) safety from complication of injuries and immobility, 3) the responses of mental, social, and spiritual, 4) safety from post-surgery complication, 5) the ability for rehabilitation of patient 6) patient and/or family satisfaction with nursing services, and 7) the ability to perform activity of daily living upon discharge. The results of this study can be used as a measurement of nursing outcomes indicators for pelvis and acetabulum fracture patients care.

Keyword: Patients with Fracture Pelvis and Acetabulum, Nursing care for Patients with Fracture Pelvis and Acetabulum, Nursing Outcome

บทนำ

กระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้น โดยประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกเชิงกราน 198 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี และเบ้าสะโพก 40 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี[1] ในประเทศไทย จากรายงานกองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ก่อนปี 2560 เฉลี่ยปีละ 20 ราย ตั้งแต่ปี 2560-2566 เข้ารับการรักษาเฉลี่ยปีละ 59 ราย และจากรายงานในกลุ่มโรงพยาบาลเครือ Bangkok Dusit Medical Services[2] ตั้งแต่ปี 2560-2564 เข้ารับการรักษา 386 ราย การดูแลจำเป็นที่ต้องใช้ทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการรักษา เนื่องจากเป็นการบาดเจ็บที่ซับซ้อน ซึ่งในปัจจุบันมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง การบาดเจ็บจะส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือด เส้นประสาท และอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง อาจทำให้สูญเสียเลือดจำนวนมาก การรักษา ในระยะแรก เน้นการรักษาสมดุลการไหลเวียนโลหิตของผู้บาดเจ็บและการทำให้กระดูกเชิงกรานมีความมั่นคง โดยการใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอก (External fixator) และในรายที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกเบ้าสะโพกร่วมด้วยจะได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก (Skeletal traction) การรักษาระยะต่อมา คือการใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน (Internal fixator) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ บาดเจ็บในช่องท้อง หรืออยู่ในระยะวิกฤติจะเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติอุบัติเหตุหรือหอผู้ป่วยอุบัติเหตุก่อน เมื่ออาการคงที่ แพทย์พิจารณาย้ายเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ระยะแรก พยาบาลประเมินร่างกายเบื้องต้นก่อนให้การดูแล เช่น ตำแหน่งที่ปวด กระดูกผิดรูป รอยช้ำบริเวณผิวหนัง การสำรวจอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดมากับผู้ป่วย รวมไปถึงการติดตามการเปลี่ยนแปลงสมดุลการไหลเวียนโลหิตต่อจากห้องอุบัติเหตุหรือหอผู้ป่วยก่อนหน้าที่ดูแล ถ้ามีอาการดังกล่าว ให้รายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือทันที เมื่อรับไว้ในหอผู้ป่วย พยาบาลมีการจัดท่านอนให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการนอนทับข้างที่บาดเจ็บ เพราะอาจทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของกระดูกและมีการบาดเจ็บมากขึ้น ระยะนี้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ ดังนั้น ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ท้องผูก รวมไปถึงความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ[3] พยาบาลต้องมีการประเมินความเสี่ยงเชิงรุกที่อาจเกิดขึ้น และช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะต่อมา คือ การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน และในส่วนการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สำหรับการดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการฝึกผู้ป่วยเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และฝึกให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ รวมไปถึงการให้ข้อมูลถึงความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การทำกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวอาจลดลง

การวางแผนจำหน่าย และการวางแผนอาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ จะสามารถเดินลงน้ำหนักขาที่บาดเจ็บได้ ใช้เวลา 12 สัปดาห์[4] และสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ภายใน 6 เดือน

พยาบาลให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล แต่ยังพบปัญหาในเรื่องภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องมีการกำกับ ติดตามการปฏิบัติงานที่เจาะจงเฉพาะโรค ซึ่งวิธีการที่ช่วยในการกำกับติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาล คือ การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักที่ได้รับคำปรึกษา อัตราตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน[2] ซึ่งเป็นผลจากการร่วมดูแลกับทีมสุขภาพ ยังไม่เฉพาะเจาะจงถึงผลสุดท้ายของกิจกรรมการพยาบาล ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลได้ชัดเจน และมีการใช้ระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcome Classification: NOC) กับการพยาบาลทั่วไป ทุกกลุ่มโรคและทุกกลุ่มผู้ป่วย[5] และจากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสะโพกหักที่มีการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม[6] พบตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล 6 กลุ่ม เช่น กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา กลุ่มจิตสังคม กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มการรับรู้สุขภาพ กลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ยังไม่เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ที่มีความเฉพาะเจาะจง นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล แนวทางการผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักที่มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ[5,7,8,9] ผู้วิจัยจึงได้แนวคิดตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอกและการดึงถ่วงน้ำหนัก 2) ด้านความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน 3) ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4) ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 5) ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและหรือญาติในการเข้ารับบริการ และ 6) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก จำนวน 20 คน อันนำไปสู่ตัวชี้วัดผลลัพธ์ การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักในการศึกษาครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก โดยกำหนดขนาดผู้เชี่ยวชาญตามการศึกษาของ Macmillan[10] พบว่า หากจำนวนผู้เชี่ยวชาญมีขนาดตั้งแต่ 17 คน ขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมากจนคงที่ 0.02 ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และการบอกต่อของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Snowball technique) จำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ จำนวน 7 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป 3) ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 4) มีผลงานและ/

หรือประสบการณ์งานวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก และ/หรือการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

2. กลุ่มพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/อาจารย์/นักวิชาการ จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอกด้านพยาบาลศาสตร์ 3) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 4) มีผลงานทางวิชาการที่เผยแพร่และตีพิมพ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และ/หรือการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) วุฒิการศึกษาตั้งแต่รับปริญญาโทขึ้นไป และ/หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการบริหารการพยาบาล 2) ดำรงตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการบริหารงานหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มากกว่า 5 ปี และ/หรือ มีประสบการณ์ในการกำหนดตัวชี้วัดหน่วยงาน 3) เป็นคณะกรรมการด้านการบริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาลหรือกลุ่มงานการพยาบาล

4. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก จำนวน 3 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) วุฒิการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ผ่านหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ และ/หรือได้รับวุฒิบัตรสาขาการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักจากแพทยสภาหรือจากต่างประเทศ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก มากกว่า 5 ปี 3) มีผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของตัวชี้วัด ที่ได้จากการสัมภาษณ์ รอบที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ตัวชี้วัดนั้นมีความสำคัญมากที่สุดให้ 5 คะแนน สำคัญมาก 4 คะแนน สำคัญปานกลาง 3 คะแนน สำคัญน้อย 2 คะแนน สำคัญน้อยที่สุด 1 คะแนน และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความเหมาะสม และความสำคัญของตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ตัวชี้วัดนั้นมีความสำคัญมากที่สุดให้ 5 คะแนน สำคัญมาก 4 คะแนน สำคัญปานกลาง 3 คะแนน สำคัญน้อย 2 คะแนน สำคัญน้อยที่สุด 1 คะแนน และระบุค่ามัธยฐาน (Median: MD) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) ของข้อคำถามแต่ละข้อที่วิเคราะห์ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการสอบถามรอบที่ 2 โดยค่ามัธยฐาน ≥ 3.5 คือความคิดเห็นระดับปานกลางขึ้นไปและใช้ค่า IR ไม่เกิน 1.5 เป็นข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ยืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเดิม หรือการเปลี่ยนแปลงคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญตอบคำถามและตรวจสอบโดยตรง ส่วนความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลาย ๆ รอบ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงสูง[11] พิจารณาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงน้อยกว่า ร้อยละ 15 ซึ่งสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ อาจถือได้ว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[12]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No.031/67 IRB No.660230 ลงวันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยและสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมไม่ระบุเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญโดยติดต่อทางโทรศัพท์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่ออธิบาย

จุดมุ่งหมาย ขั้นตอนต่าง ๆ ย้ำถึงความสำคัญของการให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจัดส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีเวลาเตรียมข้อมูล ทำการนัดผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 และดำเนินการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ตามที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านนัดหมาย ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 35 วัน สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ละ 3 ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และไลน์แอพพลิเคชั่น ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนกลับทั้งหมด 20 คน ใช้ระยะเวลาในรอบที่ 2 จำนวน 18 วัน และรอบที่ 3 จำนวน 14 วัน รวมใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 67 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์ รอบที่ 1 นำมาถอดเทป วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และนำมาจัดกลุ่ม เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ส่วนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด มีความเห็นสอดคล้องกันในทุกรายข้อ และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 10.42 จึงสรุปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก ที่ประกอบด้วย 7 ด้าน ตัวชี้วัด 47 ข้อ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก	Med	IR	ระดับ
1. ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอกและ/หรือการดึงถ่วงน้ำหนัก ก่อนการผ่าตัด			
1.1 อัตราการเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณขา	4.64	0.49	มากที่สุด
1.2 อัตราการเกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดบริเวณขา	4.62	0.63	มากที่สุด
1.3 อัตราการเคลื่อนหลุด หลวมของอุปกรณ์โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอกและ/หรือแท่งโลหะ ตัวจับยึด สำหรับดึงถ่วงน้ำหนัก	4.58	0.66	มากที่สุด
1.4 อัตราการติดเชื้อบริเวณเนื้อเยื่อรอบรูแท่งโลหะ	4.54	0.77	มากที่สุด
1.5 อัตราการเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์ที่ยึดตรึงกระดูกภายนอกและหรือการดึงถ่วงน้ำหนัก	4.50	0.81	มากที่สุด
1.6 อัตราการเกิดข้อยึดติด	4.36	1.38	มาก
1.7 อัตราการเกิดกล้ามเนื้อลีบ	4.33	1.22	มาก
2. ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพการบาดเจ็บและการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ก่อนการผ่าตัด			
2.1 ระดับความปวดลดลง น้อยกว่า 4 คะแนน	4.75	0.94	มากที่สุด
2.2 อัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก	4.75	0.24	มากที่สุด
2.3 อัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด	4.75	0.24	มากที่สุด
2.4 อัตราการเกิดภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือด	4.62	0.59	มากที่สุด
2.5 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4.55	0.77	มากที่สุด
2.6 อัตราการเกิดแผลกดทับ	4.55	0.77	มากที่สุด
2.7 อัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก	4.50	0.75	มากที่สุด
2.8 อัตราการเกิดภาวะปอดแฟบ	4.30	0.88	มาก
2.9 อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม	4.28	0.86	มาก
2.10 อัตราการเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นที่ตรวจพบภายหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	4.21	0.72	มาก
2.11 อัตราการเกิดภาวะท้องผูก ไม่ขับถ่ายมากกว่า 3 วัน	4.20	1.03	มาก

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก	Med	IR	ระดับ
3. ด้านการตอบสนองด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ			
3.1 ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	4.67	0.33	มากที่สุด
3.2 ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก	4.62	0.59	มากที่สุด
3.3 ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	4.62	0.70	มากที่สุด
4. ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด			
4.1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด	4.75	0.24	มากที่สุด
4.2 อัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกหลังผ่าตัด	4.74	0.26	มากที่สุด
4.3 อัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดหลังการผ่าตัด	4.74	0.26	มากที่สุด
4.4 ระดับความปวดแผลผ่าตัดลดลง น้อยกว่า 4 คะแนน	4.67	0.33	มากที่สุด
4.5 อัตราการเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทภายหลังได้รับการผ่าตัด	4.67	0.33	มากที่สุด
4.6 อัตราการเกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดภายหลังได้รับการผ่าตัด	4.67	0.33	มากที่สุด
4.7 อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มหลังผ่าตัด	4.67	0.33	มากที่สุด
4.8 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก	4.64	0.52	มากที่สุด
4.9 อัตราการเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	4.64	0.49	มากที่สุด
4.10 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัดขณะใส่สายสวนปัสสาวะ	4.58	0.72	มากที่สุด
4.11 อัตราการเกิดแผลกดทับหลังผ่าตัด	4.58	0.79	มากที่สุด
4.12 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวหลังการทำผ่าตัด	4.21	1.18	มาก
5. ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด			
5.1 จำนวนวันที่ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียงได้	4.64	0.52	มากที่สุด
5.2 จำนวนวันที่ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งห้อยขาข้างเตียง	4.64	0.52	มากที่สุด
5.3 จำนวนวันที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายร่างกายได้ตามแผนการรักษา	4.62	0.59	มากที่สุด
6. ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติในการเข้ารับบริการ			
6.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวด	4.64	0.49	มากที่สุด
6.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติ ต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาล	4.64	0.49	มากที่สุด
6.3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติต่อการได้รับทราบข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ แนวทางการรักษา ค่ารักษาพยาบาล และค่าอุปกรณ์โลหะส่วนเกิน	4.62	0.59	มากที่สุด
6.4 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติต่อการได้รับการฝึกการดูแลตนเอง	4.62	0.59	มากที่สุด
6.5 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติต่อการได้รับการบริการพยาบาล	4.51	0.75	มากที่สุด
7. ด้านความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย			
7.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย	4.64	0.52	มากที่สุด
7.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้องก่อนจำหน่าย	4.64	0.52	มากที่สุด
7.3 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน	4.62	0.59	มากที่สุด
7.4 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยที่สามารถให้ความช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ถูกต้อง	4.62	0.70	มากที่สุด
7.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้อง	4.55	0.77	มากที่สุด
7.6 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้อง	4.40	0.82	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอกและ/หรือการดึงถ่วงน้ำหนัก ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ข้อ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่อุปกรณ์ดังกล่าว มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บบริเวณหลอดเลือดและเส้นประสาท พยาบาลมีการติดตามอาการ เมื่อตรวจพบอาการผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันที สอดคล้องกับนักวิชาการ[13] ที่อธิบายว่าการประเมินการบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือดได้ถูกต้องและรวดเร็วถือเป็นจุดเด่นของพยาบาลออร์โธปิดิกส์ หากเกิดความล่าช้าและไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติ จะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บร้ายแรงบริเวณอวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บได้ และในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องไม่ยกบริเวณโลหะโดยตรง เพราะอาจเกิดการดึงรั้งของโลหะที่ยึดกับผิวหนัง เกิดการหลุดหลวมของโลหะที่ยึดตรึง ซึ่งอาจพบได้ในกรณีที่ใส่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม และอาจสัมพันธ์กับการติดเชื้อ เพราะการติดเชื้ออาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบรูแท่งโลหะมีขนาดกว้างขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการหลวมของแท่งโลหะ การดูแลที่สำคัญ คือ การประเมินอาการผิดปกติ การทำแผลแบบปราศจากเชื้อ และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยที่มีขนาดขาที่ใหญ่ ได้รับการใส่อุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนัก มีโอกาสเกิดแผลกดทับจากน็อตตัวจับยึด เคลื่อนไปกดทับผิวหนังจนเกิดแผลกดทับหรือเนื้อตายได้ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากแท่งโลหะที่ใส่มีขนาดเล็กไม่เหมาะสมกับขนาดขาของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ สำหรับความเสี่ยงในการเกิดภาวะข้อติด โดยเฉพาะบริเวณข้อสะโพกและข้อเข่า ส่งผลให้เกิดการหดรั้งของกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อ ถ้าไม่มีการขยับหรือหดเกร็งของกล้ามเนื้อนาน ๆ อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบได้ พยาบาลจึงต้องมีการกระตุ้นฝึกการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ และเกร็งกล้ามเนื้อ จากที่กล่าวมาทั้งหมด สอดคล้องกับนักวิชาการ[5,7,9] ที่อธิบายว่า การดูแลผู้ป่วยที่ใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายนอกและการดึงถ่วงน้ำหนักต้องมีการประเมินเฝ้าระวัง ดูแลจัดการกับภาวะแทรกซ้อนและติดตามผลลัพธ์ดังกล่าว ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านนี้ เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานของพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

2. ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพการบาดเจ็บ และการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 11 ข้อ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจะทำให้เกิดความปวด พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวด โดยกำหนดผลลัพธ์ระดับความปวด Pain scale < 4[14] เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การเกิดภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ภาวะท้องผูก พยาบาลดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การฝึกการหายใจ การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัว การกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย รวมไปถึงการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากที่กล่าวมา ถ้าไม่ได้รับการดูแล อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและเกิดอุบัติการณ์การเสียชีวิต สอดคล้องกับ[15] ผลการวิจัย เรื่องความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหัก ที่พบว่าการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กำหนดตัวชี้วัดในเรื่องอัตราตายรายโรค เพื่อจะได้ติดตามและวิเคราะห์หาสาเหตุ ในการพัฒนา ปรับปรุงประสิทธิภาพมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ในที่สุด และในการบาดเจ็บดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการบาดเจ็บระบบอื่นที่อยู่ใกล้เคียง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ต้องมีการติดตามความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น จากการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย ถึงแม้ว่าจะมีการประเมินอาการมาจากหอผู้ป่วยก่อนหน้านี้ แต่เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย จึงจำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่อง และจากที่กล่าวมาทั้งหมดสอดคล้องกับ[5,7,8,9] ที่อธิบายว่า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการเฝ้าระวัง ดูแล จัดการกับอาการผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านนี้ เพื่อติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานของพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

3. ด้านการตอบสนองด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ข้อ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพก เป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหรือพิการได้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมไปถึงการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูล

จะยิ่งส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด[16] ที่พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด คือ กลัวตาย 38.10% รองลงมาคือกลัวสิ่งที่ไม่รู้ 24.30% พยาบาลประเมินความวิตกกังวลและสังเกตอาการเพื่อหาสาเหตุและแนวทางช่วยเหลือ ในการบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วย จากที่กล่าวมาทั้งหมดสอดคล้องกับ[5,7] ได้กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล เรื่องระดับความวิตกกังวล ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านนี้ เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานของพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

4. ด้านความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 12 ข้อ อธิบายได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้ปลอดภัยจากการสูญเสียเลือด ปลอดภัยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผลผ่าตัด จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อลดระดับความปวด โดยเป้าหมายคือ ระดับความปวดน้อยกว่า 4[14] หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นประสาทและหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ จึงจำเป็นที่ต้องมีการติดตามอาการดังกล่าว นอกจากนี้ต้องมีการติดตามการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีภาวะนี้เกิดขึ้นอาจส่งผลให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดได้ สอดคล้องกับการศึกษา[17] ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง ต้องมีการประเมินออกซิเจนในเลือด ประเมินแผลผ่าตัด บันทึกปริมาณเลือดออกในขวดระบายเลือด และภาวะลิ่มเลือดดำอุดตัน และในส่วนของแผลผ่าตัดต้องมีเฝ้าระวังการติดเชื้อและทำแผลแบบปราศจากเชื้อ จากการศึกษา[18] พบว่า มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด 6.7% ในผู้ป่วยกระดูกเบ้าสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายปัสสาวะแบบคา จากการศึกษาเรื่องการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง[19] พบปัจจัยที่ส่งเสริมการติดเชื้อแผลผ่าตัด คือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากการใส่สายปัสสาวะแบบคาจากห้องผ่าตัด ดังนั้น จึงจำเป็นที่ต้องดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและถอดสายสวนปัสสาวะให้ไวที่สุดเมื่อหมดความจำเป็น และในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ และในระยะฝึกลุกนั่งและเดิน สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือการพลัดตกหกล้ม จากที่กล่าวมาทั้งหมดสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[5,7,8,9] ที่พบว่าการเฝ้าระวัง การจัดการกับอาการผิดปกติรวมไปถึงการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านนี้ เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานของพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

5. ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ข้อ อธิบายได้ว่า เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือผู้ป่วยสามารถกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วที่สุด โดยปกติผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จะมีการกำหนดแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกายในแต่ละวัน เช่น โปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก[20] และสอดคล้องกับนักวิชาการ[5,7] ที่ได้กำหนดผลลัพธ์ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่สำหรับผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักนั้น ไม่สามารถกำหนดวันฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างชัดเจน เนื่องจาก ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บรุนแรง มีการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมด้วย ดังนั้น การฟื้นฟูร่างกายในแต่ละวัน จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น พยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วย พูดคุยกับแพทย์ในการหาเป้าหมายร่วมกันให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ในการกำหนดตัวชี้วัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกายยังไม่สามารถระบุวันได้ชัดเจน จึงได้เสนอให้ระบุเป็น จำนวนวัน ที่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละขั้นตอน เพื่อจะได้นำข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันมาวิเคราะห์หาจำนวนวันที่เหมาะสมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

6. ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติในการเข้ารับบริการ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ข้อ อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล ที่ประเมินเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยความพึงพอใจเป็นระดับของความสอดคล้อง ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากการบริการพยาบาล กับการรับรู้ที่ได้รับจริงจากประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญในการติดตามผลลัพธ์ความพึงพอใจในการจัดการความเจ็บปวด ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนได้ว่าพยาบาลมีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ[21] พบว่า การจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดลดลง มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพึงพอใจผู้ป่วยสูงขึ้น นอกจากนี้ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาการพยาบาลถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญเช่นกัน ซึ่งภัทรพร ยุบลพันธ์[22] ได้เสนอ

ว่า การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เป็นการสร้างความปลอดภัยในระบบสุขภาพมากขึ้น จากที่กล่าวมาสอดคล้องกับนักวิชาการที่กำหนดตัวชี้วัด[5,9] ที่กล่าวว่า ต้องมีการติดตามผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านนี้ เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานของพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

7. ตัวชี้วัดด้านความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่าย ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ข้อ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีการเรียนรู้การดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ[23] พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และต้องพึ่งพาญาติในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 95 ดังนั้น พยาบาลประเมินความพร้อมความมั่นใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากนั้นจึงหาเป้าหมายร่วมกัน เพื่อหาแนวทางให้เหมาะสมในการปฏิบัติตัว และทำการฝึกฝนจนผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจ เข้าใจจนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง รวมไปถึงสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้อง สอดคล้องกับ[5] ได้กำหนดผลลัพธ์การพยาบาลในเรื่อง ความพร้อมในการจำหน่าย และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านนี้เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานของพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักที่มีความเฉพาะเจาะจง ที่ได้มาจากความรู้และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักโดยตรง ซึ่งยังไม่มีระบุในเอกสารหรือตำราใด

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จนผู้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ผู้บริการทางการพยาบาลสามารถนำตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสุด ลดอัตราตาย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหักหลังจำหน่าย

2. ศึกษาเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก

References

1. Alvarez-Nebreda ML, Weaver MJ, Uribe-Leitz T, Heng M, McTague MF, & Harris MB. Epidemiology of pelvic and acetabular fractures in the USA from 2007 to 2014. Osteoporosis International. 2023; 34(3): 527-37.
2. Suchato C, & Kunanusont C. BDMS Centers of Excellence. The Bangkok Medical Journal. 2021; 17(1): 78-92.
3. Roper N, Logan WW, & Tierney AJ. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living. Churchill Livingstone: Philadelphia PA; 2000.
4. Piccione FM, Cortese AM, Rocca G, Sansubrino U, Piran G, & Masiero, S. Rehabilitative management of pelvic fractures: a literature-based update. European Journal of Translational Myology. 2021; 31(3): 1-10.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M, & Swanson E. Nursing outcome classification: NOC. 6th ed. USA: Mosby; 2018.
6. Janyarat K, & Sattayawiwat W. The quality indicators of nusing outcomes for patients wih hip fracture undergoing hip arthoplasty. Journal of Safety and Health. 2016; 9(31): 45-56. (in Thai)
7. Sattayawiwat W. Orthopaedic nursing. 7th ed. Bangkok: NP Place; 2010. (in Thai)

8. Mostafa AM, Kyriacou H, Chimutengwende-Gordon M, & Khan WS. An overview of the key principles and guidelines in the management of pelvic fractures. Journal of perioperative practice. 2021; 31(9): 341-48.
9. Walker J. Pelvic fractures: classification and nursing management. Nursing Standard 2011; 26(10): 49-57.
10. Macmillan TT. The delphi technique. Paper present at the annual meeting of the California junior colleges association committee on research and development. Montery California. 1971; 3(1): 3-5.
11. Poolpatarachewin J. Future Research with EDFR. Journal of Education Studies. 2003; 32(1): 1-19. (in Thai)
12. Linstone HA, & Turoff M. The delphi method: Techniques and Applications. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.
13. Levin BJ, & Iyer P. Legal Implications in the Care of Orthopedic Patients: Serious Complications. Nursing Clinics. 2020; 55(2): 209-24.
14. Jensen MP, Martin SA, & Cheung R. The meaning of pain relief in a clinical trial. The Journal of Pain 2005; 6(6): 400-6.
15. Chen YC, Chuang CH, Hsieh MH, Yeh HW, Yang SF, Lin CW, Yeh YT, Huang JY, Liao PL, Chan CH, & Yeh CB. Risk of Mortality and Readmission among Patients with Pelvic Fracture and Urinary Tract Infection: A Population-Based Cohort Study. International Journal of Environmental Research and Pubic Health 2021; 18(9): 1-10.
16. Nigussie S, Belachew T, & Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University specialized teaching hospital, South Western Ethiopia. Biomedcentral surgery 2014; 14(67): 1-10.
17. Boonthong C, Srisawad K, & Noimuenwai P. The development of a care management model for femoral fracture under internal fixation through applying knowledge management, Krabi hospital. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 138-48. (in thai)
18. Mardanpour K, Rahbar M, Mardanpour S, & Rezaei M. Risk factors for surgical site infections after open reduction and internal fixation of acetabulum fracture in the west of Iran. International Journal of Surgery Open. 2020; 27(1): 119-122.
19. Ansorge A, Betz M, Wetzel O, Burkhard MD, Dichovski I, Farshad M, & Uçkay I. Perioperative Urinary Catheter Use and Association to (Gram-Negative) Surgical Site Infection after Spine Surgery. Infectious Disease Reports. 2023; 15(6): 717-25.
20. Wirojyuti S, Kengganpaich M, Kengganpanich T, & Tansakul S. Effectiveness of post surgery rehabilitation program for elderly patients with hip fracture in Phramongkutklao hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 187-94. (in thai)
21. Archer KR, Castillo RC, Wegener ST, Abraham CM, & Obremskey WT. Pain and satisfaction n hospitalized trauma patients: the importance of self-efficacy and psychological distress. Journal of Trauma and Acute care Surgery. 2012; 72(4): 1068-1077.
22. Yubonpunt P. The participation of the patient to create safety in health services. Academic Services Journal Prince of Songkla University. 2016; 27(3): 127-138. (in Thai)
23. Suwan D, Saesia W, & Songwattana P. Activities of daily living in patients with multiple traumatic injuries. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017; 9(2): 14-25. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา

Predicting Factors of Health Literacy among Elderly People with Diabetes in Nakhon Ratchasima Province

สุนิสา ค้าขึ้น ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ*
Sunisa Khakhuen Yupaporn Jittasusuttho*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
นครราชสีมา ประเทศไทย 30000
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nakhon Ratchasima, Thailand 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 259 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้เท่ากับ .959 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .920 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 97.87, S.D. = 12.66) ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ร้อยละ 27.1 (adjusted R^2 = .271, $p < .001$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการพยาบาลและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน

Abstract

This predictive correlational research paper's objective is to study the factors predicting health literacy among elderly people with diabetes in Nakhon Ratchasima province. The sample consisted of 259 participants selected through a multi-stage cluster sampling. The reliability of the instruments was tested using Cronbach's alpha coefficient, with the health literacy questionnaire for elderly people with diabetes scoring .959, and the social support questionnaire scoring .920. Data was analyzed using Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Point-biserial correlation coefficient, and Multiple regression analysis.

*Corresponding author: *E-mail : yupaporn@knc.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 2 พ.ย. 2567

The study found that the overall health literacy of elderly people with diabetes was at a moderate level (Mean = 97.87, S.D. = 12.66). The only factor which predicted the health literacy among elderly people with diabetes was social support, accounting for 27.1% (adjusted R^2 = .271, $p < .001$). Therefore, healthcare personnel can use this information as a basis for organizing nursing activities and developing programs to promote health literacy among elderly people with diabetes.

Keywords: Health literacy, Elderly people, Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานสูง[1] จากรายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ พบว่าการบริโภคยาสูบ การมีกิจกรรมทางกายลดลง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ[2] แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับค่าปกติ รับประทานยาให้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรค และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานจึงจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยนัทบีมอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึงทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง[3] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร 4) ด้านทักษะการจัดการตนเอง 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.76) รองลงมาได้แก่ ระดับอาจมีปัญหา (ร้อยละ 28.27) และระดับเพียงพอ (ร้อยละ 16.96)[4] สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต[5] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 65.07) คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่มวัยกลางคนและสูงอายุ ซึ่งพบว่าช่วงอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้และยอมรับความจริงที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือการดูแลจากบุคคลอื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม[6] โดยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะทำให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเพื่อสามารถดูแลตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบทอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสครอบครัวและบุตร มีลูกหลานดูแลเอาใจใส่ เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาจะต้องมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล[7] นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[8] และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในระดับสูง[9] และสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นและมีการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง[10]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดในปี พ.ศ. 2566 จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 519,622 คน ประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 85,571 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ถือว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ศึกษาบริบทของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโรคเบาหวาน และการรู้เท่าทันสื่อไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสม จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุเท่ากับ 31.84 (SD = 7.02) อยู่ในระดับมีปัญหา[11] นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประเด็นความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[12] ซึ่งการศึกษาดังกล่าวในบริบทของจังหวัดนครราชสีมามีเพียงการศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไป ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่นำตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถึงแม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวนมาก แต่เป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ประกอบกับสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มพูนทักษะทางปัญญาและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีความรู้ เข้าใจ เข้าถึง มีทักษะ การตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[3] โดยนัทบีมอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึงทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร 4) ด้านทักษะการจัดการตนเอง 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[6] โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้และยอมรับความจริงที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ การดูแลจากบุคคลอื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามหลักฐานที่ทางราชการออกให้ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 85,571 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือน และอาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม และ 3) ไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือในการแสดงอายุ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ โดยกำหนด Test family เลือก F-test, Statistic เลือก Linear multiple regression : fix model, R^2 deviation from zero กำหนดขนาดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง f^2 = .15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) = .95[8] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 199 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 259 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างมาจากทุกระดับชั้นของอำเภอ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเลือกอำเภอ สุ่มเลือกอำเภอระดับชั้นละ 2 อำเภอ ยกเว้นระดับชั้นพิเศษ (อำเภอเมืองนครราชสีมา) ไม่ต้องมีการสุ่มเลือก ได้จำนวนอำเภอตัวอย่าง 9 อำเภอ ขั้นตอนที่ 2 การเลือกตำบลสุ่มเลือก 1 ตำบล จากทุกอำเภอของขั้นตอนที่ 1 ได้จำนวนตำบลตัวอย่าง 9 ตำบล ขั้นตอนที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานตัวอย่าง จำแนกตามตำบลด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (system sampling) ได้จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง 28-29 คนต่อตำบล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุมาอย่างน้อย 2 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่อ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยจะแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายแนวทางการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และทักษะและความสามารถส่วนบุคคล รวมจำนวน 15 ข้อ

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน[13] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 3 ข้อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งด้านที่ 2-6 เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังนี้ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 5-1 การแปลผลของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานรายด้าน ด้านที่ 1-6 ใช้แบบค่าพิสัยโดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด หารจำนวนกลุ่มและนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนของเบสท์[14] เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 25-135 คะแนน แบ่งระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 25–61 หมายถึง มีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพน้อย คะแนน 62-98 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง คะแนน 99-135 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[6] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ จำนวน 4 ข้อ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 5-1 การแปลผลของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ใช้แบบค่าพิสัยโดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด หารจำนวนกลุ่ม และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนของเบสท์14 เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน แบ่งระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 15-33 คะแนน หมายถึง ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 34-54 คะแนน หมายถึง ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 55-75 คะแนน หมายถึง ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

การประเมินความตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index หรือค่า CVI) ได้เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .959, .920 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา COA No. 29/2566 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีข้อผูกมัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ (Multiple Regression Analysis) แบบมีขั้นตอน (Stepwise Regression) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.29 ปี (SD = 6.84) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 62.90) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.60) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 72.60) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.30) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3477.22 บาท (SD = 3478.68) รายได้ไม่เพียงพอต่อเดือน (ร้อยละ 44.40) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 7 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 51.70) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 62.30) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ส่วนใหญ่พบว่ามองเห็นชัดเจน (ร้อยละ 64.10) ได้ยินชัดเจน (ร้อยละ 80.70) พูดคล่อง (ร้อยละ 87.60) อ่านไม่คล่อง (ร้อยละ 47.10) เขียนไม่คล่อง (ร้อยละ 45.20) และความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่ใช้งานได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง (ร้อยละ 44.00)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 97.87, S.D. = 12.66) โดย ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (N=259)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	การแปลผล
ด้านความรู้ความเข้าใจ	6.63	1.97	ระดับปานกลาง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ	25.59	3.82	ระดับปานกลาง
ด้านทักษะการสื่อสาร	18.25	2.83	ระดับปานกลาง
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	21.88	3.06	ระดับปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	10.74	2.68	ระดับปานกลาง
ด้านทักษะการตัดสินใจ	14.77	2.13	ระดับมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	97.87	12.66	ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .523$, $p < .001$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = .317$, $p < .001$) โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .216$, $p < .001$) ความสามารถในการอ่านมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .386$, $p < .001$) ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .385$, $p < .001$) ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .485$, $p < .001$) และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมาก ($r = .130$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (N=259)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
อายุ	-.086 (r)
เพศ	-.053 (r_{pb})
สถานภาพสมรส	-.040 (r_{pb})
ระดับการศึกษา	.084 (r_{pb})

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (N=259) (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
อาชีพ	.072 (r_{pb})
ความเพียงพอของรายได้	.317** (r_{pb})
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	-.130* (r_{pb})
โรคร่วม	-.216** (r_{pb})
ความสามารถในการมองเห็น	-.073 (r_{pb})
ความสามารถในการได้ยิน	-.002 (r_{pb})
ความสามารถในการพูด	.007 (r_{pb})
ความสามารถในการอ่าน	-.386** (r_{pb})
ความสามารถในการเขียน	-.385** (r_{pb})
ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ	-.485** (r_{pb})
แรงสนับสนุนทางสังคม	.523** (r_{pb})

หมายเหตุ: * ($p<.05$) ** ($p<.001$)

r_{pb} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา การวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ (Multiple Regression Analysis) แบบมีขั้นตอน (Stepwise Regression) ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาได้ 1 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ร้อยละ 27.1 (adjusted R_2 = .271, $p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ (Multiple Regression Analysis) แบบมีขั้นตอน (Stepwise Regression)

ปัจจัยทำนาย	B	Beta	t	p-value
Constant (a)	53.375		11.676	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.732	.523	9.840	.000

R = .523, R Square = .274, adjusted R^2 = .271, Std. Error = .074 , F = 96.823

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้ไม่เพียงพอต่อเดือน ส่วนใหญ่อ่านและเขียนไม่คล่อง และความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่ใช้งานได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง[5] และสอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบกับอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อมรับรู้ปัจจุบันได้น้อยหรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ได้ยินไม่ชัด ตามัวมองภาพหรือตัวหนังสือไม่ชัดและไม่สามารถปรับตัวได้ทันกับเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ข้อมูลข่าวสารต้องติดตามทางสื่อที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟนจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสรรหาข้อมูลข่าวสาร ทำให้ความสนใจหรือรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพต่ำ[7] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ[15] ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อให้มีความรู้เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางที่ถูกเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = .317$, $p < .001$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอจะส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.40 รายได้ไม่เพียงพอต่อเดือน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3477.22 บาท และร้อยละ 53.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งรายได้อาจไม่แน่นอน จึงอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ที่แตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] ปัจจัยด้านโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .216$, $p < .001$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรคจะส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยลง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป จึงอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคร่วมจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วม[17] นอกจากนี้ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมาก ($r = .130$, $p < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานนาน จึงอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 7 ปีขึ้นไป และการเป็นโรคเบาหวานมานานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น การดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำไม่เพียงพอที่จะนำไปดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานอาจเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่สนใจตนเอง ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ[17] ปัจจัยด้านทักษะและความสามารถส่วนบุคคล พบว่า ความสามารถในการอ่านมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .386$, $p < .001$) ความสามารถในการเขียนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .385$, $p < .001$) และความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ($r = .485$, $p < .001$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุอ่านเขียนไม่คล่อง ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพใช้งานได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง จึงอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบกับอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อมรับรู้ปัจจุบันได้น้อยหรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร[7] นอกจากนี้ปัจจัยทางกายภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัส

และการรับรู้ที่เสื่อมถอยลงตามวัย พบปัญหาเกี่ยวกับตา ได้แก่ สายตายาว ตาพร่ามัว ต้อกระจก มองเห็นได้ไม่ชัดเจน จึงมีความยากลำบากในการอ่านข้อมูล จากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง เช่น การรับข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลเกิดความคลาดเคลื่อนไม่ครบถ้วน ส่งผลให้นำข้อมูลไปปฏิบัติไม่ได้หรือไม่ถูกต้อง[18] และการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทในผู้สูงอายุมีการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ทำให้เกิดอาการสั่น มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ ทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาจส่งผลต่อการเขียนหนังสือได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ทันกับเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ข้อมูลข่าวสารต้องติดตามทางสื่อที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟนจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสรรหาข้อมูลข่าวสาร ทำให้ความสนใจหรือรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพต่ำ[7] และด้วยวัยผู้สูงอายุใช้เครื่องมือสื่อสารค้นหาความรู้เองไม่ถนัด และไม่ได้สนใจมากเท่าไร ทำให้มีข้อจำกัดในความสามารถทางการใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูล[16] และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .523$, $p < .001$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีกำลังกาย กำลังใจจากแรงสนับสนุนของคู่ชีวิต ส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสุขภาวะของตนเองมากกว่าสถานภาพโสด สถานภาพหม้ายหย่า หรือแยกกันอยู่[17]

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง[9] และสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นและมีการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง[10]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการพยาบาลและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากนี้บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถใช้เป็นข้อมูลที่ควรนำไปเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อประชุมหารือสร้างแนวนโยบายหรือกำหนดมาตรการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้อย่างตรงประเด็น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเป็นกรอบแนวทางในส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในครั้งนี้

References

1. Phungdee T, & Sirisopon N. Diet Consumption Behavior Modification to Control Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3): 48-54. (in Thai)

2. Charoendee K, Boribun N, Butchumsaeng A, Rungruang S, editors. Annual Report 2022, Noncommunicable Disease Division. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022. (in Thai)
3. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
4. Sinthuchai S, Namdej N, Kittiboonthawal P, Dejpitaksirikul S, Chuencham J, Ubolwan K, et al. Health Literacy Development Model to Promote Self-Management Behaviours and Its Health Impact on Older Adults with Both Type 2 Diabetes and Hypertension, in Primary Care Clusters in Saraburi Province. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 37(1): 58-74. (in Thai)
5. Norasing M, & Thanomphan S. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. Journal of Nakornping Hospital. 2019; 10(1): 35-50. (in Thai)
6. House J. Work stress and social support. Boston: Reading; 1981.
7. Saeloo J, Kaewkrachok T, & Samdaengsarn D. How Social Support and Health Literacy Influence Quality of Life of Elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021; 8(2): 39-52. (in Thai)
8. Faungfoo K. Predicting Factors of Health Literacy in Patients with Type 2 Diabetes, Uttaradit Province [dissertation, thesis, Master of Nursing Science]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
9. Madican K, Oba N, & Supametaporn P. Factors Related to Health Literacy in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020; 14(1): 1-15. (in Thai)
10. Liu YB, Hou P, Xue HP, Mao XE, & Li YN. Social support health literacy, and health care utilization among older adults. Asia Pacific Journal of Public health. 2019; 31(4): 359-66.
11. Aunprom-me S, Deeroem K, & Homsombut Y. Health Literacy in Elderly from Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal The Journal for Health Promotion and Environmental Health. 2020; 14(33): 88-106. (in Thai)
12. Yoosamran K, Chanaphant S, & Keankarn P. The Relationship Between Health Literacy and Self - care Health Behaviors Among Older Adults in Muen Wai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Health and Nursing Education. 2020; 26(1): 153-67. (in Thai)
13. Limrermsakul S, Saneha C, Wattanakitkrileart D, & Buranasupkajorn P. Effects of a Health Literacy Development Program on Self-care Behaviors in the Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus. Nursing Science Journal of Thailand. 2022; 40(1): 84-98. (in Thai)
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
15. Chaoayachai W, Prompahakul R, & Prasertsang A. Health Literacy and New Normal in Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 41-8. (in Thai)
16. Namdej N, Sinthuchai S, Kittiboonthawal P, Ubolwan K, Dejpitaksirikul S, & Chuencham J. Health Literacy among the Older Adults with Coexisting Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in Primary Care Cluster, Saraburi. Journal of Nursing and Education. 2021; 14(3): 15-30. (in Thai)
17. Noppakraw J, Chintanawat R, & Khampolsiri T. Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. Nursing Journal. 2020; 47(2): 251-61. (in Thai)
18. Dejpitaksirikul S, Sinthuchai S, & Ubolyam D. Effective Communication to Enhance Health Literacy in Diabetic Older Adults with High Blood Pressure. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2022; 32(1): 1-13. (in Thai)

การประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Needs Assessment of Health Care for Elderly People Living with Chronic Illnesses

ยมนา ชนะนิล* สุนันทา ครองยุทธ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ อรทัย บุญชูวงศ์ เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง
Yommana Chananin* Sununta Krongyuth Nattanun Kumpiriyapong
Orathai Boonchuwong Penpuk Chaisongmuang
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand, 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ 34 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 30 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ประกอบด้วย แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา เท่ากับ .89, .84 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหา และค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนของแต่ละกลุ่ม มีดังนี้ 1) ผู้ปฏิบัติงานต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนมากที่สุด (PNI modified = 0.352) 2) ผู้ดูแลต้องการคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ วิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากที่สุด (PNI modified = 0.444) 3) ผู้สูงอายุต้องการเทคโนโลยีสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพที่สามารถแจ้งเตือนได้ตรงกับความต้องการ มากที่สุด (PNI modified =0.352) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การจัดการระบบสารสนเทศเทคโนโลยีตอบสนองต่อความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพเข้าถึงง่าย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และประชาชนในชุมชนควรได้รับการส่งเสริมเรื่องหลักการดูแลและวิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วย

คำสำคัญ: ประเมินความต้องการจำเป็น, ผู้สูงอายุ, ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง, การดูแล, ชุมชน

Abstract

This descriptive research aimed to assess the needs for looking after elderly people living with chronic illnesses. The participants were 34 healthcare personnel, 30 caregivers for the elderly, and 30 elderly people living with chronic illnesses. They were selectively chosen based on specific criteria. Data was collected through in-depth interviews and focus group discussions, using a structured interview format, an assessment tool for care needs of elderly people living with chronic illnesses which designed for healthcare personnel, caregivers and elderly individuals with chronic illnesses. The Cohen's Kappa coefficients among these instruments were .89, .84, and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, content

Corresponding Author: *E-mail: yommana.c@ubu.ac.th

วันที่รับ (Received) 21 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 9 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 23 พ.ย. 2567

analysis, and a modified priority needs index. The findings revealed that care needs for elderly individuals with chronic illnesses in the community for each group were divided into three key areas. First, the healthcare personnel desired the highest level of community involvement (PNI modified = 0.352). Second, caregivers needed the most comprehensive guide on elderly care and methods for managing the health conditions affecting the elderly (PNI modified = 0.444). Finally, elderly individuals needed the most effective communication technology for health information that provided alerts tailored to their needs (PNI modified = 0.352). Thus, caring for elderly individuals with chronic illnesses should consider the involvement of all sectors. Health information technology systems that meet needs should be easily accessible. Elderly individuals, caregivers, family members, and community members should be promoted regarding the principles of care and methods for managing health conditions.

Keyword: Need Assessment, Older Adult, Chronic Illness, Caring, Community

บทนำ

จากสถานการณ์การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปัจจุบันทำให้ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วยโดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแล ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นความท้าทายที่สำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในปี พ.ศ. 2571 คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปกว่า 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด[1] ผลกระทบสำคัญด้านสาธารณสุขที่ตามมา ได้แก่ อัตราการพึ่งพิง (dependency ratio) เพิ่มขึ้น ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น ภาวะเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น กระทบต่อปัญหาค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของประเทศ มีความต้องการบุคลากรที่มีทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบดังกล่าวเกิดขึ้นทั้งในระดับหน่วยงานระบบบริการและระดับชาติ ซึ่งปัจจุบันภาครัฐยังไม่สามารถจัดการได้อย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและบุคลากรไม่เพียงพอต่อการจัดการสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ[1] จากลักษณะบริการสุขภาพที่ออกแบบเพื่อการดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัดและความพยายามในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพการจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่เป็นองค์รวมผสมผสานและต่อเนื่องเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชนหาก แต่แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทยปัจจุบันเป็นการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญูและผู้ดูแลเองส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล[2] ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความยากลำบากหลายด้านในการดำเนินชีวิตประจำวัน ครอบครัวและชุมชนเป็นหน่วยทางสังคมระบบรากฐานของการยึดโยงผู้คนเข้าด้วยกัน ความสัมพันธ์ภายในชุมชนและอัตลักษณ์ที่แตกต่างกันย่อมกระทบต่อผู้คนและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเช่นกัน

ผลการประเมินการจัดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุยังเป็นไปด้วยความล่าช้าเมื่อเทียบกับอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศ รวมทั้งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ผ่านเป้าหมายตามเกณฑ์ชี้วัดและอัตราของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (healthy aging) ของไทยยังต่ำกว่าเป้าหมาย[1] การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจะประสบความสำเร็จนั้นจึงไม่ได้เกิดจากบุคลากร ทางสาธารณสุขอย่างเดียว แต่เป็นการร่วมคิดร่วมทำของหลายภาคส่วนเมื่อนำศักยภาพของแต่ละองค์กรมาช่วย จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้อย่างครอบคลุม[3] การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนจึงเป็นความจำเป็น ซึ่งการประเมินความต้องการจำเป็น เป็นกระบวน

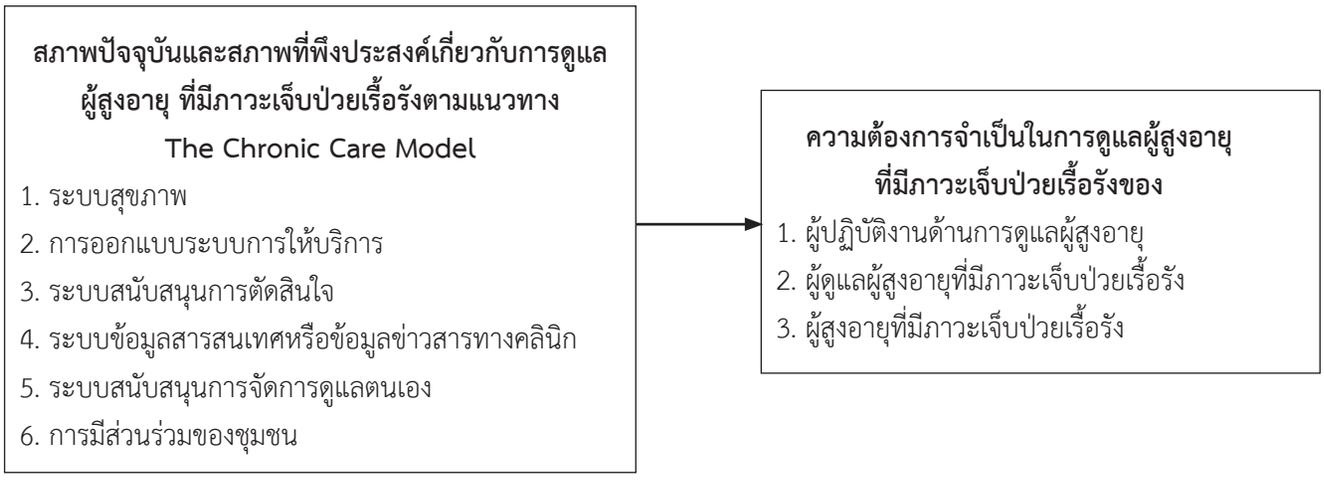
การที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบหรือองค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยกำหนดแนวทางแก้ไขสิ่งที่ต้องการจำเป็นให้ถึงเป้าหมายแล้วหาช่องว่างระหว่างสภาพที่เกิดขึ้นจริงกับสภาพที่ควรจะเป็นเพื่อแก้ไขจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาจัดเรียงลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วน และความเหมาะสมเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาต่อไป[4] จะทำให้การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและเป็นความต้องการตามบริบทของพื้นที่ เห็นช่องว่างชัดเจนในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการประเมินความต้องการจำเป็นโดยประเมินสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model) ซึ่งมีองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ[5] ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ (health system) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (clinical information systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (self-management support) 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (community) กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2565 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) และกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) บุคคลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือผู้ปฏิบัติงานใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน แพทย์ผู้ทำการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรปกครองท้องถิ่น 1 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver: CG) 4 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จาก 13 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวม 26 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ประชากรหลักร้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จาก อสม. ทั้งหมด 168 คน รวมบุคคลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งหมด 34 คน 2) บุคคลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังใน

ครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 30 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน จำนวน 30 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ประชากรหลักร้อยใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 และใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งหมด 193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาอุปสรรค ความต้องการในการพัฒนาสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน แบบสัมภาษณ์แต่ละกลุ่มแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมองค์ประกอบหลักรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 6 ด้าน ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และคำถามปลายปิดสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนี้ 1) แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงาน 36 ข้อ 2) แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล 12 ข้อ และ 3) แบบประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 12 ข้อ โดยกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนความคิดเห็นตามสภาพปัจจุบันและสภาพที่ พึงประสงค์ 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด 4 หมายถึง ระดับมาก 3 หมายถึง ระดับปานกลาง 2 หมายถึง ระดับน้อย และ 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด การแปลความหมายของค่าคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยแบบประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนของผู้ปฏิบัติงาน แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล และแบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง .60 -1.00 จึงนำไปทดลองเก็บข้อมูล (try out) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน โดยใช้ผู้ประเมิน 2 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยหาค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา (Cohen’s kappa coefficient) มีค่าเท่ากับ .89, .84 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมกรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสจริยธรรมเลขที่ UBU RCE 156/2564 วันที่ให้การรับรอง 5 มกราคม 2565 – 4 มกราคม 2566 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมด้วยตนเอง และการนำเสนอผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ บุคคลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังใช้การสนทนากลุ่ม (focus group)

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลสภาพปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และ 3) ข้อมูลความต้องการจำเป็นใช้การวิเคราะห์ดัชนีความสำคัญ

ของลำดับความต้องการจำเป็น (modified priority needs index: PNI modified)

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน 3 ประเด็นหลักสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวขาดผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์และการสนับสนุนที่เพียงพอ 2) ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ขาดคู่มือเอกสารการดูแลและจัดการตนเองเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุกรณีเจ็บป่วย สารสนเทศที่เข้าถึงง่ายสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแล เช่น การได้ยินและการมองเห็นลดลง เป็นต้น 3) ด้านการมีส่วนร่วมของสังคม สภาพชุมชนและสังคมที่ยังไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ขาดการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมชัดเจน และสภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยท้อแท้ สิ้นหวัง บางรายซึมเศร้าจากการอาศัยอยู่โดยลำพัง

2. ความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนตามมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ แนะนำข้อมูลด้านสุขภาพ การดูแลตัวเองและการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองในภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองเบื้องต้น จัดอบรมแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุให้กับชุมชนหรือครอบครัว เพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และมีระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิกที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีแกนนำสุขภาพชุมชนและองค์กรประสานงานที่เข้มแข็ง จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพทุกหมู่บ้าน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ มีระบบการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการระบบสุขภาพที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมนำมาปฏิบัติได้และให้บริการรวดเร็ว เพิ่มบุคลากรทางการพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลที่ทั่วถึงมีการติดตามเยี่ยมได้อย่างต่อเนื่องและมีนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแล

3. ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความคิดเห็นต่อสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีดังนี้

3.1 ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงาน 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่หน่วยงาน อบต. และ 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เรียงลำดับความสำคัญของข้อมูล (PNI modified) ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงาน

รายการประเมินความต้องการจำเป็น	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=4)		CG, อสม. (n=30)	
	PNI modified	ลำดับ	PNIPNI modified	ลำดับ
1. ระบบสุขภาพ (health system)	.217	6	.071	4
2. การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design)	.311	4	.072	3
3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support)	.313	3	.074	2
4. ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (clinical information systems)	.337	2	.052	5
5. ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (self-management support)	.268	5	.050	6
6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (community)	.352	1	.119	1

จากตารางที่ 1 ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงานจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงาน พบว่า 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความต้องการด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มากที่สุด (PNI modified = .352) รองลงมาคือ ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (PNI modified = .337) 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความต้องการด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมากที่สุด (PNI modified= .119) รองลงมา คือ ด้านระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (PNI modified = .074)

3.2 ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเรียงลำดับความสำคัญของข้อมูล (PNI PNI modified) ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (n=30)

รายการประเมินความต้องการจำเป็น	สภาพปัจจุบัน			สภาพที่พึงประสงค์			PNI modified	ลำดับ
	(M)	SD	แปลผล	(M)	SD	แปลผล		
1. ท่านได้รับทราบถึงนโยบายหรือแนวทางการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ รพ.สต. หรือหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	3.47	1.34	ปานกลาง	4.23	1.20	มาก	0.221	7
2. ท่านได้รับการสื่อสารบอกกล่าวข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวจากทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ	3.57	1.24	มาก	4.20	1.14	มาก	0.178	9
3. ท่านมีส่วนร่วมวางแผนตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัว	3.90	0.98	มาก	4.17	1.10	มาก	0.068	12
4. ท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เอื้ออำนวย และสะดวกต่อการจัดการภาวะเจ็บป่วยและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัว	3.27	1.32	ปานกลาง	4.23	1.33	มาก	0.296	5
5. ท่านมีคู่มือการดูแล/วิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัว	3.00	1.39	ปานกลาง	4.33	1.07	มาก	0.444	1
6. มีเทคโนโลยีสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การให้คำปรึกษา การแจ้งเตือนอื่นๆที่ตรงกับความต้องการของท่าน	2.93	1.33	ปานกลาง	4.00	1.26	มาก	0.364	2
7. ทีมสุขภาพมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวท่านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	3.70	1.26	มาก	4.37	1.02	มาก	0.180	8
8. มีการประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวท่านอย่างต่อเนื่อง4	3.30	1.48	ปานกลาง	4.30	1.10	มาก	0.303	
9. มีระบบสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวท่าน	3.33	1.50	ปานกลาง	4.27	1.06	มาก	0.280	6
10. เจ้าหน้าที่/ทีมสุขภาพมีการจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับท่านอย่างสม่ำเสมอ	3.23	1.90	ปานกลาง	4.40	1.08	มาก	0.361	3
11. ท่านสนับสนุนส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวท่านเข้าร่วมกิจกรรมชมรมหรือรวมกลุ่มกิจกรรมในชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการภาวะเจ็บป่วยและการดูแล	3.90	1.85	มาก	4.57	1.05	มากที่สุด	0.171	10
12. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวท่านมีทรัพยากรบุคคลในชุมชนที่คอยช่วยเหลือและเอื้อต่อการจัดการภาวะเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง เช่น เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน	3.90	1.87	มาก	4.40	1.05	มาก	0.128	11

จากตารางที่ 2 ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล พบว่า มีความต้องการมีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ/วิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัว มากที่สุด (PNI modified = .444) รองลงมาคือต้องการมีเทคโนโลยีสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถแจ้งเตือนกำหนดวันนัดการให้คำปรึกษา การแจ้งเตือนอื่นๆ ที่ตรงกับความต้องการ (PNI modified = .364) และเจ้าหน้าที่/ทีมสุขภาพมีการจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ (PNI modified= .361) ตามลำดับ

3.3 ความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า มีความต้องการมีเทคโนโลยีสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การให้คำปรึกษา การแจ้งเตือนอื่นๆ ที่ตรงกับความต้องการ มากที่สุด (PNI modified = .352) รองลงมาคือต้องการได้รับทราบถึงนโยบายหรือแนวทางการในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ รพ.สต. หรือหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (PNI modified = .315) และต้องการมีคู่มือการดูแลตนเอง วิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง (PNI modified = .176) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนที่สำคัญ คือบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการจะจัดการระบบบริการ ครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุนั้นกำลังคนจำเป็นจะต้องมีความหลากหลาย และผสมผสานทักษะระหว่างกำลังคนหลัก แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ จากอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของรูปแบบการดำรงชีวิตตามลำพังของผู้สูงอายุห่างไกลจากลูกหลานและญาติพี่น้องเป็นความเปราะบางที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้ในปัจจุบัน[6] รวมทั้งสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การได้ยินและการมองลดลงเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารทำความเข้าใจการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และการเคลื่อนไหวการทรงตัว ไม่มีประสิทธิภาพยังผลในการมาตรวจตามนัดมีความยากลำบากตลอดจนปัญหาการหลงลืมการปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้อง ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญ[7]

ความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังตามมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนครอบครัวและภาคีเครือข่ายต่างๆ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐให้มีระบบ การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการระบบสุขภาพที่ชัดเจนซึ่งสอดคล้องกับกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์[8] ทั้งนี้เมื่อพิจารณาลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นชี้ให้เห็นว่า ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ปฏิบัติงาน มีความต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มากที่สุด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สังคม ให้สามารถสนองตอบต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการมีเครือข่ายทางสังคมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ[9] การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นและทำให้เกิดกระบวนการดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง[10] รองลงมาคือ มีความต้องการด้านระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิกซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 – 2568 [8] ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้คนไทยเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบยั่งยืนเป็นเป้าหมายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาระบบสารสนเทศให้รองรับการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในภาพรวมทั้งหมดและนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัล เข้ามาใช้ในการจัดการตามกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 building blocks of a health system)

ความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล พบว่า มีความต้องการมีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ วิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในครอบครัวมากที่สุด และ มีเทคโนโลยีสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถแจ้งเตือนกำหนดวันนัดการให้คำปรึกษา การแจ้งเตือนอื่นๆ ที่ตรงกับความต้องการสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถดูแลจัดการภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น และต้องการกิจกรรมที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพ ที่ดีกับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว[11] รวมถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน[12] ความต้องการจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า มีความต้องการมีเทคโนโลยีสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถแจ้งเตือนที่ตรงกับความต้องการมากที่สุดซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการในการดูแลตนเองได้เบื้องต้นในการเข้ารับการตรวจตามนัด สามารถขอคำแนะนำวิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองเบื้องต้นได้ การได้รับคำแนะนำความรู้ในการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ[9] การดูแลจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ[13] นอกจากนี้เทคโนโลยียังช่วยในการติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ชุมชน และสังคมช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และก่อให้เกิดการเรียนรู้ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลทันเวลา

และกว้างขวางที่สำคัญผู้สูงอายุได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำข้อมูลความต้องการจำเป็นซึ่งสอดคล้องกับปัญหาความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังกำหนดเป็นแนวทางการดูแล โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมเทคโนโลยีและนวัตกรรม การจัดการระบบสารสนเทศทางด้านสาธารณสุขให้สามารถเข้าถึงข้อมูลง่าย และคำนึงถึงการจัดสรรกำลังคนบุคลากรอย่างเพียงพอ

2. สามารถนำข้อมูลความต้องการจำเป็นนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลและวิธีการจัดการภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้กับชุมชน ครอบครัว ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการประเมินติดตามเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการส่งเสริมความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ

References

1. Kumsuchat S. Health problems and health care need among Thai elderly: poly recommendations. Journal of Health Science 2017;26(6):1156 - 64. (in Thai)
2. Sihapark S, Chuengsatiansup K, & Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Bangkok: Health Systems Research Institute and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2013. (in Thai)
3. Khungtumneam K. Community health care process: the role of community nurse. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016;27(2): 140-8. (in Thai)
4. Chinpitakwattana K. Needs assessment of caregivers' educaring infants and toddlers in child care center [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
5. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37(2):154-9. (in Thai)
6. Artsanthia J, & Pomthong R. The trend of elderly care in 21st century: challenging in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):39-46. (in Thai)
7. Ghimire K, & Dahal R. Geriatric care special needs assessment. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2024.
8. Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary. Digital health strategy, Ministry of public health (2021–2025). Bangkok: Ministry of Health; 2021. (in Thai)
9. Sithikan W, Moolphate S, & Jaitae S. Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in Banhong Subdistrict Municipality, Banhong District, Lamphun. Lampang Medical Journal. 2018;38(2):49–58. (in Thai)
10. Samantarath T. Development of a home visit model using 3 Tor control for bed-bound older adults. Journal of Nursing, Siam University. 2018;19(36):35–48. (in Thai)
11. Rattanosot C. Factors related to family care for the elderly in Suphan Buri. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2016. (in Thai)
12. Sutthilak C, 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)
13. Ponpumma L, & Yodprasert T. Health promotion behavior among elderly person in Bansuan Sub-District, Chon Buri Province. Journal of Health Science. 2019;28(2):236-43. (in Thai)

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะช็อก ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

Development and Evaluation of Nursing Practice Guidelines to Prevent Shock in Patients with Septicemia at Makarak Hospital, Kanchanaburi Province

วานิสสา บุญเลิศ[1] ศิรเมศร์ โภโค*[2] วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ[2]
Wanissa Boonlert[1] Siramet Poko*[2] Wasana Subprasert[2]
[1]โรงพยาบาลมะการักษ์ กาญจนบุรี ประเทศไทย 71120
[1]Makarak Hospital, Kanchanaburi, Thailand 71120
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี ประเทศไทย 12160
[2]Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani, Thailand 12160

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 3) ประเมินผลและเผยแพร่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 2 กลุ่ม 1) พยาบาลวิชาชีพ 40 คน 2) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คนเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และ 0.70 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตโดยใช้อัตราส่วนร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้คะแนนการปฏิบัติของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จาก 143.24 เพิ่มขึ้น 147.56 และพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนร้อยละการเกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate nursing practice guidelines to prevent shock in patients with Septicemia at Makarak Hospital, Kanchanaburi Province. The study comprised three phases: 1) development of nursing practice guidelines, 2) implementation of the guidelines, and 3) evaluation and dissemination. The sample consisted of two purposively selected groups: 1) 40 professional nurses, and

Corresponding Author: *E-mail: siramet.p@siu.ac.th

วันที่รับ (received) 13 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ธ.ค. 2567

2) 44 patients with sepsis, equally divided into an experimental group (22 patients) and a control group (22 patients). The research instruments included the newly developed nursing practice guideline, a post-implementation outcome recording form, and an observation checklist for adherence to the guideline. The content validity and overall reliability of the instruments were 0.84 and 0.70, respectively. Data were collected between October 2023 and January 2024. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), paired t-tests to compare nursing performance before and after using the guideline, and percentage ratios to compare the incidence of shock and mortality rates.

The results indicated that after the implementation of the nursing practice guidelines, the nurses' practice scores increased significantly ($p<.05$) rising from 143.24 to 147.56. Furthermore, the experimental group had lower percentages of both shock occurrence and mortality compared to the control group. In conclusion, the nursing practice guidelines developed in this study were effective in preventing and reducing mortality from Septic shock in patients with bloodstream infections.

Keywords: Nursing practice guidelines, Septic shock, Patients with Septicemia

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เป็นผลจากการอักเสบที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายและเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome; MODS) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั่วโลก[1] ประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2561[2] พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อกระแสโลหิตประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และผู้ป่วยเสียชีวิต 45,000 ราย/ต่อปี อัตราตายร้อยละ 32.03 พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ทุก 3 นาที สรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง[3] จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตถ้าได้รับการตรวจและ วินิจฉัยโรคถูกต้องและรวดเร็วรวมทั้งมีการวางแผนและการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตจะ ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[4,5,6]

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่ามีสถิติผู้ป่วยติดเชื้อและติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง (Sepsis และ severe sepsis) ซึ่งไม่รวมสถิติผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อแล้วนั้น (Septic shock) มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเท่ากับ 199, 292 และ 362 รายต่อปี ตามลำดับ การรับไว้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลจนเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 34.68, 38.01 และ 39.22 สูงขึ้นตามตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 52.94 , 51.35 และ 49.29 ตามลำดับ[7] จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกจากระบบหรือขั้นตอนการทำงานขององค์กร (Root cause analysis) การพยาบาลที่ใช้อยู่เดิมมี 1. การประเมินแรกรับผู้ป่วย 2. การดูแลโดยการให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อและติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง (Severe sepsis/Septic shock) เกิดจากการขาดการประเมิน (Assessment) และการประเมินซ้ำ (Re-assessment) ในกลุ่มผู้ป่วย sepsis จนกลายเป็น Severe sepsis และ Septic shock ขาดการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย การประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะปฏิบัติ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย[8] โรงพยาบาลมะการักษ์จึงกำหนดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการในปี 2565-2567 สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโดยงานบริการพยาบาล[2] พัฒนาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิตโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการ

พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย National Health and Medical Research Council (NHMRC)9 ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศร่วมกับการกำกับดูแลและส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและการทบทวนสถิติผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยการทบทวนเวชระเบียนมาใช้ในการวางแผนพัฒนารูปแบบที่ได้ลงสู่การปฏิบัติจริง

การศึกษานี้จึงมุ่งให้ความสำคัญต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการใช้แนวปฏิบัติ The Sepsis Seven Care bundles (SSC care bundles)[10] โดยมีการประเมินแรกรับ การดูแลภายใน 1 ชั่วโมงแรก การส่งต่อผู้ป่วย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อให้มีความปลอดภัย โดยการมีส่วนร่วมของแพทย์และพยาบาล การพัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากร โดยคาดหวังให้เกิดผลลัพธ์ในการลดอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเปรียบเทียบจำนวนร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และจำนวนร้อยละผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติ
2. จำนวนร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตและอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มความคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย National Health and Medical Research council (NHMRC)9 ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาวิเคราะห์และร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การกำหนดขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก 3) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตประกอบด้วย 4 หมวดกิจกรรม คือ (1) การประเมินแรกรับ (2) การดูแลภายใน 1 ชั่วโมงแรกโดยใช้ Sepsis Seven Care bundles (SSC care bundles)10 (3) การส่งต่อผู้ป่วย (4) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 4) ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 6) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือของแนวปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การจัดอบรม 2) การอภิปรายร่วมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 4) การติดโปสเตอร์เตือน และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและเผยแพร่การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติจริง ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 3) อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 184 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมทั้งหมดในโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) จำนวน 40 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และ (3) มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ยุติการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมทั้งหมด โรงพยาบาลมะการักษ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 จำนวน 44 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาในกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หากพบว่าการพยาบาลตามแนวปฏิบัติส่งผลต่อเสียต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยจะยุติการศึกษาทันที

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยยใช้โปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่า Effect size conventions (p) สำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่15 เท่ากับ .50 ค่า p-value เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ Power (1-β) เท่ากับ .80 (มาจากกำหนดค่า β ร้อยละ 20 ได้ค่า Power ร้อยละ 80) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 34 คน ผู้วิจัยได้กำหนดเผื่อ Drop out 30% (10.2) รวมเป็น 44.2 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน ดังนั้นจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบ 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ชุดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สิทธิการรักษา (2) แบบบันทึกผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส โลหิต ประกอบด้วย 4 ข้อ 1. การได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก 2. การเกิดภาวะ Septic shock 3. ผลการรักษา และ 4. สถานะจำหน่าย 2) ชุดเก็บข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน (2) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 4 ข้อหลัก เป็นข้อเลือกบันทึกปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ ได้แก่ แบบปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แพทย์ด้านอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลชำนาญพิเศษห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 15 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ค่า Cronbach's alpha coefficient ทั้งฉบับเท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ 282 เลขที่การวิจัย 38/66 อนุมัติวันที่ 27 กันยายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและละทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติของพยาบาล และผลลัพธ์ของผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิต โดยใช้แนวปฏิบัติเดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ, เพศ, ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเริ่มนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยผู้วิจัยสังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระดับความถูกต้องและประสิทธิภาพในการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติใหม่ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตในช่วงเวลานี้เพื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติใหม่ 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินผล 1) การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยประเมินผลจากแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ 2) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยผู้วิจัยประเมินได้จากแบบบันทึกผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติหรือฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล 3) อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยประเมินได้จากแบบบันทึกผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติหรือฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการ

พยาบาลที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในรูปแบบอัตราร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ผู้วิจัยพัฒนาพบว่า ในหมวดที่ 1 การประเมินแรกรับ พบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early Recognition) เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษาและการฟื้นฟู มีระบบประเมินหมุนเวียนผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว หมวดที่ 2 การดูแลภายใน 1 ชั่วโมงแรก โดยนับตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาถึงจุดคัดแยกของโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะช็อก และลดอัตราการเสียชีวิต พบว่าใช้ชุดการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต Sepsis Surviving Campaigns (SSC) 2018 และปฏิบัติตามกรอบของ Six-Hour Bundles สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ หมวดที่ 3 การส่งต่อผู้ป่วยโดจภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 1 ชั่วโมงแรก มีการประเมินสัญญาณชีพและ SOS score ผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งที่ภายใน 1-2 ชั่วโมง โดยมีแนวทางการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วขึ้น หมวดที่ 4 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยประเมินสัญญาณชีพและ SOS score เป็นการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วย ทำให้ประเมินแจ้งให้แพทย์รับทราบได้อย่างรวดเร็วและพยาบาลเฝ้าระวังใกล้ชิด

พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 94.6 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองลงมาหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.3 และห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 18.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 55.4 อายุงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.2 และไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติคิดเป็น ร้อยละ 71.6

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.7 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีโรคร่วมประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ด้านผลลัพธ์หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock ขณะเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 60 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต คิดเป็นร้อยละ 43.3 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.7 ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock ขณะเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 10 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต คิดเป็นร้อยละ 3.3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (n=40)

คะแนนการปฏิบัติ	การปฏิบัติ				t-test	P-value
	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต	143.24	5.56	147.56	6.10	-4.53	0.00*

*p< .05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 143.24 เป็น 147.56 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบ จำนวนร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และร้อยละผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=44)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติ	การปฏิบัติ			
	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดภาวะ Septic shock ขณะเข้ารับการรักษา	18	81.81	3	13.63
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต	13	59.09	1	4.54

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น พบว่าในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 13.63 น้อยกว่า กลุ่มควบคุม ร้อยละ 81.81 และเปรียบเทียบจำนวนร้อยละผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 4.54 น้อยกว่า กลุ่มควบคุม ร้อยละ 59.09

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการศึกษาที่ว่าการปฏิบัติถูกต้องของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในระยะก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นจาก 143.24 เป็น 147.56 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าจุดเด่นของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย หมวดที่ 1 การประเมินแรกรับ หมวดที่ 2 การดูแลภายใน 1 ชั่วโมงแรก หมวดที่ 3 การส่งต่อผู้ป่วย และหมวดที่ 4 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งสร้างจากสภาพปัญหาจริงจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลมะการักษ์ มีการทดสอบหาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง มีการชี้แจงทบทวนและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยต่าง ๆ ให้รับทราบโดยทั่วกัน และรูปแบบแสดงเป็นขั้นตอนสามารถสื่อสารเข้าใจง่าย รวมถึงมีการประเมินผล การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอน เพื่อให้การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อนำไปใช้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะและได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย ได้รับการบริหารสารน้ำถูกต้องทันเวลา ได้รับการดักจับและจัดการภาวะช็อกได้ดีขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลผู้เริ่มต้นงานใหม่หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[11] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ก่อนการพัฒนาการใช้แบบประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิด SOS Score มีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ 6.0 (IQR=3.0) คะแนนอยู่ระหว่าง 4-10 คะแนน

ความรู้หลังการพัฒนามีค่ามัธยฐาน 10.0 (IQR=0.0) หลังการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า หลังการอบรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)[12]

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า การเกิดภาวะ Septic shock ขณะเข้ารับการรักษา และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นตามหลักการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที ทั้งด้านการประเมินแรกรับอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับหรือเริ่มมีอาการ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำตามแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ช่วยลดความรุนแรงของโรค และอาการทรุดลงระหว่างการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปทุมราชวงศา ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) การสื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) การกำกับติดตามประเมินอาการผู้ป่วย[16] และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิต หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน แบ่งเป็น 3 ระยะ ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสโลหิต ระยะที่ 3 หลังการใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและได้รับการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลง[13] และการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลวาปีปทุม พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต 2) มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 3) มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเข้าระบบบริการช่องทางด่วน 4) กำหนดแผนการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 5) กำหนดแนวทางการพยาบาลภาวะช็อก 6) มีระบบการให้คำปรึกษาแม่ข่าย-ลูกข่าย 7) กำหนดการลงข้อมูลการวินิจฉัยโรค และ 8) ทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลงและไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต[14] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ มาตรฐานการคัดกรอง การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ตลอดจนลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยควรมีการทบทวนองค์ความรู้และพัฒนาความรู้ทางวิชาการ และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงประสานกับเครือข่าย มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตามมาตรฐาน ติดตามผลลัพธ์และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านวิชาการ ควรมีการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เป็นต้นแบบ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคิดเชื้อในกระแสโลหิตให้มีคุณภาพ เพื่อให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตมีมาตรฐานสูงขึ้น

4. ความมีการเตรียมความพร้อมก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยการอบรมการใช้แนวปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเพิ่มเติม เช่น ระยะเวลาการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต อัตราการนอนโรงพยาบาล และการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล

2. ควรมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องการพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม และทันสมัยตามสถานการณ์ลดอัตราการเสียชีวิตได้

References

1. World Health Organization. Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Ministry of Public Health. Mortality rate in Community Acquired Sepsis. Health Data Center: HDC; 2019. (in Thai)
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Indicators of the Ministry of Public Health for the fiscal year 2023; 2023. (in Thai)
4. Boonsuk N. The result of using practice guidelines for patients with sepsis at Koh Samui Hospital. Mahachula Nakhonthani Journal. 2023;10(7): 286-96. (in Thai)
5. Phromprasit N. The result of using nursing practice guidelines for patients with sepsis in the emergency department at Chiang Kham Hospital, Phayao Province. Journal of Academic and Public Health Development Systems. 2023;1(2):31-42. (in Thai)
6. Ruksanaves S. The effect of using nursing practice guidelines for patients with sepsis in the female medical ward at Phatthalung Hospital. Thaksin University Journal of Health Science. 2020;2(2):70-80. (in Thai)
7. Medical Records and Statistics Unit. Number of sepsis patients at Makharak Hospital. Medical Records and Statistics Unit, Makharak Hospital, Kanchanaburi Province; 2022. (in Thai)
8. Critical Care Medicine Society. Severe Sepsis and Septic Shock treatment guidelines (draft version). Bangkok: Critical Care Medicine Society of Thailand; 2015.
9. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines; 1999.
10. Levy MM, Evans LE, & Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 2018;44(2):25-8.
11. Phanwithayakul J, & Maneeprai J. Development of nursing care models for patients with sepsis. Journal of Nursing Division. 2018;45(1): 86-104. (in Thai)
12. Changlek S. The effect of developing knowledge and skills of professional nurses in assessing sepsis patients at Phonphisai Hospital, Nong Khai Province. Journal of Nursing, Health, and Education. 2021;4(2):4-10. (in Thai)
13. Rodjinda S. Development of a care system for sepsis patients at Nan Hospital. Journal of Cardiac and Thoracic Nursing. 2020;31(1): 212-31. (in Thai)
14. Kiattimanaroj A. Development of a care model for patients with sepsis at Wapi Pathum Hospital. Journal of Academic Office of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2021;5(9):27-37. (in Thai)
15. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge;1977.
16. Wilairat U, Thongkamrod R, Prasertsri N. Development of a care model for patients with bloodstream infections in inpatient units at Pathum Ratchawongsa Hospital. Royal Thai Army Nursing Journal. 2023;24(1): 378-87. (in Thai)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

Perceived Health Status of the Service Recipients in the Marketing Mix Affects the Decision to Choose the Annual Health Check up Service at the Thammasat Health Check-up Center

นันทนา แสนสุข* ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย
Nantana Saensuk* Tippawan Hansakunachai
หน่วยงานรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, ปทุมธานี, ประเทศไทย 12120
Health Check-up Center, Thammasat Hospital, Pathumthani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 303 คน ผลการวิจัยพบว่าภาพรวมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรมและด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ในระดับมาก ส่วนประสมทางการตลาดมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ด้านการให้บริการ ผลิตภัณฑ์ ด้านสถานที่ ช่องทางในการให้บริการ ด้านราคา ด้านกระบวนการ ด้านอาคารสถานที่ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการส่งเสริมการตลาด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ส่วนประสมทางการตลาด, บริการตรวจสุขภาพประจำปี

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to: 1)study the perception of health status among service recipients, and 2)examine the marketing mix factors affecting the decision to use annual health examination services. Data were collected form 303 health examination services recipients.

Results indicated that perceptions of disease risk and severity, driven by behavior, were at the highest level. Perceived benefits of the annual health check-up and the recognition of obstacles also scored high. The marketing mix-encompassing services, products, locations, pricing, processes, facilities, and personnel-significantly influenced the decision to utilize the annual health check-up service. Overall, marketing promotion

Corresponding Author : * E-mail : t_bunlirs@hotmail.com
การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับ (received) 21 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 พ.ย. 2567

was also perceived positively.

Keywords: perceived health status, marketing mix, annual health check-up

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติได้กำหนดให้กลยุทธ์หนึ่งของการสร้างความสามารถในการแข่งขันด้านการบริการทางการแพทย์ครบวงจร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ลดต้นทุนการรักษาพยาบาล และยกระดับการบริการด้านการแพทย์ให้มีคุณภาพในระดับสากล การสร้างความสามารถในการแข่งขันในประเทศ ได้แก่ 1) การผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ 2) การผลิตเภสัชภัณฑ์ 3) การพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ในการให้คำปรึกษาวินิจฉัยและพยากรณ์การเกิดโรคล่วงหน้า 4) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกล 5) ระบบการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน[1] ในส่วนของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้กำหนดเป้าหมายแผนการขยายบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องเพื่อรองรับการขยายบริการทางการแพทย์จากเดิมเป็นโรงพยาบาลขนาด 750 เตียงเป็น 1,000 เตียง ในปีงบประมาณ 2566-2570 และรองรับผู้ป่วยนอกได้ประมาณ 1.4 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 5,400 คน และผู้ป่วยในประมาณ 37,500 คนต่อปี จากเดิมรองรับผู้ป่วยนอกได้ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 4,200 คน และผู้ป่วยในประมาณ 33,959 คนต่อปี วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์และช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนพื้นที่บริการสุขภาพในระดับภูมิภาคในภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางตอนบน แบ่งเบาภาระจำนวนผู้ป่วยจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในการให้บริการ ดูแล รักษาและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยอย่างครบวงจร มุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศ มีมาตรฐานได้รับการยอมรับในระดับสากล สามารถดำเนินการเลี้ยงตัวเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

งานรักษ์สุขภาพเป็นหน่วยงานหนึ่งในองค์กรที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยมีศูนย์ตรวจสุขภาพเป็นงานหลักขอบเขตการให้บริการรับผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ขอใบรับรองแพทย์ ตรวจคัดกรองโควิดในกลุ่มความเสี่ยงต่ำและตรวจสุขภาพประจำปีแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี 1,408 คน, 1,394 คนและ 1,337 คน (ถึงเดือนกรกฎาคม) ตามลำดับ ซึ่งการดำเนินงานตรวจสุขภาพประจำปีและการพัฒนาคุณภาพของศูนย์ตรวจสุขภาพได้เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการบริการ พบว่าผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีว่าเป็นการสิ้นเปลืองไม่คุ้มกับเวลาในการรอคอย ราคาในการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมสูงเกินไป จากข้อมูลหน่วยงานยังไม่มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในการตรวจสุขภาพประจำปี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการตัดสินใจตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ขาดการมองเห็นอย่างเป็นรูปธรรมจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ให้เกิดความชัดเจนและตอบสนองความต้องการที่เป็นปัจจุบัน

จากประเด็นดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ซึ่งจะนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาโปรแกรมตรวจสุขภาพในเชิงลึกเฉพาะรายบุคคล สมเหตุสมผล คุ้มค่าราคาสำหรับการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแล้วต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา เนื่องจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกำกับของรัฐ มีความพร้อมและศักยภาพการให้บริการที่สูงโดยมีพันธกิจหลักให้บริการที่เป็นเลิศด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู การป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ แก่ประชาชน อนาคตการขยายการบริการที่ตอบสนองความต้องการจะเพิ่มความประทับใจด้านการบริการจนกลับมาใช้บริการซ้ำที่ตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

สมมติฐาน

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่แตกต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

2. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่แตกต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ[3] ตรวจสุขภาพประจำปีของศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ร่วมกับแนวคิดส่วนประสมทางการตลาด[4] โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพแบบโปรแกรมตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ในปี พ.ศ. 2564 มีทั้งหมด 1,394 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยกำหนดจากลำดับคิวเลขคู่ในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีแบบโปรแกรมสุขภาพตรวจสุขภาพที่ศูนย์ตรวจธรรมศาสตร์ คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 303 คน เก็บข้อมูลเดือนกันยายน- พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 015/2566 รับรอง ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2566 อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ประวัติการมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่รพธ. แหล่งข่าวด้านสุขภาพ และโปรแกรมตรวจสุขภาพที่เลือกตรวจ จำนวน 13 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percent)

2) แบบสอบถามปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี[5] ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 34 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์เป็นรายด้านและภาพรวม โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3) แบบสอบถามปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประสมทางการตลาด[6] ประกอบด้วยคำถาม 7 ด้าน คือ ด้านบริการ/ผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านสถานที่และช่องทางการให้บริการ ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการและด้านอาคารสถานที่ จำนวน 24 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์เป็นรายด้านและภาพรวม หากพบความแตกต่างที่เกิดขึ้นต้องทำการเปรียบเทียบเชิงซ้อน โดยใช้วิธี LSD (Fisher's Least-Significant Different)

คุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาไว้สมบูรณ์แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการทำวิจัยและการตรวจสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขด้านงานเวชกรรมสังคมและงานสุขศึกษา 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขหลังจากตรวจความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงเช่นเดียวกับ

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาวิจัยที่อยู่นอกกลุ่มตัวอย่างจริง ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 303 คน ตอบแบบสอบถามกระดาษจำนวน 218 คนและแบบสอบถาม Google form จำนวน 85 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพ อื่น ๆ อาทิ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และเกษตรกร จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มารับการบริการโดยจ่ายเอง จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเนื่องจากไม่เคยตรวจ จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 79.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยมารับบริการ จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ไม่ระบุ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ส่วนใหญ่มารับการบริการทราบจากเว็บไซต์ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 และส่วนใหญ่มารับบริการตรวจสุขภาพด้วยโปรแกรมที่มีราคาขนาดกลาง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4

พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ภาพรวมด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพและด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ภาพรวม (n = 303)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม	4.63	.54	มากที่สุด	1
2. ด้านการรับรู้โอกาสที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรม	4.53	.56	มากที่สุด	2
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี	3.80	.63	มาก	3
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี	2.92	1.06	มาก	4
ภาพรวม	**4.06**	**.44**	**มาก**	**-**

พบว่าส่วนประสมทางการตลาดตรวจสุขภาพ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับส่วนประสมทางการตลาดตรวจสุขภาพประจำปี (n = 303)

ระดับส่วนประสมทางการตลาด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	อันดับ
1. ด้านบริการ/ผลิตภัณฑ์	4.66	.58	มากที่สุด	3
2. ด้านราคา	4.42	.66	มากที่สุด	5
3. ด้านสถานที่และช่องทางการให้บริการ	4.35	.73	มากที่สุด	6
4. ด้านการส่งเสริมการตลาด	3.89	.89	มาก	7
5. ด้านบุคลากร	4.44	.59	มากที่สุด	4
6. ด้านกระบวนการ	4.75	.43	มากที่สุด	2
7. ด้านอาคารสถานที่	4.79	.35	มากที่สุด	1
ภาพรวม	**4.47**	**.44**	**มากที่สุด**	**-**

ประจำปี ด้านการให้บริการ ผลิตภัณฑ์ ด้านสถานที่ ช่องทางในการให้บริการ ด้านราคา ด้านกระบวนการ ด้านอาคารสถานที่ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการส่งเสริมการตลาดอยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการมีการรับรู้โอกาสที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรม โดยรับรู้ว่าภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวานได้ รับรู้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็งได้ การสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและมะเร็งปอดได้ รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม โดยรับรู้ว่าการป่วยเป็นโรคมะเร็งทำให้สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตเสื่อมโทรม และการเป็นมะเร็งสามารถลุกลามไปตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ นอกจากนี้ยังรับรู้ว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามจะเจ็บปวด และทุกข์ทรมานมาก อีกทั้งยังมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ในทางลบ จำนวน 4 ข้อ จากการรับรู้จะส่งผลให้เกิดการผลักดัน การหลีกเลี่ยงและมองไม่เห็นถึงความจำเป็นว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ ถึงแม้ว่าไม่มีการเจ็บป่วย และการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้อย่างทันท่วงทีได้ก็ตาม ในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา/สูบบุหรี่ เป็นประจำ หรือเป็นโรคอ้วน ควรไปตรวจสุขภาพอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบได้อย่างทันท่วงที ตลอดจนผู้รับบริการมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี โดยรับรู้ว่ามีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากทำให้ไม่ค่อยมีเวลามารับการตรวจสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้การตรวจสุขภาพเป็นสิ่งที่สิ้นเปลือง จะตรวจเมื่อจำเป็นเท่านั้น รวมทั้งขั้นตอนในการเข้ารับการตรวจสุขภาพนั้นยุ่งยาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์[7] จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพการบริการมีความเห็นต่อความพอเพียงของบริการความเหมาะสมของโปรแกรมตรวจสุขภาพและความสะดวกในการรับบริการในระดับมาก นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมโปรแกรมตรวจสุขภาพจากเดิม และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลหนองบัวลำพู[5] เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คะแนนที่มากที่สุดคือ ด้านความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม คะแนนต่ำสุดคือ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพ คุณภาพการบริการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คะแนนที่มากที่สุดคือ ด้านการให้ความมั่นใจ คะแนนต่ำสุดคือ ด้านสภาพแวดล้อม ตามลำดับ

2. ส่วนประสมทางการตลาดมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้รับบริการเห็นว่าโรงพยาบาลมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน มีคุณภาพผลการตรวจรักษา โรงพยาบาลมีชื่อเสียงและมีภาพลักษณ์ที่ดีเป็นที่เชื่อถือของประชาชน โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการที่มีความเหมาะสม และค่ารักษา ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์มีความเหมาะสมกับคุณภาพ ตลอดจนโรงพยาบาลมีทำเลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เข้าถึงง่าย มีความสะดวกในการติดต่อสอบถามข้อมูลต่าง ๆ เช่น มีเจ้าหน้าที่รับโทรศัพท์ มีช่องทางการติดต่อผ่านทางระบบออนไลน์ การให้ข้อมูลบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลมีการแจ้งข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลให้ผู้รับบริการ มีการให้บริการทางอินเตอร์เน็ต เช่น แนวทางการตรวจรักษา และการจองคิวในการเข้ารับบริการ และการจัดกิจกรรมของโรงพยาบาล เช่นการออกหน่วยตรวจสุขภาพและให้ความรู้ต่าง ๆ ตลอดจนระยะเวลาในการชำระค่าบริการที่เหมาะสม มีระบบการลงทะเบียนสะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ และการรอเข้ารับบริการมีความรวดเร็ว บุคลากรมีความรู้ในการตอบข้อซักถามและแนะนำบริการได้เป็นอย่างดี และพยาบาลมีความเอาใจใส่และให้คำแนะนำแก่ท่านเป็นอย่างดี มีความเพียงพอของที่นั่งรอตรวจ มากที่สุด อาคารสถาน

ที่สะอาด ปลอดโปร่งอากาศถ่ายเทสะดวก และความสะอาดของห้องน้ำ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์[8] ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านอาคารสถานที่ รองลงมาคือปัจจัยด้านอุปถัมภ์ร้านค้า น้อยที่สุดคือปัจจัยด้านการส่งเสริมการตลาด นอกจากนี้แนวโน้มความต้องการของเลือกใช้บริการโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์มากที่สุดคือ ด้านช่องทางการติดต่อของการให้บริการ รองลงมาคือด้านการส่งเสริมการตลาดและด้านกระบวนการ และสอดคล้องกับงานวิจัยในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านส่วนประกอบการตลาดบริการ 7P, s ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี[6] พบว่าปัจจัยการตัดสินใจด้านส่วนประสมทางการตลาดในทุกด้านมีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านราคาและด้านบุคลากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและยังพบว่าปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดในทุกด้านมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

จากผลงานวิจัยเรื่อง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ โดยด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอแนะ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลควรมีการจัดโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปีหลากหลายโปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการ และอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้รับบริการหลากหลายกลุ่มตามสภาวะเศรษฐกิจ และสิทธิพื้นฐานการเข้ารับบริการ เพื่อให้มีผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงการรับบริการได้เพิ่มมากขึ้น

1.2 โรงพยาบาลควรจัดให้มีการขยายการตรวจสุภาพประจำปีนอกสถานที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการมีความสะดวก เข้าถึงง่ายในการการตรวจสุขภาพประจำปี

2. จากผลการศึกษาด้านส่วนประสมทางการตลาดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ โดยด้านการส่งเสริมการตลาด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอแนะ ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาล เช่น การออกหน่วยตรวจสุขภาพประจำปีและการให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เป็นประจำเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

2.2 โรงพยาบาลควรจัดโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปีที่ส่งเสริมการตลาด และเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการในการเข้ารับบริการตรวจสุภาพประจำปี เช่น การให้ส่วนลดและสิทธิพิเศษเพิ่มมากขึ้น

2.3 โรงพยาบาลควรส่งเสริมคุณภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การตรวจรักษาและภาพลักษณ์ที่ดีของโรงพยาบาลให้คงอยู่ เนื่องจากมีความสำคัญกับผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสภาพปัญหาของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์ จากปัจจัยที่ศึกษานี้ส่งผลกระทบโดยตรงมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์เพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการพิจารณาตัวแปรด้านอื่น ๆ อาทิ คุณภาพการบริการ ความคาดหวังที่คาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพธรรมศาสตร์

References

1. Office of the National Economics and Social Development Council. The 13th national economic and social development plan (2023-2027). Bangkok: Office of the National Economics and Social Development. 2023; 2(5): 44-7.(in Thai)

2. Savakeviharee N. Factors affecting Ramathibodi Hospital consumer satisfaction; 2017. (in Thai)
3. Becker MH.The Health belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs; 1974.
4. Kotler P.Marketing Management: Analysis, Planning, implementation and Control. New Jersey: A simon&Schuster Company; 1977.
5. Kaewboonruang S. Health Perception and Quality of Service as Percieved by Persons Receiving Annual Health Check Up at Nongbualamphu Hospital; 2022. (in Thai)
6. Pradabmuk S. Factors influencing 7P's Marketing Mix on Customer Decision Making at HRH Princess Mahachakri Sirindhorn Medical Center; 2017. (in Thai)
7. Temrat C, & Pintu S. Health Perception, and Quality of Service as Percieved by Persons receiving and Annual Health Check Up at Songklanagarind Hospital ; 2016. (in Thai)
8. Pijarnsun P. Factors affecting the choice of services Siriraj Piyamaharajkarun Hospital; 2013. (in Thai)
9. Phuengnet P. Overview of the Services offered that affect the decision to use a Private Hospital in Bangkok; 2014. (in Thai)
10. Ninlaput R. Service Quality and Satisfaction Related to Customer's Repurchase at Paolo Rangsit Hospital Service; 2018. (in Thai)
11. Chaisombut D. Health Literacy Regarding Health Promoting Behavior Guidelines of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing,Phayao. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23:90-100. (in Thai)
12. Watcharanantakul W. Marketing mix factors affecting the Satisfaction on using Medical Services of Mission Hospital Phuket; 2019. (in Thai)

การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี

Cyberbullying Victimization from Online Networks Behavior Among Adolescents in Chonburi Province

พิทักษ์ ทองสุข[1] เพ็ญจันทร์ แสนประสาน[2] ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน*[1]
Pitark Thongsook[1] Penchun Saenprasarn[2] Duangrat Luangon*[1]
[1]มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก ประเทศไทย 26120
[1]St Teresa International University, Nakhon Nayok, Thailand 26120
[2]มหาวิทยาลัยชินวัตรนครนายก ปทุมธานี ประเทศไทย 12160
[2]Shinawatra University, Pathum Thani, Thailand 12160

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนและนักศึกษา อายุ 13-21 ปี ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 534 คน ได้มาจากวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี แบบออนไลน์ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .24–.81 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) ผลการวิจัยพบว่า การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และการเปรียบเทียบการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามเกรดเฉลี่ยสะสมและประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต ในภาพรวมมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ และด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: เหยื่อไซเบอร์, พฤติกรรม, เครือข่ายสังคมออนไลน์, วัยรุ่น

Abstract

This survey research aimed to study the cyberbullying victimization from online networks behavior among adolescents in Chonburi Province. Multi-stage random sampling was used to select 534 students aged 13–21 years for this study. Personal information, online networks behavior and the cyberbullying victimization Questionnaire for adolescents were used to collect data with an online method. The discriminant coefficients were found to be between .24 and .81 when the overall reliability coefficient was .86. The data were analyzed by mean, standard deviation and multivariate analysis of variance (MANOVA).

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

วันที่ได้รับ (received) 5 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.พ. 2568

The cyberbullying victimization from online networks behaviors in terms of impersonation, visual cybervictimization, written-Verbal Cybervictimization, and online exclusion among adolescents in Chonburi Province were overall at a low level. To compare cyberbullying victimization from online networks behavior among adolescents in Chonburi Province, classified by grade point average and prior experienced in using online social network found that statistically significant differences at the .05 level.

Keywords: Cyberbullying Victimization, Behavior, Online networks, Adolescents

บทนำ

สังคมในยุคปัจจุบันเครือข่ายสังคมออนไลน์นั้นได้เข้ามามีบทบาทและอิทธิพลมากยิ่งขึ้น วัยรุ่นจะใช้เวลาส่วนใหญ่ของตนเองในการเล่นเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อติดต่อกับเพื่อน เพื่อหาเพื่อนใหม่ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคมมากขึ้น การตกแต่งเครือข่ายสังคมออนไลน์นั้นเป็นสิ่งหนึ่งที่ต่างคน ต่างทำเพื่อให้รูปแบบเครือข่ายสังคมออนไลน์ของตนเองออกมาดูดีที่สุด ดึงดูดความสนใจจากคนที่เข้ามาชมให้มากที่สุด โดยดูได้จากจำนวนข้อความของบุคคลที่เข้ามาแสดงความคิดเห็นในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนตัวของตนเองและจำนวนคนที่เข้ามาขอเป็นเพื่อนเพิ่มขึ้น ซึ่งการนำเสนอตัวเองผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนตัวนั้นบ้างครั้งอาจจะมากจะเกินไป เช่น การใส่ข้อมูลส่วนตัวจริงไม่ว่าจะเป็นชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือแม้แต่ภาพถ่ายที่ดูล่อแหลมจนเป็นที่สนใจของกลุ่มมิจฉาชีพหรือผู้ที่ไม่หวังดีที่แฝงตัวเข้ามาเป็นเพื่อนและติดต่อกันจนเกิดการล่อลวงในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการหลอกให้เสียทรัพย์ การชิงทรัพย์ การกักขังหน่วงเหนี่ยว การข่มขืนกระทำชำเรา หรือถึงขั้นฆาตกรรมตามที่กำลังตกเป็นข่าวในหน้าสื่อต่าง ๆ อย่างมากมาย ซึ่งจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 ของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์[1] คนไทยใช้เวลาในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ชั่วโมง 4 นาทีต่อวัน โดยเมื่อจำแนกรายเจเนอเรชั่น พบว่า กลุ่ม Gen Y (อายุ 22-41 ปี) มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดอยู่ที่ 8 ชั่วโมง 55 นาทีต่อวัน ในขณะที่ซึ่งเคยเป็นเจนเนอเรชันที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดในปี 2564 มาในปีนี้ Gen Z (อายุน้อยกว่า 22 ปี) ใช้อินเทอร์เน็ตน้อยกว่า Gen Y โดยใช้เวลาในการออนไลน์อยู่ที่ 8 ชั่วโมง 24 นาทีต่อวัน การใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มมากขึ้นมีเหตุผลหลัก คือ สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่าย มีเครือข่ายที่ครอบคลุม รองลงมา คือ มีความจำเป็นต้องใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น และบริการต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันสามารถทำผ่านออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ที่มีมาตรการปิดสถานศึกษาให้ทำการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และที่ทำงานส่วนใหญ่มีนโยบายการทำงานแบบ Work from Home ทำให้หลายคนต้องเปลี่ยนการเรียนการทำงานเป็นแบบออนไลน์มากขึ้นส่งผลให้ ณ ปัจจุบันลักษณะการเรียนและการทำงานดังกล่าวก็ยังเป็นที่นิยมใช้กันเรื่อยมา

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ทราบว่า ช่วงอายุที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น ได้แก่ Gen Z (อายุน้อยกว่า 22 ปี) เป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยกำลังศึกษา ซึ่งด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศรวมทั้งระบบการสื่อสารที่ไร้ขีด จำกัดได้ส่งผลกระทบต่อปัญหาความมั่นคงในการดำเนินชีวิตต่อคนทุกกลุ่มทุกวัยโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่มีสถิติการใช้งานอินเทอร์เน็ตอยู่ที่ 8 ชั่วโมง 57 นาที ซึ่งเยาวชนอาจขาดการกลั่นกรองในการเลือกรับ รวมถึงการนำไปปฏิบัติซึ่งทำให้เครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นอีกหนึ่งช่องทางที่เยาวชนเลือกใช้กระทำความรุนแรงต่อกันมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการเกิดการรังแกกันประเภทใหม่ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาผ่านเครื่องมือสื่อสารอย่างคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือซึ่งเรียกว่า การรังแกบนโลกไซเบอร์ (Cyber-Bullying) ที่เป็นลักษณะของการเขียนข้อความที่เป็นการต่อว่า ดูถูก ล้อเลียน รวมถึงการนำภาพ หรือ Clip VDO ที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเผยแพร่ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการก่อกวนคุกคามทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย รู้สึกอับอาย เครียด ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาอารมณ์รุนแรงต่อไป[2] รวมถึงข้อมูลของ Kaspersky Cybersecurity Index ดัชนีชี้วัดความปลอดภัยไซเบอร์ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตทั่วโลกล่าสุด โดยชี้วัดจากการทำแบบสำรวจพบว่า คนไทย 67% จากกลุ่มตัวอย่าง ไม่คิดว่าตัวเองจะตกเป็นเหยื่อทางไซเบอร์ขณะที่อีก 31% จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสำรวจ 511 คน ไม่มีการติดตั้ง

โซลูชั่นด้านความปลอดภัย โดยในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 46% ได้รับผลกระทบจากภัยคุกคามไม่ทางใดก็ทางหนึ่งแล้ว ส่วนในระดับโลกนั้น 74% ไม่เชื่อว่าตัวเองจะตกเป็นเหยื่อ 39% ไม่มีการติดตั้งโซลูชั่นด้านความปลอดภัยและมีเพียง 29% ที่ตกเป็นเหยื่อ เมื่อเทียบในระดับภูมิภาคอาเซียน ประเทศไทยตกเป็นเหยื่อไซเบอร์น้อยตามหลังมาเลเซียที่อยู่ที่ 42% ส่วนฟิลิปปินส์อันดับสามที่ 52% ตามมาด้วยอินโดนีเซียและเวียดนามที่ 58% และ 59% ตามลำดับ จากสถิตดังกล่าวทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของเยาวชนที่กลายมาเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั้งในระดับนานาชาติรวมทั้งในประเทศไทย จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านทั้งในและต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมการรังแกกันส่วนใหญ่จะพบมากในกลุ่มของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และยังแนวโน้มว่ามีความรุนแรงมากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่จะเป็นเยาวชนเพศชาย[3,4,5] ได้แบ่งพฤติกรรมการรังแกบนโลกไซเบอร์ของเยาวชน ออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ (1) การนินทาหรือด่าทอผู้อื่น (2) การหมิ่นประมาทผู้อื่น (3) การแอบอ้างชื่อผู้อื่น (4) การนำความลับที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นไปเปิดเผย (5) การลบหรือบล็อกผู้อื่นออกจากกลุ่ม

การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นในปัจจุบันนี้ได้รับความนิยมกันอย่างแพร่หลาย เครือข่าย สังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมอย่างมากในเด็กวัยรุ่นไทย คือ Facebook Instagram และ Twitter โดยเฉพาะ Twitter ได้รับความนิยมอย่างมากจากกลุ่มวัยรุ่น ที่มีอายุระหว่าง 16-24 ปี เพราะเด็กวัยรุ่นต้องการใช้ Twitter เป็นพื้นที่แสดงความคิดเห็นส่วนตัวควบคู่กับ Facebook เพื่อหลบเลี่ยงจากการสอดส่อง พฤติกรรมการใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์จากพ่อแม่ ผู้ปกครองที่เริ่มมาใช้ Facebook มากขึ้น อีกทั้งมีศิลปิน ดารา นักแสดงหันสนใจเริ่มใช้ Twitter สื่อสารกับแฟนคลับมากขึ้น โดยเริ่มจากศิลปินเกาหลี และต่อยอดไปยังดาราไทยที่ใช้ Twitter สูงขึ้น ซึ่งหากใครไม่มีเครือข่ายสังคมออนไลน์ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจถือได้ว่าเป็นคนที่ไม่ทันสมัย ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลที่กล่าวถึงข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีพฤติกรรมในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสม และขัดต่อวัฒนธรรมประเพณีไทย โดยที่กลุ่มวัยรุ่นเหล่านี้เสียเวลาไปกับการเล่นเครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่าการใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ต ยิ่งนานวันพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ยิ่งทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบในด้านลบมากขึ้น ดังนั้นให้เพื่อทราบถึงสถานการณ์ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของปัญหาการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ในวัยรุ่น ด้วยรูปแบบที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของเทคโนโลยี ส่งผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นทั้งต่อบุคคลและต่อสังคมในวงกว้าง หากไม่ได้รับจัดการที่เหมาะสมจะนำไปสู่ความรุนแรงมากขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงนำแบบทดสอบ Cybervictimization Questionnaire (CYVIC) for adolescents[6]มาเป็นเครื่องมือในการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ซึ่งทำให้ทราบข้อมูลที่สำคัญที่เป็นการปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่าง ๆ จากการเป็นเหยื่อไซเบอร์ เพื่อนำไปเป็นแนวทางการลด ป้องกัน แก้ไขปัญหาในเชิงปฏิบัติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามจำแนกตามเพศ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ยสะสม และประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่น (Gen Z) ในจังหวัดชลบุรีที่เกิดผลกระทบต่อด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ เนื่องจากพฤติกรรมทุกอย่างที่แสดงออกมานั้นเพื่อโต้ตอบกับสิ่งเร้า (Stimulus) ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวกลุ่มวัยรุ่นด้วยวิธีการที่แตกต่างกันออกไป โดยสิ่งมีชีวิต หรือ มนุษย์นั้นจะรับสิ่งเร้าด้วยความรู้สึกทั้ง 5 แล้วส่งความรู้สึกไปยังสมอง สมองจะประมวลผลแล้วออกคำสั่งไปยังหน่วยตอบสนองความรู้สึกเพื่อแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ[7]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)ตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนและนักศึกษา ระดับระดับมัธยมศึกษา ระดับอาชีวศึกษา และระดับอุดมศึกษา อายุ 13-21 ปี ในจังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการคำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran[8] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ที่ความคลาดเคลื่อน ± 5%

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนและนักศึกษา อายุ 13-21 ปี ในจังหวัดชลบุรีกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ระดับชั้น ปวช. 1-3 ปี และระดับชั้นอุดมศึกษา ปีที่ 1-4 ปี การศึกษา 2567 จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาจังหวัด (สปจ.) กรมสามัญศึกษา (สศ.) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช.) กรมอาชีวศึกษา (อศ.) และสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (อว.) จำนวน 534 คน โดยใช้เทคนิควิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling technique)

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ตอน โดยผู้วิจัยได้นำมาหาคุณภาพของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายปิดแบบ Check List มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งครอบคลุมการกระทำ สภาพแวดล้อม วัน เวลา เป็นคำถามปลายปิดแบบ Check List มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ

3. แบบสอบถามการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ เป็นการถามถึงจำนวน (ความถี่) ที่ตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของสถานการณ์ต่าง ๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .24–.81

จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ สามารถนำแบบสอบถามฉบับนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยได้ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เลขที่หนังสือรับรอง TRSU 004/2567 วันที่ 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี สามารถจำแนกผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.03) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.52) มีเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน (GPA) 2.50-2.99 (ร้อยละ 29.78) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตมานานมากกว่า 6 ปี (ร้อยละ 66.67)

2. ผลจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่า นักเรียนใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยวันละมากกว่า 3 ชม. (ร้อยละ 77.15) รองลงมา คือ 1-3 ชม. (ร้อยละ 21.91) และน้อยกว่า 1 ชม. (ร้อยละ 0.94) ตามลำดับ โดยที่เครือข่ายสังคมออนไลน์ประเภทที่นิยมมากที่สุด คือ Facebook มากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 83.15) รองลงมาเป็น LINE (ร้อยละ 82.40) TikTok (ร้อยละ 70.04) YouTube (ร้อยละ 67.60) Instagram (ร้อยละ 64.79) X (Twitter) (ร้อยละ 40.45) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีนักเรียนที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ประเภทอื่น ๆ (ร้อยละ 6.37) โดยวัตถุประสงค์ในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มากเป็นอันดับหนึ่ง คือ เพื่อการศึกษา (ร้อยละ 95.32) รองลงมาเป็นการใช้คุยกับเพื่อนปัจจุบันและเพื่อนเก่า (ร้อยละ 90.64) ใช้เพื่อเล่นเกมส์ (ร้อยละ 58.05) หาเพื่อนใหม่ (ร้อยละ 12.73) ซื้อ-ขายสินค้า โฆษณประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 11.24) หาคู่ (ร้อยละ 2.06) และเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น เพื่อหาข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ติดตามข่าวสารและเพื่อความบันเทิง ดูซีรีส์เกาหลี ดูหนังออนไลน์ ฟังเพลง อ่านนิยายออนไลน์ และติดตามผลงาน

นักแสดงไทยและต่างประเทศ (ร้อยละ 8.43) ตามลำดับ สำหรับปริมาณเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักเรียนในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในแต่ละสัปดาห์นักเรียนใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ 88.58) รองลงมาคือ น้อยกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 5.99) และ 3 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 5.43) ตามลำดับ โดยใช้เวลาเฉลี่ยครั้งละมากกว่า 2 ชม. (ร้อยละ 50.94) รองลงมาคือ 1 - 2 ชม. (ร้อยละ 38.76) และน้อยกว่า 1 ชม. (ร้อยละ 10.30) ตามลำดับ ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเข้าใช้งานใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุด คือ เล่นที่บ้านก่อนเข้านอน (ร้อยละ 86.14) รองลงมา คือ เล่นที่โรงเรียนเวลาพักกลางวัน (ร้อยละ 79.21) เล่นตอนเช้าก่อนเข้าเรียน (ร้อยละ 71.72) เล่นที่โรงเรียนก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 67.60) เล่นที่ร้านกาแฟ/ร้านอาหารก่อนกลับบ้าน (ร้อยละ 57.68) และแอบเล่นที่โรงเรียนในเวลาเรียน (ร้อยละ 39.70) ตามลำดับ วันเสาร์ – อาทิตย์ช่วงเวลาที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์บ่อยที่สุด คือ ช่วงเวลากลางคืน 19.00 - 24.00 น. (ร้อยละ 83.52) รองลงมา คือ ช่วงเวลากลางวัน 11.00 - 16.00 น. (ร้อยละ 78.09) ช่วงเวลาเย็น 16.00 - 19.00 น. (ร้อยละ 76.59) ช่วงเวลาเช้า 05.00 - 11.00 น. (ร้อยละ 50.94) และช่วงเวลาหลังเที่ยงคืน 24.00 - 05.00 (ร้อยละ 38.95) ตามลำดับ

นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีบล็อค (ข้อมูลส่วนตัว) ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 58.99) นอกนั้นมีบล็อค (ข้อมูลส่วนตัว) ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 41.01) การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวในการสมัครสมาชิกในเครือข่ายสังคมออนไลน์นักเรียนเปิดเผยเป็นข้อมูลส่วนตัวที่เป็นจริงบางส่วน (ร้อยละ 58.80) รองลงมา เป็นข้อมูลส่วนตัวที่เป็นจริง (ร้อยละ 30.71) และเป็นข้อมูลส่วนตัวที่ไม่เป็นจริง (ร้อยละ 10.49) นักเรียนใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านทางสมาร์ทโฟนมากที่สุด (ร้อยละ 85.96) รองลงมา คือ ผ่านทางคอมพิวเตอร์ส่วนตัว (ร้อยละ 79.21) ผ่านทางไอแพด (ร้อยละ 62.73) และผ่านทางคอมพิวเตอร์ในสถานศึกษา (ร้อยละ 21.35) ตามลำดับ นักเรียนส่วนใหญ่มีการตกแต่งเครือข่ายสังคมออนไลน์บ้างบางครั้ง (ร้อยละ 54.49) รองลงมา คือ ไม่ค่อยได้ตกแต่ง (ร้อยละ 42.13) และชอบตกแต่งอย่างมากเพื่อให้คนเข้ามาดูเครือข่ายสังคมออนไลน์ของตนเอง (ร้อยละ 3.37) มีความถี่ในการเปลี่ยนหน้าตาเครือข่ายออนไลน์ของนักเรียน คือ เปลี่ยนนาน ๆ ครั้ง ว่าง ๆ ก็เปลี่ยนแล้วแต่อารมณ์ (ร้อยละ 49.81) รองลงมาคือ ไม่ค่อยเปลี่ยนตกแต่งครั้งเดียวตั้งแต่สมัคร (ร้อยละ 49.81) และชอบเปลี่ยนบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มความสวยงาม (ร้อยละ 6.18) และส่วนใหญ่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างใส่ภาพส่วนตัวจำนวน 1 - 10 รูป (ร้อยละ 40.26) จำนวน 11 - 20 รูป (ร้อยละ 22.85) จำนวนมากกว่า 30 รูป (ร้อยละ 16.10) จำนวน 21 - 30 รูป (ร้อยละ 12.36) และไม่เคยใส่รูปเลย (ร้อยละ 8.43)

3. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี (n = 534)

ภาพรวมของสถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์	Mean	S.D.
การปลอมตัว (Impersonation)	1.34	.36
การเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ (Visual Cybervictimization)	1.54	.33
การเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษา (Written-Verbal Cybervictimization)	2.38	.36
การถูกกีดกันทางออนไลน์ (Online Exclusion)	2.32	.66
เฉลี่ย	1.89	.25

จากตารางที่ 1 พบว่า สถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีในภาพรวมด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษา และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ทางด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 อยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ ด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 อยู่ในระดับน้อย และด้านการปลอมตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. ผลการเปรียบเทียบการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามเพศ ดังรายละเอียดค่าสถิติที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ (n = 534)

Multivariate Tests					
Statistical Test	**Value**	**F**	**Hypothesis df**	**Error df**	**Sig.**
Wilks' Lambda	.995	.707	4.000	529.000	.587
Univariate Tests					
Dependent variable	**Sum of Squares**	**df**	**Mean Square**	**F**	**Sig.**
Impersonation	.152	1	.152	1.140	.286
Visual Cybervictimization	.068	1	.068	.635	.426
Written-Verbal Cybervictimization	.101	1	.101	.780	.378
Online Exclusion	.456	1	.456	1.032	.310

Computed using alpha = .05

จากตารางที่ 2 พบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามระดับชั้น ดังรายละเอียดค่าสถิติที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับชั้นกับการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรม (n = 534)

Multivariate Tests					
Statistical Test	**Value**	**F**	**Hypothesis df**	**Error df**	**Sig.**
Wilks' Lambda	.995	.342	8.000	1059.000	.950
Univariate Tests					
Dependent variable	**Sum of Squares**	**df**	**Mean Square**	**F**	**Sig.**
Impersonation	.023	2	.012	.087	.916
Visual Cybervictimization	.117	2	.059	.550	.577
Written-Verbal Cybervictimization	.211	2	.105	.815	.443
Online Exclusion	.049	2	.025	.056	.946

Computed using alpha = .05

จากตารางที่ 3 พบว่า นักเรียนที่มีระดับชั้นแตกต่างมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามเกรดเฉลี่ยสะสม ดังรายละเอียดค่าสถิติที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสมกับการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ (n = 534)

Multivariate Tests					
Statistical Test	**Value**	**F**	**Hypothesis df**	**Error df**	**Sig.**
Wilks' Lambda	.926	2.560	16.000	1607.594	.001
Univariate Tests					
Dependent variable	**Sum of Squares**	**df**	**Mean Square**	**F**	**Sig.**
Impersonation	2.854	4	.714	5.541*	.000
Visual Cybervictimization	.702	4	.176	1.660	.158
Written-Verbal Cybervictimization	1.427	4	.357	2.798*	.026
Online Exclusion	4.488	4	1.122	2.569*	.037

Computed using alpha = .05

จากตารางที่ 4 พบว่า นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมแตกต่างกันมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในส่วนของด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ พบว่า นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมแตกต่างกันมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต ดังรายละเอียดค่าสถิติที่แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตกับการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ (n = 534)

Multivariate Tests					
Statistical Test	**Value**	**F**	**Hypothesis df**	**Error df**	**Sig.**
Wilks' Lambda	.921	3.669	12.000	1394.602	.000
Univariate Tests					
Dependent variable	**Sum of Squares**	**df**	**Mean Square**	**F**	**Sig.**
Impersonation	.977	3	.326	2.466	.061
Visual Cybervictimization	.917	3	.306	2.904*	.034
Written-Verbal Cybervictimization	2.079	3	.693	5.498*	.001
Online Exclusion	3.430	3	1.143	2.611	.051

Computed using alpha = .05

จากตารางที่ 5 พบว่า นักเรียนที่มีประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตแตกต่างกันมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ และด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในส่วนของด้านการปลอมตัว และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ พบว่า นักเรียนที่มีประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตแตกต่างกันมีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยมีประเด็นที่สาคัญที่นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีในภาพรวมด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษา และด้านการถูกกีดกันทางออนไลน์ ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย อาจจะเป็นเพราะการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของของกลุ่มวัยรุ่น เป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงในขณะเดียวกัน “โอกาส” ในที่นี้ คือ การที่ของกลุ่มวัยรุ่นสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและช่องทางการติดต่อสื่อสารบนโลกออนไลน์ในการหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ มาเพื่อพัฒนาเพิ่มศักยภาพและทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตและการทำงานในอนาคตได้ แต่ในขณะเดียวกัน ก็มี “ความเสี่ยง” และการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่ครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึง คุณครูอาจารย์ ในสถานศึกษาต้องใส่ใจเฝ้าระวัง พูดคุย ให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ลูกหลาน นักเรียน นักศึกษาที่เป็นกลุ่มวัยรุ่น จึงส่งผลให้สถานการณ์การตกเป็นเหยื่อไซเบอร์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักศึกษาพยาบาล[9] พบว่า อยู่ในระดับน้อย เนื่องมาจากนักศึกษามีอายุระหว่าง 18-22 ปี เป็นช่วงวัยที่ใกล้เคียงกัน และกำลังศึกษาอยู่ในระดับมหาวิทยาลัยจึงอาจมีปัจจัยกระตุ้นที่คล้ายกัน ทั้งนี้ในชั้นปีที่ 1 จะเป็นช่วงของการปรับตัวจากโรงเรียนมัธยมปลายมาสู่รั้วมหาวิทยาลัยทำให้ต้องมีการสร้างสัมพันธ์และการทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ สถานที่ใหม่ที่อาจยังไม่คุ้นเคยกันมากนักจึงอาจพบการใช้วิธีการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ได้ เมื่อผ่านมาสู่ชั้นปีที่ 2 จนถึงปีที่ 4 แล้วก็อาจมีความสนิทสนมกันมากขึ้นและเกิดการรวมกลุ่ม ส่งผลให้ยังคงมีพฤติกรรมการรังแกผู้อื่นและการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์อยู่ในระดับน้อย และสอดคล้องกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์และสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา[10,11] พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุดและการเรียนออนไลน์ความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา ทั้งนี้เกิดมาจากสื่อต่าง ๆ และสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน มีการรณรงค์เรื่องการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์อย่างแพร่หลาย ทำให้นักศึกษาเกิดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มากยิ่งขึ้น

2. การเปรียบเทียบการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี ในภาพรวมพบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมแตกต่างกัน และประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตแตกต่างกัน มีการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ด้านการปลอมตัว ด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาพ และด้านการเป็นเหยื่อไซเบอร์ด้านภาษาการเขียน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจจะเป็นเพราะวัยรุ่นยังถือว่ายังเป็นเยาวชนจึงยังขาดความตระหนักว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านไซเบอร์ไม่เพียงแต่สร้างความเสียหายต่อผู้ถูกกระทำแต่อาจจะเป็นปัญหาให้กับตนเองในภายหลังด้วย โดยการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ไม่จำเป็นต้องมีความอ่อนแอทางกายภาพ เพียงการใช้ภาษาหยาบคายลามกส่อไปในทางเพศกับผู้อื่นก่อนก็จะถูกผู้อื่นตอบโต้กลับมาในรูปแบบเดียวกัน หรือแม้แต่รังแกในลักษณะทำให้อับอาย หวาดกลัว ทำให้เกิดสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองมากกว่ารูปแบบอื่น ๆ จนในที่สุดส่งผลให้ให้สุขภาพจิตเสียมากยิ่งขึ้น ดังนั้นอาจต้องหาวิธีการปกป้องอื่น เช่น สร้างความตระหนักและป้องกันด้วยตัวเอง ใช้ระบบหรือโปรแกรมตรวจสอบต่าง ๆ รวมไปถึงป้องกันด้วยมาตรการเป็นทางการ เช่น ระเบียบข้อบังคับของสถานศึกษา พัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ[12] ไปจนถึงการมีกฎหมายที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยผลกระทบจากพฤติกรรมการกลั่นแกล้งของนักเรียน[13] พบว่า การถูกการกลั่นแกล้งมีผลกระทบทางด้านสังคมต่อเหยื่อในมิติของการสร้างสัมพันธภาพด้านลบ โดยเหยื่อผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งมักถูกเพื่อนในกลุ่มหรือในห้องกีดกันออกจากกลุ่ม โดยลักษณะของเหยื่อส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสติปัญญา นำไปสู่การโดนบีบให้อยู่เพียงลำพังและไม่มีเพื่อน จนทำให้ไม่สามารถอยู่ในสังคม ไม่กล้าสื่อสารกับบุคคลาทั่วไปและโดนคนรอบข้างหรือคนในวงสังคมเกลียดชัง ในบางกรณีที่มีการกลั่นแกล้งกันหนัก ๆ เช่น การนำความลับของเพื่อนไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับรู้ กรณีนี้จะส่งผลให้ผู้ถูกกลั่นแกล้งไม่มีจุดยืนทางสังคม เนื่องจากถูกตัดสินจากข้อมูลที่ผู้กลั่นแกล้งได้เผยแพร่ไป ผลกระทบเหล่านี้อาจจะส่งผลให้ผู้ถูกกลั่นแกล้งเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์สังคม และ Cyberbullying โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้น

ในช่วงมัธยมต้นซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น และมีวัยรุ่นประมาณร้อยละ 20-40 เคยเป็นเหยื่อการข่มเหงรังแกทางโลกไซเบอร์ เด็กที่ถูกข่มเหงรังแกมักมีปัญหาความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเหงา การไร้ความสุข และมีปัญหาด้านการนอนการข่มเหงรังแกทางโลกไซเบอร์เป็นการข่มเหงที่ไม่ค่อยมีผู้สังเกตเห็น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเด็กต่างเก็บซ่อนการข่มเหงรังแกจากคนที่สามารถช่วยเหลือพวกเขาได้ เช่น ผู้ปกครอง เพราะมองว่าผู้ใหญ่ไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ให้พวกเขาได้ และยังอาจถูกระงับการใช้งานโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต ด้วยเหตุนี้ การข่มเหงรังแกทางโลกไซเบอร์ทำให้เด็กเหล่านี้ค่อย ๆ เปลี่ยนพฤติกรรมไปอย่างช้า ๆ พวกเขากลายเป็นคนเงียบ ๆ เก็บเนื้อเก็บตัว ไม่เข้าสังคมเหมือนก่อน แต่ไม่มีใครสังเกตเห็นเพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ยากหากไม่ได้รับการใส่ใจเพียงพอ[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรสร้างความตระหนักว่าการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นภัยคุกคามได้ทั้งกับเพศชายและเพศหญิง แนะนำกลุ่มนักเรียนให้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม รู้จักป้องกันข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของตัวเองเพราะการป้องกันตัวเองเป็นวิธีการที่ดีที่สุด และสร้างระบบการเยียวยาและให้คำปรึกษาในสถานศึกษา โดยอาจขอความร่วมมือจากกรมสุขภาพจิตจัดตั้งคลินิคไซเบอร์ (Cyber clinic) รับให้คำปรึกษาและรับแจ้งเหตุ ให้ความรู้และเพิ่มบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษา ให้นักเรียนนักศึกษาเข้าถึงและมั่นใจในระบบช่วยเหลือมากกว่าจะปรึกษากันเอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการสร้างแนวทางการรองรับการตกเป็นเหยื่อไซเบอร์จากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่น และควรมีการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนากิจกรรมการใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์เชิงสร้างสรรค์แก่นักเรียนในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะ

References

1. Electronic Transactions Development Agency. Thailand Internet User Behavior 2022. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency; 2023. (in Thai)
2. Pokpong S, & Musikaphan W. Cyberbullying behavior among Thai youth in Bangkok. Bangkok: The Wisdom Society for Public Opinion Research of Thailand; 2010. (in Thai)
3. Hines M. Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior. Frontiers in neuroendocrinology. 2011; 32(2): 170–82.
4. Tudkuea T, & Laeheem K. Development of indicators of cyberbullying among youths in Songkhla Province. Asian Social Science. 2014; 14(1): 74-9.
5. Willard NE. Cyberbullying and cyberthreats. Eugene, OR: Center for Safe and Responsible Internet Use; 2006.
6. Alvarez-García D, Núnez JC, Barreiro-Collazo A, & García T. Validation of the Cybervictimization Questionnaire (CYVIC) for adolescents. Computers in Human Behavior. 2017; 70(4): 270-81.
7. Cisco System. Cisco Networking knowledge for Newbie. California: Cisco Systems, Inc; 2008.
8. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons; 1953.
9. Phaowiriya H, Boonnate N, Chaisena Dallas J, & Suppaseemanont W. Cyberbullying Behavior and Cybervictimization Among Nursing Students. Nursing Journal. 2021; 48(1): 159-63. (in Thai)

10. Chatchavanchanchanakij B, Kulsawat T, & Phuangthuean P. Factors Affecting Cyberbullying Behavior: A Case Study of Students at Burapha University. Journal of Public Administration and Politics. 2023; 12(2): 42-56. (in Thai)
11. Chailarp K, & Suwonnaroop N. Factors Predicting the 21st Century Competencies of Nursing StudentsAmong COVID-19 Situation Princess Agrarajakumari College of Nursing Chulabhorn. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(2): 101-11. (in Thai)
12. Narkbubpha R, Thongma N, Tongpeth J, Sarakshetrin A, & Chinglek W. Sexual Health Literacy among Female Adolescent Students in the Educational System, Phetchaburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(2): 75-82. (in Thai)
13. Awang S, Chehama N, Chooleng N, Che-e-so N, Arrahimee A, & Tudkuea T. Effects of Bullying Behaviors among Students in Pattani Provinces. Songkla: Prince of Songkla University; 2024. (in Thai)
14. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Cyberbullying. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหมกรุงเทพมหานคร

The Effectiveness of a First Aid and Basic Life Support Training Program on Knowledge, Skills, and Attitudes of Motorcycle Taxi Riders in Sai Mai District, Bangkok

ราชัน เกษดา มิตรา เกิดอินทร์* สุพรรณี ใจดี
Rachun Kesda Mittra Kerd-in* Supunee Jaidee
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10220
Faculty of Nursing, North Bangkok University, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติของมอเตอร์ไซค์รับจ้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ มอเตอร์ไซค์รับจ้างจำนวน 47 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินก่อนและหลังอบรมเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและเจตคติเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสะท้อนคิดก่อนเข้าโปรแกรมการอบรมฯ การสร้างความรู้และเจตคติ การฝึกทักษะโดยการเข้าฐานย่อยกับวิทยากรประจำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ตามฐาน และการสะท้อนคิดหลังเข้าโปรแกรม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ภายใต้แนวคิดทฤษฎีของบลูม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการอบรมและการประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้เข้าอบรม ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ เจตคติ มอเตอร์ไซค์รับจ้าง

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to investigate the effectiveness of a first aid and basic life support training program on the knowledge, skills, and attitudes of motorcycle taxi riders. The sample consisted of 47 motorcycle taxi drivers selected through purposive sampling based on inclusion criteria. The research instruments included a personal information questionnaire, pre- and

Corresponding Author: *E-mail: Mittra.ke@northbkk.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 28 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 8 ธ.ค. 2567

post-training assessments of knowledge, skills, and attitudes regarding first aid and basic life support, and a first aid and basic life support training program. The training program consisted of four steps: reflection before the training program, knowledge and attitude building, skill practice through small group sessions with facilitators to review knowledge at each station, and reflection after the program. The researcher developed the program based on a literature review and Bloom's taxonomy of learning, which can be applied to the design and evaluation of training programs.

The results revealed that the mean scores of the sample group's knowledge, skills, and attitudes towards first aid and basic life support were significantly higher after participating in the program ($p<.05$). This indicates that the program effectively developed the knowledge, skills, and attitudes of the participants. The findings can be applied to enhance the potential of the public and relevant personnel in efficiently assisting individuals in emergency situations.

Keywords: Basic life support, knowledge, Skills, Attitudes, Motorcycle taxi riders

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest) เป็นภาวะฉุกเฉินร้ายแรงที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้คนทั่วโลก[1] โดยเกิดจากการที่หัวใจสูญเสียการทำงานอย่างกะทันหัน ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงอย่างมาก ส่งผลให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ของร่างกายขาดเลือดและออกซิเจนในการทำงาน[2] ซึ่งสาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมีหลายประการ เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การบาดเจ็บที่หัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น[3] ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีโรคหัวใจอยู่เดิม ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ผู้ที่สูบบุหรี่ มีภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น[1,4] เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะหมดสติทันที ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะสมองจะได้รับความเสียหายอย่างถาวรภายในเวลาเพียงไม่กี่นาที และอาจเสียชีวิตในที่สุด[5] ดังนั้น การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างรวดเร็วร่วมกับการใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator: AED) และการนำส่งโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยชีวิตผู้ป่วย และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง[2,4,5] โดยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพในช่วง 3-5 นาทีแรกหลังจากหัวใจหยุดเต้น สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึง 50-75 เปอร์เซ็นต์[2]

จะเห็นว่าภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ดังนั้นหากได้รับความช่วยเหลืออย่างถูกวิธีจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ก่อนที่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนท้องถนนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้นำไปสู่การเสียชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

มอเตอร์ไซค์รับจ้างมีบทบาทสำคัญต่อระบบขนส่งสาธารณะในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการจราจรหนาแน่นและมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะบริเวณจุดสำคัญ เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า และสถานีขนส่ง ทำให้มีโอกาสสูงที่จะพบผู้ประสบภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน การพัฒนาความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่มอเตอร์ไซค์รับจ้าง จึงมีความสำคัญในการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน การจัดโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการจะช่วยเสริมสร้างความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุฉุกเฉินในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาการให้โปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพในอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสามารถเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น และมีคะแนนความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม[7] และ

พบการศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมปลาย พบว่า มีคะแนนความรู้ และทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเช่นกัน[8,9] อีกทั้งยังพบการศึกษาที่แสดงถึงผู้ที่ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้อื่นมากยิ่งขึ้น[10] จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มที่ประกอบอาชีพมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ซึ่งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงในการพบเจอผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากลักษณะการทำงานที่ต้องเดินทางบนท้องถนนเป็นประจำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมอบรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุเบื้องต้นต่อไป การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของมอเตอร์ไซค์รับจ้างให้สามารถเป็นผู้ช่วยเหลือเบื้องต้นในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของมอเตอร์ไซค์รับจ้าง

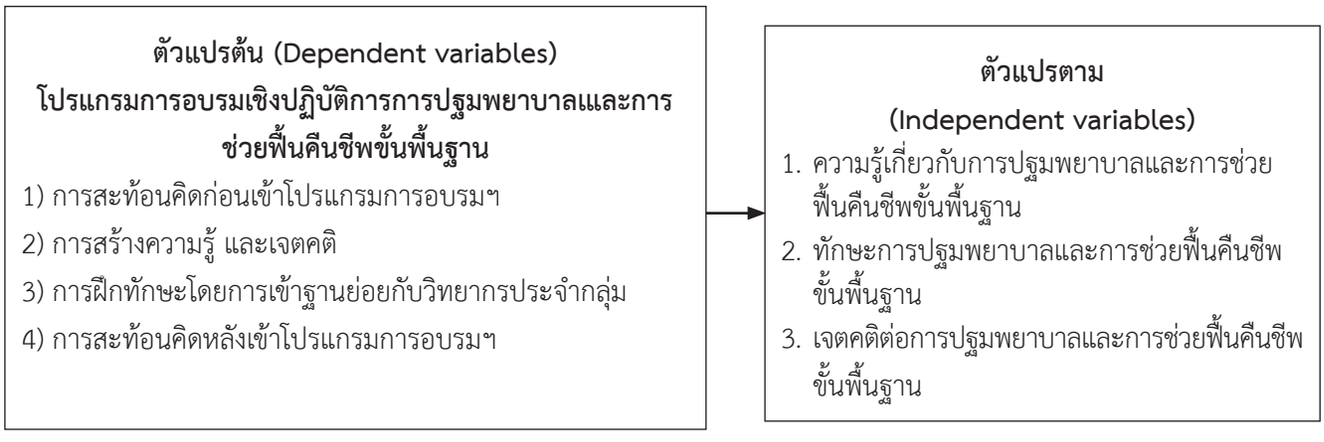
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติของมอเตอร์ไซค์รับจ้าง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าอบรมโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มอเตอร์ไซค์รับจ้างมีคะแนนความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy of Learning) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยจำแนกระดับของการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)[11] ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในแต่ละด้าน[12] โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการอบรมและการประเมินผล โดยในด้านพุทธิพิสัยออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมการอบรมให้ครอบคลุมความรู้ความเข้าใจและประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้, ด้านจิตพิสัยออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมเจตคติที่ดีและประเมินผลโดยใช้แบบวัดเจตคติ, ด้านทักษะพิสัยออกแบบกิจกรรมการฝึกปฏิบัติทักษะและประเมินผลโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากร คือ มอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ มอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม จำนวน 47 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปแกรม G* Power โดยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 47 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ขับขี่มอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 2) มีความสนใจเข้าร่วมอบรมจนสิ้นสุดโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมจนสิ้นสุดโครงการ 2) ไม่ยินยอมที่จะทำแบบทดสอบก่อน และหลังอบรม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เอกสารเลขที่ NS12/2567 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2567 หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การลงนามยินยอม ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการรักษาความลับ โดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การขับขี่จักรยานยนต์ ความถี่ในการให้บริการ ประสบการณ์ในการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประสบการณ์พบเห็นเหตุการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ ประสบการณ์การแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ และประสบการณ์ในการปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ประสบอุบัติเหตุ

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังอบรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ซึ่งตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

3) แบบประเมินทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังอบรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์ ปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน ปฏิบัติได้แต่ไม่ถูกต้อง ไม่ปฏิบัติ

4) แบบประเมินเจตคติการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังอบรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5) โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสะท้อนคิดก่อนเข้าโปรแกรมการอบรมฯ การสร้างความรู้และเจตคติ การฝึกทักษะโดยการเข้าฐานย่อยกับวิทยากรประจำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ตามฐาน และการสะท้อนคิดหลังเข้าโปรแกรมการอบรมฯ ซึ่งโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบคุณภาพตามความเหมาะสม

โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพชุมชน จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ .93, .89 และ .92 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามที่ 2 ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .94 แบบสอบถามที่ 3 และ 4 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาช แอลฟ่า (alpha's Cronbach coeffient) เท่ากับ .95 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่

1) การสะท้อนคิดก่อนเข้าโปรแกรมการอบรมฯ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง มีการแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม และทำแบบประเมินวัดความรู้การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตาม CPR guideline 2020[13] และประเมินเจตคติก่อนบอรม โดยใช้แบบประเมินจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินเจตคติการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ใช้เวลา 30 นาที)

2) การสร้างความรู้ และเจตคติ สร้างความสนใจโดยการใช้ข่าวอุบัติเหตุและคลิปวิดีโอกระตุ้นให้คิดและเกิดความสนใจ รวมถึงการสอบถามประสบการณ์ในการพบเห็นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยการสอนแบบบรรยาย สื่อการสอนประกอบด้วย PowerPoint, YouTube หนังสือคู่มือการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ที่มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ และการเคลื่อนย้ายทำแผล ห้ามเลือด (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

3) การฝึกทักษะโดยการเข้าฐานย่อยกับวิทยากรประจำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ตามฐาน วิทยากรประเมินทักษะโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนเริ่มสาธิต และดำเนินการสาธิตย้อนกลับ (ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง รวมเป็น 3 ชั่วโมง) ประกอบด้วย ฐานที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ฐานที่ 2 การดูแลผู้ที่มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ และฐานที่ 3 การเคลื่อนย้าย ทำแผล ห้ามเลือด หลังจากสาธิตย้อนกลับแล้ว จึงทำการประเมินทักษะโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

4) การสะท้อนคิดหลังเข้าโปรแกรม วิทยากรให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มวิเคราะห์จุดที่ทำได้ดีและจุดที่ต้องพัฒนาภายหลังจากดำเนินการในแต่ละขั้นตอนเสร็จสิ้น กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้ และเจตคติการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอีกครั้ง โดยใช้แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินเจตคติการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ใช้เวลา 30 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ และการแจกแจงความถี่

2. คะแนนความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระหว่างก่อนและหลังโดยสถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.1 มีอายุเฉลี่ย 34.28 ปี (SD=8.6) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 58.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 73.3 มีประสบการณ์การขับขี่วินมอเตอร์ไซค์ มากที่สุด 20 ปี ร้อยละ 31.9 รองลงมา 10 ปี ร้อยละ 23.4 ความถี่ในการขับขี่มอเตอร์ไซค์รับจ้าง 50-60 รอบ/วันมากที่สุด ร้อยละ 35.5 ไม่เคยได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 63.8 เคยได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 36.2 ไม่เคยพบเห็นเหตุการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ประสบเหตุ ร้อยละ 74.5 เคยพบเห็นเหตุการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ประสบเหตุ ร้อยละ 25.5 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ ร้อยละ 80.9 เคยมีประสบการณ์ในการแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ ร้อยละ 19.1 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 93.6 และเคยมีประสบการณ์ในการปฐมพยาบาลหรือการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 6.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้ทักษะ และเจตคติของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n = 47)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้				
ระดับต่ำ (0-5คะแนน)	2	4.3	0	0
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	21	44.7	4	8.5
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	24	51.1	43	91.5
ด้านทักษะ				
ระดับต่ำ (1-54 คะแนน)	27	57.4	0	0
ระดับปานกลาง (55-72 คะแนน)	20	42.6	5	10.6
ระดับสูง (73-90 คะแนน)	0	0	42	89.4
ด้านเจตคติ				
ระดับต่ำ (1-29 คะแนน)	16	34.0	0	0
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	31	66.0	10	21.3
ระดับสูง (40-50 คะแนน)	0	0	37	78.7

จากตารางที่ 1 พบว่าด้านความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 51.1 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 และหลังจากได้รับโปรแกรมการอบรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 91.5 ด้านทักษะก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 57.4 รองลงมา มีทักษะในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.6 และหลังจากได้รับโปรแกรมการอบรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในระดับสูง ร้อยละ 89.4 ด้านเจตคติก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีเจตคติในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.0 รองลงมา มีเจตคติในระดับต่ำ ร้อยละ 34.0 และหลังจากได้รับโปรแกรมการอบรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในระดับสูง ร้อยละ 78.7

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n = 47)

ตัวแปร	Mean Rank	Sum of Ranks	z	P-value (2-tailed)
ด้านความรู้				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.00	9.00	5.541b	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	21.30	852.00		
ด้านทักษะ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.00	.00	5.971b	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24.00	1128.00		
ด้านเจตคติ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.00	.00	5.976b	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	24.00	1128.00		

b = Based on negative ranks

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการอบรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการอบรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการอบรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการอบรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 34.28 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ในด้านประสบการณ์การขับขี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ขับขี่ 20 ปี และมีความถี่ในการขับขี่ 50-60 รอบต่อวัน ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพมาก่อน และไม่เคยมีประสบการณ์ปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพผู้ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา สาสังข์ และคณะ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ และไม่เคยมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ[7] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพให้แก่กลุ่มอาชีพนี้ เนื่องจากกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการพบเจอผู้ที่ประสบอุบัติเหตุและมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากลักษณะการทำงานที่ต้องเดินทางบนท้องถนนเป็นประจำ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และเจตคติ ของมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตสายไหม จังหวัดกรุงเทพมหานคร สามารถอภิปรายได้ว่า **ด้านความรู้** พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจาก 51.1% เป็น 91.5% อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่าการอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้นช่วยเพิ่มความรู้ให้กับอาสาสมัครและผู้เข้าอบรมได้อย่างมีนัยสำคัญ[9,14] **ด้านทักษะ** การศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ 57.4% เป็นระดับสูง 91.5% สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่าการสาธิตและฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพช่วยพัฒนาทักษะของผู้เข้าอบรมได้จริง[15,16] ทั้งนี้เป็นผลมาจากผู้วิจัยได้มีการสาธิตการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในแต่ละขั้นตอนและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามฐานทั้งหมด 3 ฐาน จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และจากการศึกษาของ เนตรนภา สาสังข์และคณะ ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนทักษะต่อการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการอบรมฯ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะทุกคน จึงทำให้ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกัน **ด้านเจตคติ** การศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง 66% เป็นระดับสูง 78.7% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ Pivač et al. ในประเทศสโลวีเนีย พบว่า หลังเข้าร่วมการอบรม CPR นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีเจตคติเชิงบวกต่อการทำ CPR สูงขึ้น รวมถึงมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นและทำ CPR เพิ่มมากขึ้นด้วย[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ro YS et al. ที่พบว่าการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถปรับเปลี่ยนเจตคติของประชาชนทั่วไปต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้[18]

งานวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยการนำทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมมาออกแบบโปรแกรมการสอนแบบผสมผสานทั้งการบรรยายและปฏิบัติ พร้อมสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย โดยมุ่งเน้นกลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างซึ่งมีโอกาสพบเหตุฉุกเฉินบ่อย ทำให้สามารถเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุฉุกเฉินในชุมชนได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความรู้ ทักษะ และเจตคติซ้ำที่ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะ รวมถึงเก็บข้อมูลเชิงผลลัพธ์ในด้านจำนวนครั้งที่พบเหตุการณ์ฉุกเฉิน ลักษณะและผลการช่วยเหลือที่ให้ เช่น ผู้ป่วยรอดชีวิต สภาพผู้ป่วยขณะส่งต่อ และความมั่นใจใน

การให้การช่วยเหลือ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์โดยทั่วไป และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ผู้บริหาร คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ที่เห็นถึงความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพโดยให้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำชี้แนะแนวทางและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณสำนักงานเขตสายไหมที่สนับสนุนให้ดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Andersen LW, Holmberg MJ, Berg KM, Donnino MW, & Granfeldt A. In-hospital cardiac arrest: a review. The Journal of the American Medical Association. 2019;321(12):1200-10.
2. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of His Majesty the King. 2020 Thai Guidelines on First Aid and Cardiopulmonary Resuscitation. 2021.
3. Kronick SL, Kurz MC, Lin S, Edelson DP, Berg RA, Billi JE, et al. Part 4: systems of care and continuous quality improvement: American Heart Association guidelines update 2015.
4. Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, et al. Part 1: Executive Summary: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132(18):S315–S67.
5. National Institute for Emergency Medicine, Ministry of Public Health. Guidelines for Resuscitation 2019. Nontaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2019.
6. Lee J, & Kim S. Emergency response and first aid knowledge among motorcycle taxi drivers: a community health perspective. Journal Community Health. 2023;48(1):78-85
7. Sasang N, Chusak T, & Samee A. Effect of the Resuscitation Training Program on Knowledge and Skills and Perceived Self-Efficacy of Resuscitation Village Health Volunteers in Khlong Chik Subdistrict, Bang Pra in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3):283-93. (in Thai)
8. Chaisongmuang P, & Pearkao C. Effect of First Aid to Sudden Cardiac Arrest Program for High- school Students in Northeast Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public. 2018; 28(2):118-32. (in Thai)
9. Muenthaisong S, Chankan S, Kam-on N, Srihanoo P, Srihanoo P, Nawsuwan K, et al. The effects of the Basic Life Support Competency Program Development on knowledge attitude and skills of students in Municipal Secondary School in Khon Kaen Province. College of Asian Scholars Journal. 2023;13(4):245-59. (in Thai)
10. Smith J, & Brown L. The impact of first aid and CPR training on knowledge, skills, and confidence in assisting others. Journal of Emergency Medicine. 2022;45(3):123-30.
11. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, & Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company; 1956.

12. Krathwohl DR. A revision of Bloom's taxonomy: An overview. Theory into Practice. 2002; 41(4):212-8.
13. American Heart Association. Basic Life Support (BLS) Provider Manual. Dallas: American Heart Association; 2020.
14. Duangpratoom N, Chusak T, & Prachaiboon T. The Effects of the Resuscitation Training Program on Knowledge, Attitude and Resuscitation Skills among Village Health Volunteers in Pathum Thani province. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2022; 5(3):51-67. (in Thai)
15. Ninwatcharamanee C, Dhabdhimsri V, & Somboon P. Effects of Providing Knowledge and Skills for Cardiopulmonary Resuscitation of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research. 2021;37(1):180-92. (in Thai)
16. Tantiekkarat S. Effectiveness of Basic Life Support Program on perception of Knowledge, Perceived Self-Efficacy and Skills toward Basic Life Support among High-School Students in Amphoe Khlong Luang, Pathumthani Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(2):111-26. (in Thai)
17. Pivač S, Gradišek P, & Skela-Savič B. The impact of cardiopulmonary resuscitation (CPR) training on schoolchildren and their CPR knowledge, attitudes toward CPR, and willingness to help others and to perform CPR: mixed methods research design. BMC Public Health. 2020;20 (1):1-11.
18. Ro YS, Do Shin S, Lee YJ, Lee SC, Song KJ, Ryoo HW, Ong ME, McNally B, Bobrow B, Tanaka H, & Myklebust H. Effect of dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation program and location of out-of-hospital cardiac arrest on survival and neurologic outcome. Annals of emergency medicine. 2017;69(1):52-61.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Factors Related to Caring Competency of Older Persons Among Village Health Volunteers in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province

ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน*[1] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[1] ศศิภา จันทรา[2]

Duangrat Luangon*[1] Rattanachai Pechsombut[1] Jumnion Suwannachart[1] Sasipa Chantra[2]

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ สระแก้ว ประเทศไทย 27250

[1]Wang Somboon District Public Health Office, Sa Kaeo, Thailand 27250

[2]กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ประเทศไทย 11000

[2]Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์ กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 245 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สมรรถนะการดูแล, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

Abstract

This survey research aimed to study predisposing, enabling, and Reinforcing factors relating to the caring competency of older persons among village health volunteers in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. The samples were 245 of village health volunteers in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province were selected by a stratified random sampling technique. The questionnaire was developed by the researcher for data collection. The data were analyzed by using a statistical computer program. Analytical statistics were

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

วันที่ได้รับ (received) 5 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ต.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ต.ค. 2566

frequency, percentage, mean, maximum-minimum, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that the participants had high-level scores of caring competencies. The predisposing factors about knowledge and attitude towards caring for older persons were found significantly related to the caring competency of older persons at the level of .01. For the reinforcing factors about perceptions of older person care policy and access to information of older person's care were found significantly related to caring competency of older persons at the level of .01. For than more the reinforcing factors about family and staff support were found significantly related to caring competency of older persons at the level of .01.

Keywords: Village Health Volunteers, Competency Care, Caregiver, Older Persons

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรทั่วประเทศที่มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 มีทั้งสิ้น 66,165,261 คน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3% ของประชากรทั้งประเทศมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แบ่งเป็น "ผู้สูงอายุวัยต้น" ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็น 56.5% ของผู้สูงอายุทั้งหมด "ผู้สูงอายุวัยกลาง" ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็น 29.1% และ "ผู้สูงอายุวัยปลาย" อายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็น 14.4% ซึ่งคาดว่าประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 แสดงว่าอีก 4 ปี ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) โดยสมบูรณ์[1] และมีการคาดการณ์แนวโน้มของประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 เป็น 17.4 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573[2] จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มอายุที่ยืนยาวขึ้น เนื่องมากจากความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันร่วมกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอัตราการเสียชีวิตลดลง รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการช่วยเหลือหาบุคคลากรที่มีจิตอาสามาช่วยดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นที่บ้าน ซึ่งเรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อช่วยแบ่งเบาภารกิจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกแรงหนึ่ง โดยกำหนดเป็นกฎหมายและประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ ปี พ.ศ. 2554 ให้มีการเพิ่มความรู้ให้แก่ อสม. แบบยั่งยืน มีเงินเดือนประจำ และกำหนดแนวทางคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็น อสม. เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินงานสาธารณสุขและการดูแลผู้สูงอายุ[3] เพราะ อสม. เป็นบุคคลในชุมชนที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ถ้ามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการส่งเสริมสุขภาพประชาชนจะมีความเข้าใจบริบททั้งเชิงภูมิศาสตร์ สังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ได้ดี โดยการดึงเครือข่ายสุขภาพที่อยู่ในชุมชนซึ่งก็คือ อสม. เข้ามามีส่วนช่วยในการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญเชิงรุกในการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจในการเข้ามาปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะสามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับพื้นที่ เป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ แต่เมื่อหันกลับมาย้อนดูภูมิหลังของ อสม. ที่แต่ละท่านมีพื้นฐานองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งแตกต่างโดยสิ้นเชิงกับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องผ่านการเรียนรู้ในองค์กรที่ให้ความรู้ด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะและจำเป็นต้องผ่านการสอบคัดเลือกเข้ามาปฏิบัติงานในองค์กร ดังนั้นการปรับพื้นฐานหรือการพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ อสม. จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้การบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด พร้อมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบันและสอดคล้องกับบริบทของด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน[4] ชุมชนจึงควรมีข้อมูลหลักฐานสำหรับการพัฒนาแบบ

เป็นระบบต่อเนื่อง ข้อมูลหลักฐานเหล่านั้นคือ ต้องมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ว่า อสม. ทำหน้าที่แล้วมีปัญหา อุปสรรค และต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง โดยเน้นด้านนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. เชิงรุกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2520 และเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้นใน ปี พ.ศ. 2552 โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการทำงานในชุมชนภาพกว้าง มีบทบาทให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมโรค และการดูแลโรคเรื้อรัง เป็นต้น[5] การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ถือเป็นการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความรู้เชี่ยวชาญในสาขาอาชีพที่ปฏิบัติอยู่ มีทักษะ และทัศนคติที่ดีในการให้บริการ และต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก[6] และพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของ อสม. เช่น เพศ การได้รับความรู้ จากการอบรม แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณ การได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย การรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน[7] การศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า ระบบและกลไกในการขับเคลื่อน คือ การสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะ[8]

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เนื่องด้วย อสม. เป็นบุคคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงตระหนักว่า พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. แต่ละท่านนั้นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของ อสม. ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุก็เป็นการแสดงออกของสมรรถนะนั่นเอง ดังนั้นหากทราบถึงปัจจัยภายในและภายนอกของ อสม. ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุแล้วนั้น หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ได้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ และจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter9 เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริม สุขภาพและสุขศึกษา เพราะพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวนรวมทั้งหมด 601 คน[10]

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan[11] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 245 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยใช้หน่วยงานที่สังกัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเกณฑ์

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ตอน โดยผู้วิจัยได้นำมาหาคุณภาพของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายปิดแบบ Check List มีลักษณะเป็นแบบสำรวจ

2. แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ มีคำตอบให้เลือกตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .33-.60 ค่าความยากง่าย เท่ากับ .40-.67 และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .23-.60

3. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีคำตอบให้เลือกตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .36-.79 ค่าความยากง่าย เท่ากับ .37-.57 และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .28-.82

4. แบบสอบถามปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนของครอบครัว โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .38-.72 และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .31-.57

5. แบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .23-.77

จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ สามารถนำแบบสอบถามฉบับนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยได้ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวได้ถ้าต้องการ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 26/2565 วันที่ 13 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยสามารถจำแนกผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.10 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 35.90 (เฉลี่ย 50.73 ปี ต่ำสุด 30 ปี และสูงสูด 79 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.00 จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 33.10 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.10 มีรายได้ต่อเดือน (โดยประมาณ) 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 50.20 (เฉลี่ย 7,124.53 บาท ต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสูด 30,000 บาท) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์เป็น อสม. 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.30 (เฉลี่ย 12.13 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสูด 30 ปี) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 77.60 และมีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 79.60

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (n = 245)

ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าคะแนน 15 – 20 คะแนน)	218	89.00
ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 8 – 14 คะแนน)	27	11.00
ระดับต่ำ (ค่าคะแนน 0 – 7 คะแนน)	-	-

($\overline{X}$ = 17.08, SD = 2.16, Min = 13, Max = 20)

จากตารางที่ 1 พบว่า อสม.มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 89.00 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.00 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.08 คะแนน คะแนนต่ำสุด 13 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (n = 245)

ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	133	54.30
เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	81	33.10
ไม่แน่ใจ (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	2	0.80
ไม่เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	13	5.30
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	16	6.50

($\overline{X}$ = 4.21, SD = 1.14)

จากตารางที่ 2 พบว่า อสม. มีระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด ร้อยละ 54.30รองลงมา คือ เห็นด้วย ร้อยละ 33.10 และน้อยที่สุด คือ ไม่แน่ ร้อยละ 0.80 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14

2.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบาย ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้นโยบาย ด้านการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (n = 245)

การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าคะแนน 11 – 15 คะแนน)	179	73.10
ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 6 – 10 คะแนน)	66	26.90
ระดับต่ำ (ค่าคะแนน 0 – 5 คะแนน)	-	-

($\overline{X}$ = 14.36, SD = 1.50, Min = 9, Max = 15)

จากตารางที่ 3 พบว่า อสม. มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 73.10 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.90 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 14.36 คะแนน คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (n = 245)

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	95	38.80
เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	109	44.50
ไม่แน่ใจ (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	12	4.90
ไม่เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	13	5.30
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	16	6.50

($\bar{X}$ = 4.04, SD = 1.10)

จากตารางที่ 4 พบว่า อสม. มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 44.50 รองลงมา คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 38.80 และน้อยที่สุด คือ ไม่แน่ใจ ร้อยละ 4.90 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.04 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนของครอบครัวของ อสม. (n = 245)

การสนับสนุนของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	106	43.30
เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	76	31.00
ไม่แน่ใจ (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	42	17.10
ไม่เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	5	2.00
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	16	6.50

($\bar{X}$ = 3.99, SD = 1.10)

จากตารางที่ 5 พบว่า อสม. มีระดับการสนับสนุนของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 43.30 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 31.00 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อย ร้อยละ 2.00 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.99 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ อสม. (n = 245)

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	135	55.10
เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	56	22.90
ไม่แน่ใจ (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	19	7.80
ไม่เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	19	7.80
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	16	6.50

($\bar{X}$ = 4.08, SD = 1.18)

จากตารางที่ 6 พบว่า อสม. มีระดับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.10 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 22.90 และน้อยที่สุด คือ ระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 6.50 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.08 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.18

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ อสม. (n = 245)

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์) (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	65	26.50
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์) (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	102	41.60
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3-4 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์) (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	57	23.30
ปฏิบัติบางครั้ง (1-2 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์) (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	20	8.20
ไม่มีการปฏิบัติเลย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	1	0.40

($\overline{X}$ = 3.76, SD = .85)

จากตารางที่ 7 พบว่า อสม. มีระดับระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์ร้อยละ 41.60 รองลงมา คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (7 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์) ร้อยละ 26.50 และน้อยที่สุด คือ ไม่มีการปฏิบัติเลย ร้อยละ 0.40 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.76 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .85

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับสมรรถนะของ อสม. (n = 245)

ตัวแปร	สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ		
	r	p-value	ระดับ
ปัจจัยนำ			
ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	.19**	.00	ต่ำมาก
ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ	.39**	.00	ต่ำ
ปัจจัยเอื้อ			
การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ	.35**	.00	ต่ำ
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ	.33**	.00	ต่ำ
ปัจจัยเสริม			
การสนับสนุนของครอบครัว	.45**	.00	ปานกลาง
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.46**	.00	ปานกลาง

** $p < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ($r = .19$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ($r = .39$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ ($r = .35$, $p < .01$) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุ ($r = .33$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว ($r = .45$, $p < .01$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r = .46$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยมีประเด็นที่สาคัญที่นำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

สรุปได้ว่าในทุกตัวแปรโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด อภิปรายได้ว่า อสม. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้อายุอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้สูงอายุที่ดูแล และมีใจรักการบริการ ใจเย็น เมตตา ทำงานด้วยใจเสียสละ และความสำคัญกับการเรียนรู้เกี่ยวกับนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายและสะดวก ตลอดจนได้รับกำลังใจในการปฏิบัติงานจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ฯ ในระหว่างที่ปฏิบัติหน้าที่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. จ.สุโขทัย ที่พบว่า ความรู้ เจตคติ มีผลต่อการปฏิบัติงาน สามารถนำไปใช้พัฒนาการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การรับรู้บทบาท และแรงสนับสนุนทางสังคม[12] และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. อ.ดอนเจดีย์ จ.สุพรรณบุรี ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้บทบาทการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของ อสม. และควรมีการสนับสนุนให้มีการอบรมเพิ่มพูนทักษะ พัฒนาศักยภาพ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล อำเภอ และจังหวัดอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ[13]

2. สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์) อภิปรายได้ว่า อสม. มีความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมและคุณลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งบริบทของชุมชนที่ปฏิบัติงานนั้นเป็นชุมชนชนบททำให้การดูแลซึ่งกันและกันภายในชุมชนเป็นสิ่งที่ทำกันเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงในมิติต่าง ๆ ในระหว่างการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ล้วนมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และสุขภาพของประชาชน อสม. จัดว่าเป็นกำลังสำคัญของภาคประชาชน เนื่องจากเป็นคนที่อยู่ในชุมชน สามารถรับรู้ความเป็นไปและเข้าใจชุมชนได้อย่างถ่องแท้ จึงได้รับความเชื่อใจจากพื้นที่ ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ควรส่งเสริมให้ อสม. มีรายได้เพิ่มขึ้น ควรพัฒนาทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ควรปรับบทบาทอาสาสมัครฯ โดยเน้นการเป็นผู้ประสานงานหรือพี่เลี้ยงให้แก่ชุมชน[14] และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ที่พบว่า ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ประสบผล

สำเร็จนั้น นอกจาก อสม. ต้องมีความรู้ความเข้าใจ รู้ถึงปัญหา รู้ถึงความต้องการของผู้สูงอายุแล้ว อสม. ยังต้องได้รับการฝึกฝนและปฏิบัติเป็นประจำ ถึงจะสามารถทำงานได้สำเร็จ เช่น การอบรมให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ เดือน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้ง อสม. เป็นบุคคลที่อาศัยในท้องที่และมีประสบการณ์การทำงานมานาน รู้จักคนในชุมชนเป็นอย่างดี จึงทำให้การทำงานกับชุมชนนั้นเป็นแบบพี่น้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยแท้จริง จึงส่งผลให้การทำงานของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีบทบาทระดับมากในทุก ๆ ด้าน[15]

3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อภิปรายได้ว่า การที่จะพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. ที่ดีต้องอาศัยความรู้และทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายและโครงการที่ให้ความรู้ที่เหมาะสมเป็นรูปแบบมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เอื้อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงกระตุ้นมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จ.ขอนแก่น ที่พบว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เพราะว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง[16] และสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะ อสม. จ.สุพรรณบุรี ที่พบว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมสมรรถนะ เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเพิ่มพูนความรู้ ซึ่งจะนำไปสู่สมรรถนะในการให้การบริการ ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมความรู้ให้กับ อสม. ผ่านกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ทั้งในและนอกหน่วยงานที่เข้าไปมีส่วนในการส่งเสริม แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการวิเคราะห์ความต้องการองค์ความรู้ของ อสม. เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานใน[6]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ควรมีการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร สำรับการดูแลผู้สูงอายุให้กับ อสม. อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ในหลายช่องทาง เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ถูกต้องและมีประโยชน์ไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของ อสม. เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในและภายนอกหลายสาเหตุร่วมกัน จึงควรศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. หมู่บ้านในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม.

References

1. National Statistical Office. Number of Population from Registration by Age Group, Region and Province: 2012 - 2022. Bangkok: National Statistical Office. 2023. (in Thai)
2. United Nations Population Fund. Impact demographic change in Thailand. Bangkok: United Nations Population Fund (Thailand Office). 2023.
3. Department of Health Service Support. Regulations of Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2018. (in Thai)
4. Ha N. Competencies Development for Village Health Volunteer of Muang District, Phuket Province. [Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2019. (in Thai)
5. National Statistical Office. Number of Population from Registration by Age Group, Region and Province: 2012 - 2022. Bangkok: National Statistical Office. 2023. (in Thai)

6. Nutchanart N, Petcharak S, & Chaovalit S. A Competencies Development of the Village. Health Volunteers of Suphan Buri Province. Journal of MCU Peace Studies. 2018; 6(2): 786-79. (in Thai)
7. Jukchai P, Khuneepong A, & Changkaew W. Factors Affecting the Performance of Village Public Health Volunteers (VHVs) of Family Care Teams, Pathum Thani Province. Journal of Public Health Nursing. 2017; 31(1): 16–28. (in Thai)
8. Jitbantad W, Ruangput P, Sahairak S, & Warapeang W. Capacity Building of Community Volunteers to be Case Manager of Community Dwelling Elderly with Disabilities. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). 2017. (in Thai)
9. Green I W, & Kreuter M W. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
10. Primary Health Care Division. Volunteer Report Wang Somboon District Sa Kaeo Province. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
11. Krejcie RV, & Morgan DW. Determining sample size for research activities. Journal Education and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
12. Heangku N, & Yaebkai T. Factors Predicting Urban Area Role Performance among Village Health Volunteers in Sukhothai Province. Journal of Health Science. 2020; 19(3): 145-55. (in Thai)
13. Mulajit W. Factors Affecting the Elderly's Health Promotion Performance among village health volunteers in Don Chedi, Suphanburi Province. Journal of Public Health and Innovation. 2021; 1(1): 36-50. (in Thai)
14. Keyong E. The Performance of Village Health Volunteers in the Midst of Change. Journal of Health Systems Research. 2017; 11(1): 119-25. (in Thai)
15. Sirikan C, Khaikham J, Maleelai K, & Boonsu T. The Role of Village Health Volunteers in Advocating Health Promotion among the Elderly at That Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS. 2021; 4(2): 176-89. (in Thai)
16. Sanghawit K. Factors predicting competency in elderly care of professional nurses in Tambon health promoting hospitals, Khonkaen Province. [Thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. 2018. (in Thai)

ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

Predicting Factors of Post-Operative Delirium in Abdominal Surgery's Older Adult

นัทยา แสงบุญเรือง* คัทรียา รัตนวิมล ณิชกานต์ ทรงไทย
Nattaya Sangboonruang* Cathareeya Rattanawimol Nichakarn Songthai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand, 65000

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการวัดความสอดคล้องการประเมินระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (Inter-Rater Reliability) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดร้อยละ 24.55 โดยอุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .447, .457, .296, .308 และ .292 p<.05 ตามลำดับ) และปัจจัยข้างต้นสามารถทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ (adj. OR=14.61 : 95%CI=2.80 - 76.27, 2.16 : 95%CI=1.34 - 3.48, 11.38 : 95%CI= 2.54-50.92, 1.22 : 95%CI=1.03 - 1.44 และ 9.59 : 95%CI=1.19 -76.98 ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ร้อยละ 65.40 (Nagelkerke R^2 = .654, p< .05)

คำสำคัญ : ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด, ผู้สูงอายุ, การผ่าตัดช่องท้อง

Abstract

This study is predictive correlational research study aimed to study incidence, correlation and predicting factors of post-operative delirium in abdominal surgery's older adult. The subjects were selected by purposive sampling. The sample included 110 aged 60 and over who had undergone abdominal surgery in the surgical department .The research tool used in this study were a demographic form, Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and Thai version of the Confusion Assessment (CAM). These research tool showing inter-rater reliability 1.00. The result showed that the average of post-operative delirium is 24.55%. The association between post-operative body temperature, pain, hemoglobin level, depression and Infected Covid-19 were positive (r= .447, .457, .296, .308 and .292, p<.05 respectively). Post-operative body temperature can predict

Corresponding Author: *E-mail: nattayas64@nu.ac.th

วันที่รับ (Received) 23 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 14 ธ.ค. 2567

post-operative delirium about 14.61 occasions (adj. OR=14.61 : 95%CI=2.80 - 76.27), pain 2.16 occasions (adj. OR= 2.16 : 95%CI=1.34 - 3.48), hemoglobin level about 11.38 occasions (adj. OR= 11.38 : 95%CI= 2.54-50.92), depression 1.22 occasions (adj. OR= 1.22 : 95%CI=1.03 - 1.44) and infected COVID-19 about 9.59 occasions. (adj. OR= 9.59 : 95%CI=1.19 - 76.98). The 5 factors can explain 65.40% of variance in post-operative delirium (Nagelkerke R^2= .654, p<.05) in abdominal surgery's older adult.

Keyword: Delirium, Post-Operative Delirium, Older Adult, Abdominal Surgery

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นภาวะที่สภาพจิตใจถูกรบกวน เกิดความคลาดเคลื่อนของการรับรู้ ไม่สามารถคงไว้ซึ่งความสนใจสิ่งแวดล้อม และมีความผิดปกติในกระบวนความคิด เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว[1] ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 50[2] โดยพบภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Post-Operative Delirium) มากกว่าร้อยละ 60[3] ในประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในวันที่ 1-4 หลังการผ่าตัด ร้อยละ 20.21 และพบมากที่สุดในการผ่าตัดช่องท้องและกระดูกสะโพก ร้อยละ 26.32[4]

ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ได้แก่ Dopamine, Acetylcholine และ Serotonin[5, 6] ส่งผลให้การทำงานของสมองผิดปกติ เกิดระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องในการรู้คิดและเข้าใจ สูญเสียการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล[7] ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบการเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและเสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 18[8] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและเกิดร่วมกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกระบวนการสูงอายุซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เมทาบอลิซึมในสมอง และวงจรการนอนหลับ โดยเฉพาะอุณภูมิร่างกายหลังการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการอักเสบของร่างกาย ทำให้สมองเกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ[9] ดังการศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่การผ่าตัดหัวใจแบบมีการนัดหมายไว้ พบว่า อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัดที่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส และสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด[10,11] ปัจจัยด้านความปวดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เนื่องจากความปวดที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioid และ Anticholinergic นำมาสู่การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้[12] ดังการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่า ความปวดสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้[13] ระดับฮีโมโกลบิน เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่มีระดับฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัดต่ำกว่า 11.1 g/dL มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด[14] และภาวะซึมเศร้าเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาทที่ลดลง[15] ดังการศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด[16] นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยพบว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มีอาการทางระบบประสาทที่รวมถึงภาวะสับสนเฉียบพลันได้ร้อยละ 26.80[17]

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ พบการศึกษาในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์และการผ่าตัดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่การศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องยังพบได้น้อยและมีการศึกษาปัจจัยทางด้านอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน อุณภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ในการทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อลดภาวะ

แทรกซ้อนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

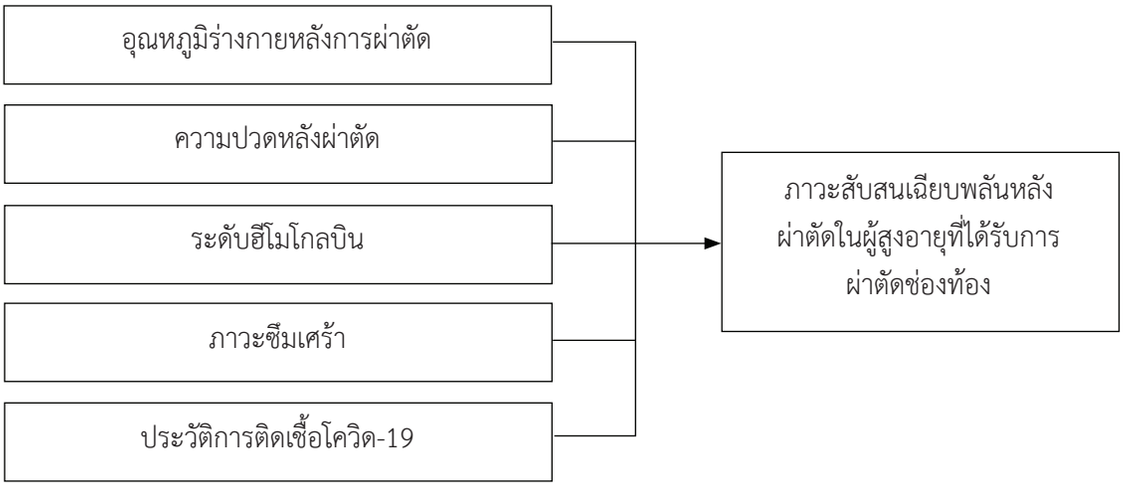
1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายอุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

สมมติฐาน

1. อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
2. อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้นำแนวคิดพยาธิสภาพการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ตัวแปรอิสระได้แก่ อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ตัวแปรตามได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง ได้รับการผ่าตัดใหญ่แบบมีการนัดหมายไว้ โดยเป็นการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง ที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมงขึ้นไป มีการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดระดับค่านัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัด[4] พบค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติกอยู่ในช่วง 0.00 – 1.34 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง แบบมีการนัดหมายไว้ โดยเป็นการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง (Abdominal surgery) ที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมงขึ้นไป มีการใช้ยาสลบหรือ

ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia) 2) ไม่มีประวัติติดสุราเรื้อรังหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม 3) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการฟัง

เกณฑ์การคัดออก 1) มีความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล หรือได้คะแนนจากการประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทยน้อยกว่า 8 คะแนน ก่อนเข้ารับการผ่าตัด 2) ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัย 3) ไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย 18 คะแนนรวมทั้งหมด 0-28 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง อาจมีความบกพร่องด้านการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลสุขภาพ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ประเมินโดยเทอร์โมมิเตอร์ดิจิตอลวัดทางรักแร้ วัดตั้งแต่ออกจากห้องผ่าตัดถึง 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด หน่วยเป็นองศาเซลเซียส กำหนดเกณฑ์ 2 กลุ่ม คือ ปกติและผิดปกติ แบ่งตามอุณหภูมิร่างกาย คือ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส หมายถึงอุณหภูมิร่างกายปกติ < 36.5 หรือ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส หมายถึงอุณหภูมิร่างกายผิดปกติ ส่วนที่ 3 ความปวดหลังการผ่าตัดช่องท้อง ประเมินจากแบบประเมินความปวดแบบมาตรวัดตัวเลข แสดงตัวเลข 0-10 เก็บข้อมูลคะแนนความปวดสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ส่วนที่ 4 ระดับฮีโมโกลบิน จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งก่อนและหลังผู้สูงอายุเข้ารับผ่าตัดช่องท้อง มีหน่วยเป็นกรัมต่อเดซิลิตร กำหนดเกณฑ์การแปลผล 2 กลุ่มคือ ปกติและ ผิดปกติ ส่วนที่ 5 ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนดิบที่ได้จากการประเมิน ส่วนที่ 6 ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 แบบเลือกตอบได้แก่ เคยและไม่เคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19

2.2 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย (Confusion Assessment Method: CAM) เกณฑ์การแปลผลคือ หากพบอาการในข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ร่วมกับ มีอาการในข้อที่ 3 หรือข้อที่ 4 ถือว่า เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการวิเคราะห์ความสอดคล้องการประเมินระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (Inter-Rater Reliability) มีค่าเท่ากับ 1.00 ตามแนวทางของ Fleiss[19]

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล คัดเลือกผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยเกณฑ์คัดเข้า แจ้งแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบและขอความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ เข้าพบผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 วันก่อนผ่าตัดเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ เมื่อได้รับความยินยอมผู้วิจัยทำการคัดกรองความบกพร่องด้านการรู้คิด หลังจากนั้นดำเนินการชี้แจงข้อมูลและให้ลงลายมือชื่อหากผ่านเกณฑ์การคัดกรอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ระดับฮีโมโกลบินก่อนผ่าตัด แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้เวลา 10-20 นาที/ราย หลังการผ่าตัดผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผ่าตัด อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวดหลังการผ่าตัด ระดับฮีโมโกลบินหลังผ่าตัด และการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในวันที่ 1-3 หลังการผ่าตัด ใช้เวลา 5-10 นาที/ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ทำการรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลลำปาง โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร IRB No. P1-0149/2566

วันที่ 12 มกราคม 2567และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำปาง EC 022/67 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความสมัครใจ ความเสี่ยง และประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยสถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

2. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ฟี (Phi coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

3. การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม (Binary Logistic Regression) แบบถดถอยขั้นตอนเดียว (Enter mode)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างโดยมีอายุระหว่าง 60-88 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.56 ปี (S.D.=7.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 67.30 และเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 75.46

ตารางที่ 1 อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

	ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด		เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้อง	83	75.45	27	24.55

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเท่ากับ 24.55

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ปัจจัยที่ศึกษา (สถิติวิเคราะห์)	ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด	p-value
อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด (ϕ)	.447	.000*
ความปวด (r_{pb})	.457	.000*
ระดับฮีโมโกลบิน (ϕ)	.296	.002*
ภาวะซึมเศร้า (r_{pb})	.308	.001*
ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 (ϕ)	.292	.002*

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .447, .457 และ .308 ตามลำดับ, p<.05) ระดับฮีโมโกลบินและประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .296, .292, ตามลำดับ p<.05)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ปัจจัยที่ศึกษา	adj. OR (95% CI)	p-value
อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด	14.61 (2.80-76.27)	.001*
ความปวด	2.16 (1.34-3.48)	.001*
ระดับฮีโมโกลบิน	11.38 (2.54-50.92)	.001*
ภาวะซึมเศร้า	1.22 (1.03-1.44)	.024*
ประวัติการติดเชื้อโควิด-19	9.59 (1.19-76.98)	.033*
Log Likelihood เท่ากับ 58.94, Nagelkerke R^2 เท่ากับ .654		
Overall Predictive Percentage Correct เท่ากับ 87.20		

*p< .05

จากตารางที่ 3 พบว่า อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 สามารถร่วมกันอธิบายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 65.40 (Nagelkerke R^2 = .654) และปัจจัยข้างต้นสามารถทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ (adj. OR=14.61 : 95%CI=2.80 - 76.27, 2.16 : 95%CI=1.34 - 3.48, 11.38 : 95%CI= 2.54-50.92, 1.22 : 95%CI=1.03 - 1.44 และ 9.59 : 95%CI=1.19 - 76.98 ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 24.55 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุร้อยละ 20.21 ในวันที่ 1-4 หลังการผ่าตัด โดยการผ่าตัดส่วนช่องท้องและกระดูกสะโพกมากที่สุดร้อยละ 26.32[4] อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สารสื่อประสาท Acetylcholine ลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบเมทาบอลิซึมในสมอง ที่เป็นสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.96 มีโรคประจำตัว ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรคประจำตัว ที่อาจส่งผลต่อสมดุลของสารสื่อประสาทได้[20] และการผ่าตัดกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดและการอักเสบส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ[9]

2. อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ดังนี้

2.1 อุณหภูมิร่างกายหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอุณภูมิร่างกายหลังผ่าตัด 36.0 - 40.6 องศาเซลเซียส โดยอุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้กระบวนการเมทาบอลิซึมของ Tau protein เพิ่มขึ้น เซลล์สมองและระบบประสาทเกิดการสูญเสียหน้าที่[21] และอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นทำให้สมองหลั่ง Glutamate ,Aspartate, Glycine และ GABA เพิ่มขึ้น เกิดภาวะ Excitotoxicity ทำให้เซลล์ประสาทเสียหาย จนเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดหมายไว้และได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่การผ่าตัดหัวใจ พบว่าอุณหภูมิร่างกายระหว่างและหลังผ่าตัดที่ต่ำกว่า 36.0 องศาเซลเซียสและอุณหภูมิร่างกายหลังผ่าตัดที่มากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10,21,22]

2.2 จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีคะแนนความปวดสูงสุด 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 7.52 คะแนน โดยความปวดที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิด Cholinergic Deficiency ร่วมกับการได้รับยากลุ่ม Opioid และ Anticholinergic ทำให้ Acetylcholine ลดลง นอกจากนี้ความปวดทำให้ร่างกายเกิดความเครียดหลั่ง Glucocorticoid กระตุ้นการทำงานของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) เกิดการสร้าง Cytokines เพิ่มขึ้น[23] และเกิด Hypercortisolism มีผลต่อ Hippocampal

Serotonin Receptor ที่ควบคุมความโกรธและความก้าวร้าว จนเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้[6] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไปและการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [4,13]

2.3 ระดับฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยระดับฮีโมโกลบินในกระแสเลือดที่ลดลง ทำให้สมองได้รับออกซิเจนลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ การศึกษาที่ผ่านมาในผู้สุงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบมีการนัดหมายไว้และได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ พบว่าระดับฮีโมโกลบินที่ผิดปกติทั้งก่อนผ่าตัดและหลังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [24,25,26]

2.4 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากระดับสารสื่อประสาทที่ลดลงโดยเฉพาะ Serotonin, Dopamine, Acetylcholine และ Norepinephrine ที่มีบทบาทต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะสับสนเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไปและการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15,16]

2.5 ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด พบว่าเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 อาศัย Angiotensin Converting Enzyme-2 (ACE2) เป็นตัวรับหลักในการก่อโรค โดยเซลล์ประสาทจะมีความไวต่อเอนไซม์ ACE2 ทำให้เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สามารถผ่านเข้าไปเซลล์ขัดขวางการทำงานของ Mitochondria จนเกิดความเสียหายแก่สมองโดยตรง[27] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ร้อยละ 26.80 มากกว่าผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 7.70[17]

3. อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้าและประวัติการติดเชื้อโควิด-19 สามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 65.40 (Nagelkerke R^2 = .654) และความน่าจะเป็นที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (adj. OR) เท่ากับ 14.61, 2.16, 11.38, 1.22 และ 9.59 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเกิดจากหลายปัจจัยประกอบที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีความซับซ้อนและเกิดร่วมกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกระบวนการสูงอายุ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง เมทาบอลิซึมของสมอง และวงจรการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นการเกิดร่วมกันของหลากหลายปัจจัย ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด[13] พบว่าปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ระยะเวลาการผ่าตัด ระดับความปวด และภาวะซึมเศร้า ร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 54.20

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า อุณหภูมิร่างกายหลังการผ่าตัด ความปวด ระดับฮีโมโกลบิน ภาวะซึมเศร้า และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องได้ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งยังนำผลการวิจัยกำหนดนโยบายและแผนดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน เฝ้าระวังและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ตามนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำโปรแกรมเพื่อป้องกันหรือจัดการปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

2. การศึกษาปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดอื่น เนื่องจากความแตกต่างทางพยาธิสภาพของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะผู้เกี่ยวข้องที่ช่วยให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง หัวหน้างานและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

References

1. Black DW, & Grant JE. DSM-5 Guidebook. 5, editor. Washington, DC London, England: American Psychiatic Publishing; 2013.
2. Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. New England Journal of Medicine 2017;377(15):1456-66.
3. Vlisides P, & Avidan M. Recent Advances in Preventing and Managing Postoperative Delirium. F1000Res 2019;8(F1000 Faculty Rev): 607-16.
4. Chaiwong P, Sucumvang K, Chintanawat R, & Wongpakaran N. Predicting Factros of Delirium Occurence Among Post-operative Older Persons. Nursing Journal Chiang Mai University. 2015;42(2):116-25. (in Thai)
5. Inouye SK, Westendorp, Rudi GJ, Saczynski, & Jane S. Delirium in elderly people. The lancet. 2014;383(9920):911-22.
6. Iglseder B, Frühwald T, & Jagsch C. Delirium in geriatric patients. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2022;172(5-6):114-21.
7. Methawasin K. Delirium Diagnosis Assessment and Treatment. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2018;13(3):21-9. (in Thai)
8. Hildenbrand FF, Murray FR, Von Kanel R, Deibel AR, Schreiner P, Ernst J, et al. Predisposing and precipitating risk factors for delirium in gastroenterology and hepatology: Subgroup analysis of 718 patients from a hospital-wide prospective cohort study. Frontiers in Medicine (Lausanne). 2022;30(9):01-11.
9. Harris MJ, Brovman EY, & Urman RD. Clinical predictors of postoperative delirium, functional status, and mortality in geriatric patients undergoing non-elective surgery for hip fracture. Journal of Clinical Anesthesia. 2019;58(1):61-71
10. Horacek R, Krnacova B, Prasko J, & Latalova K. Delirium as a complication of the surgical intensive care. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2016;20161(2):2425-34.
11. Zhang Y, He ST, Nie B, Li XY, & Wang DX. Emergence delirium is associated with increased postoperative delirium in elderly: a prospective observational study. Journal of Anesthesia. 2020;34(5):675-87.
12. Jin Z, Hu J, & Ma D, Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. British Journal of Anaesthesia. 2020;125(4):492-504.
13. Iamrod N, Sindhu S, Danaidutsadeekul S, & Tantiwongkosri K. Predictors of Delirium in the Elderly Patients Undergone Open Heart Surgery in The First 72 Hours After Surgery. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2):34-42. (in Thai)
14. Kijima E, Kayama T, Saito M, Kurosaka D, Ikeda R, Hayashi H, et al. Pre-operative hemoglobin level and use of sedative-hypnotics are independent risk factors for post-operative delirium following total knee arthroplasty. BioMed Central Musculoskeletal Disorders 2020;21(1):279-86.
15. Vacas S, Grogan T, Cheng D, & Hofer I. Risk factor stratification for postoperative delirium: A retrospective database study. Medicine (Baltimore). 2022;101(42):e31176.
16. Sumongkol S, Piphatvanitcha N, & Jullamate P. Factors Related to Postoperative Delirium in Older Adults Undergoing Spinal Surgery. Bhurapha Universith: Bhurapha; 2019.
17. Benussi A, Pilotto A, Premi E, Libri I, Giunta M, Agosti C, et al. Clinical characteristics and outcomes of inpatients with neurologic disease and COVID-19 in Brescia, Lombardy, Italy. Neurology. 2020;95(7):e910-e20.

18. 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.
19. Thato R. Nursing Research: Concepts to Application. 5 ed. 5, editor. Bankok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
20. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;33(11):1428-57.
21. Wang J, Zhu L, Li C, Lin Y, Wang B, Lin X, et al. The relationship between intraoperative hypothermia and postoperative delirium: The PNDRFAP study. Brain Behav 2024; 14(5):e3512.
22. Zhang F, He ST, Zhang Y, Mu DL, & Wang DX. Comparison of Two Malnutrition Assessment Scales in Predicting Postoperative Complications in Elderly Patients Undergoing Noncardiac Surgery. Frontiers Public Health. 2021;9(1): 1-9.
23. Daiello LA, Racine AM, Yun Gou R, Marcantonio ER, Xie Z, Kunze LJ, et al. Postoperative Delirium and Postoperative Cognitive Dysfunction: Overlap and Divergence. Anesthesiology. 2019;131(3):477-91.
24. Tesfaye Mekonin G, Kelbesa Olika M, Birhanu Wedajo M, Tolasa Badada A, Dukessa Dubiwak A, Tageza Ilala T, et al. Prevalence of Emergence Delirium and Associated Factors among Older Patients Who Underwent Elective Surgery: A Multicenter Observational Study. Anesthesiology Research and Practice. 2022;22(1): 1-9.
25. Liu YM, Huang H, Gao J, Zhou J, & Chu HC. Hemoglobin Concentration and Post-Operative Delirium in Elderly Patients Undergoing Femoral Neck Fracture Surgery. Frontiers in Medicine (Lausanne). 2021;8(1): 1-12.
26. Zhao J, Liang G, Hong K, Pan J, Luo M, Liu J, et al. Risk factors for postoperative delirium following total hip or knee arthroplasty: A meta-analysis. Frontiers in Psychology. 2022;13(1): 1-12.
27. Fotuhi M, Mian A, Meysami S, & Raji CA. Neurobiology of COVID-19. Journal of Alzheimer's Disease. 2020;76(1):3-19.

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Prevalence and Associated Factors of Computer Vision Syndromes in Healthcare Personnel in Nopparat Rajathanee Hospital

ปาลิตา ราชมณี* ศุภกร ตุลย์ไตรรัตน์
Palita Rachmanee* Supakorn Tultrairatana
สถาบันอาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร 10230
Occupational and Environmental Medicine Institute, Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thailand 10230

บทคัดย่อ

ปัจจุบันคอมพิวเตอร์มีความสำคัญต่อการทำงานในทุกองค์กร การใช้คอมพิวเตอร์สามารถทำให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย และมีประสิทธิภาพสูง ทำงานได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ การทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์นั้นเป็นการทำงานเบาเป็นระยะเวลานาน จัดว่าเป็นสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพ (Occupational hazard) นำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพ การใช้สายตากับหน้าจอเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ปัญหาทางสายตาที่เรียกว่า กลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ (Computer Vision Syndrome: CVS) การศึกษาภาคตัดขวางนี้เป็นการศึกษาความชุกและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการเกิดกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ (Computer Vision Syndrome: CVS) มีผู้เข้าร่วมศึกษาจำนวน 237 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม “CVS-Q” ในฉบับภาษาไทย คำถามทุกข้อมีความเป็นอิสระของคำถาม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษาพบความชุกของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 53 ซึ่งพบความชุกสูงสุด คือ อาการปวดตา (ร้อยละ88.89) และต่ำที่สุด คือ อาการเห็นแสงสว่างออกมาจากวัตถุ (ร้อยละ 22.22) โดยปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ได้แก่ เพศหญิง โรคประจำตัว ค่าสายตาผิดปกติ และประวัติการใช้น้ำตาเทียมระหว่างทำงาน และกลุ่มอาชีพ คือ อาชีพแพทย์มีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคน้อย

คำสำคัญ : กลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์, หน้าจอวิดีโอแสดงผล, บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

Computers have become integral to contemporary organizational operations. Their utilization has significantly enhanced operational efficiency, accessibility, and precision. However, prolonged computer use, a recognized occupational hazard, can adversely impact health. Excessive screen exposure is a primary contributor to Computer Vision Syndrome (CVS), a prevalent ocular condition. This cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of Computer Vision Syndrome (CVS) and to examine associated risk factors. A sample of 237 participants completed the Thai version of the CVS-Q questionnaire. Multivariate logistic regression analysis was employed to assess the relationship between variables and the presence of

Corresponding Author: *Email: palita1174@gmail.com

วันที่รับ (Received) 10 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 ส.ค. 2567

CVS. The overall prevalence of CVS was 53%, with eye pain being the most frequently reported symptom (88.89%) and floaters (22.22%) the least common. Female gender, pre-existing medical conditions, refractive errors, and artificial tear usage were identified as significant predictors of CVS. Notably, physicians exhibited a lower prevalence of the condition.

Keywords: Computer Vision Syndrome (CVS), Video display terminal, Healthcare personnel

บทนำ

ปัจจุบันคอมพิวเตอร์เป็นเทคโนโลยีสำคัญที่มีบทบาทต่อชีวิตประจำวัน มีความสำคัญต่อการทำงานในทุกองค์กร การใช้คอมพิวเตอร์สามารถทำให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย และมีประสิทธิภาพสูง ทำงานได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ อีกทั้งยังสามารถสร้างชุดคำสั่งต่างๆ หรือโปรแกรมขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้งาน ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมในปี 2561 พบว่าสถานประกอบการที่มีการใช้คอมพิวเตอร์ในการดำเนินกิจการมีประมาณ 716,284 แห่ง หรือร้อยละ 28.3 จากจำนวนสถานประกอบการทั้งหมดและมีบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานเป็นประจำประมาณ 3.2 ล้านคน[1] อย่างไรก็ตาม แม้การใช้เทคโนโลยีจะให้ผลดีในด้านการปฏิบัติงาน แต่อาจเกิดผลกระทบต่างๆ ต่อสภาพร่างกายของผู้ใช้งานได้ ปัจจุบันในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบว่านอกจากตำแหน่งธุรการยังมีบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่อื่นๆ จำเป็นต้องบันทึกข้อมูลและทำงานต่างๆ โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์นั้นเป็นการทำงานเบาเป็นระยะเวลานาน จัดว่าเป็นสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพ (Occupational hazard)[2] นำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพหลายประการ จากรายงานในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ใช้คอมพิวเตอร์มีอาการความล้าของตาร้อยละ 75[3] นักวิจัยชาวญี่ปุ่นสำรวจเกี่ยวกับอาการทางสายตาและทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์พบว่าอัตราชุกความเมื่อยล้าของตาสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 72.1 รองลงมาคือ ปวดคอ ปวดหลัง และปวดข้อมือ ร้อยละ 59.3, 30.0 และ 13.9 ตามลำดับ[4] ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยในประเทศไทยโดยพบว่าความชุกความล้าของสายตาของผู้ปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร้อยละ 77.55 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใช้คอมพิวเตอร์ทั่วไป จำนวน 600 คน พบว่าเกิดกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ (Computer Vision Syndrome : CVS) ร้อยละ 88 และปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกลุ่มอาการ CVS คือ ระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานานโดยไม่มีการพัก และระยะห่างระหว่างจอและสายตาน้อยกว่า 50 เซนติเมตร[6]

อาการของโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ได้แก่ รู้สึกตาแห้ง ระคายเคืองตา ปวดตา เมื่อยตา ตามัว ตาแดง แสบตา น้ำตาไหล มองเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะ ตาไวต่อแสงมากกว่าปกติ ปรับความชัดของภาพได้ช้า มองเห็นสีเปลี่ยนไปจากปกติ ปวดคอบ่าไหล่ ปวดหลัง ปวดข้อมือ[7] ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการเกี่ยวข้องกับดวงตาและการมองเห็น (Ocular or visual symptoms) และ 2) กลุ่มอาการนอกดวงตา (Extraocular symptoms) ซึ่งเกิดจากการทำงานที่ผิดหลักการยศาสตร์[8]

โรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ไม่มีเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยที่ตายตัว การวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติ สอบถามอาการ และตรวจร่างกายทางระบบจักษุ (Comprehensive eye examination)[9]

• ประวัติผู้ป่วย ควรสอบถามอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โรคประจำตัว ยาที่ใช้อยู่ประจำ รวมทั้งประวัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในตำแหน่งที่มีการใช้หน้าจอคอมพิวเตอร์

• ตรวจวัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity)

• ตรวจวัดสายตา เพื่อหาเลนส์สายตาที่เหมะสมในการแก้ไขปัญหาทางสายตา เช่น สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง

• ตรวจหาจุดโฟกัสของลูกตา การกรอกตาสองข้างว่าสัมพันธ์กันหรือไม่

จากงานวิจัยที่ทำการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง[10] ได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ โดยการใช้แบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นจากคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแบบสอบถามดังกล่าวพิจารณาจากความถี่ของอาการตาล้าและความรุนแรงของอาการตาล้า แล้วนำมาคำนวณเป็นคะแนน คะแนน ≥ 6 คะแนนจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อค้นหาปัจจัยด้านอาชีวเวชศาสตร์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (worker), ปัจจัยด้านการทำงาน (working conditions) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (working environment) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดโรคได้หากเกิดความไม่สมดุลกัน และเนื่องจากบุคคลกรทางการแพทย์จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ แต่ยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาเพื่อหาอัตราความชุกของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการทำให้เกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่ถูกเลือกมาจากการสุ่มตัวอย่าง โดยตัดกลุ่มอาชีพผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและแพทย์พื้นบ้านออก เนื่องจากไม่ได้ทำงานในโรงพยาบาล และตัดทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่างซ่อม พนักงานรักษาศพ พนักงานกู้ชีพออกเนื่องจากไม่ได้ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน ทำให้เหลือกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ 1,373 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- เป็นบุคลากรทางการแพทย์ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- ปฏิบัติงานอยู่ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม-มกราคม
- ปฏิบัติงานโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือจออิเล็กทรอนิกส์แสดงผล
- มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล
- ไม่ได้ปฏิบัติงานโดยใช้คอมพิวเตอร์หรือจออิเล็กทรอนิกส์แสดงผล
- ไม่สมัครใจร่วมวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและคำนวณขนาดการศึกษาใช้การอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้าที่ใช้ขนาดประชากรตัวอย่าง 527 คน พบความชุกของสิ่งที่ทำการศึกษา 81%[10] มาคำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 164 คน กำหนดให้ Non-response rate ของการศึกษาครั้งนี้เท่ากับร้อยละ 25 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 205 คน หลังได้รับคำยินยอมจากอาสาสมัครจะใช้เทคนิคการส่งตัวอย่างแบบ Purposive sampling โดยแบ่งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยตัดเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และแพทย์พื้นบ้านออก เนื่องจากไม่อยู่ในโรงพยาบาล และตัดกลุ่มทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ออก เนื่องจากไม่ได้ทำงานโดยใช้หน้าจอคอมพิวเตอร์ จึงได้เป็น 5 กลุ่มอาชีพ จากนั้นจึงทำการสุ่มออกมาในแต่ละกลุ่มให้ได้สัดส่วนตามที่คำนวณไว้ข้างต้น คือ 205/1,373 = 14% โดยกลุ่มอาชีพที่มีจำนวนน้อยกว่า 48 คนลงไป จะทำการคัดเลือกมาทั้งหมด รวมทั้งสิ้นได้ 255 คน มีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม 248 คน มีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ในประเด็นคำถามหลัก 11 ชุด สุดท้ายได้แบบสอบถามในการวิเคราะห์ผลจำนวน 237 ชุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยภายใน เลขที่ใบรับรอง 25/2567 วันที่ให้การรับรอง วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 - 1 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี เมื่อครบเวลาจะถูกทำลายทิ้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง โดยอ้างอิงจากแบบสอบถาม CVS-Q ที่พัฒนาโดยOptic Pharmacology and Anatomy Department, Public health research group, University of Alicante ประเทศสเปน มีค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ผศ.นพ.กัมปนาท วังแสน และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาฉบับแปลไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 ท่าน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความแตกต่างด้านข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่มีอาการ CVS และกลุ่มไม่มีอาการ CVS (n=237)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	มีอาการ CVS (n = 126)	ไม่มีอาการ CVS (n = 111)	p-value
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)			0.024*
หญิง	106 (84.13)	80 (72.07)	
ชาย	20 (15.87)	31 (27.93)	
อายุ, จำนวน (ร้อยละ)			0.124
18-35 ปี	46 (36.51)	55 (49.55)	
36-45 ปี	31 (24.60)	23 (20.72)	
46-60 ปี	49 (38.89)	33 (29.73)	
อายุเฉลี่ย (mean±SD)	41.25±10.79	38.86±10.28	0.083
กลุ่มอาชีพ, จำนวน (ร้อยละ)			0.168
พยาบาล	39 (35.14)	93 (39.24)	
นักวิชาการ	19 (17.12)	48 (20.25)	
เจ้าหน้าที่	17 (15.32)	31 (13.08)	
แพทย์	21 (18.92)	33 (13.92)	
เภสัชกร	15 (13.51)	32 (13.50)	
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			0.014*
ไม่มี	74 (58.73)	82 (73.87)	
มี	52 (41.27)	29 (26.13)	
อาการผิดปกติทางตาก่อนหน้า, จำนวน (ร้อยละ)			<0.001*
ไม่มี	64 (54.79)	90 (81.08)	
มี	62 (49.21)	21 (18.92)	
ค่าสายตาผิดปกติ, จำนวน (ร้อยละ)			0.008*
ไม่มี	36 (28.57)	50 (45.05)	
มี	90 (71.43)	61 (54.95)	
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ			0.51
มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง	37 (29.37)	37 (33.33)	
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	89 (70.63)	74 (66.67)	

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่มีอาการCVS และกลุ่มไม่มีอาการCVS ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.13 ต่อ 72.07 มีอายุเฉลี่ย 41.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.79) ต่อ 38.86 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.28) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35.14 ต่อ 39.24 มีโรคประจำตัวร้อยละ 41.27 ต่อ 26.13 มีอาการผิดปกติทางตาก่อนหน้า ร้อยละ 49.21 ต่อ 18.92 ค่าสายตาผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 71.43 ต่อ 54.95 เมื่อนำปัจจัยข้างต้นมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มด้วย Chi-square พบว่ามีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ในด้านเพศ โรคประจำตัว อาการผิดปกติทางตาก่อนหน้า ค่าสายตาผิดปกติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการใช้หน้าจอของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความแตกต่างด้านข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่มีอาการ CVS และกลุ่มไม่มีอาการ CVS (n=237)

ตัวแปร	มีอาการ CVS (n = 126)	ไม่มีอาการ CVS (n = 111)	p-value
แสงสว่างในห้อง			0.395
เหมาะสม	104 (82.54)	98 (88.29)	
ไม่เหมาะสม	22 (17.4)	13 (11.71)	
แสงสะท้อนบนหน้าจอ			0.055
ไม่มี	86 (68.25)	88 (79.28)	
มี	40 (31.75)	23 (20.72)	
ระยะห่างระหว่างตาและหน้าจอ			0.380
น้อยกว่า 20 เซนติเมตร	21 (16.67)	14 (12.61)	
มากกว่า 20 เซนติเมตร	105 (83.33)	97 (87.39)	
ความสูงจอเทียบกับระดับสายตา			0.032*
เท่ากับระดับสายตา	98 (77.78)	88 (79.28)	
สูงกว่าระดับสายตา	4 (3.17)	11 (9.91)	
ต่ำกว่าระดับสายตา	24 (19.05)	12 (10.81)	
ระยะเวลาการใช้จอ			0.24
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง	54 (42.86)	56 (50.45)	
มากกว่า 6 ชั่วโมง	72 (57.14)	55 (49.55)	
การใช้น้ำตาเทียมระหว่างทำงาน			0.007*
ไม่ใช้	91 (72.22%)	96 (86.49%)	
ใช้	35 (27.78%)	15 (13.51%)	
การพักสายตาระหว่างทำงาน			0.046*
ไม่มี	13 (10.32%)	4 (3.60%)	
มี	113 (89.68%)	107 (96.40%)	

* p <.05

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มที่มีอาการCVS และกลุ่มไม่มีอาการCVS ส่วนใหญ่แสงสว่างในห้องเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 82.54 ต่อ 88.29 ไม่มีแสงสะท้อนบนหน้าจอ คิดเป็นร้อยละ 68.25 ต่อ 79.28 ระยะห่างระหว่างตาและหน้าจอมากกว่า 20 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 83.33 ต่อ 87.39 มีความสูงของจอเท่ากับระดับสายตา คิดเป็นร้อยละ 77.79 ต่อ 79.28 กลุ่มที่มีอาการCVS มีระยะเวลาการใช้หน้าจอมากกว่า 6 ชั่วโมงจำนวนมากกว่ากลุ่มไม่มีอาการCVS คิดเป็นร้อยละ 57.14 ต่อ 49.55 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ใช่น้ำตาเทียม และมีการพักสายตาระหว่างทำงาน เมื่อนำปัจจัยข้างต้นมาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มพบว่าความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ในตัวแปรความสูงจอเทียบกับระดับสายตา การใช้น้ำตาเทียมระหว่างทำงานและการพักสายตา

ความชุกของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาพบความชุกของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 53 (126/237) ในกลุ่มที่มีอาการ CVS อาการที่พบได้บ่อยคืออาการปวดตา ร้อยละ 88.89 รองลงมาคืออาการแสบตา ร้อยละ 82.54 และอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 74.60

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS (N=237)

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	p Value
ปัจจัยบุคคล			
เพศหญิง	0.48	0.25-0.91	0.02*
อายุ	1.02	0.99-1.04	0.08
กลุ่มอาชีพ			
พยาบาล	อ้างอิง	อ้างอิง	อ้างอิง
นักวิชาการ	1.10	0.54-2.24	0.78
เจ้าหน้าที่	0.59	0.26-1.34	0.21
แพทย์	0.41	0.18-0.93	0.03*
เภสัชกร	0.81	0.36-1.83	0.62
มีโรคประจำตัว	1.98	1.14-3.45	0.01*
มีอาการผิดปกติทางตาก่อนหน้า	4.15	2.30-7.48	<0.001*
มีค่าสายตาผิดปกติ	2.40	1.19-3.50	0.009*
จำนวนชั่วโมงการนอน <8 ชั่วโมง	1.20	0.69-2.08	0.511
สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการใช้จอ			
แสงสว่างในห้องไม่เหมาะสม	1.81	0.50-6.54	0.36
มีแสงสะท้อนบนหน้าจอ	1.77	0.98-3.21	0.05
ระยะห่างระหว่างตาและจอเหมาะสม	0.72	0.34-1.49	0.38
ความสูงของจอเทียบกับระดับสายตา			
เท่ากับระดับสายตา	อ้างอิง	อ้างอิง	อ้างอิง
สูงกว่าระดับสายตา	0.32	0.10-1.06	0.063
ต่ำกว่าระดับสายตา	1.79	0.84-3.80	0.126
ระยะเวลาในการใช้จอ >6 ชั่วโมง	1.35	0.81-2.26	0.243
มีการพักสายตาระหว่างทำงาน	0.32	0.01-1.02	0.056
มีการใช้น้ำตาเทียม	2.46	1.26-4.80	0.008*

* p <.05

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ CVS น้อยกว่าเพศหญิง 0.48 เท่า (OR=0.48, 95%CI=0.25-0.91) กลุ่มอาชีพแพทย์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการCVS น้อยกว่ากลุ่มอาชีพพยาบาล 0.41 เท่า (OR=0.41, 95%CI=0.18-0.93) กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการCVS เป็น 1.98 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR=1.98, 95% CI=1.14-3.45)

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติทางตาก่อนหน้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ CVS เป็น 4.15 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีอาการ (OR=5.65, 95%CI=2.30-7.48) กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าสายตาผิดปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ CVS เป็น 2.4 เท่าของกลุ่มที่มีค่าสายตาปกติ (OR=2.40, 95%CI=1.19-3.50)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้จออิเล็กทรอนิกส์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้น้ำตาเทียมมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการ CVS เป็น 2.46 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้ใช้น้ำตาเทียม (OR=2.46, 95%CI=1.26-4.80)

การอภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 53 ซึ่งถือว่าพบได้น้อยถ้าเทียบกับหลายงานวิจัย ในประเทศไทยก่อนหน้า เช่น ผลการศึกษาวิจัยในพนักงานสำนักงานของโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ พบความชุกของกลุ่มอาการ CVS ร้อยละ 86[11] การศึกษาในบุคลากรสายการสอนในมหาวิทยาลัยบูรพา พบอัตราชุกของกลุ่มอาการ CVS ร้อยละ 79.58 เนื่องจากกลุ่มอาการCVS ยังไม่มีเกณฑ์ การวินิจฉัยมาตรฐาน และความแตกต่างของเกณฑ์การวินิจฉัยของแต่ละวิจัยจึงอาจเป็นผลทำให้พบความชุกที่แตกต่างกัน[12] นอกจากนั้นความชุกของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 53 ซึ่งพบอัตราชุกของอาการปวดตา ร้อยละ 88.89 รองลงมาคืออาการแสบตา ร้อยละ 82.54 และอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 74.60 ซึ่งให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบความชุกของอาการปวดตาสูงสุด ร้อยละ 96.5 รองลงมาคืออาการแสบตาร้อยละ 92.5[10]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS

เพศ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 84.13 จึงอาจเป็นหนึ่งเหตุผลที่ทำให้ผลการศึกษาพบเพศชายมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการCVS ได้น้อยกว่าเพศหญิง 0.48 เท่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการCVSสูงกว่าเพศชาย โดยเฉพาะอาการตาแห้งซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมนเพศหญิง[13,14]

กลุ่มอาชีพ พบว่ากลุ่มอาชีพแพทย์มีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการ CVS น้อยกว่ากลุ่มอาชีพพยาบาล อาจมีผลมาจากกระบวนการทำงานที่จะต้องมีการซักประวัติ และตรวจร่างกายเปรียบเสมือนการได้พักสายตาไปในขณะเดียวกัน

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภูมิแพ้ เบาหวาน มะเร็งเต้านม และโรคไต ซึ่งโอกาสเกิดกลุ่มอาการCVSได้มากกว่ากลุ่มไม่มีโรคประจำตัวถึง 1.98 เท่า สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบกว่ากลุ่มคนเป็นโรคเบาหวาน[15] ภูมิแพ้[16] มะเร็งเต้านม[17] โดยส่วนมากมักมีอาการตาแห้ง และระคายเคืองตาซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มอาการCVS อันเกิดจากยาที่ใช้และผลจากระดับฮอร์โมนที่ไม่สมดุล

อาการผิดปกติทางตาก่อนหน้า เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่มอาการCVS ตัวอย่างอาการที่พบได้แก่ คันตา ตาแห้ง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการ CVS[14] จึงเป็นข้อสนับสนุนที่ทำให้กลุ่มที่มีอาการทางตาก่อนหน้าเกิดกลุ่มอาการCVS ได้มากกว่า

ค่าสายตาที่ผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นสายตาสั้น สายตายาว หรือสายเอียง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ CVS เนื่องจากคนที่มีค่าสายตาผิดปกติ เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและองค์ประกอบของดวงตา ทำให้ประสิทธิภาพการมองเห็นลดลง ส่งผลให้เกิดอาการ CVS ร้อยละ 9 ถึง 10[18]

การใช้น้ำตาเทียม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ CVS พบการใช้น้ำตาเทียมในกลุ่มที่มีอาการทาง CVS มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ CVS โดยการใช้น้ำตาเทียมเป็นหนึ่งในการรักษาเพื่อลดอาการตาแห้ง และอาการเคืองตา จากการศึกษาพบว่าน้ำตาเทียมลดความรุนแรงของอาการตาแห้งในกลุ่มที่มีอาการตาแห้งอย่างรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการ CVS ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ แสงสว่างในห้อง แสงสะท้อนบนหน้าจอ ระยะห่างระหว่างตาและจอ ความสูงของจอเทียบกับตา ความสว่างของหน้าจอ ระยะเวลาการใช้จออาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม คือ มีแสงสว่างในห้องเพียงพอ หน้าจอที่เหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้จอคอมพิวเตอร์ที่ถูกต้องตามหลักการยาศาสตร์ คือ ระยะห่างระหว่างตาและจออยู่ในช่วง 40-75 ซม. ความสูงของจออยู่ระดับเดียวกับสายตาหรือต่ำกว่าสายตาเล็กน้อย[20]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของการเกิดโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลนพรัตน

ราชธานีมีจำนวนไม่น้อย ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนและป้องกันการเกิดโรค ผู้วิจัยแนะนำให้จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์แก่บุคคลากรในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ขึ้นกับการตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยเป็นหลัก อาจเกิด Response bias และSampling bias ได้ การพิจารณาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงสะท้อนบนหน้าจอ ความสว่างของห้อง ความสว่างของจอ ขึ้นกับประสาทสัมผัสและการพิจารณารายบุคคล ควรใช้เครื่องมือวัดผลที่มีความถูกต้องและแม่นยำในการศึกษาครั้งถัดไป นอกจากนั้นควรมีการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มเติมในผู้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์นอกจากผลกระทบทางด้านตาเพียงอย่างเดียว

References

1. National Statistical Office of Thailand. The survey on the use of information and communication technology in establishments. National Statistical Office of Thailand. 2018; 243(4): 12-4. (in Thai)
2. Malinka M, Bugajska J, & Bartuzi P. Occupational and non-occupational risk factors for neck and lower back pain among computer workers: A cross-sectional study. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2021;27(4):1108-15.
3. Clayton B, Seema V, Ashbala K, Sharabanee M, & Richard W. Computer vision syndrome: A review. Survey of Ophthalmology. 2005; 50(3):253-62. (in Thai)
4. Iwakiri K, Mori I, Sotoyama M, Horiguchi K, & Ochiai T. Survey on visual and musculoskeletal syndrome in VDT workers. Sangyo Eiseigaku Zasshi. 2004;46(6):201-12.
5. Tubtimhin S, & Puthaburi N. Prevalence and severity of computer vision syndrome of supporting staff in Ubon Ratchathani University. Srinagarind Medical Journal. 2019;34(2):173-7. (in Thai)
6. Sirikool T, & Khampitak K. Prevalence of computer vision syndrome in computer users. Thammasat Journal. 2006;1(1):21-7. (in Thai)
7. Gangamma M.P., Poonam & Raiagopala M. et al. Computer vision syndrome and its management: A clinical study. An International Quarterly Journal of Research in Ayurveda. 2010;31(2): 236-49.
8. Photihug P. Risk Factors of Computer Vision Syndromes Among Teaching Personals in Burapha University, Journal of Nursing and Education. 2016;9(2):104-19. (in Thai)
9. Bali J, Navin N & Thakur BR. Computer vision syndrome: A Review. Journal of Clinical Ophthalmology and Research. 2014;2(1): 61-8.
10. Wangsan K, Upapong P, Assavanopakun P, et al. Self-reported computer vision syndrome among Thai university students in virtual classrooms during the COVID-19 pandemic: prevalence and associated factors. International journal of environmental research and public health. 2022;19(7): 39-52. (in Thai)
11. Rungsirisangratana C, Pinsuwannabud P, & Hirunphasert C. Computer Vision Syndrome among Office Workers in Three Factories in Phrapradaeng District, Samutprakarn Province. Journal of Medical Association Thailand. 2020;10(1):21-35. (in Thai)
12. Courtin R, Pereira B, Naughton G, Chamoux A, et al. Prevalence of dry eye disease in visual display terminal workers. British Medical Journal. 2016;6(1): 214-26.

13. Bahkir F. A, & Grandee S S. Impact of the COVID-19 lockdown on digital device-related ocular health. Indian Journal of Ophthalmology. 2020 ;68(11): 2378-83.
14. Matossian C, McDonald M, Donaldson K.E, et al. Dry Eye Disease: Consideration for Women's Health. Journal of Women's Health. 2019; 28(5): 502–14.
15. Mahmoud B. A, Lambg B, Galadima C. F, et al. A Comparative Study of Dry Eye Disease in Diabetics and Non-Diabetic Population at National Eye Centre, Kaduna. Saudi journal of medicine, 2023;12(6):68-80.
16. Rosenfield M. Computer Vision Syndrome: A Review of Ocular Causes and Potential Treatments. The journal of the British College of Ophthalmic Opticians. 2011 ;31(5):502–15.
17. Grasso A, Di Zazzo A, Giannaccare G, et al. Sex Hormones Related Ocular Dryness in Breast Cancer Women.Journal of Clinical Medicine. 2022; 10(12):106-21.
18. Ruennusan M. The Effect of Working Hours with Video Display Terminals on Transient Myopia and Eye Strain.(thesis). Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai)
19. Walter H. Effect of artificial tears on dynamic optical quality in patients with dry eye disease. Biomed Central Ophthalmology. 2022;22(1):189-203.
20. Fagsaard T, & Supapong S. Computer Vision Syndrome: The Silent Threat to Working Individuals in the Digital Era Post-COVID-19 Pandemic. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024 ;25(3):47-54.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Effects of a Self-management Program for Glycemic Control in Type 2 Diabetes People at Risk of Developing Diabetic Retinopathy in Urban Communities, Mueang District at Nakhon Ratchasima

วรรีย์ วรรณสิงห์[1] นภาเพ็ญ จันทขัมมา[2]* สุดา หันกลาง[3]
Worari Wannasing[1] Napaphen Jantacumma[2]* Suda Hanklang[3]
[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Thailand 11120
[1]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand, 11120
[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, นครราชสีมา ประเทศไทย 30000
[3]School of Nursing, Vongchavaritkol University, Nakhon Ratchasima, Thailand, 30000

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทำให้มีความผิดปกติในการมองเห็นและตาบอด ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เขตเมืองนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 ราย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พัฒนาภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ 2) แบบสอบถามการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test, independent t-test, Wilcoxon sign rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด ด้านการลดความเครียด และพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในกลุ่มทดลองลดต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: เบาหวานขึ้นจอประสาทตา การจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

Corresponding Author: * E-mail: napaphen.jan@stou.ac.th

วันที่รับ (received) 7 ม.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ม.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 ม.ค. 2567

Abstract

Diabetic retinopathy is a major complication. It causes abnormalities in vision and blindness. This causes the patient's quality of life to decrease, resulting in losses both in direct and indirect costs. Study the results of a self-management program to control blood sugar levels in people with type 2 diabetes who are at risk of developing diabetic retinopathy in the city area, Mueang district, Nakhon ratchasima province. Its purpose is to compare cumulative blood sugar levels and self-management to prevent diabetic retinopathy experimental group and comparison group, 36 patients per group, duration 12 weeks. The tools used in the study consisted of 1) a self-management program to control blood sugar levels in people with type 2 diabetes who are at risk of developing diabetic retinopathy. Developed under Creer's self-management framework 2) Self-management questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. Frequency distribution, mean, percentage, standard deviation, paired t-test, independent t-test, Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test.

The results of the study found that after using the program, the experimental group's self-management behavior regarding eating, exercise, medication adherence/going to see the doctor as per appointments, stress reduction and overall self-management behavior was significantly better than before using the program and better than the comparison group ($p < .05$), and it was found that the cumulative blood sugar level in the experimental group was significantly lower than before using the program and lower than the comparison group ($p < .05$).

Keywords: Diabetic retinopathy, Self-management, Cumulative blood sugar levels

บทนำ

จำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี 2523 เป็น 422 ล้านคน ในปี 2560 ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน[1] จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เป็นโรคเบาหวานขึ้นทะเบียน ในปี 2562-2564 จำนวน 132,238, 137,479 และ 146,650 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ผู้เป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ในปี 2562-2564 ร้อยละ 33.20, 32.72, 28.45 ตามลำดับ ผู้เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ในปี 2562-2564 ร้อยละ 59.15, 56.65 และ 52.66 ตามลำดับ และพบผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ในปี 2562-2564 ร้อยละ 3.36, 3.60 และ 3.55 ตามลำดับ และอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เป็นโรคเบาหวานขึ้นทะเบียน ในปี 2562-2564 จำนวน 24,991, 35,055 และ 35,145 คน ตามลำดับ ผู้เป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ในปี 2562-2564 ร้อยละ 33.10, 28.34, และ 21.31 ตามลำดับ พบผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ในปี 2562-2564 ร้อยละ 0.69, 0.80 และ 0.97 ตามลำดับ[2] ซึ่งปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ในผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ที่ส่งผลทำให้การมองเห็นลดลง สามารถทำให้ตาบอดได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคเบาหวานทั้งทางตรงและทางอ้อม[3]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องและเหมาะสม 5 ประการ ได้แก่ การไม่ควบคุมอาหาร การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง การที่มีร่างกายมีความเครียด และการไม่ไปพบแพทย์ต่อเนื่องตามนัด[4] และผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้เป็นโรคเบาหวาน พบว่า หลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรม[5] แต่ยังคงพบปัญหาในผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ คือ เมื่อระยะเวลา

ผ่านไปหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง หรือบางรายกลับมามีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมือนเดิมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้แบบยั่งยืน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การประเมินตนเองและการสะท้อนกลับ ผู้วิจัยพัฒนารวมโปรแกรมการจัดการตนเองให้เป็น 4 ขั้นตอน ครอบคลุมการจัดการตนเองของเครียร์ และเพิ่มการเสริมแรงให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญในเรื่องการฝึกประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็น ไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ การฝึกวิธีประเมินผลการรักษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

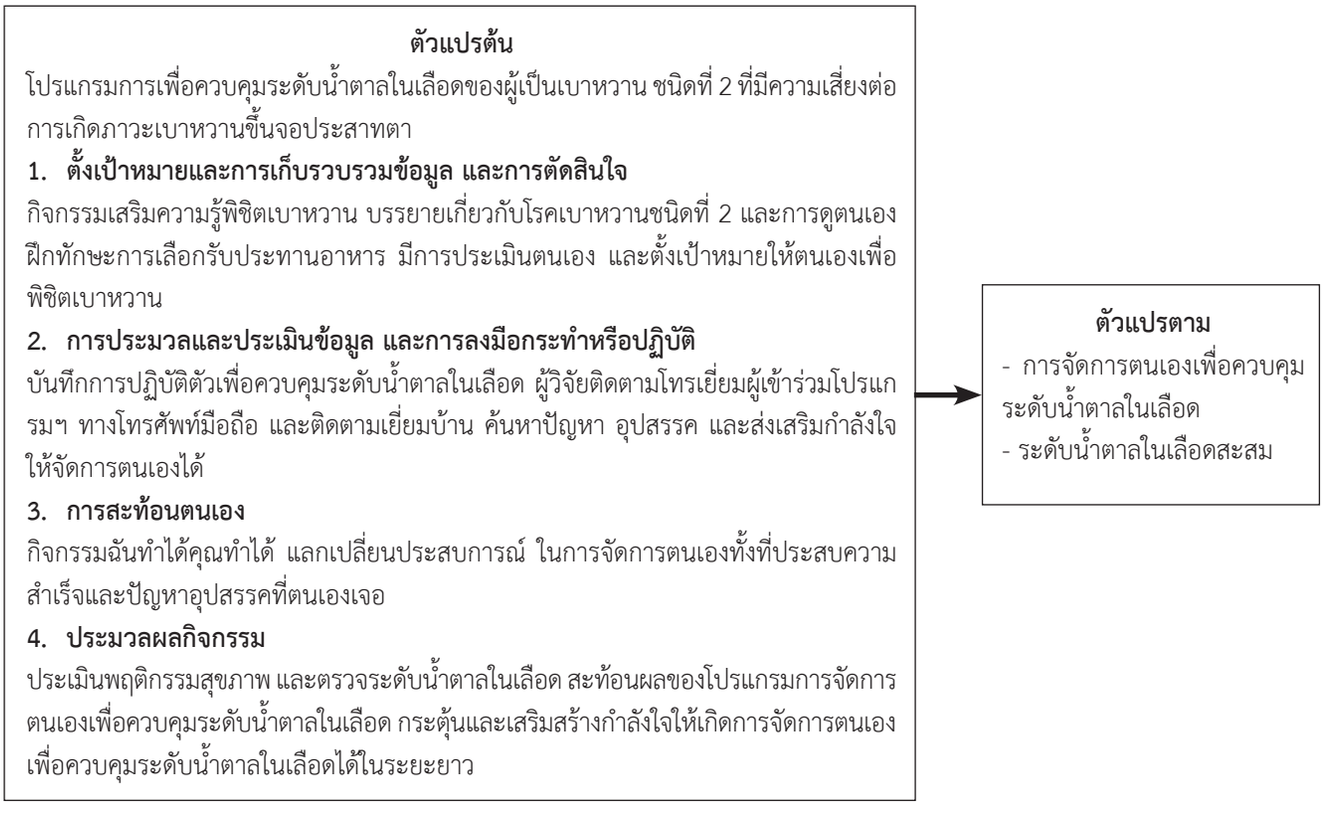
2. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองจะมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด และด้านการลดความเครียด ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยากินและ/หรือได้รับการรักษาด้วยยาฉีด ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กล่าวคือมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) > 7 มก./ดล ในการตรวจครั้งล่าสุด เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ใน เขตชุมชนเมืองนครราชสีมา มีจำนวน 28,175 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิด Power analysis โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.8 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 (α = .05) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการคำนวณจากผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาโบลิก[6] คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 0.60 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับตนเอง และ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

แบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการประเมินความคิดเห็นให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วยแบ่งออกเป็น 4 ตอน จำนวน 29 ข้อ โดยให้คะแนนจาก 5-1 คะแนน ในคำถามเชิงบวก และ 1-5 คะแนนในคำถามเชิงลบ ตอนที่ 1 ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 4 ด้านการลดความเครียด จำนวน 4 ข้อ

เครื่องมือกำกับตนเอง ได้แก่

1. สมุดบันทึกการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมไว้บันทึกข้อมูลของตนเอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และความเครียด เป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นผู้บันทึกผล

2. แบบบันทึกการติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยการโทรเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (12 สัปดาห์) เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ในการจัดโปรแกรม โดยแบ่งเป็น 4 ขั้น ได้แก่

ขั้นที่ 1 เป็นการตั้งเป้าหมายและการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตัดสินใจ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

1. กิจกรรมเสริมความรู้พิชิตเบาหวาน บรรยายเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการดูตนเอง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

2. กิจกรรมฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. กิจกรรมการประเมินตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. กิจกรรมตั้งเป้าหมายเพื่อพิชิตเบาหวาน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นที่ 2 การประมวลและประเมินข้อมูล และการลงมือกระทำหรือปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 2-4) และ (สัปดาห์ที่ 6-11) ได้แก่

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจดบันทึกการปฏิบัติตัวของตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลงในแบบบันทึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ทุกสัปดาห์

2. ผู้วิจัยมีการติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยการโทรเยี่ยมผู้เข้าร่วมโปรแกรมทางโทรศัพท์มือถือ ทุก 2 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยและทีมอสม. ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และสอบถามความก้าวหน้าในการจัดการตนเอง แนะนำการแก้ไขของปัญหาและอุปสรรคที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมพบเจอ รวมทั้งกระตุ้น ชมเชย ให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้ปฏิบัติตัวได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และผู้วิจัยลงบันทึกการโทรเยี่ยมในแบบบันทึกการติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ขั้นที่ 3 การสะท้อนตนเอง (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรม ฉันทำได้คุณทำได้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยคัดเลือกบุคคลที่มีการจัดการตนเองยอดเยี่ยมจำนวน 2 ท่าน ที่มีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น และมีผลของการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ที่ดีขึ้น มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการจัดการตนเอง ทั้งที่ประสบความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่ตนเองเจอ

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผลโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 12) กิจกรรมประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ได้แก่ การวัดระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินการจัดการตนเองครั้งที่ 2 ประมวลผลกิจกรรม ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้การแก้ปัญหาต่าง ๆ ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ความประสบความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ร่วมพูดคุยการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และสรุปผลการศึกษาในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับหมายเลขหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ NRPH 011 วันที่รับรอง 23 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินกิจกรรม จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมฯ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ การมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และในกลุ่มเปรียบเทียบจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นำเครื่องมือเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากค่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามนี้เท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ในตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’ s alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.3 และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 49.00 ปี (SD = 5.66) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย = 49.69 ปี (SD = 5.62) ส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 56.8 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.9 และ ร้อยละ 91.7 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 86.1 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.1 และร้อยละ 63.9 ตามลำดับ ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงาน ร้อยละ 44.4 และร้อยละ 41.1 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท

ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 47.2 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานกลุ่มทดลองเฉลี่ย 6.6 ปี (SD = 1.75) และกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 6.3 (SD = 1.47) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 97.2 และร้อยละ 100 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 69.4 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 69.4 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ ยารักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบันเป็นยารับประทาน ร้อยละ 88.9 และร้อยละ 80.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 72.2 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 77.8 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.29 (กิโลกรัม/เมตร^2) (SD = 3.66) และกลุ่มเปรียบเทียบมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.54 (กิโลกรัม/เมตร^2) (SD = 2.97) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย 23.00-24.99 ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 69.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองเพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 53.33 เพศชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 14.28 และกลุ่มเปรียบเทียบเพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 44.44 เพศชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 33.33

ทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษาซึ่งเป็นนามมาตราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นค่าเฉลี่ยของรอบเอว

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้โดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระ (paired t-test)

การจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	2.83	0.238	ดีปานกลาง	3.95	0.190	ดีมาก	21.204	0.000*
ด้านการออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	2.84	0.171	ดีปานกลาง	3.57	0.446	ดีมาก	9.113	0.000*
ด้านการรับประทานยา และการไปพบแพทย์ตามนัด								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	3.96	0.230	ดีมาก	4.26	0.431	ดีมากที่สุด	3.580	0.001*
ด้านการลดความเครียด								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	2.61	0.202	ดีปานกลาง	3.95	0.505	ดีมาก	15.910	0.000*
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	3.06	0.115	ดีปานกลาง	3.93	0.228	ดีมาก	20.831	0.000*

* p-value < .05

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ (independent t-test)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 36)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร								
หลังการทดลอง	3.95	0.190	ดีมาก	2.87	0.152	ดีปานกลาง	26.519	0.000*
ด้านการออกกำลังกาย								
หลังการทดลอง	3.57	0.446	ดีมาก	2.87	0.234	ดีปานกลาง	8.327	0.000*
ด้านการรับประทานยา และการไปพบแพทย์ตามนัด								
หลังการทดลอง	4.26	0.431	ดีที่สุด	3.97	0.287	ดีมาก	3.312	0.001*
ด้านการลดความเครียด								
หลังการทดลอง	3.95	0.505	ดีมาก	2.86	0.276	ปานกลาง	11.426	0.000*
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม								
หลังการทดลอง	3.93	0.228	ดีมาก	3.14	0.119	ปานกลาง	18.392	0.000*

* p-value < .05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด และด้านการลดความเครียด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) (mg%)								
กลุ่มทดลอง (n = 36)	9.00	2.036	2.69	7.38	1.259	2.59	5.171	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)	9.09	2.445	3.65	9.48	2.146	2.65	2.146	0.032*

* p-value < .05

กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.00 mg% (SD = 2.036) หลังการทดลองค่ามัธยฐานของของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) ลดลง เท่ากับ 7.38 mg% (SD = 1.259) ซึ่งหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = 5.171, p-value < .05)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติสถิติการทดสอบแมนวิทนีย์ยู (Mann-Whitney U test)

ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C)	กลุ่มทดลอง (n = 36)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)			U	p-value
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HBA1C) (mg%)								
หลังการทดลอง	7.38	1.25914	2.59	9.48	2.146	2.65	4.815	0.000*

* p-value < .05

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ลดลงเป็น 7.38 mg% (SD = 1.259) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เท่ากับ 9.48 mg% (SD = 2.146) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (z = 4.815, p-value < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เขตเมืองนครราชสีมา โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ สามารถทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้ถึงวิธีการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ มีการตั้งเป้าหมายของตนเอง การจดบันทึก การประเมินตนเอง รวมถึงมีการติดตามเสริมแรงในการจัดการตนเองให้เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาได้[7] สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และการใช้ยาคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคมมีคุณภาพชีวิตกลางๆ ด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตดี และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[8]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในเขตตำบลและเขตเมืองอื่น ๆ ในจังหวัดนครราชสีมาต่อไป เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการจดบันทึกการประเมินตนเอง นำไปสู่การจัดการตนเองที่ดีได้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ สามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ได้ เนื่องจากการให้ความรู้ การติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับการลงเยี่ยมบ้าน สามารถทำได้ง่ายและทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ไม่ได้ เพราะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นจอประสาทตา (Hypertensive retinopathy) ได้ เนื่องจากในเขตเมืองนครราชสีมา มีอัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับโรคเบาหวาน

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะสั้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ลดลงไม่มากนัก จึงควรทำการศึกษาติดตามผลของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในระยะยาวทุก 3 เดือน ได้แก่ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน หลังใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

References

1. World Health Organization [Internet]. World Health Organization and Imperial College London Joint Press Release. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Phothisat S, Deerochanawong C, Niramitmahapanya S, Sarinnaphakorn W, Siriwiwattanakun N, Achayindi S, et al. Diabetes Mellitus. Bangkok: Thailand Medical; 2015
3. Sirikutjatuporn K, Wirojratana V, & Jitramontree N. Factors Predicting Self-Management Behaviour of Elderly Type 2Diabetes Patients. Thai Journal of Nursing Council. 2017; 32(1): 81-93. (in Thai).
4. Doloh S, & Saleh N. Factors affecting the inability to control blood sugar levels of patients with type 2 diabetes, Bannang Sata District, Yala Province. Thammasat Journal. 2019; 4(3): 27-30. (in Thai).
5. Umbangtalat D, & Prasongwattana S. Effectiveness of intensive care program for patients with type II diabetes on knowledge, self-management behavior and blood glucose levels of diabetic patients in the PCU, Bang Pa-In District, Pra Nakhon Si Ayutthaya Province. Nursing Journal Public health and education. 2019; 1(2): 11-23. (in Thai).
6. Khamchata L, Wattana C, & Harnirattisai T. The Effects of a Self-Management Program on Self-Management Behaviors, Waist Circumference, Blood Sugar Level, and Cardiovascular Disease Risk among Persons with Metabolic Syndrome. Nursing Journal. 2017; 44(3): 65- 76. (in Thai).
7. Klarob R, Sikaow O, & Prasertsong C. The Effect of Health Literacy Program for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 274-83. (in Thai).
8. Ramrit U, Chansongdoa S, Monkatha P, & Phosaka N. Development of a self-management program with the participation of promoting hospitals District Health to control blood sugar level in type 2 diabetes mellitus. Journal of Health and Environmental Eucation. 2023; 8(1): 402-10. (in Thai).

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี

The Role of Village Health Volunteers with Participation Care in Chronic Heart Failure Patients in Phetchaburi Province

วาสนา ทรัพย์ประเสริฐ[1] วิโรจน์ เจ้ยเปลี่ยน*[2] ศิรเมศร์ โภโค[1]
Wasana Subprasert[1] Wirote Jeiplian*[2] Siramet Poko[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี ประเทศไทย 12160
[1]Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani, Thailand 12160
[2]คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000
[2]Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand, 76000.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 345 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบสถิติ ANOVA ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.11, S.D. = 1.09) เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการดำเนินการ (M = 3.33, S.D. = 1.05) ด้านการวางแผน (M = 3.12, S.D. = 1.06) ด้านการจัดการทรัพยากร (M = 3.01, S.D. = 1.15) และด้านการประเมินผล (M = 2.99, S.D. = 1.14) 2) อสม. ที่มีระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาทำงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น องค์กรด้านสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปศึกษาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม), ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Abstract

This research aimed to study the level of participation with The Village Health Volunteers (VHVs) and compare personal factors and participation care in chronic heart failure patients. The sample was 345 VHVs. Selected through multi-stage sampling. The research instruments were validated and has a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed by descriptive statistics, and ANOVA analyzed comparisons.

Corresponding Author: *E-mail: rotejei007@gmail.com

วันที่รับ (received) 12 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ธ.ค. 2567

The results revealed that, first the overall participation care of VHVs in chronic heart failure patients all four aspects was moderate level (M = 3.11, S.D. = 1.09). Ranked by scores, implementation had the highest score (M = 3.33, S.D. = 1.05), planning (M = 3.12, S.D. = 1.06), resource management (M = 3.01, S.D. = 1.15), and evaluation (M = 2.99, S.D. = 1.14). Second, VHVs with different education levels, incomes, work durations, and experience of care in chronic heart failure patients showed significantly different participation in care in chronic heart failure patients across all four aspects at the .05 level.

Recommendations: Health organizations can utilize this data to promote and support the participation care of VHVs in Chronic heart failure patients, ensuring comprehensive participation at all to improve the quality of life with chronic heart failure patients.

Keywords: Participation, Village Health Volunteers (VHVs), Chronic Heart Failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic Heart Failure) เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำหน้าที่ของหัวใจทำให้มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขนขาบวม มีภาวะน้ำท่วมปอด เป็นต้น[1] ข้อมูลสถิติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในโลกเป็นจำนวน 17.9 ล้านคน และคาดว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี 2573[2] เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมาถึงร้อยละ 80[3] ปัจจุบันภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs)[4] สำหรับประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2561-2565 พบ 31.8 -35.1 รายต่อแสนประชากร และในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้น จาก 41.4 เป็น 51.5 รายต่อแสนประชากร จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจเป็นอันตราย และส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชากร[5] และจากการศึกษาของประสาทและคณะพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 5.5 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 7.5 วัน อัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย พบว่ามีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ บวม เป็นต้น[6,7] ซึ่งในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นพบได้เป็นจำนวนมากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ผู้ป่วย 1 ใน 3 กลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 เดือน[8] ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ส่งผลกระทบด้านสาธารณสุข และด้านเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในชุมชน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น และคุณภาพชีวิตลดลง[9]

ข้อมูลจากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่า สถิติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำหน่ายกลับบ้าน เฉลี่ยเดือนละ 53 - 106 ราย[10] ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังหน่วยระบบการบริการสุขภาพชุมชนในเครือข่ายของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า และจากการที่ผู้วิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการแก่สังคมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี ได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้นจาก อสม. จำนวน 69 คน พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในชุมชนที่ อสม. ดูแลจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งการที่ อสม. เข้าไปทำกิจกรรมและดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ทำให้มีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความเครียด วิตกกังวล และขาดความมั่นใจ[11] ด้วยเหตุนี้ อสม.จึงเป็นบุคคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และบูรณาการการปฏิบัติงานมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อย่างครอบคลุมในเขตพื้นที่ของชุมชนอย่างทั่วถึง[12,13]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. หรือหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีจำนวนน้อย ซึ่งส่วนใหญ่มักกระทำในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าหลังโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$)[14,15] อย่างไรก็ตามควรสนับสนุนให้มีเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาบทบาทของ อสม.กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี และได้นำแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของ อสม. ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดทรัพยากร และด้านการประเมินผล[16] เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมยกระดับศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดทรัพยากร และด้านการประเมินผล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ มาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่อธิบายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามมานั้น อาศัยการตัดสินใจลงมือปฏิบัติด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดทรัพยากร และด้านการประเมินผล[12,13,16] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องต่อการรับรู้และการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมอีกด้วย จากกรอบแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมยกระดับศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาทำงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และประเมินระดับการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดทรัพยากร และด้านการประเมินผล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม.ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวนทั้งหมด 2,304 คน[17]

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970)[18,19] เท่ากับ 329 ราย และคำนวณเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 5[20] เท่ากับ 16 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 345 ราย ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเป็น อสม. ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในอำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึงดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ มีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น บวม และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกออกจากกลุ่ม ดังนี้ 1) ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 2) เกิดเจ็บป่วยรุนแรงขณะตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาทำงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้มาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดทรัพยากร และด้านการประเมินผล[12] จำนวน 23 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale)[22] พิจารณาตามช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ระดับน้อย 2.61-3.40 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก 4.21-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาค่าความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญพิเศษ โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงที่จะศึกษาในครั้งนี้ คือ อสม. ในพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบุรี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการหนังสือรับรอง รหัสเลขที่โครงการวิจัย PBEC No. 05/2567 เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 030/2565 อนุมัติวันที่ 29 มีนาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ แบบสอบถามจะถูกทำลายทันทีเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น และเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อนัดหมายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ โดยกล่าวคำแนะนำตัวพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเริ่มต้นให้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาทำประมาณ 30 นาที เมื่อทำเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนเก็บรวบรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ด้วยสถิติ ANOVA ดังนี้ 1) ค่า Independent t - test วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีระดับนัยสำคัญ .05 หากพบว่าค่าความแปรปรวนของตัวแปรอิสระกลุ่มทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (P-value ≥ 0.05) ก็จะใช้ค่า Equal Variances Assumed แต่หากผลการทดสอบ พบว่าความแปรปรวนของตัวแปรอิสระกลุ่มทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน (P-value ≤ .05) ก็จะใช้ค่า Equal Variances not Assumed 2) ค่า Independent sample F-test แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One - way ANOVA ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม และถ้าผลการทดสอบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ต้องทำการทดสอบเป็นรายคู่ ต่อไปเพื่อดูว่ามีคู่ใดที่แตกต่างกันโดยใช้วิธี Fisher's Least Significant Difference (LSD)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.9 การศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 37.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.8 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.8 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 49.6

2. ผลการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี (n=345) จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมทั้ง 4 ด้าน

การมีส่วนร่วมของ อสม.	ค่าเฉลี่ย Mean	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการวางแผนวางแผน	3.12	1.06	ปานกลาง
ด้านการดำเนินการ	3.33	1.05	ปานกลาง
ด้านการจัดการทรัพยากร	3.01	1.15	ปานกลาง
ด้านการประเมินผล	2.99	1.14	น้อย
การมีส่วนร่วมของ อสม.โดยรวม	3.11	1.09	ปานกลาง

จากตารางที่1 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านการดำเนินการ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.33, S.D. = 1.05) รองลงมาด้านการวางแผน อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12, S.D. = 1.06) ด้านการจัดการทรัพยากร อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.01, S.D. = 1.15) และลำดับสุดท้าย คือ ด้านการประเมินผล อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อยู่ในระดับน้อย (M = 2.99, S.D. = 1.14) ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี (n=345)

การมีส่วนร่วมของ อสม.	ระดับการศึกษา		รายได้		ระยะเวลาทำงาน		ประสบการณ์	
	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value
โดยรวม	6.19	0.00*	2.73	0.04*	2.92	0.01*	29.20	0.00*

*p-value< .05

จากตาราง พบว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาทำงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดำเนินการ ด้านการวางแผน ด้านการจัดการทรัพยากร

อาจเป็นเพราะ อสม. มีความตระหนักถึงหน้าที่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตรับผิดชอบเทศบาลตำบล จ.ป.ร. อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ที่พบว่า ระดับการทำหน้าที่ของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน[23] การมีส่วนร่วมของ อสม.ในทั้งสองพื้นที่อาจสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจของ อสม. กับการทำหน้าที่ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากความรับผิดชอบโดยตรงของ อสม. ซึ่งในที่นี้แรงจูงใจอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของ อสม. และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม.และชุมชน ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ประกอบด้วย กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. และวิธีการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรค[12] โดยมีการเริ่มต้นจากการวางแผนร่วมกันในครอบครัว การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและมีการจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินการและการประเมินผลต่อไป

ส่วนด้านการประเมินผล อยู่ในระดับน้อยนั้น อาจสะท้อนถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน จึงทำให้กระบวนการในการประเมินผลในการดูแลไม่ครอบคลุม หากต้องมีการเน้นย้ำทั้งหน่วยงานสาธารณสุขและ อสม. ต้องร่วมกันประเมินผลและปรับปรุงกิจกรรมในอนาคตเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป แต่ยังคงสนับสนุนแนวคิดการมีส่วนร่วม[16] ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID)[18] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ด้านการประเมินผลคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในระดับการมีส่วนร่วมที่สูงขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค หรือการให้ความสำคัญและการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นในการสนับสนุนการเพิ่มทักษะให้กับ อสม. ในด้านการสร้างสุขภาพและส่งเสริมให้ดูแลบุคคลในชุมชน เช่น การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การเสนอโครงการของบประมาณ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ[12,13,23]

2. เปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษา พบว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาทำงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0524 อภิปรายได้ดังนี้

อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกับประชาชนในชุมชน ทำให้มีความเข้าใจบริบทความเป็นอยู่พื้นฐาน การดำเนินชีวิต และรวมถึงปัญหาสุขภาพของประชาชนได้มากกว่า ดังนั้นระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ย่อมมีผลในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่างๆ หรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามบริบทของชุมชนนั้นๆ ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ด้านการป้องกันและด้านการรักษาพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[24,25]

อสม.ที่มีรายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า หากพิจารณาถึงที่มาของรายได้ต่อเดือนของ อสม. ส่วนใหญ่ซึ่งมีอาชีพรับจ้าง สามารถบริหารเวลาระหว่างการประกอบอาชีพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีรายได้ 10,000 บาทลงมา มีความคิดเห็น

ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันกับผู้ที่มีรายได้ 15,001-20,000 บาท, และมากกว่า 20,001 บาทขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[24]

อสม.ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวมทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานในช่วง 1 - 2 ปี ของ อสม. สามารถส่งผลต่อการพัฒนาบทบาทต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเหมาะสมต่อการตัดสินใจที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ขณะเดียวกันจะมีการสร้างเครือข่ายและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. ที่พบว่า อสม.ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกัน มีบทบาทในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 ไม่แตกต่างกัน[26] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มโรคที่ทำการศึกษาครั้งนี้โดยการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังมีความซับซ้อนต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องและความเข้าใจปัญหาทุกด้านอย่างลึกซึ้ง ต่างกับในบทบาทของ อสม. ในสถานการณ์การป้องกันโรคอุบัติใหม่ ต้องมีการตัดสินใจในบทบาทการป้องกันด้วยความรวดเร็ว โดยคำนึงถึงประสบการณ์หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มุ่งเน้นทำงานในเชิงรุกเพื่อสนับสนุนให้ประชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพงานด้านบริการสาธารณสุขตามนโยบาย[27,28]

อสม. ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า ในช่วงปีแรก อสม. ยังอยู่ในกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานและขาดประสบการณ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และส่วนใหญ่ทำงานดูแลและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการสำรวจข้อมูล ตัวบ่งชี้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ครอบคลุมทั้งบทบาทการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลประชาชนในพื้นที่ทั้งด้านจิตใจ ให้กับประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด แต่ในปัจจุบันมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรมากขึ้น จึงส่งผลให้ อสม. ต้องทำงานในเชิงรุกมากขึ้นตามนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข[28,29] ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่าระยะเวลาปฏิบัติงาน 3-5 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน[29]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร ถึงแม้ว่าผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยกำหนดขอบเขตหน้าที่หรือกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้ชัดเจน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังต่อไป

2. ด้านปฏิบัติการ จากผลการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังนั้นมีความแตกต่างกัน ควรเร่งพัฒนาศักยภาพ อสม. เพิ่มขึ้น ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ และทักษะปฏิบัติงานให้แก่ อสม. เป็นระยะๆ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบที่เหมาะสมกับการมีส่วนร่วม และบทบาทของ อสม. เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพิ่มเติม

2. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาการมีส่วนร่วมและพัฒนาบทบาทของ อสม. เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ดียิ่งขึ้น

References

1. Kittleson, M, Panjrath, G, Amancherla, K. et al. 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. Journal of the American College of Cardiology. 2023; 81(18):1835–78.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2021;42(36):3599–726.
3. Kanchanavanich R. Handbook of cardiac patient care integrated chronic failure. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2013. (In Thai)
4. Danielsen R, Thorgeisson G, Einarsson H, Olafsson O, Aspelund T, Hamis B, et al. Prevalence of Heart Failure in the Elderly and Future Projections: The AGES-Reykjavik Study. Scandinavian Cardiovascular Journal. 2017;51(4):83-9.
5. Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistic A.D. 2022. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary; 2023. (in Thai).
6. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). CVD Prevention and Control. 2010;5(3):89–95.
7. Suwanratsamee W, Phinyophasakul W, Charoenkitkij W, & Thumwiphat C. Symptom experience, symptom management, and functional status in heart failure patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2014;24(1):1-16. (in Thai)
8. Janwanishstaporn S, Karaketklang & Krittayaphong R. National Trend in Heart Failure Hospitalization and Outcome Under Public Health Insurance System in Thailand 2008-2013. BioMed Central Cardiovascular Disorders. 2022;22(1):1-12.
9. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, & Stromberg A. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. Current Heart Failure Reports. 2017;14(2):71-7.
10. Medical Records Database. Medical Records and Statistics Department, Phrachomkloa hospital: Phetchaburi province; 2024.
11. Taechareonwiriya A, Champathong P, Mongkol C, & Sirilertroongkul N. Factors associated with stress levels of village health volunteers in Phra Achan Subdistrict, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. Journal of Public Health Nursing. 2019;20(2):82-91. (in Thai).
12. Nawamawat J, Sittisart V, Lekphet K, & Thianthawon P. The village health volunteers (VHVs) and community participation for prevention and surveillance of COVID-19 infection by using the geographic information system (GIS). Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2021. (In Thai)
13. Chutamanee S, Phichachan N, Pitsachart N, Dusanee B, & Boonpitaksakul S. Participation of village health volunteers in the mental health care of the elderly during the COVID-19 pandemic. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2022;30(1):77-87. (in Thai)
14. Wichit N, & Srisuk N. The Effects of a Family Partner Program on Knowledge, Self-care Behavior and Quality of Life among Patients with Heart Failure. Journal of nursing and Education. 2023;16(1):58-71. (in Thai)

15. Ponmark J, Thisara P, & Weiangkham Duangpangpanya A. Development of a family partipation model for Promoting Child development: A case study of Ban Sanpamuang child care center, mueang district, Phayao Province. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(2):241-50. (in Thai)
16. Cohen JM, & Uphoff NT. Rural development participation: concept and measure for project design, implementation, and evaluation. Rural Development Committee, Center for International Studies. New York: Cornell University Press; 1981.
17. Phetchaburi Provincial Public Health Office. Public Health Database: Public Health Division, Phetchaburi Provincial Public Health Office; 2024. (In Thai)
18. Krejcie R V, & Morgan D W. Determining sample size for research activities. Education and Psychological Measurement. 1970;30(3), 607-10.
19. Kijpredarborisuthi B, & Serekatornkicharoen P. Research methods in public health: Case studies on relationship among variables. Bangkok: Churee Products. 2020.
20. Srisaard B. Preliminary research. Bangkok: Suwiriyasan; 2017.
21. Singhalert R. Effects of engineers' creative behaviors on the innovation of products and process of services in the construction management [dissertation]. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology; 2016. (in Thai)
22. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Manual for village health volunteers to upgrade to village public health officers. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019.
23. Chalong S. The relationship between motivation in the performance of village health volunteers in the responsibility area of Ch.P.R. Subdistrict Municipality, Kra Buri District, Ranong Province [Master's thesis]. Graduate School: Suratthani Rajabhat University; 2017. (in Thai)
24. Phruetkhakanya B, Noppawat D, Anurak M, Charoen T, & Phra Khru O. Performance of village health volunteers (VHVs) in Cha-Am Municipality, Cha-Am District, Phetchaburi Province. The Journal of Sirindhornparithat. 2020;21(2):197-205. (in Thai)
25. Sahatthaya T. Performance of village health volunteers (VHVs) in Ang Sila Municipality, Mueang Chonburi District, Chonburi Province [Master's thesis]. College of Public Administration: Burapha University; 2013. (in Thai)
26. Chinbutr W, & Phakdisorawit N. The role of village health volunteers (VHVs) in preventing the spread of COVID-19 according to government policy in Mueang Suphanburi District, Suphanburi Province. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021; 6(2):304-18. (in Thai)
27. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Manual for staff to raise the level of village health volunteers to become village health volunteers. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
28. World Health Organization. Report of the international conference on primary healthcare. New York:N.P.press; 2020.
29. Sridawruang C, et al. Development of capacity and participation of village health volunteers (VHVs) in community health management after the transfer of subdistrict health promoting hospitals to provincial administrative organizations. Health Systems Research Institute; 2024. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย

Effectiveness of Strengthen Capacity Programme for Surveillance Infection, Prevention and Control of Emerging Infectious Disease among Health Volunteers in Communities in North Eastern, Thailand

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง[1] อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์[2] เพ็ญนภา ศรีหริ่ง[3] รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง*[1] ทิพาวรรณ สมจิตร[4]

Chaweewan Sridawruang[1] Atcharawadee Sriyasak[2] Pennapa Sriring[3] Ratdawan Klungklang*[1] Thipawan Somjit[4]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ประเทศไทย 40000

[1]Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Thailand 40000

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ประเทศไทย 95000

[2]Boromarajonani College of Nursing, Yala, Thailand 95000

[3]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 40000

[3]Sirindhom College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Thailand 40000

[4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ประเทศไทย 41330

[4]Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Thailand 41330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. โดยสุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต ไปสังกัด อบจ. 60 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น และพฤติกรรมป้องกันโรค โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.796 และ 0.913 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม (M=16.40 SD=1.56) ความคิดเห็นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากถึงมากที่สุด พฤติกรรมป้องกันโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นประจำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของ อสม. และพฤติกรรมป้องกันโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05)

Corresponding Author: *Email: ratdawan.k@bcnkk.ac.th

วันที่รับ (Received) 9 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 21 ธ.ค. 2567

จึงควรสนับสนุนให้ อสม. มีการใช้โปแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน รวมทั้งพัฒนากลไกสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สอดคล้องบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง, การป้องกัน, การควบคุมโรค, โรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effects of a competency enhancement program on the prevention of emerging infectious diseases among village health volunteers. The study sample was composed of village health volunteers selected from provinces in which 60 sample of sub-district hospitals had been transferred to the Provincial Administrative Organization. Data collection was conducted using a questionnaire designed to assess knowledge, attitudes, and work behaviors, with content validity indices of 0.796 and 0.913 respectively. Descriptive statistics, including frequency, percentages, mean, and standard deviation, were employed for data analysis. A paired t-test was conducted to evaluate pre-and post-intervention differences.

The findings revealed a statistically significant increase in the mean score for knowledge, attitudes, and work behaviors following the intervention ($p<.05$). Specifically, the mean score and standard deviations for knowledge, attitudes, and work behaviors showed marked improvement after the program. These results suggest that the competency enhancement program is effective in improving outcomes related to the prevention of emerging infectious diseases among village health volunteers. It is recommended that the program be implemented as part of broader efforts to prevent emerging diseases and to support the competency development of village health volunteers, particularly in disease prevention.

Keywords: implementation of surveillance, prevention, control, emerging infectious diseases in the community, Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก พบการระบาดทุก 10 ปี โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การเคลื่อนย้ายแรงงาน ส่งผลให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่แพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้น และความรุนแรงของโรคอาจทำให้เสียชีวิต[1] ซึ่งที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่องอาทิไข้หวัดนก ซาร์ส ไข้สมองอักเสบนิปาห์ โรคอีโบลา และโควิด-19 เป็นต้น

จากสถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโควิด-19 จากปลายปี 2562 ถึงปลายปี 2564 ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อ และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก และยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นวิกฤติของทั่วโลกทำให้ประชากรโลกต้องปรับตัวสู่วิถีชีวิตใหม่ ซึ่งจากสถานการณ์การพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ระหว่าง 1 กันยายน–16 ตุลาคม 2564 มีผู้ติดเชื้ออยู่ที่ 568,109 ราย และมีผู้เสียชีวิต 6,616 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.16 โดยพบผู้ติดเชื้อเริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนที่เพิ่มขึ้น[2]

ความสำเร็จของประเทศไทยในการรับมือกับโควิด-19 เกิดจากการปรับตัว เตรียมตัว และการมีแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ทำให้การจัดการด้านโครงสร้างพื้นฐานในการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดได้อย่างทันทีทันใด และความสามารถในการระดมทรัพยากรบุคคลมาช่วยงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผล

ของความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งเกิดจากการทำงานที่มี อสม เป็นผู้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรค ซึ่ง อสม. เป็นด่านหน้าและเป็นพลังสำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุม ไม่ให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน อสม. ยับยั้งการแพร่ระบาดตามแต่ละพื้นที่ต่าง ๆ จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 มี อสม. กว่าครึ่งที่ดำเนินการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ 591,058 คน ร้อยละ 56.83 ของ อสม. ทั้งประเทศ โดยเกือบครึ่งเป็น อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 261,753 คน ร้อยละ 44.29 อสม. ช่วยดูแลสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยช่วยเฝ้าระวัง คัดกรอง อสม. 1 คน จะดูแลประชากรในละแวกใกล้เคียง 20 หลังคาเรือนในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ดำเนินกิจกรรม อสม. เคาะประตูหน้าบ้าน สร้างความเข้าใจ ขวัญกำลังใจ และลดความตระหนกให้ประชาชน ผลการปฏิบัติงาน ของ อสม. พบว่า อสม. เคาะประตูบ้าน ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 14,074,193 หลังคาเรือน พบกลุ่มเสี่ยงทั้งที่เดินทางมาจากต่างประเทศ กรุงเทพและปริมณฑล และผู้ใกล้ชิดหรือสัมผัสกลุ่มเสี่ยง 1,035,203 คน และได้เยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน 1,016,711 คน (ร้อยละ 98) อสม. ร่วมทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ รับส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านทุกบ้าน รวมถึงการทำหน้าที่กระจายทรัพยากรต่าง ๆ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไปยังครัวเรือนในความรับผิดชอบของ อสม.[3] และติดตามอาการผู้ป่วยติดเตียง อสม. ยังมีบทบาทสำคัญในการชักชวนเพื่อนบ้านร่วมป้องกันโควิด-19[4] และมีส่วนร่วมรณรงค์การฉีดวัคซีนในพื้นที่ การดูแลด้านสุขภาพจิตชุมชน[5,6] ผลงานที่เด่นชัดของ อสม. คือ สามารถหากลุ่มคนเสี่ยงติดเชื้อ เข้าสู่ระบบการรักษา ถือว่าเป็นการทำงานช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารักษาได้อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ชมเชย อสม.ไทยว่าเป็นฮีโร่เงียบที่ทำให้อัตราการติดเชื้อโควิด-19 ของไทยไม่พุ่งทะยานในการระบาดระลอกแรก และกลายเป็นประเทศตัวอย่างในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี[7,8]

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงาน การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชน ของ อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[9] อสม. พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ คือ อสม. ส่วนใหญ่ขาดความรู้ทักษะในการดำเนินงาน ขาดแนวปฏิบัติหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีข้อจำกัดในการเข้าถึงและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร การประสานงานและการรายงานผลการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ การบูรณาการการทำงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายควรได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ การเสริมพลัง และมีการกำหนดบทบาทให้ชัดเจน อสม. ไม่เคยรู้หรือไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ ตามที่ สบส ได้จัดทำขึ้น อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามคำสั่ง หรือตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้นำชุมชน ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน ซึ่ง อสม. เป็นหนึ่งในกลไกที่สำคัญในการจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อส่งเสริมบทบาท อสม. ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อแพร่ระบาดในชุมชนที่มีขั้นตอนการดำเนินงานชัดเจน ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานหลักของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน อสม. มีความรู้ความคิดเห็น เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และพฤติกรรมป้องกันโรคสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ อสม.

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน ตัวแปรตาม คือ ความรู้ ความคิดเห็น เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งประยุกต์ใช้การพัฒนาโปรแกรม[10] ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดพื้นฐานและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 2) วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทชุมชน 3) พิจารณาผลที่พึงประสงค์ 4) กำหนดแหล่งทรัพยากร

และการสนับสนุน 5) สร้างแผนกิจกรรมการเรียนรู้ 6) โปรแกรมการพัฒนา 7) ความน่าเชื่อถือของทรัพยากร 8) รายงานค่าของโปรแกรม ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์[11] มาเป็นขั้นตอนสร้างแผนกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นนำ ประสบการณ์เรียนรู้ 2) ขั้นกิจกรรม การสังเกตและการไตรตรอง 3) ขั้นอภิปราย การพิจารณาลงความเห็นและสร้างแนวคิด 4) ขั้นประยุกต์ใช้ เป็นการตรวจสอบและบูรณาการนำมาสู่การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Infection Prevention and Control (IPC) Guideline) 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3) การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ 5) การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน 5 หน่วยการเรียนรู้ 14 ชั่วโมง ได้แก่ 1) บทบาท อสม.ในการดำเนินงาน IPC และการมีสวนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ 2) การเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน 3) การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน 4) การควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน 5) การบริหารจัดการและการบันทึกรายงาน ประสิทธิผลของโปรแกรม คือ ความรู้ของ อสม. ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จาก 4 พื้นที่ที่มีประสบการณ์และมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ เช่น โควิด-19 ในชุมชน พื้นที่ละ 15 คน รวม 60 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ อสม. ที่รับผิดชอบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนในจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต ไปสังกัด อบจ. ร้อยละ 100 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุ่มได้จังหวัดร้อยเอ็ด 4 พื้นที่ คือ รพ.สต ม่วงน้ำ บ้านขอนแก่น โพธิ์สัย และบ้านหนองคลอง เกณฑ์คัดออก คือ อสม. ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ และไม่ได้รับผิดชอบงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่โดยตรง

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน และเอกสารประกอบการใช้โปรแกรมที่ครอบคลุม 5 ด้าน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ อสม. ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบไม่ถูก 0 คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน 2) แบบสอบถามความคิดเห็น อสม. เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยประเมินตนเองเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่กระบวนการดำเนินงานโดยแบบสอบถามดัดแปลงมาจาก IPC guideline 5 องค์ประกอบ[12] องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินงาน อสม ในการควบคุม COVID 19 ในชุมชน 9 องค์ประกอบ[13] และการจัดระบบอสม. และภาคประชาชน 5 ด้าน[14] เป็นแบบสอบถาม 5 ด้าน โดยใช้กรอบแนวทางของ สบส. สร้างเครื่องมือเนื่องจากเป็นแนวทางการดำเนินงานของ อสม. โดยตรงและสอดคล้องตามบริบทประเทศไทย และนำมาเทียบเคียงกับองค์ประกอบการเฝ้าระวังฯขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. 2) ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน 4) เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน 5) บริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน มีข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนมากที่สุดถึงน้อยที่สุด 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ

การทดสอบความตรงความเที่ยงของเครื่องมือ หาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ปรับแบบสอบถามตามข้อชี้แนะ นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความรู้ของ อสม.ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามความคิดเห็น อสม. เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน

โรคติดต่ออุบัติใหม่ หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาคอร์นบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.796 และ 0.913 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการขอจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก IRB.BCNU 11/2566 รับรองวันที่ 29 มีนาคม 2566 ต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 28 มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์จากนักวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมในมนุษย์ทุกขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานและเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและการโปรแกรมกับ อสม. และผู้เกี่ยวข้อง อธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยให้ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมให้ตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังใช้สถิติ Paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of Normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (p=.275)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นประธาน อสม. หรือรองประธาน อสม. และระยะเวลาการเป็น อสม. 10 ปีขึ้นไป

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. มีดังนี้ ด้านความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 19 คะแนนต่ำสุด 12 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=16.40 SD=1.56)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=60)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	ค่าเฉลี่ย(SD)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย(SD)	แปลผล
1. โรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นโรคติดต่อที่อันตรายรุนแรงผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง	4.23(1.05)	มาก	4.62(0.83)	มากที่สุด
2. โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว ของประเทศและของโลก	4.15(0.99)	มาก	4.68(0.57)	มากที่สุด
3. การป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่มีความสำคัญมากเนื่องจากยังไม่มีวัคซีนป้องกัน	3.83(1.21)	มาก	3.93(1.16)	มาก
4. มาตรการป้องกันส่วนบุคคล เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง ล้างมือต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด	4.62(0.76)	มากที่สุด	4.75(0.51)	มากที่สุด
5. ผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่เมื่อได้รับการรักษาแล้วมีโอกาสหายเป็นปกติทุกราย	4.12(0.99)	มาก	4.33(0.73)	มาก
6. การคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยวัดอุณหภูมิจำเป็นมาก เนื่องจากเฝ้าระวังโรคที่ดีที่สุด	4.23(0.95)	มาก	4.72(0.64)	มากที่สุด
7. อสม. มีความสำคัญต่อระบบเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมาก	4.42(0.91)	มาก	4.67(0.57)	มากที่สุด
8. รัฐบาลควรเพิ่มค่าตอบแทนให้ อสม. เพิ่มขึ้น เนื่องจาก อสม. ทำงานหนัก ไม่มีเวลา	4.45(0.87)	มาก	4.78(0.45)	มากที่สุด
9. ถ้ามีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อีกรอบหนึ่งท่านยินดี ที่จะปฏิบัติหน้าที่ อสม. ต่อไป	4.65(0.69)	มากที่สุด	4.75(0.63)	มากที่สุด
10. ท่านคิดว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่มีโอกาสที่จะหมดไปหรือมีวัคซีนป้องกันได้ผลเหมือนกับโรคติดต่ออื่นๆ	3.95(0.91)	มาก	4.18(0.89)	มาก

จากตาราง 1 ความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยมีระดับมากที่สุด 2 ข้อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นเป็น 7 ข้อ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=60)

พฤติกรรมการป้องกันโรค	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย(SD)	แปลผล
1. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดอย่างน้อย 20 วินาที	4.58(0.67)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.80(0.48)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
2. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์หรือ เจลก่อนเข้าห้างสรรพสินค้าหรือชุมชน	4.60(0.59)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.73(0.48)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
3. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะคนแออัด	4.62(0.64)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.77(0.50)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้าขยี้ตาแคะจมูกสัมผัสปากเพื่อลดเชื้อโรคสู่ร่างกาย	4.48(0.68)	เป็นส่วนใหญ่	4.77(0.43)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
5. หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของกับผู้อื่นเพื่อลดการแพร่เชื้อโรค	4.65(0.52)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.72(0.45)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
6. เช็ดทำความสะอาดพื้นผิวที่สัมผัสและหยิบจับบ่อยๆ	4.55(0.57)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.82(0.39)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
7. ออกกำลังกายอย่างน้อยสามครั้ง/สัปดาห์ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที	4.25(0.86)	เป็นส่วนใหญ่	4.60(0.62)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
8. พยายามอยู่ใกล้ชิดผู้อื่นและเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 - 2 เมตร	4.08(1.05)	เป็นส่วนใหญ่	4.42(0.89)	เป็นส่วนใหญ่
9. งดกิจกรรมที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก	4.23(0.81)	เป็นส่วนใหญ่	4.60(0.53)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
10. หลีกเลี่ยงการไป ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น	4.23(0.81)	เป็นส่วนใหญ่	4.53(0.68)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
11. พยายามไม่เดินทางข้ามจังหวัดหรือพื้นที่เสี่ยง	4.23(0.96)	เป็นส่วนใหญ่	4.57(0.75)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
12. ปฏิบัติตามมาตรการที่รัฐกำหนด	4.40(0.74)	เป็นส่วนใหญ่	4.72(0.64)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
13. ใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเช่นสวมหน้ากากอนามัย ใช้แอลกอฮอล์ล้างมือ	4.77(0.47)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.83(0.38)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
14. เคร่งครัดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าของคนในชุมชน	4.68(0.57)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.75(0.47)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
15. เคร่งครัดการปฏิบัติในการเว้นระยะห่างของประชาชนในชุมชน	4.55(0.72)	สม่ำเสมอเป็นประจำ	4.67(0.57)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
16. เมื่อเสร็จจากการทำงาน ล้างมือก่อนเข้าบ้านและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที	4.35(0.80)	เป็นส่วนใหญ่	4.70(0.53)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
17. ลดการสัมผัสผู้รับบริการ	4.38(0.72)	เป็นส่วนใหญ่	4.63(0.55)	สม่ำเสมอเป็นประจำ
18. ดูแลรายบุคคลหลีกเลี่ยงการจัดกิจกรรมกลุ่ม	4.42(0.85)	เป็นส่วนใหญ่	4.65(0.55)	สม่ำเสมอเป็นประจำ

จากตาราง 2 พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของ อสม.ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นประจำ 11 กิจกรรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นประจำ 17 กิจกรรม จากทั้งหมด 18 กิจกรรม

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=60)

ตัวแปร	ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนของมาตรฐาน	95%ช่วงเชื่อมั่นค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง	p value
ความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวม	หลัง	4.54	0.33	0.28	0.64	0.11 ถึง 0.44	<.05
	ก่อน	4.27	0.62				
พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวม	หลัง	4.62	0.54	0.16	0.47	0.04 ถึง 0.3	.05
	ก่อน	4.46	0.49				

จากตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภาพรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.27 (SD=0.62) คะแนนค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.54 (SD=0.33) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง 0.28 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของ อสม. ในภาพรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.45 (SD=0.48) คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.68 (SD=0.36) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่าง 0.23 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน พบว่า ความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ หลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสอดคล้องกับผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 อสม. อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม[15] พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โควิด-19 หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) แสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว สามารถเป็นผู้นำในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้กับประชาชนได้

ความคิดเห็นของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากถึงมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ของ อสม. จังหวัดจันทบุรี[16] พบว่า เจตคติในการป้องกันโควิด-19 ระดับมาก ร้อยละ 53.10 สะท้อนให้เห็นว่า การที่ อสม. มีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องและสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่ประชาชนในชุมชน ลดการแพร่ระบาดและการเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของ อสม. ในภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value<.05) สอดคล้องกับผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 อสม.[15] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนาพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 65.00 โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ระดับปานกลาง 18.23 (S.D=2.42) หลังพัฒนาระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 67.50 โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ในระดับสูง 25.40 (S.D=2.81) และสอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของแรงจูงใจต่อการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อป้องกันโควิด-19 ระลอกแรกในชุมชนของ อสม.[17] พบว่า การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อป้องกันโควิด 19 ระลอกแรกในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล[18] พบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานตามบทบาทโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโควิด-19 ของ อสม.[19] ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ที่ต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นแบบอย่างให้กับชุมชนเพื่อให้ประชาชนเห็นและปฏิบัติตาม

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ การประเมินความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมป้องกันโรคของ อสม. จึงมีความสำคัญ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ตั้งแต่การติดตามรายชื่อการระบาดที่รายงานจากชุมชนผ่านเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค การพัฒนาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ เรียนรู้วิธีป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ เรียนรู้กลไกการจัดการ เข้าใจกระบวนการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ รวมถึงการประสานงานกับผู้นำชุมชนเตรียมความพร้อมเยี่ยมบ้าน สังเกตสุขภาพตนเองสำหรับการเยี่ยมบ้าน เตรียมและจัดหาอุปกรณ์ ซึ่ง อสม. ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ตามระยะการระบาดตั้งแต่ปฏิบัติตามมาตรการ การมีส่วนร่วมจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ และดำเนินมาตรการการทำงานของ อสม. ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ความคิดเห็นเกี่ยวโรคติดต่ออุบัติใหม่ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังนี้ หน่วยงานในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง

จึงควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน เพื่อให้ อสม. นำไปใช้ในการดูแลตนเอง ครอบครัว และสามารถนำไปใช้กับชุมชนในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนโยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อถอดบทเรียนให้เป็นตัวอย่างกับพื้นที่อื่น

กิตติกรรมประกาศ: งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2566

References

1. Department of disease control, Ministry of Public Health. Strategic plan preparedness for emerging infectious disease: pathways from anticipation to action national (2017-2021). Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage His majesty the King; 2016. (in Thai)
2. Emergency Operations Center, EOC. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation reports. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
3. Tejativaddhana P, Suriyawongpaisal W, Kasemsup V, & Suksaroj T. The roles of village health volunteers: COVID-19 prevention and control in Thailand, Asia Pacific Journal of Health Management. 2020;15(3): 18-22. (in Thai)
4. Chinnabutr W, & Phakdisorawit N. The roles of Village Health Volunteers (VHVS) in preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak according to government policy of Mueang district Suphan Buri province, Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021;6(2) : 304-18. (in Thai)
5. Chanpani P, & Narak Judaboo WW. Strengthening the community: role of Village Health Volunteers, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 23-30. (in Thai)
6. Kiatsinsap J, & Thongtong S. Village health volunteers: roles of community mental health care in the situation of the COVID-19 outbreak, Udonthani Hospital Medical Journal. 2021; 29(2): 314-23. (in Thai)
7. Krasanairawiwong T. Promote VHV with quality work. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
8. Bunpitaksakun D, Tantapong U, Singchungchai P, & Ketphan O. Relationship of stress to adaptation of Village Health Volunteers during the COVID-19 outbreak, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 467-74. (in Thai)
9. Sridawruang C, Worawong C, Sriring P, Klungklang R, Howharn C, Jaisue D, et al. Thesurveillance, prevention and control of Coronavirus Disease 2019 in communities by Village Health Volunteers in North East Thailand, Journal of Health Systems Research. 2024;16(2): 151-68. (in Thai)
10. Boyle PG. Planning Better Program. New York: Mc Graw Hill Book Company; 1981.
11. Kolb A. David. Experiential Learning: experience as the source of learning and development. United States of America: Prentice Hall; 1984.
12. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Geneva: WHO Press; 2020.
13. Nawsuwan K, Singweratham N, & Thepaksorn P. Compositions and indicators for successful implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand, The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(2): A-E. (in Thai)

14. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for surveillance, prevention, and control of Coronavirus Disease 2019 for medical and public health personnel. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 (in Thai)
15. Yapakdee M. The effects of behavior development for Covid-19 prevention of Village Health Volunteers in Nathom district, Nakhon Phanom province, Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2022; 6(11): 85-93. (in Thai)
16. Tuayjad T, Wattanaburanon A, Visanuyothin S, & Thongnopakun S. Knowledge attitudes and factors related behaviors on the prevention and control of COVID-19 among village health volunteers in Chanthaburi province, The Public Health Journal of Burapha University 2023; 17(2): 42-55. (in Thai)
17. Kitphati R, Singweratham N, Nawsuwan K, & Khordsanthiah P. Influence on proactive Coronavirus 2019 preventive motivation in the community among village health Volunteers, Journal of Health Science. 2021; 30(5): 814-23. (in Thai)
18. Chinnabutr W, & Phakdisorawit N. The role of Village Health Volunteers (VHVS) in preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak according to government policy of Mueang district Suphanburi province, Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021; 6(2): 304-18. (in Thai)
19. Siripornwut N. Perception on the Coronavirus disease COVID-19 into the role in disease control of village health volunteers in Phrom Buri district, Sing Buri province, Academic Journal of North Bangkok University. 2021; 10(1): 77-87. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

The Effects of Health Belief Promotion Program on Relapse Prevention Behaviors among Patients with Acute Myocardial Infarction

ศศิธร เซ่งยู่ฮวด*[1] ณัฐพัชร์ บัวบุญ[2] มยุรี นิรัตธราดร[2]
Sasitorn Sengyouhod*[1] Natthapat Buaboon[2] Mayuree Nirattharadorn[2]
[1]โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250
[1]Latkrabang Hospital, Bangkok, Thailand 10250
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
[2]Faculty of Nursing, Thammasat university, Pathum Thani, Thailand 10120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย จำนวน 48 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาและสถิติอ้างอิง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ควรติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อติดตามดูความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effects of a health belief promotion program on relapse prevention behaviors in patients with acute myocardial infarction. The subjects were 48 patients with acute myocardial infarction after balloon angioplasty or stent implantation, selected by simple randomlization from the patient's medical record. They were divided into experimental and control groups, with 24 subjects in each group. The tools were a health belief promotion program on recurrence prevention behaviors in patients with acute myocardial infarction, a personal information questionnaire, and a behavioral assessment form for

Corresponding Author: * E-mail address sasitorn055@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 5 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ธ.ค. 2566

the prevention of recurrence of acute myocardial infarction. Data were analyzed using descriptive and reference statistics.

The results of this study revealed that the mean score of relapse prevention behavior in patients with acute myocardial infarction after the program was higher than the pretest with a statistical significance. The experimental group had a statistically significant higher mean score for preventing the recurrence of acute myocardial infarction behaviors than the control group.

Suggestions obtained from this research long-term patient behavior should be monitored. To monitor the persistence of appropriate behavior and encourage families to participate in changing the patient's appropriate behavior.

Keywords : Health Belief Promotion Program, Patients with acute myocardial infarction, Relapse Prevention Behaviors

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของไทยและทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก แต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17.9 ล้านคน และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านราย[1] สถิติผู้ป่วยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 –2563 พบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 337,405, 349,890 และ 344,867 ราย และพบผู้เสียชีวิตด้วยจำนวน 20,786, 20,556 และ 21,309 ราย ตามลำดับ[2] โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ แต่หลังการรักษาหากผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของตนได้ จะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จากสถิติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดการกลับเป็นซ้ำประมาณ 295,000 รายต่อปี โดยพบการกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 30-50 ภายในเวลา 3-9 เดือนแรกหลังได้รับการรักษา[3] และในกลุ่มที่มีการกลับเป็นซ้ำพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 52.9[4]

การกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ ทางด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลงจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงบทบาทหน้าที่ตามปกติได้[5,6] ด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยจะมีความกลัวต่อการเสียชีวิต กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักจนไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง บทบาททางสังคมถูกจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ ไม่กล้าเผชิญหน้า ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม[7] และผลกระทบด้านด้านเศรษฐกิจ พบว่า การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ เสียโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ในบางครั้งต้องพึ่งพิงสมาชิกครอบครัวในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้[8]

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาได้ด้วยยาและการผ่าตัด ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดโครงตาข่าย เป็นวิธีการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพสูง มีความสะดวก ปลอดภัย ภายหลังการทำหัตถการผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย[9] แต่ภายหลังจากการรักษาแล้วนั้นผู้ป่วยอาจเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดและนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพและจากลักษณะของรอยโรค ซึ่งประกอบด้วย ความยาวของรอยโรค ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ

หลอดเลือด ขนาดของคราบไขมันในหลอดเลือด ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ[10,11] ประวัติโรคประจำตัวเดิม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง[12,13] และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดและไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำหนักตัวเกิน[14] จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์[15,16,17,18,19]

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยันเป็น 12.72 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม[19] พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย ภายหลังการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถออกกำลังกายได้ตามระดับความเจ็บป่วย โดยรูปแบบที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงการสูบฉีดของเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น ผนังหลอดเลือดมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความยืดหยุ่นดีขึ้นและไม่เปราะแข็ง ซึ่งจะเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและลดการกลับเป็นซ้ำได้ การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่อง การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด ภายหลังจากการรักษาแล้วผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยยาที่จำเป็น คือ แอสไพริน (Aspirin) ควบคู่กับยาโคลพิโดรเกล (Clopidogrel) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะมีความเสี่ยงต่อการอุดตันในขดลวด (stent thrombosis) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 10-40 และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50–80[20,21]

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสม พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อกลับเป็นซ้ำ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม และการกระตุ้นเตือนจากทีมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างเคร่งครัด สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมจะส่งผลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ยอมรับในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาได้ และยังพบได้อีกว่า การได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากพยาบาลและทีมสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาวะของโรคที่ต้องเผชิญ ในเรื่องของกลไกการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยชักนำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น[22] รูปแบบของการให้ข้อมูลการสื่อสารที่เหมาะสม พบว่า การสื่อสารแบบสองทางจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เนื่องจาก จะต้องโต้ตอบกันตลอดเวลาระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับข้อมูลมีความสนใจมากยิ่งขึ้น แต่ในสถานการณ์จริง ยังพบได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีสถิติการกลับเป็นซ้ำของโรคอยู่ในระดับสูง หรือพบประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยภายหลังการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบตามมาอย่างมากทั้งในด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและครอบครัว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้องค์ประกอบต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น มาจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

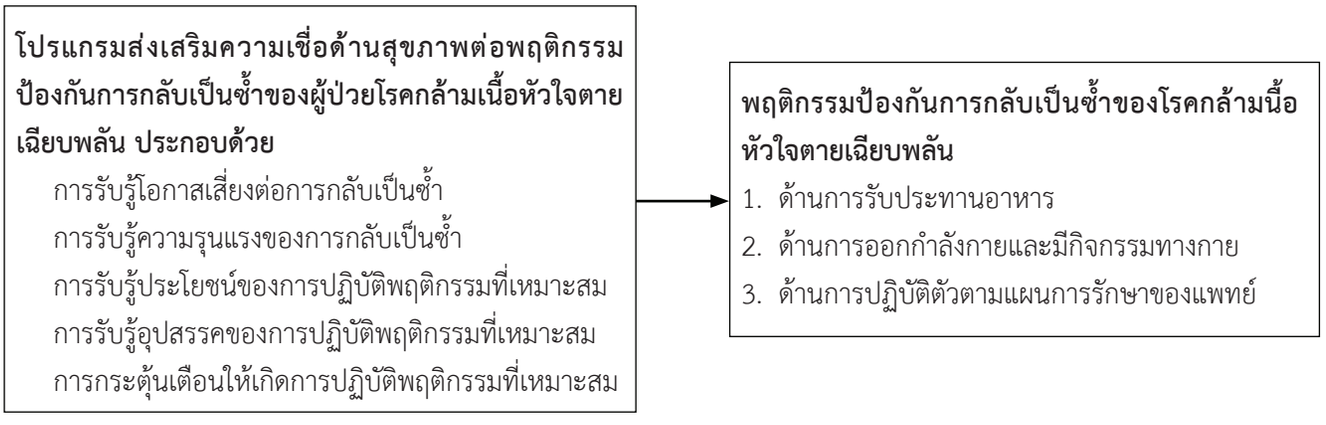
สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)[23] และพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทดลองเรื่องโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตัวแปรต้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และตัวแปรตามที่ใช้ในการประเมินผลของโปรแกรม คือ พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกาย และ ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest two group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 40 ปีขึ้นไป หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย อายุ 40 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (Cardiac care unit : CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี คำนวนหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจีพาวเวอร์ เวอร์ชั่น 3.1.9.2 (G*Power Version 3.1.9.2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 ผู้วิจัยได้นำค่าขนาดอิทธิพลมาคำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการถอนตัว จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 40 ปีขึ้นไป 2) มีอาการของโรคคงที่ภายหลังการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติใด ๆ 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ของกรมอนามัย โดยมีคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ 5) สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟังภาษาไทยได้ และ 6) มาตรวจตามนัดหรือติดต่อทางโทรศัพท์ได้ในช่วงเวลาของการติดตามผล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ 2) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโครงตาข่ายมาก่อน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลข 144/2565 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบ ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ในการปฏิเสธหรือตอบรับเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสตัวเลขในการบันทึก ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอโดยภาพรวมของทั้งกลุ่มและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[23] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรูปแบบกิจกรรมตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงจากการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม และได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ โดยรูปแบบกิจกรรมใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยมีเอกสารและสื่อประกอบโปรแกรม ประกอบด้วย 1) คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2) แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย และ 3) สื่อวีดีทัศน์เรื่อง “โอกาสสุดท้าย ตายแล้วฟื้น”

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 2) แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 14 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนรวม 30–150 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสม หรือมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำต่ำ และค่าคะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ไม่เหมาะสม หรือมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นำไปตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ 0.93 จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง

คุณวุฒิก่อนนำไปใช้ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาได้ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) อาสาสมัครกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ทำ pre-test แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ และทำ post-test แบบประเมิน พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสัปดาห์ที่ 4 ของการดำเนินการ

2) อาสาสมัครกลุ่มทดลอง กิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำ pre-test แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยนำเสนอผลการประเมินพฤติกรรมเป็นรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิด วิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง หลังจากนั้นนำเสนอสื่อวีดีทัศน์ เรื่อง "โอกาสสุดท้าย ตายแล้วฟื้น" เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง มอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ความรู้ และคำแนะนำเรื่องโรค วางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการ ให้ข้อมูลสรุปประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำมาคิดแยกแยะวิเคราะห์ ว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง และให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ชวนให้กลุ่มตัวอย่างคิด แยกแยะ วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ร่วมกันหาแนวทางจัดการกับปัญหา เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมทั้ง 3 ด้าน สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้ทำ post-test ซึ่งใช้แบบประเมินชุดเดียวกับ pre-test ตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ผู้วิจัยให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ dependent t-test

3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 65.33 ปี (SD = 10.71) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.63 กิโลกรัม/เมตร2 (SD. = 4.42) ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 45.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและปริญญาตรีเท่ากัน คือ ร้อยละ 41.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 83.3

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.5 และมีอายุเฉลี่ย 68.25 ปี (SD. = 7.87) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.48 กิโลกรัม/เมตร2 (SD. = 3.61) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.8 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 66.7 และ 70.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	Test value	p - value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบ พลัน	94.50 ดี	8.44 ดี	116.54	5.17	23	26.06	< .001
- ด้านการรับประทานอาหาร	41.13 ปานกลาง	3.86 ดี	54.25	2.27	23	27.59	< .001
- ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย	21.75 ปานกลาง	3.85 ดี	28.42	2.80	23	16.76	< .001
- ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์	30.63 ดี	4.51 ดีมาก	33.88	2.37	23	5.99	< .001

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ เฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 24) Mean (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 24) Mean (SD)	df	Test value	p-value
1.	พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	116.54 (5.17) ดี	93.92 (8.69) ดี	46	10.97	< .001
-	ด้านการรับประทานอาหาร	54.25 (2.27) ดี	41.71 (3.36) ปานกลาง	46	15.17	< .001
-	ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย	28.42 (2.80) ดี	21.29 (5.48) พอใช้	46	5.67	< .001
-	ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์	33.88 (2.37) ดีมาก	30.92 (3.50) ดี	46	3.43	.001

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย และด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนมาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ แนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค บุคคลนั้นต้องรับรู้ความเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเดียววัดผลก่อน–หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น[24] อธิบายได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมได้ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังการศึกษาโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน พบว่า โปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งกิจกรรมทำให้เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้ในสิ่งชักนำในการปฏิบัติ และสามารถลดการรับรู้อุปสรรคได้เป็นอย่างดี[25] ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสมช่วยป้องกันโรคได้จริง และเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดด้วยการคิดเปรียบเทียบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันโรคกับลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง[26] ประสิทธิภาพของโปรแกรมก่อให้เกิดการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพได้จริง กิจกรรมทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน ส่งผลเข้าใจกระบวนการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างชัดเจน การใช้สื่อวิดีทัศน์เรื่องโอกาสสุดท้ายตายแล้วฟื้นเป็นการให้ข้อมูลที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ประกอบกับการรับรู้ถูกกระตุ้นจากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในการให้ความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ยังไม่เข้าใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น วิธีการนี้จะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคแล้ว ยังเป็นวิธีการกระตุ้นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่ดีอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าหากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาก และรับรู้ความรุนแรงผลกระทบจากการเกิดโรคในระดับที่สูง จะทำให้แสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และต้องรับรู้ความสามารถแห่งตนที่มากขึ้น โดยเชื่อว่าตนนั้นมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่ยาก ก็จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในอนาคต

ข้อจำกัดของการทำวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ แม้ผลการศึกษาจะพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงขึ้น แต่เป็นการศึกษาในระยะสั้นใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ที่ไม่อาจสรุปได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เกิดจากโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

เชิงนโยบาย

1) ควรทำการศึกษา ปรับปรุงโปรแกรมนี้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นทุก 3-5 ปี ควบคู่กับการพัฒนาคู่มืออย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การพยาบาล

1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย

2) ควรมีการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนต่อที่บ้าน

3) ควรมีการติดตามลงเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลที่รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดการกลับเป็นซ้ำในภายหลังได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเวลาให้คำแนะนำแล้วกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เข้าใจในคำอธิบายที่ได้รับทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้ไม่ครบถ้วน ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่สูงสุด

2) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่ใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามดูการปรับเปลี่ยนของพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนหรือมากกว่านั้น เพื่อติดตามซึ่งความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3) ในเรื่องของการติดามการกลับเป็นซ้ำ ควรมีการติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม ว่าใน 6 เดือนหลังจากได้รับโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายมีการกลับเป็นซ้ำเท่าใด

References

1. Namwong T & Arrirak N. Prevalence and Risk Factors of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) among the Elderly in Yasothon Province, Thailand. Journal of Health Science. 2022;31(2):260-8. (in Thai)
2. Buntongma Y, Jabprapai P, & Ongartthaweecha S. Development of A Nursing Model for Patients with Acute Myocardial Infarction with ST-Segment Elevation (STEMI) In the Pandemic of the Coronavirus Disease 2019 Emergency Department Phraphutthabat Hospital. Region 11 Medical Journal. 2022; 36(2):50-64. (in Thai)
3. Nasoongchon J. Self-care behaviors of post percutaneous transluminal coronary angioplasty and stenting patients. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009. (in Thai)
4. Srimahachota S, Boonyaratavej S, Kanjanavanit R, Sritara P, Krittayaphong R, et al. Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)-An Extension of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACS) Group: Lower In-Hospital but Still High Mortality at One -Year. Journal Medicine Association Thailand. 2012; 95 (4), 508-18.
5. Wannapo P, Kunsongkeit W, & Duangpaeng S. Factors influencing physical activity among patients with Acute Myocardial Infarction receiving Percutaneous Coronary Intervention. Journal of health science research. 2018; 12(2): 10-8. (in Thai).
6. Potjamanpong P. Et al. Factors Influencing Health Literacy of Cardiac Rehabilitation Among Older Adults with Myocardial Infarction in Urban Area. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022; 42(2): 148-62. (in Thai)

7. Prasertsong C, & Chaleoykitti S. Psychosocial status of Patients with Heart Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(1): 85-91. (in Thai)
8. Sanprasan P, Prekbunjun J, & Kesornsuwan C. Caring for acute myocardial infarction patients in the epidemic situation with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2020; 31(2): 17-28. (in Thai)
9. Phaisantum P, Duangpaeng S, & Kunsongkeit W. Experiences of lifestyle modification among patients with acute myocardial infarction post Coronary stent placement. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2018; 29(1): 96-109. (in Thai)
10. Namwong T, & Arrirak N. Prevalence and Risk Factors of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) among the Elderly in Yasothon Province, Thailand. 2022; 31(2): 260-8. (in Thai)
11. Sakboonyarat B, & Rangsin R. Prevalence and associated factors of ischemic heart disease (IHD) among patients with diabetes mellitus: A nation-wide, cross-sectional survey. Cardiovascular Disorder 2018;18(151): 1–7.
12. Oh GC, & Cho H-J. Blood pressure and heart failure. Clinical Hypertension. 2020;26(1):1–8.
13. Nelson RH. Hyperlipidemia as a risk factor for cardiovascular disease. Primary Care. 2013; 40(1):195–211.
14. Phomdontre T, et al. Factors Predicting Quality of Life among Young Adult Patients with Myocardial Infarction. Journal of research in Nursing-Midwifery and health sciences. 2023; 43(1): 27-39. (in Thai)
15. Purimano M, & Songthap A. Preventive Behaviors of Complications from Coronary Artery Disease in Elderly People. Buddhachinaraj medical journal. 2021; 38(1): 107-16. (in Thai)
16. Premsuk W, Thato R, & Polsook R. Factors Predicting Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among Middle-Aged Men in Bangkok Metropolitan. Kuakarun Journal of Nursing. 2019; 26(1): 24-39. (in Thai)
17. Rathore V, Neelima S, & Roshan K. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction: A Review. Eurasian Journal of Medical Investigation. 2018;2(1):1–7.
18. Damrongsin S, Putwatana P, & Khuwatsamrit K. Self–Care Behaviors among Patients with Coronary In-stent Restenosis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(2): 220-7. (in Thai)
19. Chinphan S, Sirisopon N, Onsiri S, & Wattanaburanon A. Factors Correlated with Instent Restenosis in Coronary Heart Disease Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 218-26. (in Thai)
20. Sriphet K, Seneha C, Sriprasong S, & Kanoksilp A. Factors influencing antiplatelet therapy adherence among patients with acute ST-elevation myocardial infarction in post percutaneous coronary intervention. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2019; 30(2): 111-25.
21. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. European journal of cardio-thoracic surgery. 2018; 53(1):34-78.
22. Nilliaum R, Kaewsasri A, & Sinsawad P. Nurse's role in preparing hospital discharge readiness for caregiver of the patient with acute myocardial infarction. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017; 28(2): 28-37. (in Thai).

23. Maiman LA & Becker MH. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. Health Education Monographs. 1974;2(1):336-53.
24. Maneeprai J. Impact of Transitional Care Programme for Patients with Chronic Ischaemic Heart Disease on Health Behaviour and Risk of Recurrent Cardiovascular Events. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(2):15-31 (in Thai).
25. Sanprakhon P, Chusri O, & Wongwisadkul S. The Effects of Health Belief Application Program in Older Adults with Risk of Coronary Artery Disease in a Community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 28(3): 87-100. (in Thai).
26. Chuaytaen T, & Ua-Kit N. The Effect of Promoting Perceived Benefits and Perceived Barriers Program on Medication Adherence of Myocardial Infarction Patients who underwent Percutaneous Coronary Intervention. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016; 30(3): 56-76. (in Thai)

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

The Influence of Health Literacy and Self-Efficacy on Self-Management of Patients Undergoing Hemodialysis

เพ็ญโพยม สาคร เตือนใจ เจริญบุตร*
Penpayome Sakorn Tueanchai Charoenbut*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10220
Faculty of Nursing, North Bangkok University, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 2) อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 150 คน เทียม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 4) แบบสอบความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98 และค่าความเที่ยงภายในสัมประสิทธิ์ครอนบาช แอลฟ่า เท่ากับ .94, .87, และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 64.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ พยาบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดทักษะและความสามารถในการจัดการตนเอง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ความสามารถในการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This research aimed to examine: 1) the levels of health literacy, self-efficacy, and self-management abilities of patients undergoing hemodialysis, and 2) the influence of health literacy and self-efficacy on the self-management abilities of these patients. The sample consisted of 150 patients receiving hemodialysis, selected through stratified random sampling and simple random sampling methods. Data were collected using

Corresponding Author: E-mail: tueanchai.ch@northbkk.ac.th

วันที่รับ (recived) 17 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ(Revised) 24 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 4 ม.ค. 2568

four questionnaires: 1) demographic information, 2) health literacy questionnaire, 3) self-efficacy questionnaire, and 4) health-related self-management abilities questionnaire. The content validity index (CVI) was found to be 0.98, while the internal consistency reliability measured by Cronbach's Alpha was 0.94, 0.87, and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that: 1) the levels of health literacy, self-efficacy, and self-management abilities in the sample group were high; and 2) health literacy and self-efficacy significantly influenced and together predicted 64.8% of the self-management abilities of hemodialysis patients, with statistical significance at the .05 level. Therefore, nurses should prioritize promoting health literacy and self-efficacy to enhance the skills and self-management abilities of patients undergoing hemodialysis.

Keywords: health literacy, self-efficacy, self-management, patients undergoing hemodialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่รุนแรงที่ส่งผลต่อประชากรโลกหลายล้านคน ประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนถึง 11.6 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรคระยะสุดท้าย จำนวนถึง 5.7 ล้านคน โดยมากกว่า 100,000 คนต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต[1,2] จากรายงานข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564-2565 พบว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้น ปีละประมาณ 10,000-13,000 ราย และในปี 2565 นั้น มีผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงถึง 86,325 ราย[3] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างมีความซับซ้อน ทั้งในด้านการดูแล การติดตามรักษาและการฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยา การออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมีภาวะเปราะบาง มีความสามารถในการดูแลและจัดการตนเองลดลง ส่งผลให้ครอบครัวมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น[4,5] ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ได้อย่างเหมาะสม[6,7] โดยผู้ป่วยที่มีทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจะสามารถตัดสินใจเลือกการดูแลสุขภาพอย่างมีข้อมูล สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[6,8]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากต่อความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่งนัทบีม (Nutbeam)[7] ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจและใช้ข้อมูลที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะในการอ่านและการเขียนเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเป็นทักษะทางสติปัญญาขั้นสูงและทักษะทางสังคมที่จะช่วยให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ เป็นทักษะทางสติปัญญาและทักษะทางสังคมขั้นสูงในการวิเคราะห์ข้อมูล และเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อช่วยในการตัดสินใจสำหรับการปฏิบัติ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีวิจารณญาณ และมีส่วนร่วมในการผลักดันสังคมเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี[9] ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและผิดปกติ ด้วยเหตุนี้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ[10] อีกทั้งความรู้ทางสุขภาพยังช่วยในการพัฒนาและส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อีกด้วย[11]

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถในการตัดสินใจของตนเองในการจัดการ

หรือปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองคาดหวัง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการตอบสนองความจำเป็นของตนเอง[12] ซึ่งแบนดูรา (Bandura) ได้แบ่งทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคาดหวังในสมรรถนะของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ เพราะบุคคลเชื่อว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะส่งผลในผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจง[12,13,14] ซึ่งการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะทำให้บุคคล เกิดความพยายามและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เกิดแรงจูงใจในการจัดการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง[12,14] เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและสามารถนำความรู้มาใช้ในการจัดการตนเองในด้านต่างๆ ด้วยความเชื่อมั่นและมั่นใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดี สามารถควบคุมโรคและได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้[15]

การจัดการตนเองเป็นการกระทำหรือความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเองรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมสภาวะการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยนั้นได้ ซึ่งตามแนวคิดของลอริกและฮอล์แมน (Lorig & Holman) ได้แบ่งการจัดการตนเองออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์[10,16] ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ กิจกรรมการดูแลตนเอง การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล การพิทักษ์ตนเอง และการปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา[17,18] ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองประกอบด้วยปัจจัยทางด้านการรักษา ด้านบุคคล[17] และความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง[10] และการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยหากผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ดีก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพาผู้อื่นได้[19]

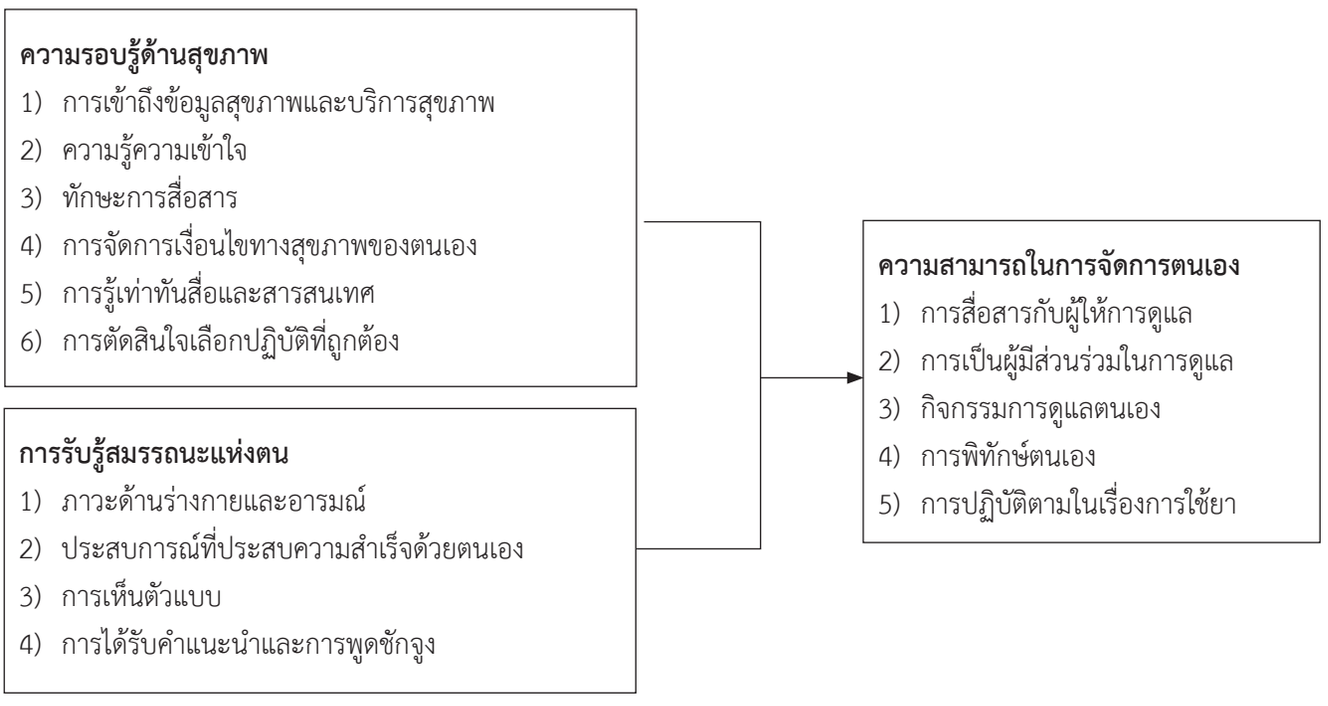
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับต่ำจนถึงระดับสูงและขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย[11,17,20] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกการจัดการตนเองในระดับปานกลาง[21] นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้[22] ซึ่งจะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ยังไม่เข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ขาดความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องเผชิญ ซึ่งอาจมีความซับซ้อนและความท้าทายแตกต่างไปจากกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะอื่น ๆ อีกทั้งการขาดการศึกษาเชิงลึกที่มุ่งเน้นบทบาทของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำนายความสามารถในการจัดการตนเอง แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่การวิจัยในเชิงลึกและเฉพาะเจาะจงที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังขาดอยู่ในบริบทของประเทศไทย[23] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam)[7] และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[12] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam) ประกอบด้วยทักษะและความสามารถที่บุคคลใช้ในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงที่ขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการตนเองโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือซับซ้อน โดยกรอบแนวคิดนี้ สันนิษฐานว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงการทำนาย (Predictive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยฟอกเลือดเอกชนในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปแกรม G* Power โดยกำหนดค่าอิทธิพล ขนาดกลาง เท่ากับ 0.15 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน คัดเลือก โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามภูมิภาค ได้หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเขตภาคกลางกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อายุรแพทย์โรคไตวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) อ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย 3) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) การมองเห็นและการได้ยินปกติ 5) ยินดีให้ข้อมูลวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย 2) ไม่ยินดีตอบแบบสอบ/ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ 3) สัญญาณชีพและอาการไม่คงที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ[24] จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า 5 ระดับ แปลความหมายโดย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.34 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 2.35 - 3.65 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.66 - 5.00 หมายถึง อยู่ใน

ระดับสูง 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[25] จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า 4 ระดับ แปลความหมายโดย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 หมายถึงอยู่ในระดับสูง 4) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง[17] จำนวน 37 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบประมาณค่า 4 ระดับ แปลความหมายโดย ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึงความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 หมายถึงอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 หมายถึงอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 1 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามเท่ากับ .98 จากนั้นได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟ่าของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .94 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ .87 และแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เอกสารเลขที่ NS7/2567 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2567 หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการรักษาความลับ โดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในหน่วยฟอกเลือดเอกชน จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัย และยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะให้การอธิบายเพิ่มเติม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามแล้วข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์หาค่าอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.00 มีอายุเฉลี่ย 54.23 ปี (SD=13.13) มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 54.70 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 35.3 และรองลงมาคือ ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 30.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 36.00 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 26.00 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการรักษาคิดเป็นร้อยละ 68.00 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ย 4.665 ปี (SD = 3.6) ส่วนใหญ่มีโรคประตัว 2 โรคส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 47.30 และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิ์ประกันสังคมคิดเป็นร้อยละ 48.70 รองลงมาคือสิทธิ์บัตรทองคิดเป็นร้อยละ 48.00

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=150)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.20	.75	สูง
ด้านทักษะการเข้าถึงและข้อมูลบริการ	4.09	.97	สูง
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	4.26	.82	สูง
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.26	.92	สูง
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.20	.75	สูง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.27	.53	สูง
3. ความสามารถในการจัดการตนเอง	3.24	.58	สูง
ด้านการสื่อสารกับผู้ให้การดูแล	3.37	.72	สูง
ด้านการเป็นผู้มีส่วร่วมในการดูแล	3.17	.81	สูง
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	2.99	.44	ปานกลาง
ด้านการพิทักษ์ตนเอง	3.25	.79	สูง
ด้านการปฏิบัติตามในเรื่องการใช้ยา	3.59	.58	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (($\bar{X}$ = 4.20, SD = .75) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.27, SD = .53) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.24, SD = .58) โดยทุกรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้น ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.99, SD = .44)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n=150)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	.158	189		.835	.405
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.285	.047	.372	6.073	.000*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.576	.067	.525	8.564	.000*

Durbin-Watson = 1.883, VIF= 1.568, *p< .05

R = .805, R^2 = .648, adj.R^2 = .643, SE= .34445, sig. F = 147, p-value = .000*

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ร้อยละ 64.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งส่วนที่เหลือเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรอื่น และจากการวิเคราะห์ข้อมูลสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ โดยได้สมการทำนาย ดังนี้ $\hat{y} = \beta_1 X^1 + \beta_2 X_2$ หรือ $\hat{y} = .576(X_1) + .285(X_2)$ หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยิ่งมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงมากเท่าไหร่ จะสามารถร่วม

กันทำนายการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้นเท่านั้น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ร้อยละ 64.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 4.20, SD = .75) การที่ผู้ป่วยมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงนี้ส่งผลดีต่อการประเมินข้อมูลและบริการทางสุขภาพ การตัดสินใจและการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ ของการรักษา และสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้[26] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรคที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงนั้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ดีขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ อีกทั้งการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองสูงทำให้สามารถเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเรื้อรัง[19] ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีและปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาได้อย่างเคร่งครัด ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[27] โดยการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความเข้าใจและมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้มีป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับสูงนั่นเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=3.27, SD = .53) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[21] มีความมุ่งมั่นและสนใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของตนเอง จึงเป็นผลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีขึ้น[19] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าระดับการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง[17] ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่อยู่ในระดับสูงมักจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคและความยากลำบากในการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำนั่นเอง[19,27] อาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงนั้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับความพร้อมของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร และมีอายุเฉลี่ย 54.23 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่ยังเป็นวัยทำงาน จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและสามารถประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมานานเฉลี่ย 4.67 ปี ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์การรักษาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง และสามารถในการจัดการตนเองในระดับที่สูงด้วยนั่นเอง[17,23]

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลในการทำนายความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ถึงร้อยละ 64.8 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (β = .262, P < .001) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = .205, p = .029) สามารถ

ทำนายความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้[22] สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้ป่วยมีความสามารถในการหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านั้นในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[10] โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น[17] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 44.10 (R^2= .441, p< .001) โดยทำนายได้ค่อนข้างมาก (β = .368, p< .001)[28] ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่า[25,28]

ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้ดียิ่งขึ้น โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา รวมทั้งการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ควรมีการจัดทำโครงการอบรมด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน และพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยอาจมีการร่วมมือกับสื่อสาธารณะและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ด้านการพยาบาล ควรมีการการจัดโปรแกรมฝึกอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรให้การสอนและแนะนำวิธีการเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้และสร้างความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วย

3. ด้านวิชาการ ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยฟอกเลือด และควรมีการพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตน ที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติมในอนาคต เช่น ตัวแปรด้านบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะทางจิตใจ หรือการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพต่อความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้การทำนายอิทธิพลของความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีความแม่นยำและครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรมีการนำตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

References

1. Tsai M-C, Lojanapiwat B, Chang C-C, Noppakun K, Khumrin P, Li S-H, et al. Risk Prediction Model for Chronic Kidney Disease in Thailand Using Artificial Intelligence and SHAP. 2023; 13(23): 3548-61.
2. The Nephrology Society of Thailand. Progression and outcomes of CKD in Thai SEEK population. 2022. (in Thai)
3. The Nephrology Society of Thailand. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy 2021-2022. 2022. (in Thai)

4. Chopsiang L. Exercise for slow progression in patients with kidney disease. Journal of Nursing and Health Research. 2018; 19(3): 25-35. (in Thai)
5. Phimkore N. Nursing Practice for Family with ESRD person at Nong Hong district, Buri Ram province. Journal of Nursing Science and Health. 2016; 39(1): 122-31. (in Thai)
6. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Family Medicine and Community Health. 2020; 8(2): 1-8.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15(3): 259-67.
8. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1): 1-11. (in Thai)
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
10. Mahanupab P, Chintanawat R, & Juntasopeepun P. Health Literacy and Self-Management in Older Persons Receiving Hemodialysis. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 37(01): 108-24. (in Thai)
11. Rahmawati B, Rochmawati E. Health literacy in patients undergoing hemodialysis: literature review. Bali Medical Journal. 2022; 11(1): 1620-5.
12. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control: Worth Publishers; 1997.
13. Aiamsupasit S. Theory and Techniques of Behavior Modification (11th ed). Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023. (in Thai)
14. Smith MJ, & Liehr PR. Middle range theory for nursing (3rd ed.). New York: Springer; 2014.
15. Guo YJ, Tang Q, & Gu Y. Measurements of Self-Efficacy in Patients with Chronic Kidney Disease: A Literature Review. Nephrology Nursing Journal. 2017; 44(2): 159-76.
16. Lorig KR, & Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine. 2003; 26(1): 1-7.
17. Wongsaree C. Factors Predicting Health Self–Management in End Stage Renal Disease Patient Receiving Hemodialysis in a Private Hospital, Thailand. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2018; 30(3): 66-77. (in Thai)
18. Curtin RB, Walters BA, Schatell D, Pennell P, Wise M, & Klicko K. Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. Advances in chronic kidney disease. 2008; 15(2): 191-205.
19. Dinh TTH, & Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BioMed Central Health Services Research. 2023; 23(1): 923-32.
20. Ma LC, Liu YM, Lin YC, Liao CT, Hung KC, Chen R, et al. Factors Influencing Self-Management Behaviors among Hemodialysis Patients. Journal of Personalized Medicine. 2022; 12(11): 1816-24.
21. Kueasuk C, Panuthai S, & Tamdee D. Correlation between Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Chronic Kidney Disease. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2022; 16(2): 1-12. (in Thai)

22. Posiw S, Suwankruhasn N, & Chintanawat R. Factors Predicting Self-Management Among Older Persons with Stage 3 CKD. Nursing Journal Chiang Mai University. 2023; 50(3): 199-211. (in Thai)
23. Klangburam N, & Jermrod P. Health Literacy of Chronic Kidney Disease Patients. Kalasin University Journal of Science Technology and Innovation. 2022; 1(1): 61-77. (in Thai)
24. Division of Health Education, Department of Health Service Support. Strengthening and evaluating health literacy and health behaviors among children and youth (ages 7-14), people aged 15 years and over, updated version. 2024. (in Thai)
25. Sakorn P, & Nunthaitaweekul P. The Effect of Self-Efficacy Promoting and Resistance Training Program on Functional Status in End Stage Renal Disease (ESRD) Patients Receiving Hemodialysis. Journal of Health and Nursing Research. 2021; 37(1): 168-79. (in Thai)
26. Chouwai S, Phontip K, Suebsoontorn W, Chapradit C, & Tongate C. Relationships between Health Literacy, Self-care Behaviors and Quality of Life among Patients with first and second stage of CKD. Medical Journal Of Sisaket Surin Buriram Hospital. 2023; 38(1): 11-20. (in Thai)
27. Pinthong S. Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis: The Effectiveness of a Self-Management Education Program on Self-Care Behaviors in Controlling Hyperphosphatemia. 2023; 16(1): 32-47. (in Thai)
28. Intaranongpa S, Sirithanawutichai T, & Namtatsanee S. Influences of Health Literacy, Perceived Self-efficacy, and Patient–Health Care Team Provider Communication on Self–Care Behaviors among Patients with Hypertension. Journal of Nursing and Health Science Research. 2023; 15(1): 1-14. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

Development of Preparation Program Model for Emergency Nursing Practice Program through Usage of Online Simulation-Based Situations for Promoting Stress Management, Knowledge, and Attitude of Nursing University Students

ธีระชล สาตสิน* วัตสาตรี ดิถียนต์ สูติเทพ ศิริพิพัฒนกุล ศรินย์พร ชัยวิศิษฏ์
Theerachol Satsin* Watsatree Diteeyont Sutithep Siripipattanakul Sarinporn Chaivisit
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Kasetsart University, Bangkok, Thailand, 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จากการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เป็นกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ แบบวัดความเครียด แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเหมาะสมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์สามารถส่งเสริมการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: รูปแบบการเตรียมความพร้อม, สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, เครือข่ายออนไลน์, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The objectives of this research were to 1) design and develop a preparation program model for emergency nursing practice program through usage of online simulation-based situations, and 2) examine levels of stress management, knowledge and attitude of nursing university students after they participated in

Corresponding Author: * Theerachol.s@ku.th
*นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (เทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา) ภาควิชาเทคโนโลยีการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วันที่รับ (received) 29 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ก.พ. 2568

the preparation program model. Participants of the study were 36 third-year nursing students from the Faculty of Nursing at Suan Dusit University in Thailand through a simple random sampling method. The research instruments include an validation form for preparation program model formats, a stress management test, a knowledge test, and an attitude test. The reliability of those instrument were more than .70 Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The research findings revealed that the preparation model had an average value of appropriateness at the high level. Furthermore, the average scores of stress management, knowledge, and attitude among nursing students before and after participating in the program were different at a significance level of .05, which indicates that the preparation program model for emergency nursing practice through usage of online simulation-based situations could effectively promote stress management, knowledge and attitude of nursing university students.

Keywords: preparation model, simulation-based situations, online, nursing students

บทนำ

การศึกษาระดับอุดมศึกษามีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศไทย โดยสะท้อนเอกลักษณ์วัฒนธรรมไทยควบคู่กับการรับอิทธิพลจากตะวันตก ในยุคดิจิทัล ประเทศไทยมุ่งพัฒนาประชากรให้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีอย่างชาญฉลาด เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี รวมถึงแผนการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่เน้นพัฒนาทักษะ 3Rs ประกอบด้วย Reading (W)Riting & (A)Rithmetics ส่วน 8Cs ประกอบด้วย Critical Thinking & Problem Solving, Creativity & Innovation, Cross-cultural Understanding, Collaboration, Teamwork & Leadership, Communications Information & Media Literacy, Computing & ICT Literacy, Career & Learning Skills & Compassion เพื่อการปรับตัวและพัฒนาที่ยั่งยืน[1] ทั้งนี้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ด้วยการจัดการเรียนการสอนที่กระตุ้นการคิดวิเคราะห์มากกว่าท่องจำ ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมและพัฒนาทักษะการปฏิบัติจริง พร้อมเปลี่ยนบทบาทผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง[2]

ในช่วงการระบาดของโควิด-19 สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทยได้เปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนจากการเผชิญหน้าเป็นระบบออนไลน์ อย่างไรก็ตามมีอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะด้านความพร้อมของอาจารย์พยาบาลในการสอนออนไลน์ ซึ่งประสบปัญหาเกี่ยวกับการมอบหมายงาน กำหนดส่งงาน คุณภาพงาน และการออกแบบกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการเรียนรู้ออนไลน์ ส่งผลให้การสอนออนไลน์ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร[3] และด้านผู้เรียน (นิสิตหรือนักศึกษาพยาบาล) จำเป็นต้องมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ แก้ปัญหาและวิเคราะห์ด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในกระบวนการเรียนการสอน โดยการใช้เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ ช่วยให้การเรียนการสอนออนไลน์ประสบความสำเร็จ[4]

การศึกษาทางการพยาบาลนอกจากการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคทดลองแล้วนั้น หัวใจสำคัญคือการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ แผนกอุบัติฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีการบูรณาการความรู้ที่เรียนมาและการมีทัศนคติที่ดีในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่รวดเร็ว อย่างปลอดภัย และมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความพร้อมและประยุกต์ใช้ความรู้จากภาคทฤษฎีและภาคทดลองให้เกิดผลลัพธ์ในภาคปฏิบัติการพยาบาล โดยการฝึกปฏิบัติในคลินิกที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมและมีอาจารย์ผู้สอนที่เชี่ยวชาญในการถ่ายทอดความรู้และทักษะให้นักศึกษา รวมถึงการดูแลให้คำปรึกษาและออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้เรียน เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ[5] ซึ่งการเผชิญความเครียดจากการฝึกปฏิบัติจริงถือเป็นทั้งความท้าทายและโอกาสสำหรับนักศึกษาพยาบาล การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและการ

สนับสนุนจากอาจารย์ช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการความเครียดและพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] นักศึกษาพยาบาลควรพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยส่งเสริมทักษะการค้นคว้าและการแก้ปัญหา พร้อมพัฒนาความคิดริเริ่มและความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งการเรียนออนไลน์จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม ทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคมและสติปัญญา พร้อมจะเรียนรู้ ได้โดยไม่มีอุปสรรค องค์ประกอบการเตรียมความพร้อมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง ความรักในการเรียน แรงจูงใจในการเรียนรู้ และการตรวจสอบหรือติดตามตนเอง ต่างก็สิ่งจำเป็นในการลดอุปสรรคและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้[7]

จากที่กล่าวมาข้างต้นการเตรียมความพร้อมผ่านระบบออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพนั้น จะช่วยให้ผู้เรียนมีการแก้ปัญหาและวิเคราะห์การเรียนรู้ด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งการเตรียมสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ด้วยการวางแผนการเรียน การออกแบบ การพัฒนา และการประเมินอย่างเป็นระบบ จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้การจัดการการเรียนการสอนออนไลน์ที่กำลังจะกลายเป็นหนึ่งในรูปแบบการเรียนรู้หลักของสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในอนาคตอันใกล้ให้ประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับเป้าหมายของสาขาพยาบาลศาสตร์ได้ต่อไป จากที่กล่าวมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งประโยชน์ของการวิจัยนี้คือ การเป็นแนวทางการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้เรียนในการเรียนการสอนออนไลน์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นไปตามเป้าหมายของการเรียนรู้และสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และส่งเสริมความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถบูรณาการความรู้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังจากการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์อยู่ในระดับมากขึ้นไป

2. ระดับความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังจากการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาดำเนินการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ตามทฤษฎีอนุกรมวิธานของบลูม (Bloom's Taxonomy)[8] จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพุทธพิสัย (cognitive domain) ด้านจิตพิสัย (psychomotor domain) และด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมได้บูรณาการศึกษาของ คิม คิม ลี[9] ที่มีการจัดการเรียนการสอนแบ่งเป็น 5 ชุดการเรียน ประกอบด้วย ชุดการเรียนที่ 1 เนื้อหาการเรียนรู้การปฐมนิเทศ (orientation) ชุดการเรียนที่ 2 แนวคิดของแรงจูงใจ (concept of motivation) ชุดการเรียนที่ 3 ทฤษฎีแรงจูงใจ (motivation theory) ชุดการเรียนที่ 4 ทฤษฎีแรงจูงใจ (motivation theory) และชุดการเรียนที่ 5 กลยุทธ์การเสริมพลังและการกระตุ้นแรงจูงใจ (empowerment and motivational activation strategy) รวมเป็น 5 ชั่วโมงการเรียนรู้ จากนั้นนำมาบูรณาการให้สอดคล้องกับบทบาทของการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์โดยการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ ประกอบด้วย วันที่ 1

การเตรียมความพร้อม ชั่วโมงที่ 1 ปฐมนิเทศ ชั่วโมงที่ 2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน วันที่ 2 การเตรียมความพร้อม ชั่วโมงที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ชั่วโมงที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน และวันที่ 3 การเตรียมความพร้อม ชั่วโมงที่ 5 สถานการณ์จำลองเสมือนจริง รวมเป็น 5 ชั่วโมงการเรียนรู้ จนเกิดผลการเรียนรู้ในลักษณะที่เป็นการบูรณาการและครอบคลุมผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2565 ในด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 80 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power test ด้วย t-test statistical test ด้วย mean difference from constant (one sample case) กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .08 ความเชื่อมั่น (α) = .05 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย 33 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเผื่อกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนไว้ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 36 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก โดยกำหนดคุณสมบัตินักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และอ่านเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือในการวิจัย

1. รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

2. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ ขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคำชี้แจง ด้านแผนการจัดการเรียนรู้ ด้านสื่อการเตรียมความพร้อมฯ และด้านการประเมิน จำนวน 14 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

3. แบบวัดความเครียด สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือชื่อ แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)[10] มาใช้ในการเก็บข้อมูลนี้ โดยผู้วิจัยได้ปรับรายการคำถามให้เหมาะสมกับความสามารถด้านการจัดการความเครียดนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งแบบวัดประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อคำถาม และมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

4. แบบทดสอบความรู้ของนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบทดสอบความรู้ขึ้นเองโดยผ่านการวิพากษ์ข้อสอบจากอาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต แบบทดสอบนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

5. แบบประเมินทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบประเมินนี้มาจากแบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อวิชาชีพการสาธารณสุขของนิสิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา[11] โดยผู้วิจัยได้ปรับรายการคำถามให้เหมาะสม ทั้งนี้ แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อคำถาม และมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ทดลองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรง

คุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนด้านหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญสาขาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา จำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ขั้นตอนของ Research: R1 และ Development: D1 และครั้งที่ 2 ขั้นตอนของ Research: R2 และ Development: D2 นำแบบวัดความเครียด และแบบประเมินทัศนคติ คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .95 และ .83 ตามลำดับ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70 และ .73 ตามลำดับ และแบบทดสอบความรู้ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ใช้วิธีของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากฝ่ายมาตรฐานการวิจัยและศูนย์สัตว์ทดลอง สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่ง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รหัส COA No. COA67/049 Date of approval 16 July 2024 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ความเสี่ยงต่าง ๆ และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลโครงการวิจัยเก็บในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์เท่านั้นโดยจะลบออกเมื่อครบกำหนด 5 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดโครงการวิจัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงธันวาคม 2567

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) ศึกษาสภาพการเรียนการสอนพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากหลักสูตรแกนกลางสภาการพยาบาลตามมาตรฐานและตัวชี้วัด หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรายงานผลการทดสอบการสอบ ขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) ออกแบบและพัฒนา (Design and Development: D&D) เป็นการออกแบบและหาประสิทธิภาพของรูปแบบ ประกอบด้วย พัฒนาโครงร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ ตรวจสอบเพื่อยืนยันความเหมาะสม สร้างและตรวจสอบความเหมาะสม ปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความเหมาะสมความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ ปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2) ทดลองใช้ (Implementation: I) เป็นการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อหาประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ก่อนการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียด แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินทัศนคติ มาทดสอบก่อนเข้าใช้รูปแบบเตรียมความพร้อม (pre-test) ในกลุ่มทดลอง 2) ดำเนินการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งนักศึกษาในกลุ่มทดลองออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยกลุ่มทดลองจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบฯ ประกอบไปด้วยแผนการเตรียมความพร้อม โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน จำนวน 5 ชั่วโมงการเตรียมความพร้อมต่อกลุ่ม รวม 30 ชั่วโมง ประกอบด้วย 2.1) ขั้นเตรียมความพร้อม สำรวจอุปกรณ์ในการเตรียมความพร้อมทั้งผ่านระบบออนไลน์ สำรวจสัญญาณอินเตอร์เน็ต ไวไฟ (WIFI) แจ้งตารางการเตรียมความพร้อม แจกคู่มือการเข้าใช้งาน WBSC-LMS ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต โดยใช้ pdf file แจกคู่มือเตรียมคสามพร้อมฯ มอบหมายงานและเนื้อหาในการเตรียมความพร้อมก่อนล่วงหน้า 2.2) ขั้นการเตรียมความพร้อมของผู้สอน สำรวจความพร้อมในการเตรียมความพร้อมทั้งผ่านระบบออนไลน์ ตรวจสอบสัญญาณอินเตอร์เน็ต ศึกษาระบบการใช้งานของออนไลน์ของแต่ละโปรแกรม ศึกษาคู่มือการใช้งาน เตรียมเนื้อหา เตรียมสื่อการสอน ตรวจสอบสัญญาณอินเตอร์เน็ต 2.3) ขั้นการเตรียมความพร้อมสิ่งแวดล้อมในการเตรียมความพร้อม เปิดระบบออนไลน์ WBSC-LMS ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในการเตรียมความพร้อม สร้างห้องเรียนแบบปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (interactive) โดยใช้ 2 ระบบ ได้แก่ จักรวาลนฤมิตหรือเมตาเวิร์ส (Metaverse) สร้างห้องเป็นนิทรรศการการเรียนรู้ https://spatial.io/s/Toy-Theerachols-Next-Room และไมโครซอฟท์ทีม (Microsoft Teams) เตรียมห้องเรียนเสมือนจริง (simulation lab) 2.4) วันที่ 1

การเตรียมความพร้อม ประกอบไปด้วยชั่วโมงที่ 1 ปฐมนิเทศ โดยใช้ WBSC-LMS ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิตและห้องเรียนแบบปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยใช้ไมโครซอฟท์ทีม ประกอบไปด้วย จุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ ทักษะประสบการณ์ที่นักศึกษาได้รับ (clinical teaching) ผลการเรียนรู้การเตรียมความพร้อม (ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ) ลักษณะและการดำเนินการ กิจกรรมของนักศึกษา การติดตามผลการเตรียมความพร้อม หน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การเตรียมการในการแนะแนวและช่วยเหลือนักศึกษา สิ่งอำนวยความสะดวกและการสนับสนุน การวางแผนและการเตรียมความพร้อม และชั่วโมงที่ 2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บตามความรุนแรง (Emergency Severity Index; ESI) การซักประวัติ ตามหลัก AMPLE , MIVT 2.5) วันที่ 2 การเตรียมความพร้อม ประกอบไปด้วย ชั่วโมงที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (sepsis fast track) บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ (trauma fast track) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI fast track) และชั่วโมงที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ยาและสารน้ำ การให้วัคซีน (vaccine) การส่งเวรโดยใช้หลัก ISBAR การเคลื่อนย้ายและติดตามส่งต่อผู้ป่วย และ 2.6) วันที่ 3 การเตรียมความพร้อม ประกอบไปด้วย ชั่วโมงที่ 5 สถานการณ์จำลองเสมือนจริง บูรณาการโจทย์สถานการณ์ ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยให้นักศึกษาพยาบาลอธิบายขั้นตอน เหตุผล และแสดงปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง ในการประเมินแรกรับจุดคัดกรอง เหตุผล ระบุการคัดแยกผู้ป่วย เหตุผล Gold standard fast track ผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ และระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญที่สุดในกรณีศึกษาแต่ละราย โดยกลุ่มทดลองจะต้องทำกิจกรรมให้ขึ้นครบทุกแผนการจัดการเตรียมความพร้อมฯ

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) ประเมินผล (Evaluation: E) เป็นการตรวจสอบ ความเป็นไปได้จากการนำรูปแบบไปใช้ก่อนการจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ประเมินประสิทธิผลหลังการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ หลังจากที่กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมครบทุกแผนการจัดการเตรียมความพร้อมฯ แล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียด แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทัศนคติหลังการเตรียมความพร้อม (post-test) มาใช้กับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คะแนนความเครียด ความรู้ และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความรู้ และทัศนคติ ก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired – t test ทั้งนี้ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่กำหนดไว้ คือ 1) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม 2) ประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ

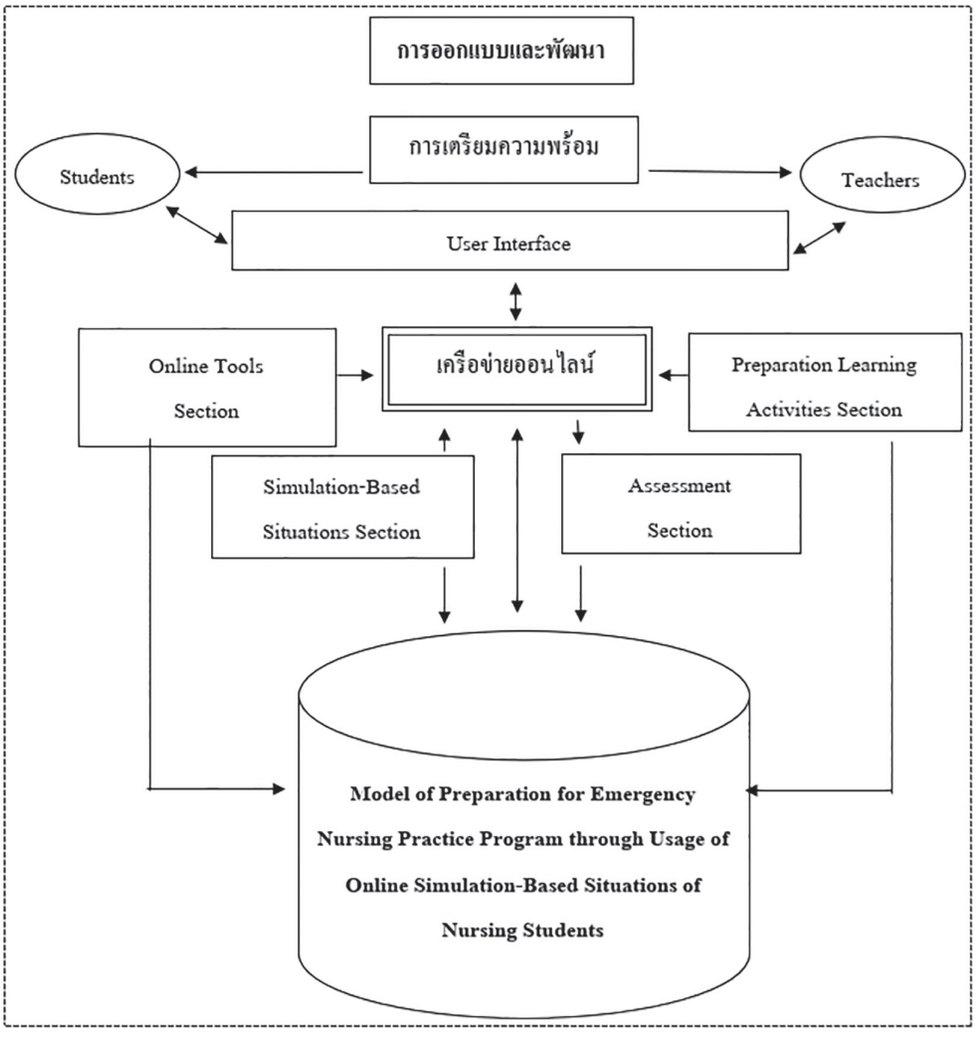
ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
1. ด้านคำชี้แจง	4.66	.51	มากที่สุด
2. ด้านแผนการเตรียมความพร้อม	4.86	.60	มากที่สุด
3. ด้านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่นำมาใช้ในรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ	4.90	.14	มากที่สุด
4. ด้านการประเมิน	4.66	.52	มากที่สุด
โดยรวม ($\bar{X}$ = 4.78, SD = .44)			

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของการรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน พบว่า มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.78, SD = .44) และพบว่าองค์ประกอบของรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ มีดังนี้ (แสดงดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์

จากแผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ ประกอบไปด้วย การคำนึงถึงผู้เรียนเกี่ยวกับความพร้อมการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีส่วนต่อประสานกับผู้ใช้งาน (User Interface) เป็นส่วนที่เชื่อมต่อระหว่างนักศึกษากับระบบ โดยมีเครือข่ายออนไลน์ ได้แก่ 1) ระบบจัดการการเรียนการสอนออนไลน์ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Learning Management System; LMS) โดยผู้วิจัยเลือกใช้ WBSC-LMS ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต 2) ไมโครซอฟท์ทีม และ 3) จักรวาลนฤมิตหรือเมตาเวิร์ส ให้มีปฏิสัมพันธ์ทั้งผู้เรียนและผู้สอน ซึ่งกิจกรรมออนไลน์ (online tools section) ในส่วนของเครื่องมือออนไลน์ (online tools) ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ คือ Chat, E-mail, Web board และ Search engine เป็นต้น ในส่วนของกิจกรรมการเตรียมความพร้อม (preparation learning activities section) ในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเตรียมความพร้อม โดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation-based situations section) ในการบูรณาการความรู้โดยใช้โจทย์สถานการณ์ผู้ป่วยจำลองเสมือนจริง และส่วนการประเมินผล (assessment section) เกี่ยวข้องกับการประเมินผล เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมฯ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ระดับความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังจากการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ (n=36)

การจัดการความเครียด	คะแนน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	Sig.
ก่อนการใช้	100	52.86	11.46	2.964**	35	0.005
หลังการใช้	100	47.33	12.72			
ความรู้						
ก่อนการใช้	10	5.31	1.35	-9.225**	35	0.000
หลังการใช้	10	8.39	1.15			
ทัศนคติ						
ก่อนการใช้	5	3.62	.16	-5.348**	35	0.000
หลังการใช้	5	3.80	.24			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่า การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการความเครียด โดยคะแนนก่อน ($\bar{X}$ = 52.86, S.D. 11.46) และคะแนนหลัง ($\bar{X}$= 47.33, S.D. 12.72) ส่วนของความรู้ โดยคะแนนก่อน ($\bar{X}$= 5.31, S.D. 1.35) และคะแนนหลัง ($\bar{X}$= 8.39, S.D. 1.15) และทัศนคติ โดยคะแนนก่อน ($\bar{X}$= 3.62, S.D. 0.16) และคะแนนหลัง ($\bar{X}$= 3.80, S.D. 0.24) และพบว่าความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.01)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์

ผลการวิจัยพบว่า การตรวจสอบความสอดคล้องของการรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.78, SD = .35) เนื่องจากรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ มีการคำนึงถึงผู้เรียนเกี่ยวกับความพร้อมการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยส่วนต่อประสานกับผู้ใช้งานเป็นส่วนที่เชื่อมต่อระหว่างผู้ใช้งานกับระบบ โดยมีเครือข่ายออนไลน์ ได้แก่ 1) ระบบจัดการการเรียนการสอนออนไลน์ผ่านเครือข่าย (LMS) 2) ไมโครซอฟท์ทีม และ 3) จักรวาลนฤมิตหรือเมตาเวิร์ส ให้มีปฏิสัมพันธ์ทั้งผู้เรียนและผู้สอน ซึ่งกิจกรรมออนไลน์ในส่วนของเครื่องมือออนไลน์ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ คือ Chat, Web board และ Search engine เป็นต้น ในส่วนของกิจกรรมการเตรียมความพร้อมจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเตรียมความพร้อม โดยใช้สถานการณ์จำลองในการบูรณาการความรู้ โดยใช้โจทย์สถานการณ์ผู้ป่วยจำลองเสมือนจริง และส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล ซึ่งการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ ประกอบไปด้วยหลักการและแนวคิดสำคัญ ได้แก่ การเรียนการสอนออนไลน์ การเรียนรู้ร่วมกัน และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ซึ่งในการออกแบบการเรียนการสอน มีองค์ประกอบหลัก คือ การเตรียมตัวผู้เรียน กิจกรรมการเรียนรู้ ปฏิสัมพันธ์ผู้เรียน และการติดตามผลการเรียนรู้[9,12-14]

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังจากการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.01) สอดคล้องกับระดับความเครียดก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติต่อความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] ซึ่งการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติแบบออนไลน์ต่อความรู้และความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาลส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ และการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง[16] ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะทัศนคติต่อวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] อาจเป็นเพราะรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์นั้นในก่อนการเตรียมความพร้อมมีการแนะนำตัวผู้เข้าร่วมและความคาดหวังของการเตรียมความพร้อม มีการสรุปการเตรียมความพร้อมทุกครั้งที่ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย สิ่งที่ได้เรียนรู้ สิ่งที่ต้องพัฒนา และความรู้สึก ดังนั้นการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง ช่วยปรับความรู้และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะของนักศึกษาในระยะยาว[18]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์สามารถส่งเสริมการจัดการความเครียด ความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลได้

2. ผลการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านเครือข่ายออนไลน์ควรมีการสรุปผลภาพรวมทุกสัปดาห์ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลขณะ เข้าร่วมการเตรียมความพร้อมบนผ่านเครือข่ายออนไลน์

2. ควรมีการศึกษาถึงข้อจำกัดและผลกระทบของการเตรียมความพร้อมผ่านเครือข่ายออนไลน์

References

1. Jamjang S, Atthamaethakul W, & Pitaksin D. The Effect of Readiness Preparation for Nursing Practice in Ward of 2nd Year Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2018;20(3):147-63. (in Thai)
2. Petsirasan R, & Tantrasenerat K. A Confirmatory Factor Analysis of Self–Directed Learning Readiness Scale Among Nursing Students at a University in Nakhon Si Thammarat, Journal of The Police Nurses and Health Science. 2016;8(2):182–91. (in Thai)
3. Satsin T, & Wongwiseskul S. Lessons learned from online teaching: Challenges for teachers under COVID-19 situations, Journal of the Royal Thai Army Nurses, 2021;22(1):1-9. (in Thai)
4. Satsin T, Diteeyont W, & Pattanasith S. A Systematic Literature Review of Factors affecting Online Learning Among Nursing Students, Vajira Nursing Journal. 2021;24(2): 115-33. (in Thai)
5. Khamdaeng P. Supervision in Clinical Practice regarding Expectations of Nursing Students. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2021;27(1):17-26. (in Thai)

6. Jamjang S, Atthamatakul W, Nilliaum R, & Wongyara N. The effects of simulation-based learning on problem solving ability, and self-confidence in nursing care on the patient with health problem of nursing students, Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(3): 178-92. (in Thai)
7. Satsin T, Siripipattanakul S, & Chaivisit S. Components of Preparation in Active and Connected Online Learning for Bachelor of Nursing Students: A Literature Review, The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2024;32(1):114-21. (in Thai)
8. BLOOM, Benjamin Samuel, et al. Taxonomy of educational objectives. New York: Longmans, Green, 1964.
9. Kim S Y, Kim S J, & Lee S H. Effects of online learning on nursing students in South Korea during COVID-19, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(16):1-12.
10. Mahatnirankul S, Pumpisanchai W, & Tapanya. P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai Populatios. Suan Prung Hospital. 1997. (in Thai)
11. Serekatornkicharoen P, & Kijpredarborisuthi. B. A Study on Changes in attitudes toward the public health profession of students at Faculty of Public Health, Bhurapha University, The Public Health Journal of Burapha University. 2018;13(1):35-44. (in Thai)
12. Boonsri N. Development of Online Learning Model by Using Collaborative Learning with ARCS Model to Enhance Achievement Motivation for Undergraduate Students. (thesis). Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2022. (in Thai)
13. Siah C J R, Huang C M, Poon Y S R, & Koh S L S. Nursing students' perceptions of online learning and its impact on knowledge level. Nurse Education Today. 2022; 112(105327):1-7.
14. Kumar A, Kalal N, Rana N, Vyas H, Choudhary V, & Rani R. Online learning in nursing students: Satisfaction and barriers. Journal of Education and Health Promotion. 2021; 10(1):1-6.
15. Iniam P, Chuto C, & Panutat S. The result of preparation on operational readiness on the first practice of nursing students. Faculty of Nursing Ratchathani University, Udonthani Campus. RTUNC conference. 2017;July 26-27:170-9. (in Thai)
16. Pradubthong O, Kanungpiarn T, & Sanpaung S. Effects of Using Online Learning for Practice Preparation on Knowledge and Readiness in Nursing Practicum among Nursing Students, The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2024;32(2):16-27. (in Thai)
17. Thanyasawad T, Phothidara Y, Pukemayung L, Wuttisartkul Y, & Nualthaisong N. Factors Related to the Readiness for Nursing Practice of Nursing Students, APHEIT Journal of Nursing and Health. 2022;4(2):1-13. (in Thai)
18. Pathojaruwat T, Boontoi T, & Matchim Y. Nursing Students' Experience in an Intensive and Emergency Care Practicum, The Journal of Thailand and Nursing Midwifery Council, 2018;33(4):75-92. (in Thai)

ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบท

The Effectiveness Patterns of Nursing Model to Enhancement Health Literacy for Delay Renal Impairment among Patients with Non-Communicable Diseases Living in Rural Community

วิทยา วาโย จรรยา คนใหญ่* สาคร อินโทโล่ กัลยารัตน์ เมธาอภินันท์ รุ่งทิพย์ พรหมบุตร
Wittaya Wayo Junya Konyai* Sakorn Intolo Kunlayarat Methaapinunt Rungtip Phromboot
[1]**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ขอนแก่น, ประเทศไทย 40000**
[1]**Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen, Thailand 40000**

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบทในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค = .88) 3. โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Independent t-test และ Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ, การชะลอภาวะไตเสื่อม, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ชุมชนชนบท

Abstract

This study was quasi-experimental research using a two group, pretest-posttest design. The purpose of this research aimed to investigate the effectiveness patterns of nursing model to enhancement health literacy for delay renal impairment in baseline post-intervention and follower up. The study sample consisted of 120 people. The subjects with 60 of them being assigned into the experimental group and the other 60 into

Corresponding Author: *E-mail: Junya.k@bcnkk.ac.th
ได้รับทุนวิจัยเงินอุดหนุนเงินงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ววน. ปีงบประมาณ 2566

วันที่รับ (received) 17 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ม.ค. 2568

control group. Research tools included: 1. The demographic characteristic interview protocol 2. The health literacy interview protocol (Cronbach's alpha coefficient .88) 3. The pattern of nursing model to enhancement health literacy. The data were analyzed by means of descriptive statistics, independent t-test and Repeated Measures ANOVA. The results revealed that the mean score of the health literacy of experimental group after participation patterns of nursing model to enhancement health literacy program was higher than control group with statistical significance ($p < .001$). The mean score of the health literacy of experimental group after participation patterns of nursing model to enhancement health literacy program and follow up was higher than control group with statistical significance ($p < .001$). The present study revealed that the program was effective to increase health literacy among patients with non-communicable diseases living in rural community.

Keywords: health literacy, delay renal impairment, non-communicable diseases, rural community

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยจากสถิติพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นปีละ 7,800 คน มีผู้ป่วยสะสมทั่วประเทศร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน[1] โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ร้อยละ 16.4[2] สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรังมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[1] โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง พบร้อยละ 40 เนื่องจากมีอัตราการเสื่อมของการทำงานของไต เร็วกว่าสาเหตุอื่น[3] นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีโรคร่วม โรคเกาต์ ภาวะไขมันในเลือดสูง[4] อีกทั้งปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต ขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น[5] การขาดสารอาหาร การลดน้ำหนักมากเกินไป การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมสูงขึ้น[6] รวมทั้งปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตใจรุนแรง เนื่องจากมีโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านไตน้อย นำไปสู่การเกิดผลกระทบในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น[7]

ความรุนแรงของโรคไตเสื่อมเกิดความผิดปกติในการทำงานด้านร่างกาย เกิดภาวะน้ำเกิน มีอาการคันตามร่างกาย[8] ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง[9] ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในด้านการควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะปกติเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ปัญหาการดำเนินชีวิต การเตรียมอาหารที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักมีข้อจำกัดในการจัดการกับภาวะสุขภาพตนเองนำไปสู่โรคซึมเศร้าตามมา[10] โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการแสวงหาความรู้ในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง[11] ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมในการเกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ รูปแบบการเผชิญปัญหาทางบวกนำไปสู่คุณภาพชีวิตลดลงได้ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อมจำนวนมาก ซึ่งประเทศไทยพบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) อยู่ระหว่าง 57,502–116,890 บาทต่อคนต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายรวมของผู้เข้ารับบริการ อยู่ระหว่าง 1,739–3,535 ล้านบาทต่อปี[12] หากขาดวิธีจัดการกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกวิธีทำให้แนวโน้มค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวและรัฐจะต้องแบกรับอาจเพิ่มสูงขึ้นเป็นเท่าตัวได้

สถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยทั้งหมด 144,378 คน หรือร้อยละ 11.67 ของประชากรเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท ร้อยละ 89.65 หรือ 110,929 คน ส่วนเขตอำเภอเมือง พบร้อยละ 10.35 หรือ 33,449 คน ซึ่งแนวโน้มมีผู้ป่วยโรคไตเสื่อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีเนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม 113,205 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 79.37 หรือ 89,845 คน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีเพียง 23,360 คน หรือร้อยละ 20.63 ที่มีน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับปกติ ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม 181,967 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 55.09 หรือ 100,243 คน ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ปัจจุบันการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยปฐมภูมิเป็นรูปแบบการจัดบริการที่มุ่งเน้นการรักษาโรคและจัดการทาง

คลินิกตามตัวชี้วัด โดยที่รูปแบบการจัดบริการเชิงป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนและส่งเสริมการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีน้อยโดยเฉพาะการชะลอภาวะไตเสื่อม อีกทั้งแนวทางปฏิบัติในการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยในชนบทมีน้อยกว่าผู้ป่วยในชุมชนเมือง ทั้งด้านการค้นคว้าความรู้จากสื่อที่น่าเชื่อถือ การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยังมีข้อจำกัด ทำให้การควบคุมความรุนแรงของโรคไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งรูปแบบการดูแลที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นให้ความรู้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพสำหรับการนำไปดูแลสุขภาพตนเอง แต่ยังขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ขาดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของโฆษณาผลิตภัณฑ์ต่างๆ และยังขาดการสนับสนุนติดตามพฤติกรรมสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การส่งเสริมด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการ การจัดการสุขภาพตนเอง การส่งเสริมด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การชะลอภาวะไตเสื่อมอย่างเหมาะสมรวมทั้งเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

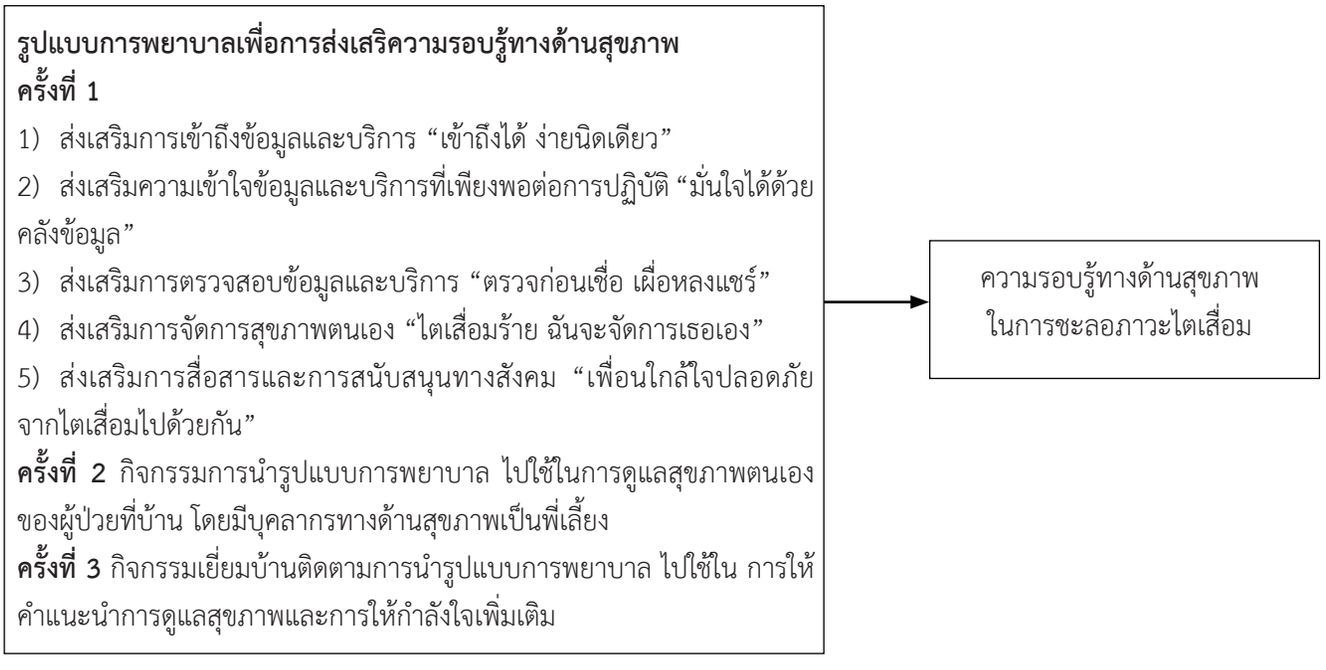
สมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy Model)[13] มาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งองค์ประกอบของการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินวิจัยด้วยวิธีการสุ่มแบบ Multi-stage sampling ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 26 อำเภอ ได้พื้นที่ในการดำเนินวิจัย 4 อำเภอ คือ อำเภอกระนวน อำเภอชนบท อำเภอเปือยน้อย และอำเภอภูผาม่าน และสุ่มคัดเลือกอำเภอเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้อำเภอกระนวน และอำเภอชนบท เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง ส่วนอำเภอเปือยน้อย และอำเภอภูผาม่าน เป็นพื้นที่กลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 50,788 คน ที่อาศัยอยู่อำเภอกระนวน อำเภอชนบท อำเภอเปือยน้อย อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกระนวน อำเภอชนบท อำเภอเปือยน้อย อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 120 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจภาษาไทย 3) ไม่มีความพิการทางด้านร่างกาย เช่น แขน ขา สายตา เป็นต้น 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติที่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 2) มีประวัติของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัยได้มากกว่า 3 ครั้งเป็นต้นไป 4) ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่นอกพื้นที่

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่มีความเป็นอิสระต่อกัน ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง[14] โดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง[15] ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.82 ระดับความเชื่อมั่น = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เนื่องจากพื้นที่ดำเนินการในกลุ่มทดลองมี 2 อำเภอ คือ อำเภอกระนวนและอำเภอชนบท กลุ่มควบคุมมี 2 อำเภอ คือ อำเภอเปือยน้อยและอำเภอภูผาม่าน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 12 ข้อ 2) แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองครอบคลุมองค์ประกอบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งคะแนน 101 ขึ้นไปหมายถึงมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับมาก การตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางด้านอายุรกรรมโรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของสมาคมโรคไตฯ และพยาบาลเฉพาะทางด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสูตร Cronbach alpha coefficient กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการชะลอภาวะไตเสื่อม ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน โดยมีข้อเสนแนะในการปรับปรุงเนื้อหาให้กระชับ สื่อสารให้เข้าใจง่ายต่อการปฏิบัติ รวมทั้งเพิ่มเติมรูปภาพในสื่อ ภายหลังจากการปรับแก้ไขตามคำแนะนำแล้วได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเสื่อม ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยดำเนินกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 วัน ประกอบด้วย

1) การส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้วยชื่อกิจกรรม ***"เข้าถึงได้ง่ายนิดเดียว"*** กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ข้อมูลการบริการทางด้านสุขภาพ การติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพในการขอรับคำปรึกษาการดูแลตนเองที่เหมาะสม ใช้เวลาในการบรรยาย 45 นาที

2) การส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้วยชื่อกิจกรรม ***"มั่นใจได้ด้วยคลังข้อมูล"*** กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิธีการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลตนเอง ใช้เวลาในการบรรยาย 1 ชั่วโมง

3) การส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ ด้วยชื่อกิจกรรม ***"ตรวจก่อนเชื่อ เผื่อหลงแชร์"*** กิจกรรมประกอบด้วย การบอกเล่าประสบการณ์ส่งต่อข้อมูลทางด้านโรค ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวางแผนหามาตรการป้องกันและตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาของข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

4) การส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ด้วยชื่อกิจกรรม ***"ไตเสื่อมร้าย ฉันจะจัดการเธอเอง"*** กิจกรรมประกอบด้วย การบอกเล่าประสบการณ์ของการการจัดการสุขภาพตนเอง จากนั้นผู้วิจัยบรรยายให้คำแนะนำการจัดการสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง สาธิตการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค สาธิตการออกกำลังกายที่ถูกวิธี ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง

5) การส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ด้วยชื่อกิจกรรม ***"เพื่อนใกล้ใจปลอดภัยจากไตเสื่อมไปด้วยกัน"*** กิจกรรมประกอบด้วย การแบ่งกลุ่มสนทนากลุ่มในประเด็นปัญหาอุปสรรคของการดูแลตนเอง แนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเพื่อนช่วยเพื่อน รวมทั้งการจับคู่ Buddy ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 - 10 กิจกรรมการนำรูปแบบการพยาบาล ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน โดยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ทักษะต่างๆ รวมทั้งมอบหมายการดำเนินกิจกรรมทางแผนปฏิบัติการร่วมกับคู่ Buddy

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 11-12 กิจกรรมเยี่ยมบ้านติดตามการนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรอบรู้การชะลอภาวะไตเสื่อม การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพและการให้กำลังใจเพิ่มเติม โดยดำเนินกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 45 นาที

กลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1-11 ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลสุขภาพร่างกายและกิจกรรมต่างๆ ทั่วไป ตามแนวทางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย

ระยะติดตามผล (Follow up)

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล (Follow up) 1 เดือนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 45 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ความปลอดภัย ความเสี่ยง ความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยรวมทั้งกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาและยังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น รหัสโครงการ IRB-BCNKK-34-2023

ลงวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) สถิติ Independent t-test และสถิติการวัดซ้ำ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 และ 88.3 ตามลำดับ ด้านอายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 61.10 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62.77 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 และ 76.7 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบ การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Independent t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ					-68.166	118	<.001*
กลุ่มควบคุม (n = 60)	77.08	5.02	76.78	3.35			
กลุ่มทดลอง (n = 60)	76.98	5.15	133.63	3.85			

*p < .05

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านการการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two way repeated measure ANOVA) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เรื่องการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) และทดสอบความแปรปรวนของการวัดซ้ำด้วยวิธี Mauchly's Test of Sphericity มีค่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน (Homogeneity of variances) ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ จึงรายงานผลโดยใช้ค่า Sphericity Assumed

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแปรปรวนวัดซ้ำสองทางของคะแนนความรอบรู้ด้านการการชะลอภาวะไตเสื่อม

Health literacy	SS	df	F	partial η^2	p-value
การทดสอบระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม (Group)	132403.38	1	4167.10	.972	< .001*
ความคลาดเคลื่อน (Error)	3749.28	118	31.77		

*p < .05

จากตารางที่ 2 ความแปรปรวนวัดซ้ำสองทางของคะแนนความรอบรู้ด้านการการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านการการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความแตกต่างกันระหว่าง Baseline ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy)[13] มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งออกแบบโดยใช้องค์ประกอบ 5 ด้าน ผ่านกิจกรรมที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานและความรอบรู้ทางด้านสุขภาพระดับขั้นปฏิสัมพันธ์[16] โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การแนะนำช่องทางค้นหาความรู้ การมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนคู่ Buddy สุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลข่าวสารก่อนเชื่อและแชร์ไปยังบุคคลอื่น รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านสนับสนุนให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมสูงกกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[17] พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องอาหาร การอ่านสลากโภชนาการ การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการแสวงหาความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามในชุมชนชนบทมีข้อจำกัดทางด้านการอ่านการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองที่ไม่ถูกต้อง มีส่วนทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมต่อการจัดการกับภาวะสุขภาพได้ การส่งเสริมทักษะทางด้านความรู้ทางสุขภาพการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์สามารถพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมได้[18] ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพส่งผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ในการชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดภาระ (Burden) ต่อปัญหาสุขภาพและทางด้านการเงินรวมทั้งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น[19]

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายหลังการทดลอง (Week 12) และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15] พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมทักษะด้านการฟัง สื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลและทักษะทางสังคมทำให้มีแนวทางในการนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษา[20] พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เพียงพอรวมทั้งการได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมส่งผลทำให้บุคคลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น[21] นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22] จากแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ[13] ที่นำองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพในการชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อม ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นำไปสู่การเกิดภาวะไตเสื่อม ด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางด้านสุขภาพและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลที่ได้รับมาจากแหล่งที่น่าเชื่อถือมาใช้ในการดูแลตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อที่หลากหลายน่าเชื่อถือ และด้านการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้บุคคลมีการพัฒนาตนเองในการแสวงหาความรู้เพื่อประกอบกับการตัดสินใจดูแลสุขภาวะที่เหมาะสม[23] เสริมสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[24] นำไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากข้อค้นพบการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมรูปแบบการพยาบาลสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรมีการประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อการออกแบบการดูแลที่เหมาะสม ร่วมกับการประยุกต์การดูแลร่วมกับครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปปฏิบัติ โดยสามารถบูรณาการรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ความเหมาะสมของเนื้อหา และควรมีการกำกับติดตามพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเพื่อเพิ่มเติมทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประเมินผลของการดำเนินงานโครงการ (Evaluation research) เพื่อวิเคราะห์ ความถี่และจำนวนครั้งของการร่วมกิจกรรม (Reach) ผลที่เกิดขึ้นจากนวัตกรรมทั้งทางบวกและลบ (Effectiveness) การนำไปสู่การปฏิบัติ (Adoption) การดำเนินงาน (Implementation) และความต่อเนื่องของการใช้รูปแบบการพยาบาล (Maintenance) เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยพื้นฐาน (Fundamental fund) ประจำปี 2566

References

1. The Nephrology Society of Thailand. Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022. Bangkok: Srimuang Printing CO., LTD. 2022. (in Thai).
2. Kotchaseni P, & Tangsanga K. Comprehensive review of nephrology. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand. 2020. (in Thai).
3. Ying M, Shao X, Qin H, Yin P, Lin Y, Wu J, & Zheng Y. Disease burden and epidemiological trends of chronic kidney disease at the global, regional, national levels from 1990 to 2019. Nephron. 2024; 148(2): 113-23.
4. Leawsatianwong K, & Apaijitt P. Factors Effecting of Risk Progressive in Chronic Kidney Disease. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital. 2023; 38(3): 605-16. (in Thai).
5. Bishop N, Burton J, Graham-Brown M, Stensel D, VianaJ, & Watson E. Exercise and chronic kidney disease: potential mechanisms underlying the physiological benefits. Nature Reviews Nephrology. 2023; 19(4): 244-56.
6. Alkhatib L, Diaz V, Varma S, Chowdhary A, Bapat P, Pan H, Kalra K. Lifestyle modifications and nutritional and therapeutic interventions in delaying the progression of chronic kidney disease: a review. Cureus. 2023; 15(2): 1-10.
7. Carswell C, Cogley C, Bramham K, Chilcot J, Noble H, & Siddiqi N. Chronic kidney disease and severe mental illness: a scoping review. Journal of nephrology. 2023; 36(6): 1519-47.
8. Duong H, Tesfaye W, Van C, Sud K, Truong M, Krass I, & Castelino L. Sick day management in people with chronic kidney disease: a scoping review. Journal of Nephrology. 2023; 36(5): 1293-306.
9. Teerasiriroj T, & Lertlum L. The Role of Nurses in Health Promotion and Prevention for SlowingProgressionof Chronic Kidney Diseasein Stage 3-4 CKD Patient. Nursing, Health, and Education Journal. 2023; 6(1): 76 – 85. (in Thai).
10. Ratchawichak C. The effects of resilience enhancement program on depression in type 2 diabetes patients. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2024; 9(2): 94 -102. (in Thai).

11. Wayo W, Kadsanit K, Konyai J, Chanhuana S, Phromboot R, & Zahuang V. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Prevention Behavior of Hypertension among Community – Dwelling Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 43 – 52. (in Thai).
12. Sutawong J, Saeraneesopon T, Srisawat N, Isaranuwatchai W, Riewpaiboon A. Incidence, Cost and Budget Impact of Continuous Renal Replacement Therapy in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023; 17(4): 716 – 30. (in Thai).
13. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine. 2008; 67(2008): 2072-8.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
15. Techaboonya R, Moolsart S, & Tipkanjanaraykha K. The Effectiveness of a Health Literacy Development Program for Patients with Type 2 Diabetes at Risk of Chronic Kidney Disease. Journal of Health and Nursing Research. 2021; 37(2): 50 – 62. (in Thai).
16. Saranrittichai K. Health Literacy: Concepts, Theories and Applicat. Khon Kaen: Khon Kaen University. 2020 (in Thai).
17. Seedaket S, Chotchai T, Chutchaipolrut A, Chotchai N, & Padphai I. Effectiveness of a Health Literacy Development Programfor Kidney Degenerative Prevention among Type IIDiabetic Mellitus Patients with Stage 3 Chronic Kidney Condition. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2022; 32(1): 195 – 205. (in Thai).
18. Ausing S, & Methakajanasak N. The Effect of Functional Health Literacy Promotion TeachingPackage Related to Rapid Declinein Kidney Function on Knowledge and The Ability to Read and Understand Health Numbers Among Patients with Type 2 Diabetic Mellitus. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023; 17(2): 408 – 22 (in Thai).
19. Wieczorek M, Meier C, Vilpert S, Reinecke R, Borrat-Besson C, Maurer J, & Kliegel M. Association between multiple chronic conditions and insufficient health literacy: cross-sectional evidence from a population-based sample of older adults living in Switzerland. BioMed Central public health. 2023; 23(1): 1-11.
20. Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Boonyathee S, Bootsikeaw S, Kantow S, Panta P, & Winaiprasert P. Effect of health literacy intervention on glycemic control and renal function among Thai older adults at risk of type 2 diabetes mellitus. Clinical Interventions in Aging. 2023; 18(1) 1465-76.
21. Dinh H, & Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BioMed Central Health Services Research. 2023; 23(1): 1-10.
22. Billany E, Thopte A, Adenwalla F, March S, Burton O, & Graham-Brown P. Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Journal of Nephrology. 2023 ; 36(5): 1267- 81.
23. Fenta T, Kidie A, Tiruneh G, Anagaw F, Bogale K, Dessie A, & Ayal G. Exploring barriers of health literacy on non-communicable disease prevention and care among patients in north wollo zone public hospitals; Northeast, Ethiopia, 2023: application of socio-ecological model. BioMed Central Public Health. 2024; 24(1): 1-10.
24. Guo A, Jin H, Mao J, Zhu W, Zhou Y, Ge X, & Yu D. Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: a cross-sectional community-based study. BioMed Central cardiovascular disorders. 2023; 23(1): 1-10.

การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of a Nursing Management Model for Ventilator Associated Pneumonia Prevention in General Ward, Mahasarakham Hospital

เพชรินทร์ ภูมิภักดิ์[1] วุฒิชัย สมกิจ[2]* วไลพร ปักเคระกา[1] รุ่งนภา ธนูชาญ[1] กำทร ดานา[2]
Petcharin Poomipuk[1] Wuttichai Somgit[2]* Walaiporn Pukkaeraka[1] Rungnapa Thanoochan[1] Kamthorn Dana[2]
[1]กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44000
[1]Nursing service organization, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, Thailand 44000
[2]วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มหาสารคาม ประเทศไทย 44000
[2]Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Mahasarakham, Thailand 44000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 ระยะ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) ตรวจสอบประสิทธิผลรูปแบบฯ และ 4) ยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 100 คน และพยาบาลวิชาชีพ 21 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวคำถามสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็น เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติอ้างอิง และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า มี 4 ประเด็นสำคัญ (2) กระบวนการ คือ การดำเนินการตามกรอบกระบวนการ MSKH Framework และ (3) ผลลัพธ์ เป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาล และ 2) ภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ($p = .005$) พยาบาลมีคะแนนความรู้และสมรรถนะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100 รวมถึงมีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบในระดับดีร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($M = 4.43$, $SD = .48$)

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล, ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ, หอผู้ป่วยสามัญ

Abstract

Research and Development aimed to develop and evaluate the effectiveness of a nursing management model for ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention in general wards at Mahasarakham Hospital. This research consisted of four phases: 1) situation analysis, 2) model development, 3) effectiveness

*Corresponding Author: *E-mail: wuttichai@smnc.ac.th

วันที่รับ (received) 9 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.พ. 2568

model evaluation, and 4) model quality validation. The sample included 100 intubated patients and 21 registered nurses. Research instruments comprised ventilator-associated pneumonia (VAP) incident records, focus group discussion and in-depth interview guides, model structure assessment forms, nursing knowledge and practice guideline adherence evaluation forms, nursing competency assessment forms, and opinion questionnaires. Data were collected from October 2023 to September 2024 and analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and content analysis.

Results revealed that: 1) The developed model contained three components: (1) Input factors with four key elements, (2) Process following the MSKH Framework, and (3) Outcome determining nursing service quality indicators. 2) After implementing the model, the VAP rate significantly decreased ($p = .005$). Nurses demonstrated significantly higher knowledge scores and competency levels ($p < .001$), with 100% compliance with practice guidelines. Additionally, nurses rated the model quality as good (100%) and expressed high satisfaction with the model ($M = 4.43$, $SD = .48$).

Keywords: Nursing management model, ventilator associated pneumonia (VAP), General ward

บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia; VAP) เป็นปัญหาการติดเชื้อที่สำคัญและพบมากเป็นอันดับแรกในโรงพยาบาลทั่วโลก[1] โดยพบอัตราการเกิด VAP ในยุโรปเท่ากับ 1.4–16.5 ครั้งต่อ 1,000 vent. Days ในประเทศแถบเอเชียพบได้ 14.7 ครั้งต่อ 1,000 vent. days[2] และจากสถิติของประเทศไทยพบว่าในปี 2563–2565 พบอุบัติการณ์ VAP ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ 4.1, 3.3 และ 3.4 ครั้งต่อ 1,000 vent. day ตามลำดับ[3] โดยเชื้อจุลชีพก่อโรค VAP ที่พบมากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย ได้แก่ Acinetobacter spp., Pseudomonas aeruginosa และ Klebsiella pneumoniae[4] ซึ่งเมื่อเกิด VAP จะส่งผลกระทบให้จำนวนวันนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้น[5] ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต[5,6] และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยสามัญมากถึงร้อยละ 44.7[6] ซึ่งกลไกการเกิด VAP เกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน ได้แก่ 1) การสำลักสารคัดหลั่ง 2) การสูดหายใจละอองฝอยที่ปนเปื้อนเชื้อจุลชีพ 3) การแพร่กระจายเชื้อจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นเข้าสู่ปอดทางกระแสเลือด และ 4) การแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมภายนอกผู้ป่วย[1] โดยปัจจัยที่ทำให้เกิด VAP มี 3 ปัจจัย[7] คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย[5,6] 2) เชื้อก่อโรค และ 3) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ สถานที่ และอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น[7,8,9] ดังนั้นแนวทางในการป้องกันการเกิด VAP จึงจำเป็นต้องมีหลายองค์ประกอบรวมกัน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลและการป้องกันทั้งด้านผู้ป่วย ด้านการควบคุมและการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลระบบสิ่งแวดล้อม และมีการใช้ WHAPO Bundle of care[1] มาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิด VAP กันอย่างแพร่หลาย[8,9] ทั้งนี้พบว่าหากมีการใช้แนวทางดังกล่าวอย่างเคร่งครัด รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยให้ความร่วมมือ จะส่งผลให้อัตราการเกิด VAP ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้[9] ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาครั้งก่อนหน้าทั้งในและต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนแนวทางการป้องกัน VAP ในหอผู้ป่วยสามัญยังพบค่อนข้างน้อย และมีความจำกัดเฉพาะบางสถานพยาบาลเท่านั้น โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง ประกอบด้วย 8 หอผู้ป่วยหนัก และ 28 หอผู้ป่วยสามัญ ให้การดูแลผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวเฉลี่ย ประมาณ 538 รายต่อวัน ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณมากดังกล่าวจึงส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจบางรายต้องนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ จากสถิติพบอุบัติการณ์เกิด VAP ในปีงบประมาณ 2564–2566 เท่ากับ 2.22, 6.99 และ 8.16 ครั้ง/1,000 vent. Day ตามลำดับ แยกเป็นอัตราการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 1.7, 6.27 และ 8.00 และหอผู้ป่วยสามัญ เท่ากับ 2.64, 7.66 และ 8.90 ครั้ง/1,000 vent. Day ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์เกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญสูงกว่าหอผู้ป่วยหนักอย่างเห็นได้ชัด แม้ว่ากลุ่มการพยาบาลจะมีการชี้แจง

แนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบหลังการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ เกิดการติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 67.93 ผู้ป่วยมีอาการทรุดต้องย้ายเข้าไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนักร้อยละ 25.49 เกิดภาวะ Septic shock ร้อยละ 67.94 ผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษาต่อเนื่องจากอาการทรุดลง ร้อยละ 31.30 และมีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 43.51[10] เมื่อวิเคราะห์บริบทองค์กรและรูปแบบในการให้บริการในด้านการป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญที่พบอุบัติการณ์เกิด VAP สูงสุดของโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2566 พบประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) มีการปฏิบัติตามมาตรการ WHAPO เพียงร้อยละ 71 2) อัตรากำลังของพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1:7 ซึ่งเป็นภาระงานที่สูงมาก 3) สมรรถนะของพยาบาลในการป้องกัน VAP ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 60.5 4) การจัดอัตรากำลังแต่ละเวรเป็นแบบ Functional method ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจทำได้ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปตามมาตรฐาน 5) ระบบการนิเทศงานและติดตามงานไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่องทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตามแนวทางหรือนโยบายที่กำหนด และ 6) แนวทางที่ใช้ในการป้องกัน VAP ในปัจจุบันไม่มีการทบทวนให้เป็นปัจจุบัน และมีการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ค่อนข้างน้อย จากที่มาและความสำคัญดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างขององค์ความรู้ ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ศึกษาและติดตามอุบัติการณ์เกิด VAP มาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาสารคาม จึงมีความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะมีความเหมาะสมในการป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญที่มีบริบทการทำงานแตกต่างจากหอผู้ป่วยวิกฤต อันจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิด VAP เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพขององค์กรพยาบาล ซึ่งสอดรับกับความต้องการของผู้รับบริการเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

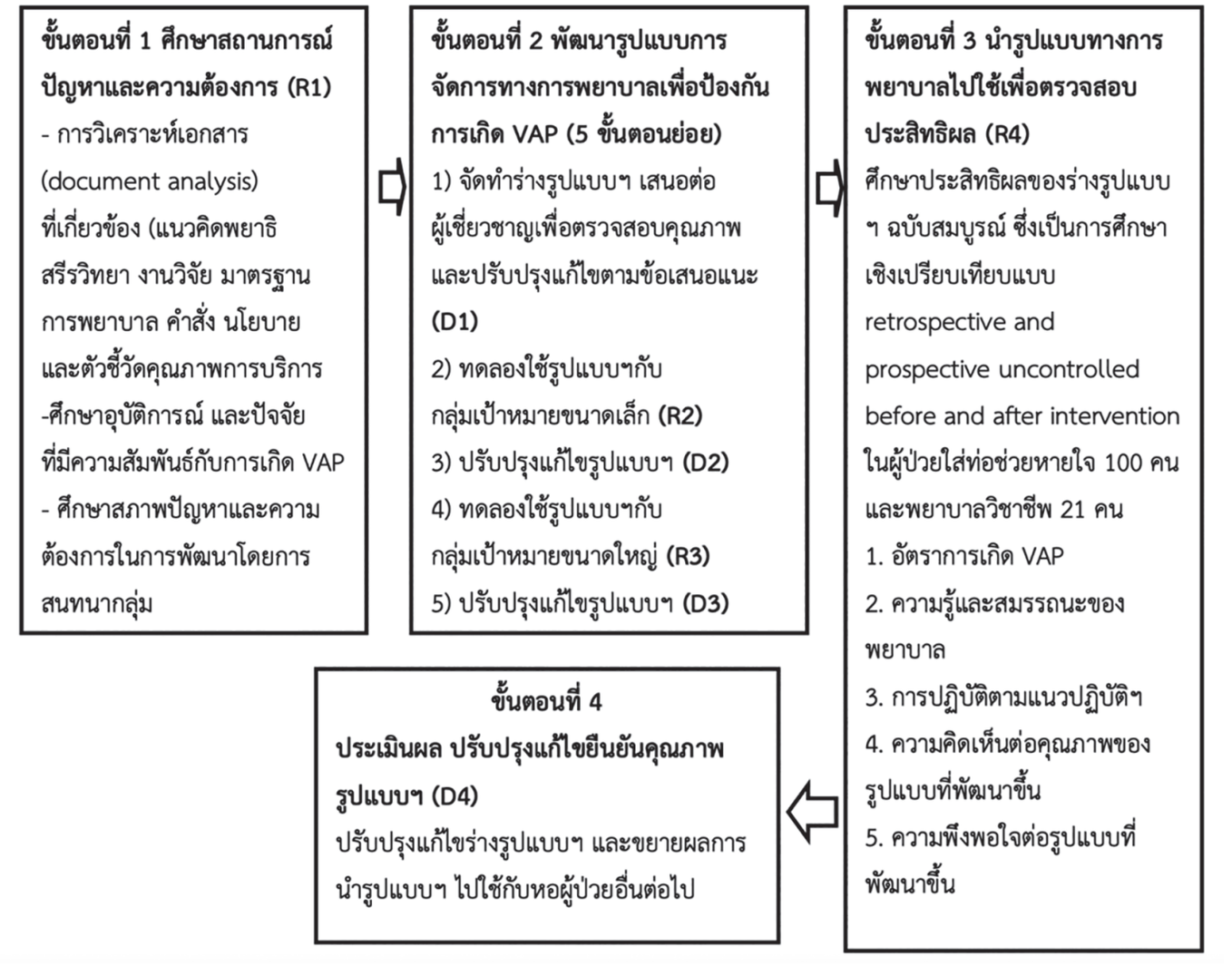
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาและกลไกการเกิด VAP และประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบ[11] เป็นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP มากำหนดเป็นองค์ประกอบปัจจัยนำเข้า ส่วนองค์ประกอบกระบวนการ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ และองค์ประกอบของผลลัพธ์ ผู้วิจัยใช้ผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วย กระบวนการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล[12] มาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมาตรฐานการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาล ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[13] มาเป็นกรอบกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ซึ่งครอบคลุมผลลัพธ์ทั้งด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development [R &D]) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ระยะที่ 3 นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญที่มีอัตราการเกิด VAP สูงที่สุดในโรงพยาบาลมหาสารคาม และระยะที่ 4 ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 100 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (retrospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 4 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน และกลุ่มหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (prospective group) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ (1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิด VAP มาก่อนรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ และ (4) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ community-acquired pneumonia (CAP) และเกณฑ์คัดออก คือ (1) เสียชีวิตหลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนระยะเวลา 2 วันปฏิทิน (2) เกิดภาวะปอดอักเสบหลังพ้นระยะ 3 วันปฏิทินแรกหลังถอดท่อช่วยหายใจ (3) ขอถอนตัวออกจากการศึกษา และ(4) ย้ายโรงพยาบาลในระหว่างทำการวิจัย

กลุ่มที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 21 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ (1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญ อย่างน้อย 2 ปี (2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์การยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (discontinuation criteria) คือ ขอถอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งเครื่องมือวิจัยเพื่อใช้ในการวิจัยระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของวุฒิชัย สมกิจ[14] ใช้สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้สำหรับการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาจำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

3. แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลฯ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างรูปแบบฯ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนที่ 2 การประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ มีความเห็นว่าไม่สอดคล้อง (ให้คะแนน -1) มีความเห็นว่าไม่แน่ใจ (ให้คะแนน 0) และมีความเห็นว่าสอดคล้อง (ให้คะแนน +1) และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะมีลักษณะคำถาม เป็นแบบปลายเปิด

4. แบบบันทึกข้อมูลการเกิด VAP สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้สำหรับการศึกษาการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด VAP หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำและส่วนที่ 2 ข้อมูลการเกิด VAP จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ และเกณฑ์การวินิจฉัย VAP ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของ CDC ปี 2009[15]

5. แบบประเมินความรู้และปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติ

6. แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 2 ข้อมูล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 32 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

7. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) มิติคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าระดับตก ระดับไม่ดี ระดับดี ระดับดีมากหรือระดับดีเยี่ยม และ 2) มิติความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริหารการจัดการระบบ ด้านการให้ความรู้ และด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

8. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มพยาบาลเพื่อยืนยันคุณภาพรูปแบบประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล และส่วนที่ 2 ใช้สำหรับการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) เพื่อการตรวจสอบและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น จำนวนส่วนละ 3 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนฯ แบบบันทึกข้อมูลการเกิด VAP แบบประเมินความรู้และปฏิบัติตามแนวทางฯ แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (1 คน) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารทางการพยาบาล (1 คน) พยาบาลวิชาชีพ APN ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (1 คน) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (1 คน) และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัย (1 คน) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ด้วยวิธี interrater reliability ได้ค่าเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลฯ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ (เฉพาะมิติความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น) ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96 และ .95 ตามลำดับ และแบบประเมินโครงสร้างรูปแบบฯ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (ชุดเดิม) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่สามารถประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบจำนวน 10 ข้อ และประเมินความสอดคล้องของโครงสร้างรูปแบบ จำนวน 20 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามเอกสารรับรองเลขที่ MSKH_REC 66-01-101 วันที่ 25 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Research 1) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานการพยาบาล แนวคิด 3P safety คำสั่ง นโยบาย มาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล มาตรฐาน IC และตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่แบบสื่อสิ่งพิมพ์และในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยสามัญ ในปีงบประมาณ 2566 จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,788 ราย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-power กำหนด effect size = 0.35 กำหนดค่าความเชื่อมั่น = 0.5 และค่าทดสอบอำนาจ = 0.95 ได้จำนวนเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 162 ราย

นอกนี้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล คือ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 19 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 18 คน เกี่ยวกับกระบวนการดูแลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลา 45 นาที ภายหลังการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยการฟังเสียงสะท้อนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (playback method) ซึ่งได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องโดยการอ่านข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกไว้แก้ไขและลงชื่อรับรอง และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์

ระยะที่ 2 (Development 1, Research 2, Development 2, Research3, Development 3)

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP (ร่างรูปแบบฯที่ 1) โดยนำข้อมูลผลการศึกษาจากการวิจัยระยะที่ 1 มาจัดทำร่างองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบจากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) ที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับความเหมาะสมและความสอดคล้อง

ของโครงสร้างรูปแบบฯ โดยใช้แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบฯ ผลการตรวจสอบคุณภาพของโครงสร้างรูปแบบฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมในระดับดี ภายหลังการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 1) ตามคำแนะนำ จนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็กที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตามที่กำหนด เพื่อประเมินคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบฯ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 2) หลังทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก จนได้ร่างรูปแบบฯ ที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 3) กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ (pilot study) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตามที่กำหนด เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯไปใช้จริง ผลการประเมินพบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ที่ 3) หลังทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่จนได้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 (Research 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบแบบ retrospective and prospective uncontrolled before and after intervention ในกลุ่มตัวตัวอย่างที่กำหนด ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย

ระยะที่ 4 (Development 4) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 4 คน 2) พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 21 คน 3) พยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 1 คน เพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับการใช้ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ด้วย ภายหลังการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยนำร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ชุดเดิม) ตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ โดยการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ (connoisseurship) จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ จนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และขยายผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) เปรียบเทียบอัตราการเกิด VAP ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test 2) ข้อมูลการปฏิบัติตามรูปแบบฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ 3) เปรียบเทียบความรู้ในการให้การพยาบาลฯ ระหว่างก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test 4) เปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาลฯ ระหว่างก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และ 5) ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (description) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

1.1 อุบัติการณ์เกิด VAP และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 162 คน พบว่าอุบัติการณ์เกิด VAP มีสัดส่วน 0.407 คิดเป็นร้อยละ 40.75 (23.8 ครั้ง ต่อ 1,000 vent. day) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression ได้แก่ ระดับคะแนน Glasgow coma score (GCS) ≤8 คะแนน (OR_{adj}. 3.52; 95% CI=1.249, 9.944; p = .017) การมีโรคร่วม (OR_{adj}. 3.71; 95% CI=1.526, 9.029; p = .004) ได้รับยา Fentanyl (OR_{adj}. 4.27; 95% CI = 1.801, 10.101; p = .001) และการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (OR_{adj}. 4.03; 95% CI = 1.304, 12.470; p = .015) เชื้อจุลชีพก่อโรคสูงสุด คือ

Acinetobacter baumannii ร้อยละ 70.00 รองลงมา คือ *Klebsiella pneumoniae* ร้อยละ 20.00 และ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 10.00

1.2 กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด VAP พบว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีความคิดเห็นร่วมกันและสนับสนุนให้นำการบริหารจัดการองค์กร การจัดอัตรากำลังและการนิเทศทางการพยาบาล การเฝ้าระวังและการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล การส่งเสริมความรู้และพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล และการร่วมมือของบุคลากรทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล มาใช้ในการป้องกันการเกิด VAP ซึ่งผู้วิจัยนำประเด็นดังกล่าวข้างต้น มากำหนดเป็นกรอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม หรือ เรียกว่า MSKH Framework

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และวิเคราะห์เอกสาร พบว่ามี 4 ประเด็นสำคัญ คือ (1) นโยบายและแผนพัฒนางานด้านการป้องกันการเกิด VAP ขององค์กรพยาบาลโครงสร้างการบริหารการพยาบาลบทบาทและหน้าที่และการนิเทศทางการพยาบาล (2) การเฝ้าระวังอุบัติการณ์เกิด VAP และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรม (3) การพัฒนาสมรรถนะและองค์ความรู้ทางการพยาบาล และ (4) การร่วมมือร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดอัตรากำลังที่มีความเหมาะสม

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบปัจจัยนำเข้า ซึ่งมี 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) นโยบายและแผนพัฒนางานด้านการป้องกันการเกิด VAP ขององค์กรพยาบาลโครงสร้างการบริหารการพยาบาล บทบาทและหน้าที่และการนิเทศทางการพยาบาล (2) การเฝ้าระวังอุบัติการณ์เกิด VAP ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมทางการพยาบาล (3) การพัฒนาสมรรถนะและองค์ความรู้ทางการพยาบาล และ (4) การร่วมมือของบุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดอัตรากำลังที่มีความเหมาะสม 2) องค์ประกอบกระบวนการประกอบด้วย การดำเนินการตามกรอบกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด VAP คือ MSKH Framework และ 3) องค์ประกอบผลลัพธ์เป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบริการพยาบาลในการป้องกันการเกิด VAP ตามเกณฑ์ที่กำหนด[12,13] ซึ่งมีความครอบคลุมผลลัพธ์ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยองค์ประกอบกระบวน MSKH-Framework มีดังนี้

(1) การบริหารจัดการองค์กร การจัดอัตรากำลังและการนิเทศทางการพยาบาล (Management and nursing supervision) ประกอบด้วย การกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการบริการพยาบาลและกำหนดกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ได้แก่ กระบวนการ ICWN, VAP record, VAP nursing round และ VAP RCA (root cause analysis) และการจัดอัตรากำลังโดยใช้รูปแบบ cell concept (total case) ซึ่งมีความครอบคลุมในด้านการจัดวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อัตรากำลังและแผนงบประมาณ

(2) การเฝ้าระวังและการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล (Surveillance and applied evidence base practice) ประกอบด้วย กิจกรรม Morning talk ทุกวันเพื่อกระตุ้นการเฝ้าระวังการเกิด VAP การติดป้ายประกาศหน้าเตียง การพัฒนาระบบ line-application เพื่อรายงานอุบัติการณ์โดยเครือข่าย ICWN การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ตามแนวทาง WHAPO กิจกรรม journal club และการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP อาทิ แปรงฟันแบบแห้ง ที่เก็บปลายสายยางต่อ suction ถุงซิบเก็บ Laryngoscope องศาเตียงจัดท่า การผูกยึดป้องกันดึงท่อ และอุปกรณ์พยุงสาย circuit ป้องกันน้ำไหลเข้าท่อช่วยหายใจ เป็นต้น

(3) การส่งเสริมความรู้และพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล (Knowledge and clinical practice training) ประกอบด้วย การจัดทำแผนการฝึกอบรมและเพิ่มพูนความรู้แก่พยาบาลในการป้องกันการเกิด VAP และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การจัดหลักสูตรระยะสั้นเพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการป้องกันการเกิด VAP (re-skill & up-skill)

(4) การร่วมมือของบุคลากรทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (Health care provider team) ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลและคู่มือการนิเทศ

ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP และการกำหนดให้บุคลากรทางด้านสุขภาพในโรงพยาบาลมีส่วนร่วม และตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิด VAP ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร กายภาพบำบัด ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือคนไข้

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

3.1 การเปรียบเทียบอัตราการเกิด VAP ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่าอัตราการเกิด VAP หลังการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 2 ครั้ง (5.65 ครั้งต่อ 1,000 vent. day) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิด VAP ก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 6 ครั้ง (13.10 ครั้งต่อ 1,000 vent. day) และพบว่าหลังการใช้รูปแบบฯผู้ป่วยมีอัตราการเกิด VAP ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

3.2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 21) พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ 80)

3.3 เปรียบเทียบความรู้ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 21) ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP เพิ่มขึ้นในระดับดีและมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.3 การเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 21) ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในระดับมาก ($M = 4.2$, $SD = .16$) และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3.4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (n = 21) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับดี ร้อยละ 100 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.43$, $SD = .48$)

4. การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) ไปใช้ พบว่าทุกองค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน ผลจากการสนทนากลุ่มของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสะท้อนว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคามได้ และผลจากการสัมมนาอิงผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีเพียงการให้ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการเขียนและการใช้ภาษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ร่างรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์) ตามคำแนะนำ จนได้รูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ และขยายผลไปใช้กับหอผู้ป่วยสามัญอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

การอภิปรายผลการวิจัย โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม

จากผลการวิจัยพบว่าอุบัติการณ์เกิด VAP มีสัดส่วน 0.407 คิดเป็นร้อยละ 40.75 (23.8 ครั้งครั้ง ต่อ 1,000 vent. day) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้[2,3,14] โดยพบว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เกิดอุบัติการณ์ VAP ได้ตั้งแต่ 2.3 – 116.0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน[4] ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP รวมถึงข้อมูลอุบัติการณ์และเชื้อจุลชีพก่อโรค VAP จากการศึกษานี้ พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[4,14] ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามกลไกการเกิด VAP พบว่าปัจจัยสัมพันธ์ที่ได้จากการศึกษานี้ถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิด VAP นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อจุลชีพก่อโรคสูงสุด คือ Acinetobacter baumannii ร้อยละ 70.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[4] ซึ่งเป็นจุลชีพที่เป็นสาเหตุการเกิด VAP ที่พบมากที่สุดในแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สาเหตุการปนเปื้อนเชื้อเกิดจากการสำลักของผู้ป่วย การปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อม การปนเปื้อนในอุปกรณ์ทางการแพทย์และผ่านทางบุคลากรทางการแพทย์ และการจัดอัตรากำลังเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม และจากข้อมูลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพพบประเด็นปัญหาของระบบการทำงานในด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านนโยบายและแผนพัฒนางานป้องกันการเกิด VAP ด้านการกำหนดบทบาทและหน้าที่และการนิเทศทางการพยาบาล ด้านการเฝ้าระวังอุบัติการณ์เกิด VAP ด้านการดูแล

ผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนานวัตกรรม การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลและองค์ความรู้ของพยาบาล และด้านการร่วมมือของบุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดอัตรากำลังที่มีความเหมาะสม ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[8] ที่พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้ Supra WHAPO bundle เพื่อป้องกันการเกิด VAP ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของคนในหน่วยงาน การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การทดลองใช้รูปแบบ และนำรูปแบบไปใช้จริง และการประเมินผลลัพธ์

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้รูปแบบฯ ที่มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง ตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ การพัฒนาร่างรูปแบบ ทดลอง ปรับปรุง และประเมินผลป้อนกลับเป็นระยะตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งไปเป็นตามแนวคิดและหลักการของทฤษฎีระบบ[11] และสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล[12] ได้แก่ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ สอดคล้องกับมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล สอดคล้องกับมาตรฐานการควบคุมคุณภาพสถานพยาบาล[13,16,17] ในประเด็น 3P Safety ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient) บุคลากรสาธารณสุข (Personnel) และประชาชน (People) และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[8] ที่พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ทดลองใช้รูปแบบ และนำรูปแบบไปใช้จริง และการประเมินผลลัพธ์

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดVAP ในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเกิด VAP ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100 ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด รวมถึงมีคะแนนความรู้ในการให้การพยาบาลและมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อคุณภาพของรูปแบบในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหาและกิจกรรมที่ครอบคลุมทุกมิติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิด VAP และมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และการกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงมีการพัฒนารูปแบบฯ จากการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[8,16,17,18] ที่พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ซึ่งประกอบด้วย การนิเทศทางการพยาบาล การปฏิบัติการแนวทาง Supra WHAPO Bundle การให้ความรู้พยาบาล และการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากร ซึ่งสามารถลดอัตราการเกิด VAP ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นของผู้วิจัย พบว่าสอดคล้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิด VAP โดยมีการมอบหมายงานแบบ total case หรือการใช้แนวคิด cell concept มีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วย บุคลากร และการจัดสิ่งแวดล้อม[16,17,18]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย สถานบริการสุขภาพอื่นควรนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อป้องกันการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยสามัญอื่นๆ ทั้งนี้ควรมีการวิเคราะห์บริบทองค์กร รวมถึงสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ด้วยวิธีการที่หลากหลายให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการคงอยู่ของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลมหาสารคาม และศึกษาการขยายผลการนำรูปแบบไปใช้ที่สถานพยาบาลอื่น

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. 2024 NHSN patient safety component manual.2024.
2. Papazian L, Klompas M, & Luyt CE. Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. Intensive Care Medicine. 2020;46(5): 888-906.
3. Bamrasnaradura Infections Diseases Institute. Committee for the prevention and control of hospital acquired infections report. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2023. (in Thai)

4. Kharel S, Bist A, & Mishra SK. Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: A systematic review. PloS one, 16(3), e0247832.
5. Rosenthal VD, Yin R, Nercelles P, Rivera-Molina SE, Jyoti S, Dongol R, et al. International nosocomial infection control consortium (INICC) report of health careassociated infections, data summary of 45 countries for 2015 to 2020, adult and pediatric units, device-associated module. American Journal of Infection Control. 2024; 52(9):1002–11.
6. Pawlik J, Tomaszek L, Mazurek H, & Mędrzycka-Dąbrowska W. Risk factors and protective factors against ventilator-associated pneumonia-a single-center mixed prospective and retrospective cohort study. Journal of personalized medicine. 2022; 12(4): 1-14.
7. Gutiérrez JMM, Borromeo AR, Dueño AL, Paragas ED Jr, Ellasus RO, Abalos-Fabia RS, et al. Clinical epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in critically ill adult patients: protocol for a large-scale systematic review and planned meta-analysis. Systematic reviews. 2019; 8(1):1-12.
8. Suntra J, Singhathep N, & Yothanan A. Effects of the oral health care practice guidelines in the VAP bundle to prevention of ventilator associated pneumonia in medical intensive care unit, yasothon hospital. yasothon medical journal. 2024; 26(2): 91-103. (in Thai)
9. Janyana L, Meerod S, & Plengdee K. Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence ventilation acquire pneumonia among ventilated critically ill patients in respiratory intensive care unit and medical intensive care unit, Uttaradit Hospital. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2022; 16(1): 33-43 (in Thai)
10. Mahasarakham Hospital. Annual Report 2023. Mahasarakham Hospital, Maha sarakham Province; 2023. (in Thai)
11. Anderson BR. Improving health care by embracing Systems Theory. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2016;152(2):593-4
12. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwifery outcome standard; 2020. (in Thai)
13. Healthcare Accreditation Institute. Thailand hospital indicator program. THIP KPI KPI DICTIONARY; 2023. (in Thai)
14. Somgit W. A Study of incidence and correlational factors and comparison of effects of ventilator-associated pneumonia in young and adolescent brain trauma patients. Thai Journal of Nursing Council. 2020; 36(1):89-109. (in Thai)
15. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing health Care associated pneumonia 2009. 2009.
16. Martinez-Reviejo R, Tejada S, Jansson M, Ruiz-Spinelli A, Ramirez-Estrada S, Ege D, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. Journal of intensive medicine. 2023; 14;3(4): 352-64
17. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and non-ventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. Infection control and hospital epidemiology. 2022;43(6): 687-713.
18. Kajonjaroenkul W, Chaiyasak K, Thongchip P, Thepchana N, & Chaikate K. Development of nursing management model to prevent and control infections in hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1), 441-8 (in Thai)

ผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

The Effects of an Education and Empowerment Program on Competency Development among Type 2 Diabetes Patients

นันทนา ควรรณสุ*[1] อรอุมา แก้วเกิด[1] นงนุช เพ็ชรร่วง[2]
Nuntana Khavansu[1] Onuma Kaewkerd[1] Nongnuch Petchroung[2]
[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000
[1]Boromarajonani College of Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170
[2]Faculty of Nursing Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 จำนวน 76 ราย ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจ 12 สัปดาห์ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้, เสริมพลังอำนาจ, สมรรถนะแห่งตน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. The objective aimed to study and compare the effects of the education and empowerment programs on the development of competencies in patients with type 2 diabetes. The sample group was seventy-six patients with type 2 diabetes were selected by purposive methods by selecting into an experimental group and a control group, 38 people per group. Research instruments were 1) research tools used in the experiment program including a 12-week knowledge and empowerment program, 2) research tools such as personal information questionnaire, diabetes knowledge questionnaire, empowerment questionnaire, and self-efficacy questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Corresponding Author : Onuma Kaewkerd, Email: nsokk@npu.ac.th
*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วันที่รับ (Received) 8 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 12 ก.ค. 2567

The research results found that after joining in the program, the experimental group had an average knowledge of diabetes and perception of competencies scores higher than before joining in the program, and higher than the control group with statistically significant level at .05. The accumulated blood sugar level (HbA1C) decreased before joining the program, also significantly better than the control group at the statistically significant level at .05.

Keywords: Education program, Empowerment Program, Competency, Type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus: DM) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ข้อมูลทางสถิติจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านราย มีอายุระหว่าง 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 98 ล้านราย โดยคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่า 700 ล้านรายทั่วโลก[1] และมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น 3 แสนรายต่อปี ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,010.15, 1,125.90 และ 1,205.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 23.77, 23.34 และ 25.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[2] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดมีเพียงร้อยละ 36.50 เท่านั้น[3] โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และระบบเศรษฐกิจในด้านการควบคุมการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูง[4] นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ และยังพบว่ามีการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของโรคเบาหวาน คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับเส้นประสาท (Diabetic neuropathy)[5] ในประเทศไทยพบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือระบบประสาทที่เท้าร้อยละ 34.00 ทางไตร้อยละ 17.00 และพบภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 13.606 นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตได้มากที่สุด[7] ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารในปริมาณมากเกินความต้องการของร่างกาย เช่น ประเภทแป้ง อาหารที่มีรสหวานมากเกินไป ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ[8] การลืมรับประทานยา[9] การมีภาวะความเครียดจากความเจ็บป่วย[10] รวมไปถึงขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง[11] พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น หลอดเลือดแดงฝอยในตาถูกทำลาย ร้อยละ 31.20 เกิดภาวะโรคหัวใจ ร้อยละ 28.90 เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.60 ภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 37.00 ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 48.20 และเกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 40.00[12]

จากข้อมูลระบบรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครพนม ระหว่างปี 2561-2565 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 21.87, 24.11, 28.42, 27.18 และ 32.45 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.50, 2.66, 2.51, 2.38 และ 1.98 ตามลำดับ[13] ในพื้นที่อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 3.30, 3.07, 3.96, 3.46 และ 2.54 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 10.16, 12.18, 14.38, 11.20 และ 12.33 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบร้อยละ 17.80, 18.26, 26.49, 23.06 และ 24.53 ตามลำดับ[13] พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขลำดับแรกคือ

โรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ[14]

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นและข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าว ผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากปัญหาในพื้นที่พบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการให้ความรู้รายบุคคล และรายกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยมารับยาไม่ตรงตามนัด ขาดความตระหนักในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การขาดสมรรถนะในการดูแลตนเอง และยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่มีแรงกระตุ้นจูงใจให้เกิดความหนักแน่นในการสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรก็ตามงานวิจัยบางงานยังศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ[15] หรือการศึกษาด้านการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย[16,17] การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจ และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยส่วนใหญ่มีการศึกษาการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มเบาหวาน ชนิดที่ 2 มุ่งเน้นการศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังการศึกษาด้านการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย[15] ถ้าหากมีการตั้งเป้าหมายจะทำให้ดูแลตนเองได้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวาน อันส่งผลต่อความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะและความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะและความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิ๊บสัน[17] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กระบวนการในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประกอบด้วยกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การหาต้นแบบและเลือกวิธีปฏิบัติการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพ และการตั้งเป้าหมายจะทำให้ดูแลตนเองได้จากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาประยุกต์ใช้และตัวแปรตาม คือ ความรู้ สมรรถนะแห่งตน เป็นกิจกรรมกลุ่ม 4 สัปดาห์ ติดตามผลการดำเนินงาน 7 สัปดาห์ และประเมินผล 1 สัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ สามารถเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยได้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 มก./ดล. อายุ 30 -59 ปี เนื่องจากเป็นวัยทำงานสามารถทำ

กิจกรรม และช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อป้องกันอันตรายทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรม ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตบริการอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power Program analysis กำหนด Alpha = .05, power = .85, Effect size = .50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณเพิ่มร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 76 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 38 คน กลุ่มทดลอง 38 คน เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ และถอนตัวโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล หากมีผู้ออกจากการทดลองผู้วิจัยจะคัดเลือกแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อทดแทนต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย สิทธิบัตรการรักษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัว ครอบครัวเจ็บป่วยด้วยเบาหวาน ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังของคนในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง บุคคลที่ทำอาหารให้รับประทาน รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน จำนวนครั้งต่อเดือนในการเดินทางมารักษาพยาบาล สภาพร่างกายในปัจจุบัน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ดังนี้ ข้อคำถามตอบใช่และไม่ใช่ ใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย 5 แบบสอบถามการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจเลย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาจากแนวคิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจของกิ๊บสันมาใช้เป็นกรอบในการจัดโปรแกรมให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ สอดคล้อง = 1, ไม่แน่ใจ = 0 และไม่สอดคล้อง = -1 ผลโดยการคำนวณหาค่าดัชนีความหาสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) พบว่า 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีค่าเฉลี่ย IOC = 0.85 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ย IOC = 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานค่าเฉลี่ย IOC = 0.98 แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ ค่าเฉลี่ย IOC = 0.92 แบบสอบถามการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ย IOC = 0.98 ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ถือว่าเที่ยงตรงใช้ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับประชากรโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และ ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิอัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานเท่ากับ 0.73 แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ เท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยนครพนม เลขหนังสือรับรอง 199/66 Exp. เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน

พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ติดต่อขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองมีการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพความไว้วางใจ สัปดาห์ที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงการสะท้อนคิดในการรับรู้และตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ประเมินผล สัปดาห์ที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การค้นหาทางเลือกที่จะปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา การเล่าประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 4 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ สัปดาห์ที่ 5-9 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพ ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมการประเมินผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค สัปดาห์ที่ 11 การติดตามการดำเนินงาน และสัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมวิจัย เมื่อครบกำหนดเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูล และหลังการตีพิมพ์งานวิจัย 1 ปี ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำลายด้วยวิธีที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ โดยการแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติวิเคราะห์ เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติการทดสอบที แบบอิสระกัน (Independent Samples t-test) วิเคราะห์ความรู้ คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และการทดสอบสมมติฐานผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม แบบจับคู่ ด้วยการทดสอบที แบบเปรียบเทียบ (Dependent Group or Paired Samples t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองประกอบด้วยเพศหญิงร้อยละ 63.16 อายุระหว่าง 39-58 ปี เฉลี่ย 50.79 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำนา/ทำฟาร์ม ร้อยละ 94.74 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.47 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.31 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 34.21 มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1-20 ปี เฉลี่ย 6.08 ปี รสชาติอาหารที่ชอบทานส่วนใหญ่มีรสหวาน ร้อยละ 39.47 ต้องเดินทางมารักษาพยาบาลมากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 63.16 สภาพร่างกาย ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.52 รอบเอวเฉลี่ย 84.63 ซม. มีความดันโลหิตเฉลี่ย 135.16/78.24 มม.ปรอท และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ย 9.14 มก.%

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคเบาหวานรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มทดลอง M (S.D.)				กลุ่มควบคุม M (S.D.)			
	ก่อน	การแปลผล	หลัง	การแปลผล	ก่อน	การแปลผล	หลัง	การแปลผล
การรับประทานอาหาร	63.03 (0.65)	ปานกลาง	76.18 (0.78)	มาก	64.61 (0.64)	ปานกลาง	57.50 (0.80)	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	66.58 (0.81)	ปานกลาง	77.98 (0.70)	มาก	63.16 (0.77)	ปานกลาง	63.07 (0.74)	ปานกลาง
การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง	60.70 (0.91)	ปานกลาง	79.65 (0.73)	มาก	55.96 (0.79)	ปานกลาง	70.00 (0.66)	ปานกลาง
การเฝ้าติดตาม	60.35 (0.89)	ปานกลาง	82.81 (0.69)	มาก	70.00 (0.71)	ปานกลาง	74.74 (0.37)	มาก
รวม	63.34 (0.30)	ปานกลาง	78.24 (0.19)	มาก	63.68 (0.11)	ปานกลาง	63.63 (0.15)	ปานกลาง

ตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากสุดคือ การออกกำลังกาย (M = 66.58, S.D. = 0.81) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเฝ้าติดตาม (M = 60.35, S.D. = 0.89) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในระดับมาก ด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการเฝ้าติดตาม (M = 82.81, S.D. = 0.69) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการรับประทานอาหาร (M = 76.18, S.D. = 0.78) กลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือการเฝ้าติดตาม (M = 70.00, S.D. = 0.71) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง (M = 55.96, S.D. = 0.79) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการเฝ้าติดตาม (M = 74.74, S.D. = 0.37) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการรับประทานอาหาร (M = 57.50, S.D. = 0.80)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน การเสริมพลังอำนาจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	95%CI		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	diff.		p-value	Lower	Upper
กลุ่มทดลอง									
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	12.50	0.05	16.79	0.07	4.29	16.44	0.000*	0.18	0.23
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	38.34	0.15	45.68	0.16	7.34	13.88	0.000*	0.29	0.39
การเสริมพลังอำนาจ	37.05	0.44	49.00	0.22	11.95	7.20	0.000*	0.43	0.77
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	63.34	0.31	78.24	0.19	14.90	11.23	0.000*	0.61	0.88
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)	9.14	1.16	8.38	1.44	0.76	7.21	0.000*	0.55	0.98
กลุ่มควบคุม									
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	12.50	0.04	12.60	0.06	0.10	.035	0.727	-0.02	0.01
พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	38.66	0.17	38.39	0.17	0.27	1.38	0.175	-0.03	0.006
การเสริมพลังอำนาจ	36.50	0.08	36.66	0.06	0.16	1.33	0.189	-0.01	0.04
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	63.68	.11	63.63	.15	.05	0.05	0.958	-.05	.05
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	9.15	1.61	9.14	1.58	.01	0.03	0.975	-.09	.08

*p-value <.05

ตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (t = 16.44, p < .001) พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน (t = 13.88, p < .001) การเสริมพลังอำนาจ (t = 7.20, p < .001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (t = 11.23, 95%CI = 0.61 ถึง 0.88, p < .001) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (t = 7.21, p < .001) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (t = 0.10, p>.05) พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน (t = 0.27, p>.05) การเสริมพลังอำนาจ (t = 0.16, p>.05) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (t = 0.05, p>.05) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (t = 0.01, p<.05) ของกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายได้ว่าการให้ความรู้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมาก ขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[15] การขับเคลื่อนกระบวนการโดยการมีส่วนร่วมด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน โดยนำแนวคิดของกิ๊บสัน[18] 4 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยแสดงความจริงใจให้ความมั่นใจในบทบาทพยาบาลผู้ให้คำแนะนำ และได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มตัวอย่าง มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ทำให้เกิดการะบวนการเรียนรู้ในการทำ กิจกรรมกลุ่มที่สอดแทรกทั้งการให้ความรู้ด้วยการบรรยายโดยตรง การบอกเล่าโดยวิทยากร การหาบุคคลต้นแบบเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ สร้างเสริมพลังใจและแรงสนับสนุน ทำให้เกิดความคิดเชิงบวก การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเป็นกระบวนการต่อเนื่องซึ่งต้องมีความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการควบคุมโรคที่ต้องสร้างขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง[21] นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันเป็นการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01[19] แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[16] แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและเพิ่มความสามารถในการเพิ่มสมรรถนะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[20]

สรุปได้ว่า ในการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นโดยมีการประยุกต์กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของกิ๊บสัน 4 ขั้นตอน โดยเพิ่มกิจกรรมเป็น 6 ขั้นตอน เพื่อให้มีความครอบคลุมทั้งด้านการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ กิจกรรมเสริมพลังทางบวก เพื่อปรับแนวคิด สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนำไปสู่การเสริมสร้างความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี เพื่อส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้และเสริมพลังอำนาจฯที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลได้ พยาบาลควรมีกิจกรรมโดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ มีทักษะ ความเชื่อมั่น และบูรณาการกับแรงขับเคลื่อนด้านการเสริมพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเชื่อมั่น มั่นใจ ในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากระยะเวลาทำการทดลอง 12 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และสมรรถนะ เพิ่มขึ้นแต่ไม่อยู่ในระดับมากที่สุด จึงควรเพิ่มกิจกรรมและพิจารณาเรื่องระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติและติดตามความต่อเนื่องรวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดียิ่งขึ้น

References

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, Da-Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, & Malanda B. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. 2018.
2. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. NCD Clinic Plus Operational Guidelines 2020. Bangkok: Aksorn Graphics and Design; 2020.
3. Thai People's Health Survey Office. Report on the 6th survey of the health conditions of Thai people by physical examination. 2020.
4. Thangkratok P. The Role of the Nurse in the Chronic Disease Management. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 37(2): 154-9.
5. Diabetes Association of Thailand ESoT, Department of Medical Services, Ministry of Public Health and the National Health Security Office. Medical practice guidelines for diabetes. Bangkok: Arun Printing.; 2014.
6. Nitiyanant W, Chetthakul T, Sang AkP, Therakiatkumjorn C, Kunsuikmengrai K, & Yeo JP. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. 2007; 90(1): 65-71.
7. Zheng Y, Ley SH, & Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nature Reviews Endocrinology. 2018; 14(2): 88-98.
8. Buraphunt R, & Muangsom N. Factors Affecting Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus of Patients in Sangkhom Hospital, Udonthani Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research. 2018; 6(3): 102-9.
9. Usay P, Muangsom N, & Kowit P. Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients Attending Tambon Health Promotion Hospitals within The Banphai Hospital's Catchment Area, Khon Kaen Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research.2018; 5(3): 11-20 (in Thai)
10. Chanapa P, & Kijkuokool P. Stress and the Metabolic Syndrome. Journal of Health Science and Medical Research. 2013; 31(5): 253-60. (in Thai)
11. Sroisong S, Rueankon A, Apichantramethakul K, & Nilubon Perceived Self-care Behavior among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Poor Glycemic Control. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017; 28(2): 93-103. (in Thai)
12. Siangdung S. Self - Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1): 191-204.
13. Nakhon Phanom Province Provincial Public Health Office. Reported the number of people with diabetes from screening (Excluding patients) in the suspecteddisease group. Nakhon Phanom : Nakhon Phanom Provincial Public Health Office; 2017. (in Thai)
14. Ucharattana P, Pansakd, W, & Posre C. The Effectiveness of the Empowerment Program on Development of Self-care Competency in Community Dwelling Elders. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 216-24. (in Thai)
15. Waewbut H, Application of empowerment programs to adjust self-care behavior of patients. Type 2 diabetes, Ban Na Bua Community Health Center, Mueang District, Surin Province. [Thesis]. Maha Sarakham: Maha Sarakham University; 2010. (in Thai)

16. Kritsumpan K, Samngao Hospital, Tak Province. The Effect of Empowerment on Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Diabetic Clinics, Samngao Hospital, Tak Province. Journal of Health Sciences Scholarship. 2019; 6 (2): 78-93. (in Thai)
17. Sirisopon N, & Phungdee T. Development of Self-efficacy to Diet and Exercise Behaviors Intention of Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 165-75. (in thai).
18. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of advanced nursing. 1991;16(3): 354-61.
19. Rodporm P, Jansook N, & Tongtem N. The Effects of Empowerment Enhancenent Program in Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Journal of MCU Nakhondhat. 2022; 9(5): 300-12. (in Thai)
20. Pantong U, & Kajornwattanakul P. Effects of an Empowerment Program on Selfcare Behaviors, HbA1C and Clinical Outcomes in Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2020; 30(1): 14-24.
21. Gómez-Velasco D V, Almeda-Valdes P, Martagón A J, Galán-Ramírez G A, & Aguilar-Salinas C A. Empowerment of patients with type 2 diabetes: current perspectives. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity, 2019; 12(null): 1311-21.

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8

A Causal Relationship Model of Factors Affecting Organizational Commitment of Nurses in Hospitals under the 8th Regional Health Area in the Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health

วิราภรณ์ วราอัศวปติ*[1] วาโร เพ็งสวัสดิ์[2] วัลนิกา ฉลากบาง[2]
Wiraporn Waraasawapati[1]* Waro Phengsawat[2] Wannika Chalakbang[2]
[1]**กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร สกลนคร ประเทศไทย 47000**
[1]Nursing Department, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon, Thailand 47000
[2]**คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร สกลนคร ประเทศไทย 47000**
[2]Faculty of Education, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon, Thailand 47000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาล และ 2) ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรพยาบาล ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรพยาบาล โดยการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัย การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน และ 2) การตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบ โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป 420 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และความพึงพอใจในงาน 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และพบว่า ทั้ง 4 ปัจจัย สามารถอธิบายความแปรปรวนความผูกพันต่อองค์กร ได้ร้อยละ 90 โดยได้รับอิทธิพลทางตรงสูงสุดจากความพึงพอใจในงาน อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวมสูงสุดจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้แสดงถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ออกแบบงานที่มีความหมายและท้าทาย สร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการทำงาน และส่งเสริมความพึงพอใจในงาน

คำสำคัญ : ความผูกพันต่อองค์กร, พยาบาล, รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

Corresponding Author : *Email : wi.war1965@gmail.com

วันที่รับ (received) 23 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ต.ค. 2567

Abstract

The objectives of this research were to 1) develop a causal relationship model of factors affecting organizational commitment among nurses, and 2) verify the developed causal relationship model .The research was conducted in two phases: 1) developing the causal relationship model through document analysis, research review, and interviews with seven experts, and 2) verification of model congruence with the empirical data by using questionnaires. The sample consisted of 420 professional nurses with at least one year of work experience. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and confirmatory factor analysis. The results revealed that: 1) the causal relationship model of factors affecting organizational commitment comprised four factors: transformational leadership, job characteristics, organizational climate, and job satisfaction; 2) the developed model demonstrated good fit with empirical data, and the four factors explained 90% of the variance in organizational commitment. Job satisfaction had the highest direct effect, while transformational leadership had the highest indirect and total effects. This causal relationship model demonstrates the complexity of factors affecting organizational commitment. Organizations should emphasize developing transformational leadership, designing meaningful and challenging work, creating a supportive organizational climate, and promoting job satisfaction.

Keywords: Organizational Commitment, Nurses, A Causal Relationship Model

บทนำ

ระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญกับวิกฤตการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งได้ตอกย้ำถึงความสำคัญของพยาบาลในระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปี 2022 ว่า ทั่วโลกยังคงมีความต้องการพยาบาลและผดุงครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง[1] สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) ระบุว่า การขาดแคลนพยาบาลทั่วโลกอาจสูงถึง 13 ล้านคนภายในปี 2030[2] ในประเทศไทย สภาการพยาบาลรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรเพียง 1:421 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 1:200 [3] ซึ่งสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและความพึงพอใจในบริการ [4] ใน ปี พ.ศ. 2563 มีพยาบาลทำงานบริการสุขภาพ ในแต่ละสังกัด จำนวน 177,128 คน (ร้อยละ 74.14 ของผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ) คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร เท่ากับ 1 ต่อ 370 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนพยาบาลในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีพยาบาลทำงานอยู่ในภาคบริการสุขภาพ จำนวน 166,087 คน เป็นการเพิ่มขึ้นเพียง 11,041 คน ในขณะที่ในช่วงเวลา 3 ปีดังกล่าว ควรมีพยาบาลผู้สำเร็จการศึกษาใหม่ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ประมาณ 30,000 คน ซึ่งหมายความว่า มีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบ บริการสุขภาพมากกว่า 18,000 คน โดยมีสาเหตุทั้งจากการเกษียณอายุ และการลาออกจากงานก่อนเวลา การทำนายการสูญเสียกำลังคนทางพยาบาลออกจากระบบบริการสุขภาพและออกจากวิชาชีพ โดยใช้การ คาดประมาณอายุการทำงานของพยาบาลจากการสร้างตารางชีพการทำงาน พบว่า พยาบาลไทย มีอายุการทำงาน ในระบบบริการการสุขภาพ เฉลี่ยเพียง 22.45 ปี คิดเป็นอัตราการสูญเสีย ประมาณ ร้อยละ 4.5 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราการสูญเสียของข้าราชการทั่วไปถึง 2 เท่า การที่พยาบาลจะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่การมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งได้นั้น จำเป็นต้องมีกำลังคนทางการพยาบาลที่มีจำนวนเพียงพอ มีสมรรถนะ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พยาบาลต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนธำรงรักษา และสร้างโอกาสให้ได้ทำงานอย่างเต็มความรู้ความสามารถ มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม มีความก้าวหน้าในงาน มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย[3]

ความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล พยาบาลที่มีความผูกพัน

ต่อองค์กรสูงมีแนวโน้มที่จะอยู่กับองค์กรนานขึ้น มีผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรมากขึ้น[5] ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล การวิจัยที่ผ่านมาได้ระบุปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันของพยาบาล อาทิ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง[6] คุณลักษณะงาน[7] บรรยากาศขององค์กร[8] และความพึงพอใจใน[9] อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาที่บูรณาการปัจจัยเหล่านี้เข้าด้วยกันเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ซับซ้อน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารการพยาบาลจึงได้ศึกษาเพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนในการพัฒนาความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8

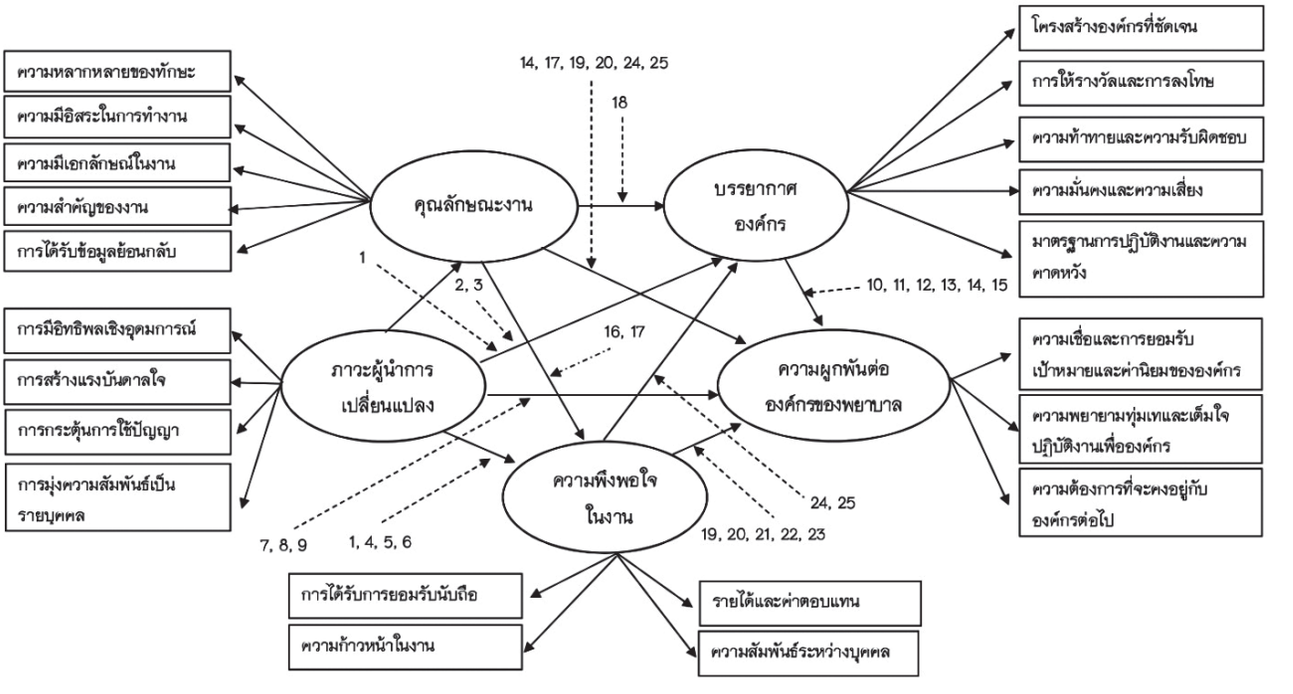
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 จากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยเชิง สาเหตุที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาสังเคราะห์แต่ละองค์ประกอบ กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอกคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตัวแปรแฝงภายในคือ คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กรและความพึงพอใจในงาน มีตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 21 ตัวแปรตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ระยะ เวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 7,952 คน จากโรงพยาบาล 88 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม LISREL ซึ่งมีคำแนะนำว่าควรมีตัวอย่าง 20 คน ต่อตัวแปร 1 การวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรจำนวน 21 ตัว ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 420 คน

การดำเนินการสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดย 1) สุ่มเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยคำนวณตามสัดส่วน ได้ 4 จังหวัด 2) สุ่มเลือกอำเภอใน 4 จังหวัดตามสัดส่วน ได้จำนวนโรงพยาบาล 12 แห่ง 3) สุ่มเลือกตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลให้ได้ตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุดคือ

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้ 1) สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) สอบถามเกี่ยวกับผู้นำการเปลี่ยนแปลง 3) สอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะงาน 4) สอบถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร 5) สอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจใน และ 6) ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด ให้คะแนน 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ได้แก่

อาจารย์ในสถาบันระดับอุดมศึกษา จำนวน 2 คน 2) ผู้บริหารการพยาบาล ที่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าพยาบาล จำนวน 2 คน และ 3) พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลรัฐบาล ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน แล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.80-1.00

2. การตรวจสอบอำนาจจำแนก (Discrimination) และความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือด้านอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.32-0.92 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยผู้วิจัยขอทำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างทางไปรษณีย์ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ประสานงานในการช่วยเก็บข้อมูลส่งคืนผู้วิจัยในระยะเวลาที่กำหนดทางไปรษณีย์ ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 420 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100 จากจำนวนตัวอย่างที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้และค่าความโด่งของแต่ละตัวแปร

2. สถิติอ้างอิง โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการวิเคราะห์เชิงประกอบยืนยัน

(Confirmatory Factor Analysis) ทั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบที เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ทดสอบนัยสำคัญด้วยสถิติที เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

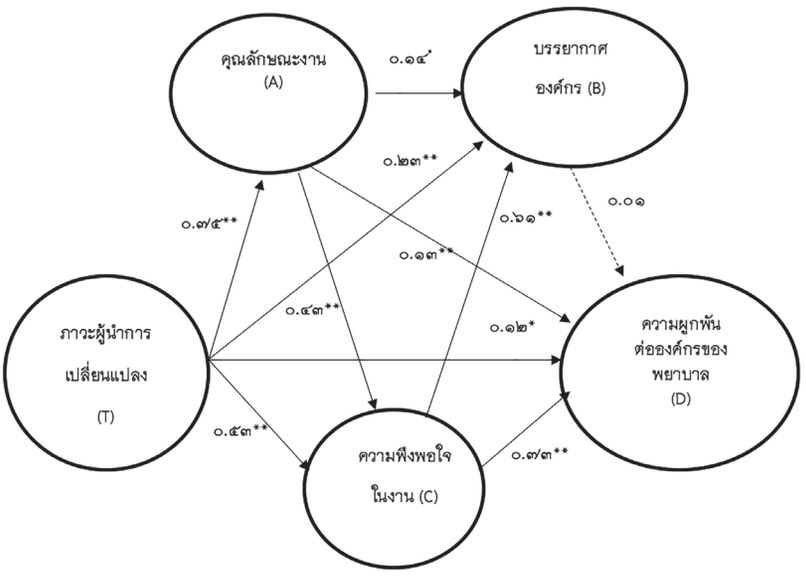
การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ตามเลขที่หนังสือ COA NO. 159/2565 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2565 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการพิทักษ์สิทธิ์โดยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการตอบคำถาม และผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และความพึงพอใจในงาน ซึ่งผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ของตัวแปรสังเกตได้ พบว่า 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (T) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เรียงค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยได้ดังนี้ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นการใช้ปัญญา การมุ่งความสัมพันธ์เป็นรายบุคคล และการมีอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.57, 0.56, 0.56, และ 0.55 ตามลำดับ 2) คุณลักษณะงาน (A) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ความอิสระในการทำงาน ความมีเอกลักษณ์ในงาน ความหลากหลายของทักษะ และความสำคัญของงาน โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.51, 0.50, 0.50, 0.49 และ 0.48 ตามลำดับ 3) ด้านบรรยากาศองค์กร (B) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ มาตรฐานการปฏิบัติงานและความคาดหวัง โครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน ความท้าทายและความรับผิดชอบ ความมั่นคงและความเสี่ยง และการให้รางวัลและการลงโทษ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.53, 0.51, 0.51, 0.50 และ 0.46 ตามลำดับ 4) ความพึงพอใจในงาน (D) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความก้าวหน้าในงาน รายได้และค่าตอบแทน และการได้รับการยอมรับนับถือ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.53, 0.53, 0.52 และ 0. 42 ตามลำดับ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติ ดังนี้ χ^2 = 56.55 p-value = 0.99 df = 94, χ^2/df = 0. 60, RMSEA = 0.000, GFI = 0.99, AGFI = 0.97, CN = 941.47, CFI = 1.00 RMR = 0.0035

ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล อิทธิพลทางตรง พบว่า ตัวแปรความผูกพันต่อองค์กรพยาบาล (D) ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความพึงพอใจในงาน (C) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.73 ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรคุณลักษณะงาน (A) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.13 และตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (T) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.12 ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อิทธิพลทางอ้อม พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล (D) ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง(T) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.72 และตัวแปรคุณลักษณะงาน (A) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.32 ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ. อิทธิพลรวม พบว่า ตัวแปรความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล (D) ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (T) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.85 รองลงมา คือ ตัวแปรความพึงพอใจในงาน (C) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.73 และตัวแปรคุณลักษณะงาน (A) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.45 ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R2) ของปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย พบว่า สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล ได้ร้อยละ 90 ดังภาพที่ 2



*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาพที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของสมการโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การอภิปรายผล

ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและการคงอยู่ในวิชาชีพ จากการศึกษาและวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีตัวแปรสำคัญหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล พยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานสูงมีแนวโน้มที่จะมีความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีความตั้งใจคงอยู่ในงานสูงขึ้นด้วย ความพึงพอใจนี้เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะงานที่ท้าทาย โอกาสในการพัฒนาตนเอง และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีด้วย[10] ทั้งนี้เนื่องมาจากความพึงพอใจในงานมีผลต่อความศรัทธาและความเชื่อมั่นในองค์กร พร้อมที่จะทำงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดด้วยความเต็มใจ และมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่จะต้องรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความพึงพอใจในงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรในทางอ้อม เมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดความภาคภูมิใจในผลงานและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อองค์กร นำไปสู่ความผูกพันที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น[11] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสร้างความสุข คือความสุขในการทำงานในด้านสุขภาพ ด้านน้ำใจงาม ด้านปลอดหนี้ ด้านการผ่อนคลาย ด้านความรู้ และด้านสังคมดี[12] ในส่วนความผูกพันต่อองค์กร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ[13] ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล เมื่อพยาบาลรู้สึกว่าองค์กรให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่และการพัฒนาของตน จะเกิดความรู้สึกผูกพันและต้องการตอบแทนองค์กรด้วยความทุ่มเทในการทำงาน[14]

ปัจจัยต่อมาคือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลทางอ้อมและรวมสูงสุด แสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรผ่านการสร้างแรงบันดาลใจและการกระตุ้นทางปัญญา ผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสูงจะสามารถสร้างวิสัยทัศน์ร่วม กระตุ้นให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลแต่ละคนดังนั้นความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางบวก ซึ่งก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะคงอยู่กับองค์กรของพนักงาน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตั้งใจที่จะคงอยู่หรือลาออกจากองค์กร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หากพนักงานได้รับผลกระทบในด้านลบจะทำให้ตัดสินใจที่จะลาออกจากองค์กร[15] ในด้านคุณลักษณะงานและบรรยากาศองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล โดยคุณลักษณะงานที่ท้าทายและมีความหมายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล งานที่เปิดโอกาสให้พยาบาลได้ใช้ทักษะที่หลากหลาย มีอิสระในการตัดสินใจและเห็นผลลัพธ์ของงานอย่างชัดเจน จะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ[16] จากการศึกษาผลกระทบต่อความตั้งใจคงอยู่ในงาน ชี้ให้เห็นว่าทั้งคุณลักษณะ

งานและบรรยากาศองค์กรมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล โดยผ่านความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการปัจจัยเหล่านี้เพื่อรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผู้บริหารการพยาบาลนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างให้พยาบาลมีความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนาผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับให้เป็นผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาผู้นำที่มีอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ สามารถสร้างแรงบันดาลใจ ส่งเสริมการเรียนรู้แก้ไขปัญหา และสามารถบริหารความแตกต่างของบุคคลได้ นำมาสู่การเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลและบุคลากรในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกในตัวแปรที่เป็นสาเหตุในแต่ละพื้นที่เนื่องจากบริบทในการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรอาจมีความแตกต่างกัน จะทำให้สามารถสนับสนุนความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาล

References

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. International Council of Nurses. The global nursing shortage and nurse retention. Geneva: ICN; 2023.
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Strategic plan for nursing and midwifery 2022-2026. Nonthaburi: Sueotawan Publishing; 2022.
4. Jirawatkul S, et al. A study on the situation of production and utilization of professional nurses in Thailand. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division. 2019;37(1):154-64.
5. Labrague LJ, & Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organizational support, personal resilience and social support. Journal of Nursing Management. 2020; 28(7):1653-61.
6. Wei H, King A, Jiang Y, Sewell KA, & Lake DM. The impact of nurse leadership styles on nurse burnout: A systematic literature review. Nurse Leader. 2020;18(5):439-50.
7. Labrague LJ, & De los Santos JAA. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. Journal of Nursing Management. 2021;29(3): 395-403.
8. Bilal A, & Ahmed HM. Organizational structure as a determinant of job burnout: An empirical assessment of job burnout among health care professionals in Punjab, Pakistan. Heatth Care Management Review. 2021;46(1):49-57.
9. Hamza M, Alhassani G, & Alamri, A. Organizational climate, job satisfaction, and intention to leave among critical care nurses: A multiple-site study. Journal of Nursing Management. 2021;29(7), 2373-82.
10. Chupan S, Khumyu A, Wattanasin S, & Wattanasin D. Factors Influencing Professional Nurses' Intention to Stay in Their Jobs. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2017;25(4):1-10. (in Thai)
11. Kulpha S, Chanpinit N, & Worahan W. Factors influencing intention to stay among professional nurses in private hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):402-11. (in Thai)
12. Somkiatikul W, Thaveekoon T, & Katesampan Y. The influence of transformational leadership on intention to stay among professional nurses in public hospitals. Journal of Public Health Nursing. 2021;35(2):50-67. (in Thai)

13. Lertyaso S, Chantamoly S, Suwan P, & Hoonnirun P. Happiness Promotion Model for Steel Factory Employees in Nonthaburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1): 214-23. (in Thai)
14. Chansa S. The Effects of Effective Communication and Teamwork on Patient Safety Management of Staff Nurses at One Government Hospital in Bangkok Metropolis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):299-307. (in Thai)
15. Somkiatikul W, Thaveekoon T, & Katesampan Y. The influence of transformational leadership on intention to stay among professional nurses in public hospitals. Journal of Nursing Pubic Health. 2021;35(2):50-67. (in Thai)
16. Thongsai T, Phutthapitak S, & Nirattharadorn M. The relationship between job satisfaction and work performance of professional nurses in community hospitals. Journal of Nursing, Ministry of Public Health. 2020;30(1):129-42. (in Thai)
17. Kulpha S, Chanpinit N, & Worahan W. Factors influencing intention to stay among professional nurses in private hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):402-11. (in Thai)

ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

The Effectiveness of an Innovative Brain Training Box Program in Developing Executive Function Skills Among Early Childhood

ณัฐวรา อ่วมเมือง[1] พิมสุวีร์ โชติสุวรรณกุล[1] เพียงจันทร์ วิทิตพันธ์[1] ศิรดา สิงห์พริ้ง[1] อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์*[2]

Nutwara Uammuang[1] Pimsuwee Chotsuwannakul[1] Piengjan Wititpun[1] Sirada Singpring[1] Atcharawadee Sriyasak*[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย 76000

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

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ประเทศไทย 95000

[2]Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Boromarajonani College of Nursing, Yala[2] Thailand, 95000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ที่เข้ารับการศึกษาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเพชรบุรี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) 3) แบบทดสอบวัดคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.513$, $p < .01$) มีค่าเฉลี่ยแบบประเมินพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.068$, $p < .01$) และ 2) ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = 0.37) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรนำนวัตกรรมกล่องฝึกสมองไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองสามารถนำนวัตกรรมนี้ไปใช้ฝึกทักษะการคิดเชิงบริหารให้กับเด็กที่บ้าน และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ครูและผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง, ทักษะการคิดเชิงบริหาร, เด็กปฐมวัย

Corresponding Author: *Email: atcharawadee@bcnyala.ac.th

วันที่รับ (Received) 25 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 2 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 พ.ย. 2567

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the mean scores of executive function skills between the control and experimental groups of early childhood students and to study the satisfaction towards the Brain Training Box Innovation: Executive Function Challenge. The sample consisted of caregivers and early childhood students (aged 3-5 years) studying at Child Development Centers in Phetchaburi Province, divided into an experimental group (n=25) and a control group (n=25). The research instruments comprised: 1) a demographic questionnaire, and the Executive Function Development Assessment (MU.EF-101), 2) an executive function skills test for early childhood students, and 4) a satisfaction assessment form. Data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test.

The results showed that 1) after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores of executive function skills than the control group and their pre-test scores ($t = 2.513$, $p < .01$), and 2) significantly higher mean scores on the executive function development assessment than the control group and their pre-test scores ($t = 5.068$, $p < .01$), 3) Regarding satisfaction, caregivers and parents reported high satisfaction with the innovation ($M = 4.15$, $SD = 0.37$) Research recommendations suggest that Child Development Centers should implement the Brain Training Box Innovation to develop executive function skills in early childhood students, parents can use this innovation for executive function skills training at home, and training should be provided to teachers and caregivers on the effective use of this innovation.

Keywords: Brain Training Box Innovation, Executive Function Skills, Early Childhood

บทนำ

ทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions: EF) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (อายุ 2-6 ปี) โดยเป็นพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจาก EF เป็นรากฐานของการเรียนรู้และพัฒนาการด้านอื่น ๆ[1] ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในวิชาคณิตศาสตร์และการรู้หนังสือของเด็กปฐมวัย เด็กที่มี EF ดีจะสามารถจดจ่อกับบทเรียน จัดการข้อมูล และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2] นอกจากนี้ EF ยังช่วยในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้ดี[3] ลดปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์[4]

จากผลสำรวจการพัฒนาด้าน EF ในเด็กไทยอายุ 2-6 ปี พบว่ามีคะแนนการคิดเชิงบริหารต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 28.32 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กไทย[5] ซึ่งในช่วงปฐมวัยนี้เป็นวัยที่สมองมีการพัฒนาและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วมากที่สุด โดยเฉพาะการทำงานของสมองส่วน Prefrontal Cortical Area ที่ช่วยส่งเสริมด้านการคิด การวางแผนจัดลำดับการทำงาน การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม[6,7] การส่งเสริมด้านการคิดและการลงมือทำจะช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารที่สำคัญทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความจำขณะทำงาน (working memory) 2) การยับยั้ง (inhibit) 3) การปรับเปลี่ยน (shift) 4) การควบคุมอารมณ์ (emotional control) และ 5) การวางแผน/จัดระบบ (plan/organize)

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการสอนแบบค้นพบของบรุนเนอร์ (Bruner)[8] และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House)[9] มาบูรณาการเพื่อพัฒนานวัตกรรมกล่องฝึกสมองการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการเรียนรู้ของบรุนเนอร์ 3 ขั้น ได้แก่ 1) การเรียนรู้ด้วยการกระทำผ่านกิจกรรมการเล่นสร้างสรรค์และการเลียนแบบ 2) การเรียนรู้ด้วยประสาทสัมผัสผ่านการทำกิจกรรมกับนวัตกรรมกล่องฝึกสมอง และ 3) การเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์และสีสันที่หลากหลายในแต่ละกิจกรรมผสานกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ผ่านการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแล 2) ด้านวัตถุสิ่งของ ผ่านการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร ผ่านการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และ 4) ด้านการประเมิน ผ่านการรับฟัง

ความคิดเห็นจากผู้ปกครอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมกล่องฝึกสมอง “ชุดฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร” จากรถเข็นมหัศจรรย์แสนสนุก[10] โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบให้อยู่ในลักษณะสมุดที่มีน้ำหนักเบาและพกพาสะดวก ประกอบด้วยเกมการเล่น 5 ชนิด ได้แก่ 1) เกมต่อบล็อกไม้ 2) การ์ดเกม 3) เรขาคณิตหรรษา 4) ลองทายดูซิ และ 5) นิทานมหาสนุก ซึ่งออกแบบมาเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารทั้ง 5 ด้านอย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง “ชุดฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร”

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยต่อการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง “ชุดฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร”

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรมด้วยนวัตกรรมกล่องฝึกสมอง “ชุดฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร” มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดกิจกรรมแบบปกติ

2. ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง “ชุดฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร” อยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากทฤษฎีสองทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบค้นพบของบรุนเนอร์[8] และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม[9] ทฤษฎีการเรียนรู้แบบค้นพบของบรุนเนอร์แบ่งการเรียนรู้เป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้ผ่านการกระทำ 2) การเรียนรู้ผ่านการทดลองและจินตนาการ และ 3) การเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ ส่วนทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมแบ่งประเภทของการสนับสนุนเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านทรัพยากร และ 4) ด้านการประเมินผล

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีทั้งสองมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมโดยใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง “ชุดฝึกสมองประลองความคิดเชิงบริหาร” เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านตามทฤษฎี และมีการติดตามประเมินผลเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[11]

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ที่เข้ารับการศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลและเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลธงชัย (วัดบุญทวี) จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 25 คู่ และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองเพชรบุรี ศูนย์วัดโคก จำนวน 25 คู่

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดการทดสอบ t-test แบบวัดค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนด Effect Size 0.87[11], α Error Probability .05 และ β Error Probability 0.80 ได้ค่าอำนาจการทดสอบตามความเป็นจริง (Actual Power of Analysis) เท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คู่ และเพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[12] ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คู่ รวมทั้งสิ้น 50 คู่

การศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) เป็นผู้ดูแลหลักและอยู่กับเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และ 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ดูแลเด็กย้ายภูมิลำเนา และ 2) ผู้ดูแลเด็กมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น อุบัติเหตุทำให้เกิดความพิการ โรคเรื้อรังที่จะต้องมีการรักษายาวนานระหว่างการศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (PCKCN REC 25/2566)

ลงวันที่ 20 กันยายน 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับให้ผู้ปกครองทราบ โดยข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 1 ปีภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น และจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลว่าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ การอภิปรายหรือการเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ที่เสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการส่งเสริมพัฒนาการ และภายหลังการทดลองหากพบว่านวัตกรรมกล่องฝึกสมองมีประสิทธิผลดี กลุ่มควบคุมจะได้รับนวัตกรรมกล่องฝึกสมองประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย 2 ประเภท

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมกล่องฝึกสมองประลองความคิดเชิงบริหาร ซึ่งออกแบบมาเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบวัดคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กอายุ 3-5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101)6 สำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ใช้ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมเด็กในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการยับยั้งพฤติกรรม (10 ข้อ) ด้านการยืดหยุ่นทางความคิด (5 ข้อ) ด้านการควบคุมอารมณ์ (5 ข้อ) ด้านความจำขณะทำงาน (6 ข้อ) และด้านการวางแผนจัดการ (6 ข้อ) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนแต่ละด้านตั้งแต่ระดับดีมาก ($T > 60$) จนถึงระดับควรปรับปรุง ($T < 40$)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กต่อการใช้นวัตกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก 2 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านเด็กและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน คือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้ แบบประเมินส่วนที่ 2-3 เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย[4] และได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญข้างต้นเพื่อความเหมาะสมในการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างเด็กเพศหญิง (ร้อยละ 52) ที่มีอายุระหว่าง 2 ปี - 3 ปี 11 เดือน (ร้อยละ 48) ระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 64) มีอาชีพทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 68) สภาพสมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 78) ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกันกับพ่อและแม่ (ร้อยละ 60) รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 30) ผู้ปกครองมีบุตรทั้งหมดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 60) มีผู้ดูแลหลักเป็นพ่อและแม่ (ร้อยละ 80) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในแต่ละด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย 3-5 ปี

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร

	กลุ่มทดลอง (N = 25)		กลุ่มควบคุม (N = 25)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ค่าเฉลี่ย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.86	.540	5.78	.722	.389	.69ns
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.73	.386	6.38	.446	2.513	.01**

** < .01

จากตารางที่ 1 เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารของกลุ่มทดลองหลังใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร มีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่ากลุ่มทดลองก่อนใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.513 , p < 0.01)

3. พัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ในเด็กอายุ 3-5 ปี

ตาราง 2 การเปรียบเทียบแบบประเมินพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง

	กลุ่มทดลอง (N = 25)		กลุ่มควบคุม (N = 25)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ค่าเฉลี่ย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	17.56	1.792	17.43	1.760	.140	.89ns
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	21.96	1.837	18.47	1.702	5.068	.000***

*** < .001

จากตารางที่ 2 เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ค่าเฉลี่ยแบบประเมินพัฒนาการด้านความคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ใน กลุ่มทดลองหลังใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร มีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่ากลุ่มทดลองก่อนใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.068 , p < .001)

4. แบบประเมินของผู้ดูแลต่อความพึงพอใจนวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร

ตาราง 3 ระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร

รายการ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการใช้งาน			
1. ขนาดของชิ้นงานนวัตกรรมกล่องฝึกสมองมีความเหมาะสม	3.96	0.77	มาก
2. น้ำหนักของชิ้นงานนวัตกรรมกล่องฝึกสมองมีความเหมาะสม	4.27	0.72	มาก
3. รูปร่างมีความเหมาะสมสำหรับการเล่น	4.38	0.69	มาก
4. ด้านสีสันมีความเหมาะสมในการเล่นและดึงดูดความสนใจของเด็ก	4.19	0.69	มาก

ตาราง 3 ระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร (ต่อ)

รายการ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการนำไปใช้			
5. นวัตกรรมกล่องฝึกสมองช่วยให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ความคิดเชิงบริหารของเด็กได้มากขึ้น	4.00	0.85	มาก
6. นวัตกรรมกล่องฝึกสมองช่วยให้ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการความคิดเชิงบริหารของเด็กได้เพิ่มมากขึ้น	4.15	0.61	มาก
7. นวัตกรรมกล่องฝึกสมองช่วยให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมความสามารถในการใช้ความคิดเชิงบริหารของเด็กไปในทางที่ดีขึ้น	4.08	0.69	มาก
8. นวัตกรรมกล่องฝึกสมองช่วยให้ท่านสามารถรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการความคิดเชิงบริหารของเด็กเพิ่มมากขึ้น	4.15	0.73	มาก
รวม	**4.15**	**0.37**	**มาก**

จากตารางที่ 3 การประเมินของผู้ดูแลเด็กต่อความพึงพอใจนวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 4.15, SD = 0.37) ซึ่งข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ มีรูปร่างมีความเหมาะสมสำหรับการเล่นในระดับมาก (Mean = 4.38 , SD = 0.69) รองลงมาคือ น้ำหนักของชิ้นงานนวัตกรรมกล่องฝึกสมองมีความเหมาะสมในระดับมาก (Mean = 4.27, SD = 0.72) และข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ขนาดของชิ้นงานนวัตกรรมกล่องฝึกสมองมีความเหมาะสมในระดับมาก (Mean = 3.96, SD = 0.77)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม และก่อนทดลองใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.513$, $p < 0.01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบประเมินพัฒนาด้านความคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม และก่อนทดลองใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.068$, $p < 0.01$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของกิจกรรมการเต้นสร้างสรรค์ที่มีต่อทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย พบว่าการเล่นเกมการศึกษาช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านความจำขณะทำงานและการยับยั้งชั่งใจ[13] นอกจากนี้ งานวิจัยเรื่องการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัย แสดงให้เห็นว่าการใช้เกมและกิจกรรมที่หลากหลายช่วยกระตุ้นการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ได้ดีกว่าการใช้กิจกรรมแบบเดิม ๆ[14]

การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อธิบายได้ตามแนวคิดการเรียนรู้ของ บรุนเนอร์ที่เน้น 3 ขั้นตอน คือ การเรียนรู้ด้วยการกระทำ การเรียนรู้ด้วยการลองดูและจินตนาการ และการเรียนรู้โดยการใช้สัญลักษณ์[8] ผ่านกิจกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ได้แก่ 1) เกมส์ต่อบล็อกไม้ 2) การ์ดเกมส์ 3) เรขาคณิตหรรษา 4) ลองทายดูซิ และ 5) นิทานมหาสนุก จากการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหาร ซึ่งเป็นนวัตกรรมกล่องฝึกสมองที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์[9] รวมถึงให้การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพัฒนาการที่สมวัย และความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาด้านทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยกับผู้ดูแล และผู้ปกครอง นอกจากนี้มีการติดตามให้ผู้ดูแลเด็กได้ส่งผลเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารทุก 1 สัปดาห์ในระยะเวลา 6 สัปดาห์[11] ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แผนการจัดประสบการณ์กิจกรรมเกมการศึกษา จำนวน 25 แผน ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ซึ่งเป็นเนื้อหา

ที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย 2560 และสอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะสมอง EF ของเด็กปฐมวัยโดยใช้กิจกรรมการเล่นละครและบทบาทสมมติ ที่พบว่าจัดกิจกรรมตามแนวคิดของบรุนเนอร์ช่วยพัฒนาทักษะการคิดของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15]

2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการใช้นวัตกรรมกล่องฝึกสมองกล่องฝึกสมอง ประลองความคิดเชิงบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 4.15, SD = 0.37) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ มีรูปร่างมีความเหมาะสมสำหรับการเล่นในระดับมาก (Mean = 4.38, SD = 0.69) รองลงมาคือ น้ำหนักของชิ้นงานนวัตกรรมกล่องฝึกสมองมีความเหมาะสมในระดับมาก (Mean = 4.27, SD = 0.72) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดกิจกรรมของผู้ปกครองต่อทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการใช้สื่อและนวัตกรรมที่มีการออกแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานจริง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูงและเกิดความต่อเนื่องในการใช้งาน[16] และข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพที่ว่านวัตกรรมกล่องฝึกสมองสามารถพกพาได้สะดวกและง่ายต่อการใช้งานนอกสถานที่นั้น สอดคล้องกับนวัตกรรมกระเป๋าฝึกทักษะการเรียนรู้ต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่พบว่าปัจจัยด้านความสะดวกในการใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย[11]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่านวัตกรรมกล่องฝึกสมองช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิผล จึงควรขยายการนำไปใช้ในโรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารอย่างทั่วถึง

2. จากผลการใช้นวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จควรมีการพัฒนาและอบรมบุคลากรทีมสุขภาพและครูให้สามารถใช้และต่อยอดนวัตกรรมกล่องฝึกสมอง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็ก

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลในระยะยาว 12-18 สัปดาห์ เพื่อประเมินความคงทนและความต่อเนื่องของพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร

2. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรมในกลุ่มเด็กที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมของนวัตกรรมในการใช้กับเด็กกลุ่มต่างๆ

References

1. Diamond A. Executive Functions. Annual Review of Psychology. 2013; 5(8): 135-68.
2. Zelazo PD, Blair CB, & Willoughby MT. Executive function: Implications for Education (NCER 2017-2000). National Center for Education Research, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education; 2016.
3. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Houts R, Poulton R, Roberts BW, Ross S, Sears MR, Thomson WM, & Caspi A. A Gradient of Childhood Self-Control Predicts Health, Wealth, and Public Safety. Proceedings of the National Academy of Sciences USA. 2011;108(7):2693-8.
4. Bodrova E, & Leong D. Tools of the Mind: The Vygotskian Approach to Early Childhood Education. New York, Routledge; 2024.
5. Leungratanamart L. Function in Preschool-Age Children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2021; 31(3): 15-27. (in Thai)
6. Chutabhakdikul N, Thanasetkorn P, Lertawasdatrakul O, & Ruksee N. Tool Development and Evaluation Criteria for Assessment of Executive Function in Early Childhood. 1st ed. Bangkok: Neuroscience Research Center, Institute of Molecular Biosciences, Mahidol University; 2017.

7. Chano J. Executive Functions and Early Childhood Development. Journal of Education Mahasarakham University 2019;13(1):7-17. (in Thai).
8. Bruner JS. Toward a Theory of Instruction, Cambridge, Mass: Belkapp Press; 1966.
9. House JS. The Nature of Social Support in M.A. Reading (Ed.), Work stress and social support. California: Addison–Wesley; 1981.
10. Wongkeaw, N. et al. The effectiveness of Using A Fun Magic Cart to Promote the Thinking Skills in Early Childhood Development of Executive. Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; 2022. (in Thai)
11. Phetmanee, J. et al. The Effectiveness of the Innovative Learning Skills Training Bag on Early Childhood Development of the Child Development Center. Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; 2021. (in Thai)
12. Thongngern S, & Boonterm T. Executive Functions In Preschool Children That Has Been Trained By Using The Game Promoting EF. Journal of Education Sakon Nakhon Rajabhat University. 2021; 1(3): 159-72. (in Thai)
13. Jaiwang A, Leesattrupai C, & Piasai P. Effects Of Creative Dance Training On Executive Functions In Preschool, Srinakharinwirot University 2019; 33(108): 186-96. (in Thai)
14. Mongkonsiri P. The Effect of Knowledge Promotion Program and Organizing Activities of Early Childhood Teachers for Developing the Executive Function Skill of Early Childhood in Sisaket Province. Sisaket Journal of Research and Health Development 2023; 2(1): 65-77. (in Thai)
15. Chaiwanna S, & Yimchan A. The Development Learning Process Brain Skills Of Early Childhood Students By Drama Activity And Role Play. Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities 2021; 12(1): 115-29. (in Thai)
16. Thohinung U, Rojanaprasert P, & Sritakaew N. The Effects Of Promoting Parental Activity Organizing Behaviors On Executive Function (EF) Among Preschool Children With EF Impairment. Journal Of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 170-9. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

Factors Related to the Quality of Life among Caregivers of Patients with End-stage chronic disease in district, Chaiyaphum Province

อณัญญา ลาลุน* ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด
Ananya Lalun* Suptawee Hirungerd
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ,จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย 36000
Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat university, Chaiyaphum Province, Thailand, 36000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ในอำเภอแห่งหนึ่งจังหวัดชัยภูมิกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายจำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายได้แก่ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย (r=0.429, p-value<.05) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย (r=0.345, p-value<.05) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลควรมีการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลและเตรียมความพร้อมโดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรั้งเพื่อให้สามารถปรับตัวและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ที่สำคัญผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors related to the quality of life of caregivers of terminally ill patients in a district of Chaiyaphum Province. The sample consisted of 220 caregivers of terminally ill patients. The instruments used to collect data were a general information questionnaire, an attitude questionnaire towards caring for terminally ill patients, an assessment of skills in caring for terminally ill patients, and a quality of life questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and analyzed by using Pearson's product moment correlation. The results of the research found that the factors related to the quality of life of caregivers of terminally ill patients: skills in caring for terminally ill patients (r=0.429, p-value<.05) were significantly related to the quality of life of caregivers of terminally ill patients in a positive direction at a statistical level of .05, and attitudes toward caring for terminally ill patients (r=0.345,p-value<.05)

Corresponding author: * E-mail: mininok.120422@gmail.com
ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปีงบประมาณ 2567

วันที่รับ (received) 1 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ต.ค. 2567

were significantly related to the quality of life of caregivers in a positive direction at a statistical level of .05. Nurses should promote the health of caregivers and prepare them by developing the potential of caregivers of chronic patients so that they can adapt and provide care to patients with chronic diseases. Importantly, caregivers have a good quality of life.

Keywords: Quality of Life, Caregivers, Patients with end-stage chronic diseases

บทนำ

จากการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในทุกประเทศและการก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุที่เรียกว่า สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณตลอดจน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้การสูงวัยของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพและเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มากขึ้นโดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรังซึ่งมักจะส่งผล กระทบต่อมิติการช่วยเหลือตนเอง (functional status) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบมากขึ้นนำไปสู่ความทุกข์ทรมานจากโรคและการเจ็บป่วยมีแนวโน้มกลายเป็นผู้ป่วยระยะท้ายได้ในอนาคต[1,2] ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และการระบาดของโรคอุบัติใหม่ในช่วงที่ผ่านมาทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปพบโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบประคับประคองเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยพบว่ากลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง[3] ดังนั้นการเกิดโรคเรื้อรังนำไปสู่การป่วยระยะท้ายและโรคมะเร็งที่รักษาไม่หายขาด ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากการดูแลและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย บางรายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง กลายเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องรับการดูแลต่อเนื่อง เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลและครอบครัวเครียดจากการดูแล[4] ดังนั้นครอบครัวผู้ดูแลจึงเป็นสถาบันที่สำคัญ ในการเกื้อหนุนให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในยามที่เกิดการ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังเป็นการดูแลที่ซับซ้อน จึงทำอาจให้เกิดปัญหาในการดูแลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลที่ลดลงได้[1]

ในส่วนประเทศไทยการดูแลระยะท้ายตามหลักของการดูแลแบบประคับประคอง อาจยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางพื้นที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ งบประมาณที่ได้รับในการสนับสนุน การจัดหายาที่จำเป็นหรือยาระงับปวด ตลอดจนการฝึกอบรมให้ความรู้ที่จำเป็น และทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเดิมประเทศไทยนั้นมีภูมิปัญญาหรือต้นทุนทางสังคมวัฒนธรรมมีความเชื่อวัฒนธรรมที่งดงามและมีความโด่ดเด่นมาช้านานในเรื่องการดูแลที่ครอบคลุมทางด้านมิติทางกาย ทางจิตวิญาณและทางจิตสังคม โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องทั้งนี้โดยมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดกระบวนทัศน์ใหม่ (Paradigm shift) เพื่อให้เกิดระบบการดูแลแบบองค์รวมแทนการดูแลแบบแยกส่วนหรือการให้การดูแลเฉพาะเรื่องปัญหาทางกาย[5] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นผลกระทบจากโรคเรื้อรังที่นำไปสู่การป่วยระยะท้ายและโรคมะเร็งที่รักษาไม่หายขาด ผู้ดูแลและครอบครัวจึงได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากการดูแลและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา เนื่องจากบางรายไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และอาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง อาจทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเครียดจากการดูแลทั้งดูแลแบบครบวงจรทั้งไม่มีเวลาในการดูแลโดยตรง (direct care)[4] ตามปัญหาสุขภาพหรือภาระที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องกระทำให้ ทำให้เกิดความเครียด อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด จากการทบทวนที่ผ่านมาพบว่าในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังมีน้อย และพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ดูแลควรต้องมีการเตรียมความพร้อม มีความรู้ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาและมีทัศนคติที่ดี มีบรรยากาศที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลเองรู้สึกมีคุณค่าลดลง เป็นต้น[5] ดังนั้นจะทำอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เตรียมความพร้อมและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายได้ ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดและไม่สามารถ

เผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ความผาสุกในจิตใจลดลงส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพได้ จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตลอดจนถึงวาระท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายครอบครัวผู้ดูแลเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ดูแล ผู้ตัดสินใจและให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย[6] เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะในขณะอยู่ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนที่จะเกิดการเหนื่อยล้าจากการดูแลจนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป[7] จังหวัดชัยภูมิเป็นพื้นที่ราบสลับภูเขา มีการกระจายตัวของประชากรบางพื้นที่อยู่ห่างไกลจากจุดศูนย์กลางการรักษา จึงส่งผลต่อการปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการดูแลและอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาระดับสูง จึงเป็นภาระที่หนัก และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย[8,9] หากผู้ดูแลขาดแรงจูงใจมีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่มีความพร้อมด้านการดูแล ไม่มีสิ่งเกื้อหนุนที่เพียงพออาจเกิดความเครียด ทุกข์ใจปรับตัวไม่ได้ ไม่สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล ดังนั้นการที่ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ของผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นได้[12] ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี[13] ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานตั้งแต่ระยะแรกโดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจสังคมจิตวิญญาณและการดูแลทางด้านมนุษยธรรมที่สอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยวัฒนธรรมความเชื่อที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข[2,14] วิธีการดูแลผู้ป่วยจึงมีสำคัญครอบคลุมการสนับสนุนครอบครัวให้บรรเทาอาการสิ้นหวังที่จะต้องสูญเสียสมาชิกและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้[6] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต เป็นการดูแลแบบองค์รวมมุ่งเน้นการจัดการอาการไม่สุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ เป้าหมายหลักคือช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้[14] จังหวัดชัยภูมิมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและสนใจคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก[15] มาเป็นกรอบในการวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ทัศนคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในอำเภอแห่งหนึ่งจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ที่อาศัยอยู่อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ได้แกโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรค

มะเร็ง และโรคไตวายเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่อำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ คำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้หลักการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis)โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สถิติที่ใช้ Stepwise Multiple regression อำนาจการทดสอบที่มีค่า effect size =.15ระดับอำนาจการทดสอบ =.95 ได้มาจากการศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน[16] ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 184 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20% ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 220 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 20-59 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ สามารถถามตอบรู้เรื่อง และสามารถอ่านออกเขียนได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ผู้ดูแลย้ายไปทำงานต่างจังหวัด และปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Rating scale)ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบโดยแต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การแปลผล คือทางลบ คะแนน 1,2,3,4 และ 5 ข้อความทางบวกคะแนน 5,4,3,2 และ 1 การแปลความหมายของทัศนคติต่อความตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อความตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในระดับดี 2.34–3.66หมายถึง มีทัศนคติต่อความตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในระดับปานกลาง1.00–2.33 หมายถึงมีทัศนคติต่อความตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย เป็นแบบเลือกตอบ ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนนเป็นลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือกโดยผู้ตอบแบบทดสอบเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือร้อยละ80.00 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ50.00- 79.99 หมายถึงมีความรู้ในระดับพอใช้ ร้อยละ0.00- 49.99 หมายถึงมีความรู้ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย 26 ข้อ (WHO¬QOL-BREF) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้ด้านร่างกายด้านจิตใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อมการให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต ข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ให้คะแนน 5,4,3,2 และ1 ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้เท่าไหร่สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้คะแนน 26-60 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีคะแนน 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ภายหลังแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนและคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach’s Coefficient Alpha) ได้ค่า 0.80, 0.78 และ0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและคณะยื่นเอกสารโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เมื่อดำเนิน การเรียบร้อยแล้วได้ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิถึงโรงพยาบาลแก้งคร้อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อเพื่อขออนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดการตอบแบบสอบถามจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) แสดงผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบความเรียงโดยใช้ค่าสถิติ คือ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเครียด ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฯ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เพื่อขอรับการพิจารณาและรับรองเรื่องจริยธรรม ผ่านการอนุมัติเลขที่: HE 67-1-005 รับรองวันที่ 8 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายถึงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการทำวิจัย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.91 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 55.45 มีอายุเฉลี่ย 46.42 ปี (S.D.=11.64) สถานภาพสมรสร้อยละ 59.54 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 38.18 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.27 มีอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง ร้อยละ 62.27 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 52.73 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่น้อง ร้อยละ 38.64 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.45 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 34.55 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 30.91 และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 88.18

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ลักษณะส่วนบุคคล		
เพศ	0.019 ($r_{p.bis}$)	0.778
อายุ	0.065(r)	0.338
สถานภาพ	0.422 (Eta)	0.475
ระดับการศึกษา	0.362 (Eta)	0.309
ศาสนา	0.469 (Eta)	0.697
อาชีพ	0.363 (Eta)	0.245
รายได้ต่อเดือน	0.362 (Eta)	0.064
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	0.372 (Eta)	00098
โรคประจำตัว	0.0.21 (rbis)	0.757
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	0.012 (rbis)	0.858
ทักษะการดูแล	0.429(r)**	<0.001
ทัศนคติ	0.345(r)**	<0.001

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) ทักษะการดูแลผู้ป่วย(r=0.429, p-value<.05) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย (r=0.345, p-value<0.05) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่าทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการกลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับสูงดังนั้นความพร้อมด้านการดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่มีความรู้ที่พร้อมในการดูแลตลอดจนการที่ไม่มีสิ่งเกื้อหนุนที่เพียงพออาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ได้ ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง จึงอาจทำให้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะมีโอกาสแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้น้อยการใช้เหตุผลและความสามารถในการหาวิธีการแก้ปัญหามีขีดจำกัดประกอบกับผู้ดูแลต้องทำงานในอาชีพเกษตรกรรมเมื่อต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาอาจทำให้ขาดรายได้[9] นอกจากนี้การศึกษาอาจมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาการดูแลและสามารถควบคุมด้านอารมณ์ในระดับหนึ่ง มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติได้อาจสามารถแสวงหาข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์และเรียนรู้ว่าจะปรับตัวอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้และสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายคือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากถ้าผู้ดูแลหรือญาติมีประสบการณ์ในการดูแลจะสามารถแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วย มีความพร้อมในการดูแล[13] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r=.55, p<.05) กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล[17] ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่โดยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างญาติผู้ดูแลและทีมสุขภาพจะช่วยให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ดุแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าทัศนคติสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[1] อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่น้อง รองลงมาคือบิดามารดา ดังนั้นสังคมวัฒนธรรมของไทยนั้นมีการปลูกฝังเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดาจึงทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลบิดามารดาของตนเป็นภาระกลับมีความรู้สึกเป็นสุขรู้สึกได้บุญได้รับการยกย่องคำชมจากผู้อื่นและประสบกับสิ่งทีดีในชีวิต[18] ดังนั้นทัศนคติเป็นเครื่องมือบ่งบอกถึงความมีจริยธรรมที่ดีงามของบุคคลดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวถ้ามีทัศนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีมีความพึงพอใจต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกมีคุณค่าตลอดจนผู้ดูแลเองก็รับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกัน[1] อย่างไรก็ตามทัศนคติส่วนใหญ่อาจจากแรงกระตุ้นจากความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งถ้ามีทัศนคติเชิงลบจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ [19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทัศนคติต่อการดูแลและการมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลควรให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เน้นย้ำ มีการเตรียมและติดตามเยี่ยมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อคงไว้ ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ในการวิจัยครั้งนี้ทีมสุขภาพควรมีการจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชนนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าทัศนคติและการมีทักษะในการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดุแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย โดยการจัดเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายให้ผู้ดูแลเพื่อปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง สามารถปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

References

1. Purimat C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikultang S, & Yodmai K. Factors Influencing Quality of Life Among Caregivers of Dependent Elderly Persons in Chanthaburi Prov¬ince .Journal of Health Science. 2019; 28(4): 610-9. (In Thai).
2. Sukcharoen. P. A Systematic Review of Professional Nurses Characteristics about Humanized Nursing Care in Terminal Patients. Chonburi Hospital Journal. 2020; 45(2): 137-44. (in Thai).
3. Sangsrijun J, Nakagasien P, & Koshakri R. Predicting Factors of Palliative Care Health Literacy among Family Caregivers in Bangkok Metropolis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2):152-61. (In Thai).
4. Muangpaisan W. Gerontology and geriatrics for primary care of elderly patients. Bangkok. Thai Society of Gerontology and Gerontology. 2017.
5. Department of Medical service. Palliative and End-of-Life Care Guide (for Healthcare Professionals). Nonthaburi. Office of Printing Affairs, War Veterans Organization under Royal Patronage, 2016.
6. Woranuch Juntaboon W, & Promphakping B. Wellbeing and Care system for Palliative Care in a Community. Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences. 2022; 14(28): 151-65. (in Thai)
7. Sombatmai S, Satorndhammasith P, & Songkam S. An Application of the Buddhadhamma Principles to heal the Terminal Stage Patients. Journal of Buddhist Studies. 2020; 11(1); 66-80. (in Thai)
8. Phenglakorn K, Patoomwan A, & Phuakpet K. Quality of Life among Caregivers of Children with Cancer undergoing Treatment. Ramathibodi Nursing Journal. 2018; 24(2). 122-36. (in Thai)
9. Thaveegasikum Y, Sritarapipat P, Palmanee M, & Tathong B. Factors Related to Quality of Life among Thai Caregivers of the Chronic Disease Patients with Dependency in Manorom District, Chainat Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015; 24(3): 104-18. (in Thai)
10. Tabtim D, Intarakamhang U, & Choochom O. Resilience of Family Caregiver: An Important to Caring Elderly Diabetes Mellitus Patients. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021; 6 (1):1-16. (in Thai)
11. Klinsuwan R,Watthayu N, & Suwonnaroop N. Factors Predicting Quality of Life in Family Caregivers among Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(1): 51-66. (in Thai)

12. Tangjittiporn T, Tankura R, Chaiyamool S, & Meesiri S.The Family Preparedness and Associated Factors with Their Preparedness of Caring Pediatric Palliative Patient at Queen Sirikit National Institute of Child Health. Journal of The Department of Medical Services. 2019 ;44 (2):74-82. (in Thai)
13. Kumkwan Y, & Chaiyawut P. Preparation of Care Givers to Promote Death, Diginity, in the End of Life Patients. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology). 2016; 11(2): 125-38. (in Thai)
14. Sailungka Y, Soontaraviratana B, Moonkruakam R, & Saviya J. The End-Stage Patient “Truth and Hope” by Patient, Caregiver and Community Perspective in Upper Northeast, Thailand. Academic Journal of Community Public Health. 2021;7(2); 99-117. (in Thai).
15. World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Switzerland. Field trial version, World Health Organization. 1996.
16. Mahutnirunkul S, Tuntipiwattanasakul W, & Phumphaisanchai W.-BREF-THAI measuring quality of life. Suanprung Hospital Chiang Mai. 1997. (in Thai)
17. Srisuk N, Wattanasrisin J, &Tepapal T. Factors Related to Quality of Life of Caregivers among Patients with Heart Failure in Trang Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4 (Special edition):317-31.(in Thai)
18. Pinijsuwan N., Sucamvang K, & Nanasilp P. Factors Predicting Quality of Life among Caregivers of Older Persons with Dementia. Nursing Journal. 2018; 45 (2): 1-13. (in Thai)
19. Chankham W, Soonthornchaiya R, Othaganont P, & Wang J J. Attitudes of Caregivers of Older Thai Adults with Major Depression: A Qualitative Study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2023; 27(3): 485-99. (in Thai)

ปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19: หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น

Factors affecting Mortality in Patients with COVID-19: After the Declaration of an Endemic Disease

อรวรรณ บุตรทุมพันธ์* กิ่งกาญจน์ กลิ่นอังกาบ วรันต์ภรณ์ พนสิทธิวนา ทิวาพร ดอนทอง วาสนา ฬาวิน
Orawan Bootthumpan* Kingkarn Klinungkab Varanporn Panasittivana Tiwaporn Donthong Wasana Lavin
โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540
Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

ปัญหา Covid-19 เป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดความรุนแรงตั้งแต่น้อยจนอาจจะถึงขั้นเสียชีวิต การศึกษาในครั้งนี้ใช้ รูปแบบการศึกษาชนิดย้อนหลังทำการศึกษาในหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 54 ราย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ fisher's exact test และ chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 3.70) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด COVID-19 หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ได้แก่ ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ≥4 คะแนน (p-value = .025) และ ครีอะตินีน ≥1.73 (p-value = .031) ดังนั้นสามารถนำผลของวิจัยนี้เป็นข้อมูลในการรักษา เฝ้าระวัง และวางแผนในดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : การเสียชีวิต, โรคติดเชื้อ COVID-19, โรคประจำถิ่น

Abstract

Covid-19 problem It is a health problem that can cause from mild severity to death. This study used a retrospective study design in the intensive care unit from October 1, 2022, to June 30, 2023. The 54 subjects were collected using a general information questionnaire, Information on illness. This research used the descriptive including frequency, percentage, mean, and standard deviation and the Fisher's exact test and chi-square test to analyze the factors affecting with mortality in patients with COVID-19.

The results revealed that 2 persons were dead. The sample groups were Charlson comorbidity index (CCI) ≥4 points (p-value = .025), Creatinine ≥1.73 (p-value = .031) were associated with mortality in patients with COVID-19 .The results of this research were information on treatment, monitoring and planning for future care.

Keywords: Mortality, COVID-19, Endemic Disease

Corresponding Author: *E-Mail: lhin.orawan@gmail.com

วันที่รับ (Received) 2 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 11 ม.ค. 2568

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความรุนแรงและกระจายไปอย่างรวดเร็วมีผลกระทบไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินระดับสูงสุดเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 เป็นระยะเวลา 3 ปีหลังเกิดการระบาดใหญ่ มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลก 767,000,000 ราย และเสียชีวิตสะสม 6,900,000 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566)[1] สถานการณ์ในประเทศไทยมีรายงาน ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 4,700,000 ราย เสียชีวิตสะสม 34,371 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 9 กรกฎาคม 2566) มีงานวิจัยศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต : การศึกษาการระบาดในระลอกที่ 3 ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ พบผู้ป่วยเสียชีวิต 15 ราย (ร้อยละ 3.09)[2] และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่นตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565[3] โดยนิยามโรคประจำถิ่น หมายถึงโรคที่เกิดขึ้นประจำในพื้นที่นั้น กล่าวคือมีอัตราป่วยคงที่และสามารถคาดการณ์ได้โดยขอบเขตของพื้นที่อาจเป็นเมือง ประเทศ หรือขนาดใหญ่กว่านั้นอย่างกลุ่มประเทศ หรือทวีป เช่น ไข้เลือดออกในประเทศไทย โรคมาลาเรียในทวีปแอฟริกา เป็นต้น[4]

การติดเชื้อ COVID-19 ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการจนถึงอาการหนัก จากการติดเชื้อทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของปอด ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการเปลี่ยนแปลงไวต้องติดตามอาการตลอดเวลา อาจจะมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและเสียชีวิตสูง[5,6,7] เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ[8] และมีงานวิจัยของประเทศไทย[3,9] พบว่าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 มีปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป[10] โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง[11] และสอดคล้องการศึกษาในต่างประเทศ[12] โดยพบปัจจัยเสี่ยงได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตระยะเรื้อรังระยะที่ 4-5 และโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ปัจจัยเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น

ภายหลังจากมีการประกาศโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ยังพบผู้ป่วยติดเชื้อ ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศที่รักษาในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 1 กรกฎาคม 2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 28,503 ราย เสียชีวิต 702 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.46[13] จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยทีมีผลต่อการเสียของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ดังที่ผู้วิจัยได้กล่าวมานั้น การระบาดของ COVID-19 ภายหลังที่รัฐบาลประกาศโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่น ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ยังคงพบผู้ป่วยที่อาการหนักขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 : หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา การพยาบาล และดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่อาจจะเปลี่ยนแปลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 : หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระยะเวลาที่นอนรักษาตัว การได้รับวัคซีน ชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ดัชนีมวลกาย การได้รับยาRemdesivir และ ค่าครีอะตินีน มีผลกับ การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวความคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ โดยกล่าวถึงปัจจัยมีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระยะเวลาที่นอนรักษาตัว การได้รับวัคซีน ชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ดัชนีมวลกาย การได้รับยาRemdesivir และ ค่าครีอะตินีน ซึ่งปัจจัยดังที่ได้กล่าวมานั้นอาจจะส่งผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ณ โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 55 ราย เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 เดือนมิถุนายน พ.ศ 2566 เกณฑ์คัดออก 1 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 16 ปี คงเหลือจำนวนผู้ป่วย 54 ราย ซึ่งผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรเครซี่ และมอร์แกน[14] จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้อย่างน้อย 48 ราย และในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษานี้มีจำนวน 54 ราย จึงเพียงพอต่อการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย และข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย (Electronic Medical Record: EMR) โดยใช้เครื่องมือประกอบไปด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ หอผู้ป่วยดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ และ หอผู้ป่วยวิกฤต ชนิดการรับผู้ป่วย รับใหม่แผนกฉุกเฉินและรับ refer โรคร่วม แบ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน ชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ได้แก่ ใช้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (High-flow Nasal Cannula: HFNC) และใส่ท่อช่วยหายใจ (Oro-ETT) ระยะเวลาที่นอนรักษาตัว ค่าดัชนีมวลกาย >35 kg/m^2 หรือ≤ 35 kg/m^2 การได้รับวัคซีนคือไม่ได้รับ หรือรับมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ค่าครีอะตินีน ≥1.73 mL/min/1.73 m^2 หรือ <1.73 mL/min/1.73 m2 และstatus discharge

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

คะแนนประเมินดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson comorbidity index) อ้างอิงจากการศึกษาของในต่างประเทศ[15] และในประเทศไทย[3] โดยผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0-33 คะแนน แบ่งได้เป็น 2 ระดับได้แก่ 1) คะแนน 0-3 หมายถึง ไม่มีโรคร่วม-มีโรคร่วมปานกลาง 2) คะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไป หมายถึง มีโรคร่วมมาก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA. MURA2023/582 อนุมัติเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล และแจ้งหน่วยสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยตามนโยบายโรงพยาบาล โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ปกปิดรายชื่อผู้ป่วย และนำเสนอเป็นภาพรวม การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ fisher’s exact test และ chi-squaed test โดยเมื่อค่า expected value น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ ใช้ค่า p-value จาก Fisher’s exact test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระยะเวลาที่นอนรักษาตัว การได้รับวัคซีน ชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ดัชนีมวลกาย การได้รับยา Remdesivir และ ค่าครีอะตินีน กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหอผู้ป่วยวิกฤต กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 80.37 อายุเฉลี่ย 75.16 ปี (SD=15.04) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 74.07 หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ร้อยละ 14.82 และหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 11.11 ตามลำดับ โดยรับใหม่จากแผนก

ฉุกเฉิน (Emergency room; ER) ร้อยละ 57.41 และ รับ refer ร้อยละ 22.22 และค่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน เฉลี่ย 5.77 คะแนน (SD=2.40) แบ่งเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.81 และเบาหวาน ร้อยละ 55.56 ตามลำดับ ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ได้แก่ ใช้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (High-flow Nasal Cannula: HFNC) ร้อยละ 61.11 และใส่ท่อช่วยหายใจ (Oro-ETT) ร้อยละ 24.08 ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 5.33 วัน (SD=7.90) ค่ามวลดัชนีกายเฉลี่ย 23.24 (SD= 4.88) ผู้ป่วยได้รับวัคซีน ร้อยละ 64.81และ ได้รับวัคซีนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ร้อยละ 64.81 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 14.81 ค่าครีอะตินีน เฉลี่ย 1.40 (SD=1.69) ผู้ป่วยรอดชีวิต ร้อยละ 96.23 และ เสียชีวิต ร้อยละ 3.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 (n= 54)

ตัวแปร	การเสียชีวิต		OR (95% CI)	p-value
	เสียชีวิต (%)	รอดชีวิต (%)		
เพศ				
ชาย	2 (3.73)	28 (96.27)	1.57 (0.99-1.02)	0.497
หญิง	0 (2.42)	24 (97.58)	1	
อายุ (ปี)				
>70 ปี	0 (12.5)	40 (87.5)	1.16 (0.94-1.44)	0.064
≤70 ปี	2 (0.76)	12 (99.24)	1	
ค่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI)				
≥ 4 คะแนน	0 (8.18)	45 (91.82)	1.28 (0.90-1.82)	0.025*[a]
<4 คะแนน	2 (1)	7 (99)	1	
โรคความดันโลหิตสูง (HT)				
มี	0 (4.93)	35 (95.07)	1.11 (0.95-1.30)	0.119
ไม่มี	2 (1.75)	17 (98.25)	1	
โรคเบาหวาน (DM)				
มี	1 (4.93)	29(4.93)	4.13 (0.04-13.37)	1.000
ไม่มี	1 (1.75)	23 (1.75)	1	
ชนิดของวัคซีน				
ไม่ได้รับ	2 (2.30)	17 (97.70)	0.89 (0.76-1.04)	0.119
รับมากกว่าหรือเท่ากับ 1	0 (3.23)	35 (96.77)	1	
ใส่ Oro-ETT				
ใส่	2 (3.23)	11 (3.23)	0.86 (0.67-1.06)	0.055
ไม่ใส่	0 (3.23)	41 (3.23)	1	
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)				
>35 kg/m^2	0 (2.05)	1 (97.95)	1.03 (0.98-1.09)	1.000
≤ 35 kg/m^2	2 (3.50)	51 (96.50)	1	
การได้รับยาRemdesivir				
ได้	1 (8.70)	51(91.30)	0.02 (0.01-0.59)	0.073
ไม่ได้	1 (8.70)	1 (8.70)	1	
ค่าครีอะตินีน (mL/min/1.73 m^2)				
≥1.73 mL/min/1.73 m^2	2 (3.70)	8 (14.82)	0.80 (0.58-1.09)	0.031*
<1.73 mL/min/1.73 m^2	0 (0.01)	44 (81.48)	1	

a = Fisher's exact , * p< .05

จากตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05 ได้แก่ ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ≥ 4 คะแนน และ ครีอะตินีน ≥1.73

การอภิปรายผลการวิจัย

การระบาดของ COVID-19 ภายหลังที่รัฐบาลประกาศโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่น ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ยังคงพบผู้ป่วยที่อาการหนักขึ้นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 : หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ณ โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ในหอผู้ป่วยวิกฤต วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ 2566 จำนวน 54 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ได้แก่

ด้านปัจจัยโรคร่วม การศึกษานี้ใช้คะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสันร่วมวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มที่คะแนนตั้งแต่ 4 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[12,16] พบว่าคะแนนดัชนีโรคร่วมชาร์ลสันตั้งแต่ 4 คะแนน ร่วมกับ มีภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไตวายเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มที่มีโรคร่วมกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีภาวะความดันโลหิตสูง[17,18] และโรคไตเรื้อรัง[17] และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า โรคไตวายเรื้อรัง (ESRD) มักมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพเรื้อรังต่างๆ เช่น หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดส่วนปลาย หลอดเลือดในสมอง ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยสำหรับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นมีความซับซ้อนมากขึ้น และทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยแย่ลงได้[19]

ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่นอนรักษาตัว การได้รับวัคซีน ชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ ดัชนีมวลกาย การได้รับยา Remdesivir ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ดังนี้

ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แต่มีการศึกษาในประเทศไทย[20] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คือ เพศชาย อายุมากกว่า 70 ปี และ ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2 เพราะผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังและโรคร่วมเช่น เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมอง หัวใจและหลอดเลือด นำไปสู่การเสียชีวิต[19]

ปัจจัยด้านการได้รับวัคซีน จากการศึกษาพบว่า การได้รับวัคซีน มากกว่า 1 โดส คิดเป็นร้อยละ 64.81 ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ[21] พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีน สามารถลดความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 43 และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 51 การได้รับวัคซีน 1 โดส ป้องกันการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 80 และป้องกันการเสียชีวิตได้ ร้อยละ 85 ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนประสิทธิภาพของวัคซีนในการลดความเสี่ยงการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต ดังนั้นควรส่งเสริมการฉีดวัคซีนอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านการได้รับยา Remdesivir พบว่า การศึกษานี้ผู้ป่วยที่ได้รับยา Remdesivir คิดเป็นร้อยละ 91.30 ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ[22] พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Remdesivir ที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง มีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา 7 วันได้กลับบ้านเป็นสัดส่วนมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอาการวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา 14 วันได้กลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาในต่างประเทศ 23 พบว่า การให้ยา Remdesivir ตั้งแต่ 3 วัน ทำให้ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวลดลง และลดโอกาสการใช้เครื่องช่วยหายใจและการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่ายามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะรายที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ควรพิจารณาใช้ยาอย่างเหมาะสมและทันเวลา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ≥ 4 คะแนน และ ครีอะตินีน ≥1.73 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้นควรเฝ้าระวังและหาสาเหตุหรือปัจจัยที่จะส่งเสริมให้มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวนมากทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาหลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งสามารถนำผล

การวิจัยนี้ไปใช้ในการสนับสนุนข้อมูลในการดูแลและรักษาผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยโรคร่วมอื่นๆ เช่น ภาวะการติดเชื้อทางปอด เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยเชิงลึกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ อย่างละเอียด พิจารณาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตที่ยังไม่ได้ครอบคลุมในงานวิจัยนี้

3. ควรมีการศึกษาและติดตามระยะยาว เพื่อทำการศึกษาติดตามผลกระทบของ COVID-19 ภายหลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่นอย่างต่อเนื่องเก็บข้อมูลเพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. World Health Organization. Weekly epidemiological update COVID-19. 1. World Health Organization; 2023.
2. Lavin W, Yooyadmak P, & Phenglai C. Risk of mortality among COVID-19 patients admitted to intermediate ICU: A study during the third wave of COVID-19 pandemic. Journal of Disease Control. 2023;49(1):711-21. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Situation Patients' COVID 19 in Thailand. (Nonthaburi): Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. WaisayaratChoi J. Difference of Pandemic Endemic Epidemic and Outbreak?. Magazine@ Rama. 2020;38(4):26-27. (in Thai)
5. Yongchaiyoot P, & Oumtanee A. Nurses' Experiences of Caring for Patients with COVID-19. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):162-70. (in Thai)
6. KJ, Hong HL, & Kim EJ. The association between mortality and the oxygen saturation and fraction of inhaled oxygen in patients requiring oxygen therapy due to COVID-19 associated pneumonia. Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases (Seoul). 2021; 84(2): 125-33; Doi: 10.4046/trd.2020.0126.
7. Shimizu M, & Hashimoto S. Peripheral oxygen saturation to inspiratory oxygen fraction ratio based identification of critically ill coronavirus disease patients for early therapeutic interventions. Journal of Anesthesia. 2021; 35(6): 827–36; Doi: 10.1007/s00540-021-02986-w.
8. Albitar O , Ballouze R, Ooi JP, Maisharah S, & Ghadzi S. Risk factors for mortality among COVID-19 patients. Journal of Diabetes Research and Clinical Practice. 2020; 166(1): 1-5; Doi: 10.1016/j.diabres.2020.108293.
9. Srichaiprawat T. Factor associated with deaths due to coronavirus disease 2019 in Nonthaburi province. Department of health Service Support Journal. 2023 ;19(1): 47-60. (in Thai)
10. Anand A, Sandefur J, & Subramanian A. Three new estimates of India's all cause excess mortality during the COVID-19 pandemic. Center for Global Development. 2021;1(2) : 1-23.
11. Singh AK, Gupta R, & Misra A. Comorbidities in COVID-19: Outcomes in hypertensive cohort and controversies with renin angiotensin system blockers. Journal of Diabetes & metabolic syndrome. 2020; 14(4):283-87; Doi : 10.1016/j.dsx.2020.03.016
12. Banchongcharoenlert S, & Chumchuen P. Case Fetal Rate and Factors Associated with Deaths due to COVID-19 in Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2022; 2(1):25-37. (in Thai)

13. Department of disease control. Situation Patient's COVID 19 in Thailand update on 16 June 2024. (Nonthaburi): Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
14. Krejcie VR, & Morgan WD. Determining sample size for research activity. Educ Psychol Meas. 1970.
15. Adams JY, Rogers AJ, Schuler A, Marelich GP, Fresco JM, Taylor SL, et al. Association between peripheral blood oxygen saturation (SpO2)/ Fraction of inspired oxygen (Fio2) ratio time at risk and hospital mortality in mechanically ventilated patients. The Permanente journal. 2020; 24(19): 1-7; Doi: 10.7812/TPP/19.113.
16. Bootthumpan O, Lavin W, & Yooyadmak P. Factors related to mortality among patients with COVID-19 in the intermediate care unit. Health Science Journal of Thailand. 2023: 6(1): 27-33 (in Thai)
17. Wang L, Li X, Chen H, YanS, Li D, Li Y, et al. Coronavirus disease 19 infection does not result in acute kidney injury: An analysis of 116 hospitalized patients from Wuhan, China. American journal of nephrology. 2020; 51(5):343-48; Doi : 10.1159/000507471.
18. Frederick KH, Petermann-Rocha F, Gray SR, Jani BD, Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, et al. Is older age associated with COVID-19 mortality in the absence of other risk factors? General population cohort study of 470,034 participants. Public Library of Science. 2020;15(11):1-11; Doi: 10.1371/journal.pone. 0241824.
19. Huang YQ, Gou R, Diao YS, Yin QH, Fan WX, et al. Charlson comorbidity index helps predict the risk of mortality for patients with type 2 diabetic nephropathy. J Zhejiang Univ Sci B. 2014;15(1):58-66. doi: 10.1631/jzus.B1300109.
20. Sangsa N. Factors Associated with Mortality in Patients with Coronavirus 2019 (COVID-19) Infection at Roi Et Hospital. Srinagarind Medical Journal. 2022; 37(5): 504-17. (in Thai)
21. Bernal JL, Andrews N, Gower C, Robertson C, Stowe J, Tessier E, et al. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech and Oxford-Astra Zeneca vaccines on covid-19 related symptoms, hospital admissions, and mortality in older adults in England: test negative case-control study. British medical journal. 2021;373:1-10; Doi: 10.1136/bmj.n1088.
22. Kawila R. Clinical effectiveness of remdesivir in the treatment of moderate to severe and critical COVID-19 Infections: a retrospective study. Journal of Nakornping Hospital. 2021;12(2): 1-13. (in Thai)
23. Paranjape N, Husain M, Priestley J, Koonjah Y, Watts C, Havlik J. Early Use of Remdesivir in Patients Hospitalized With COVID-19 Improves Clinical Outcomes: A Retrospective Observational Study. Infectious diseases in clinical practice. 2021;29(5):282-6; Doi: 10.1097/ IPC.0000000000001023.

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม

Drug Use Behavior among Elderly in Nakhon Phanom Province

สุอาจินต์ คะษาวงค์[1] วรินท์มาศ เกษทองมา*[2] วุธิพงศ์ ภักดีกุล[2] กมลชนก คะษาวงค์[1]
Suajin Kasawong[1] Warinmad Kedthongma*[2] Wuttiphong Phakdeekul[2] Kamolchanok Kasawong[1]
[1]โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ประเทศไทย 48190
[1]Phon Sawon Hospital, Nakhon Phanom Thailand 48190
[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47000
[2]Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Campus Thailand 47000

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ 610 คน ระหว่างเดือน 2566 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนารวมทั้งวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย 68.0 ปี (S.D. = 5.9) อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 74.1 ส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.8 กินยาเฉลี่ย 3.4 เม็ด การใช้ยาต่อเนื่องเฉลี่ย 4.6 ปี กินยาเฉลี่ย 1.6 ครั้งต่อวัน บริหารยาเอง ร้อยละ 90.2 พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 80.0 โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ การลืมรับประทานยาตลอดทั้งวัน การหยุดรับประทานยา การไม่แจ้งเภสัชกร การไม่ทิ้งยาหมดอายุที่โรงพยาบาล และไม่เก็บยาห่างจากความชื้น

คำสำคัญ: ยา, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้สูงอายุ

Abstract

This Mixed Methods Research aimed to study drug use behavior among 610 elderly by systematic random sampling during. Data were collected by interviews and in-depth interview question guidelines. Data were analyzed by descriptive statistics, and content analysis. The research found that the majority of samples were female 64.8% [an average age of 68.0 years (S.D. = 5.9)] , living with family 76.2%, had congenital diseases 66.7%, no conditions diseases 74.1 %, Diabetes mellitus 43.2%, followed by Hypertension 40.8%, average number of pills 3.4 tablets, average continuous drug use experience 4.6 years, an average medicine 1.6 times per day, and self-administered medication 90.2%. In addition, the behavioral scores in drug use of samples revealed that the correct medication behavior score was less than 80.0% every question. There was qualitative data supported by key informants, most importantly: forgetting to take medicine all day, stopping taking medicines, failure to notify pharmacist, not throwing expired medicine at the hospital and unprotected medications from moisture.

Keywords: medicine, drug use behavior, elderly

*Corresponding author: E-mail warinmad.k@ku.th

วันที่รับ (Received) 11 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 30 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 11 ต.ค. 2567

บทนำ

ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นจึงเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้หลายประเทศมีรายจ่ายด้านสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุมากขึ้น ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุเองไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มที่ องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าสัดส่วนผู้สูงอายุของไทยจะมากกว่าประเทศอื่นในอาเซียน และไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศอื่นๆ ประมาณ 20 ปี[1] และคาดว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปีและผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราร้อยละ 6.0 ต่อปี[2] นอกจากนี้มีการคาดการณ์ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 2553 ถึง 2583 โดยระบุว่าในปี 2563 มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 9.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมดในปี 2574[3] ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกภาค โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.6 19.1 และ 19.4 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ[4] โดยเฉพาะจังหวัดนครพนมซึ่งมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด[5] ทั้งนี้ จากจำนวนที่เพิ่มขึ้นกอปรกับอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพตามมาหลายด้าน รวมถึงภาวะการเจ็บป่วยซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญตามมา โดยความชราของผู้สูงอายุ อาจเกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายจากยาได้

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมหลายโรค (Multimorbidity) จำเป็นต้องบริโภคยามากกว่า 5 ชนิด (Polypharmacy) ในการรักษาโรคเรื้อรัง[6,7,8,9] อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม[10,11] จึงจำเป็นต่อการศึกษารายละเอียดในเชิงพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสุขภาพด้านยา ตลอดจนกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมและสมเหตุผลในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม
2. เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครพนม นับถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 มากกว่า 6 เดือน เคยไปรับบริการการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4131,668 คน[4] กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)[12] ได้ขนาดตัวอย่าง 600 คน และมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 คน เพื่อป้องกันกรณีที่ข้อมูลสูญหายหรือไม่ครบถ้วน รวมทั้งสิ้น 610 คน จากโรงพยาบาล 11 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)[13,14] เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด และฟังภาษาไทยได้ 3) ยินยอมและเต็มใจ และสามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดการศึกษา เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีโรคหรือเหตุสุดวิสัยที่เป็นอุปสรรคขณะเก็บรวบรวมข้อมูล 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายถิ่นขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)[15] ผู้สูงอายุที่เคยไปรับบริการการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนครพนม จำนวน 19 คน รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดังกล่าว ระหว่าง พ.ศ. 2563-2566 จำนวน 11 คน

เครื่องมือในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน คือ

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และการอาศัยอยู่ร่วมกับใคร

<u>ส่วนที่ 2</u> ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลโรคประจำตัว จำนวนตัวยาที่ใช้ประจำ จำนวน

ยาเม็ดที่รับประทานต่อวัน ประสบการณ์ในการใช้ในการใช้ยารักษาโรค (ปี) จำนวนครั้งที่ใช้ในการรับประทานยาต่อวัน การบริหารจัดการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่สำคัญจากบุคลากรการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 16 ข้อ (คะแนน 0 – 64 คะแนน) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น 4 ตัวเลือก (ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ น้อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย การแปลผลโดยใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการวัดมาเป็นเกณฑ์โดยอ้างอิงเกณฑ์ของ ตวงรัตน์ โพระ และคณะ16 แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 0.0 – 79.9 พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.0 – 100.0 พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Question Guideline) เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 1.0

3. เครื่องมืออื่น ๆ ได้แก่ ผู้วิจัย สมุดบันทึกข้อมูล เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป ที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนใช้งาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน คำนวณได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.6-1.0 เมื่อทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำผลการตอบแบบสอบถาม ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้[14]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผ่านการอนุมัติ วันที่ 3 ตุลาคม 2566 เลขที่ REC 056/66 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

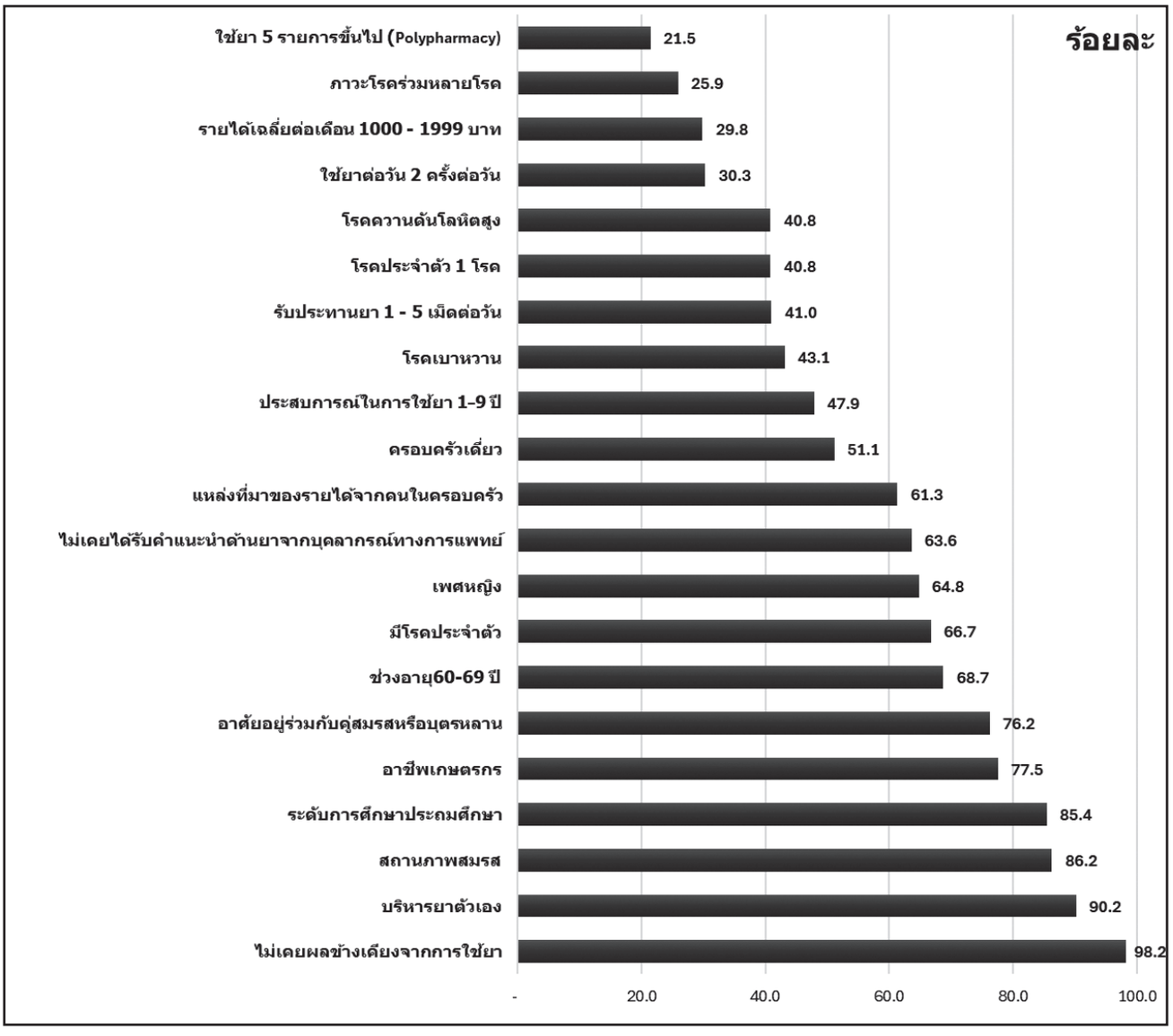
การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานและนัดหมายผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ ก่อนเก็บข้อมูลได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลเชิงประมาณใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เวลาในการทำแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที และข้อมูลเชิงคุณภาพมีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ยินดีให้ข้อมูลจนข้อมูลที่ได้อิ่มตัว ข้อมูลเชิงปริมาณตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) ด้านทฤษฎี (Theoretical Triangulation) และด้านวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)[15]

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด[14] นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview) มาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์[15] เพื่อนำมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย 68.0 ปี (S.D. = 5.9) สถานภาพสมรสร้อยละ 86.2 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 85.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 77.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,700 บาท จากคนในครอบครัวหรือสวัสดิการแห่งรัฐ อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 76.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 เฉลี่ย 1 โรค ไม่มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 74.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.8 จำนวนเม็ดยาที่รับประทานเฉลี่ย 3.4 เม็ด 2.6 รายการ ประสบการณ์ใช้ยาต่อเนื่องเฉลี่ย 4.6 ปี จำนวนครั้งในการรับประทานยาเฉลี่ยใน 1 วันคือ 1.6 ครั้ง บริหารยาเอง ร้อยละ 90.2



ภาพที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลและการใช้ยา (ที่พบมากที่สุดในแต่ละตัวแปร)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ รายได้ส่วนใหญ่รับจากคนในครอบครัว ถึงแม้มีสถานภาพสมรสแต่ต้องอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ด้วยมีโรคประจำตัวไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องใช้ยาหลายขนานในการรักษาโรคแม้ว่ามีประสบการณ์ใช้ยาแต่ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวในการจัดการด้านสุขภาพ

ทั้งนี้พบว่าลักษณะโดยรวมผู้สูงอายุยังต้องต้องพึ่งพิงครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่เป็น Key Informants ในภาษาท้องถิ่น ดังนี้ *“...อิโต้นหลานมัน ป่ได้ไปเรียน...” (ID-16-220367) “...ฉันอยู่กับหลานวันนี้กะอาศัยมันละพามา...มื้อนี้มันเลยป่ได้ไปรับจ้างเก็บพริก” (ID_10_190367) “...ลูกหลานต้องลางานพาไปหาหมอ คันมาดุมันกะเสียเงินหลาย...” (ID-14-220367) “...วันนี้เสียเงิน 500 บาทเหมารถมาหาหมอ...” (ID-15-220367) และ “...วันนี้ให้หลานพามาหาหมอ ..... มื้อนี้เลยป่ได้ไปรับจ้าง...”(ID-10-190367) [แปลความหมายว่า สงสารหลานไม่ได้ไปเรียน วันนี้หลานพามา เลยไม่ได้ไปรับจ้างเก็บพริก ลูกหลานลางานพามาหาหมอ ถ้ามาบ่อยเสียเงินเยอะ]*

ด้านผู้ช่วยเหลือในการบริหารยา พบว่าผู้สูงอายุบริการยาด้วยตัวเอง ร้อยละ 90.2 ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยใช้ยาด้วยตนเอง มีโอกาสทั้งใช้ยาได้ถูกต้อง และไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ กรณีที่ผู้สูงอายุใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การมีผู้ดูแลย่อมลดโอกาสการบริหารยาที่ไม่ถูกต้องได้ ทั้งนี้ มีคำพูดจากการสัมภาษณ์เชิง

ลึกบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ *“ห่วงผู้สูงอายุ ที่ไม่กินยา ไม่รู้หนังสือ การช่วยเหลือให้สามารถกินยาได้ถูกต้อง การมี Care Giver หรือลูกดูแล และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุ Care Giver สหวิชาชีพ เรื่องการใช้ยา ทำรูปแบบเภสัชปฐมภูมิเยี่ยมบ้านผู้ป่วย” (ID-04-180368)*

ด้านบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 98.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่สำคัญจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมากถึง ร้อยละ 63.8 รวมทั้งจากการสังเกตในระหว่างรวบรวมข้อมูล การสนทนาของบุคคลากรทางการแพทย์เวลาในการแนะนำยาเพิ่มเติมที่แหมาะสมจะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการคำแนะนำการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ มีคำพูดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่เป็น Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ *“...ยายอยากให้คุณหมอบอกว่ายายต้องทำตัวยังไงกับให้กินยายังไง...” (ID-14-210367) “อยากได้คำแนะนำจากเพิ่นว่าการใช้ยานิใช้จั่งใด แล้วก็การกินของยาแล้วก็ผลข้างเคียงว่าจะเกิดอะไรบ้าง” (ID-12-210367)* และ *“...ข่อยอยากฮู่ว่าการใช้ยาแล้วเป็นจั่งใด ละกะการใช้ยาในชีวิตประจำวันมีอิหยังต้องระมัดระวังแน่..” (ID-13-210367) [แปลความหมายว่า ยายอยากให้คุณหมออธิบายว่ายายต้องปฏิบัติตัวและรับประทานยายังไง อยากได้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าควรใช้ยายังไง ฉันอย่างทราบว่าการใช้ยาเป็นยังไง และการใช้ยาควรระมัดระวังอะไรบ้าง]*

ทั้งนี้ ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้สูงอายุ ที่สำคัญ ได้แก่ *“ปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุ...ป่วยด้วยโรค NCDs และ โรคอื่นๆเพิ่มมากขึ้นคงปฏิเสธไม่ได้ครับว่ามีการใช้ยาหลายขนานหลายชนิดในการรักษา ...” (ID_03_180367) “ยังไงหมอต้องสั่งให้คนไข้อยู่แล้วเพราะด้วยโรคที่เป็นอยู่ทั้งเบาหวาน ความดัน นอนไม่หลับยังไงยาต้องเกิน 5 รายการอยู่แล้วหรืออาจจะเกิน 10 รายการถ้ามีโรคเพิ่ม ” (ID_01_160367)* และ *“ผู้สูงอายุมีภาวะโรคร่วมหลายโรค จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน” (ID_01_160367; ID_180367)*

ตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n = 610)

ข้อคำถาม	พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการใช้ยาถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ตามระยะเวลาการรักษา (การตรวจสอบวิธีบริหารยาก่อนใช้ยา) จำนวน 8 ข้อ คะแนนระหว่าง 8 – 32 คะแนน		
1. เคยลืมใช้ยาทั้งวัน	159	26.1
2. การกินยาทันทีภายหลังลืมทานยา	47	7.7
3. กินยาของเพื่อนที่มีโรคคล้ายกัน	412	67.5
4. หยุดกินยาเมื่อรู้สึกว่าอาการของโรคดีขึ้น	192	31.5
5. หักเม็ดยาเพื่อเตรียมไว้รับประทาน	246	40.3
6. ขอกินยาของเพื่อนที่ป่วยเหมือนกันเมื่อยาหมดก่อนนัด	410	67.2
7. การใช้อาหารเสริม/สมุนไพรช่วยในการรักษาโรค	192	31.5
8. การอ่านฉลากยาให้เข้าใจทุกครั้งก่อนกินยา	328	53.8
2. ด้านการจัดการปัญหาจากการใช้ยาที่เหมาะสม จำนวน 4 ข้อ คะแนนระหว่าง 4 – 16 คะแนน		
9. การสอบถามเภสัชกรก่อนรับยาและเมื่อไม่เข้าใจวิธีใช้ยา	247	40.5
10. การสอบถามเพื่อนเมื่อไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา	89	14.6
11. การจะไม่แจ้งใครถึงแม้จะมีอาการข้างเคียงภายหลังกินยา	308	50.5
12. การแจ้งเภสัชกรเมื่อมีอาการผิดปกติจากการกินยา	300	49.2
3. ด้านการจัดการยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ คะแนนระหว่าง 4 – 8 คะแนน		
13. การนำยาที่หมดอายุและเสื่อมสภาพมาทิ้งที่โรงพยาบาล	132	21.6
14. การทิ้งยาที่เหลือใช้ในถังขยะ	265	43.4
4. ด้านการเก็บรักษายาที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ คะแนนระหว่าง 4 – 8 คะแนน		
15. การเก็บยาใส่ถุงไม่ให้โดนความชื้นจากน้ำ	257	42.1
16. การเก็บยาใส่ถุงใกล้เตาไฟเพื่อสะดวกในการกินยา	413	67.7
พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม (รวม 16 ข้อ)	160	26.2

จากตารางที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม ร้อยละ 26.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และไม่มีข้อคำถามใดที่ผู้สูงอายุได้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 80.0

นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในการใช้ยาหลายขนาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็น Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ *“การใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ Potentially Inappropriate Medications นั่นผมคิดว่าส่วนหนึ่งก็เกิดจาก Polypharmacy ทำให้โอกาสพบการเกิด PIMs มากขึ้น ...บุคลากรทางการแพทย์สั่งจ่ายยาโดยไม่ระมัดระวังในการใช้ในผู้สูงอายุ หรือ เลือกใช้ยาไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย” (ID_03_180367) “มีคนไข้บางคนที่เคยได้ยาช่วยนอนหลับตัวนี้อยู่ก่อนอายุ 65 ปี พอเปลี่ยนยาให้เมาะสมแล้วแล้วเค้าบอกว่ากินตัวนี้แล้วนอนไม่หลับเค้ากินยาตัวเดิมได้มั้ยไม่มีทางเลือกก็ต้องกลับไปจ่ายยานอนหลับตัวเดิม” (ID_08_180367) “บางทีคนไข้ก็อยากได้ยาไปเก็บไว้” (ID_07_180367)*

ทั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลจากการสังเกต และข้อค้นพบจากการศึกษาพบว่า ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถ หลีกเลี่ยงภาวะโรคร่วมหลายโรค ทำให้การรักษาพยาบาลซับซ้อนขึ้น ใช้ยาเพิ่มมาขึ้นในการควบคุมโรค ทำให้เกิดข้อถกเถียงถึงการจ่ายยาหลายขนานในผู้สูงอายุ ดังนั้น การใช้ยาไม่เหมาะสมสามารถช่วยแยก การใช้ยาหลายขนานที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมได้ เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ทั้งนี้ มีคำพูดจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของ Key Informants ที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว คือ *“ควรมีการกำหนดแนวทางการสั่งจ่ายยาในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น “การแก้ไข PIMs ต้องแก้โดยใช้ สหวิชาชีพ เภสัชกรควรมีการส่งต่อข้อมูล เพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาที่เกิด” (ID_04_180367) “ประเด็น PIMs การเพิ่มตัวชี้วัดในยากลุ่มเสี่ยงตาม STOPP/START หรือ Beers Criteria เพื่อควบคุมการสั่งใช้ยาในระดับเขตสุขภาพ หรือ ปรับปรุง CPG ของการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้มีส่วนของการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ หรือ เพิ่มระบบแจ้งเตือนแพทย์ในกรณีสั่งยาที่มีความเสี่ยงต่อผู้สูงอายุครับ” (ID_03_180367)* แสดงว่า การดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการใช้ยาอย่างเหมาะสมและสมเหตุผล สหวิชาชีพด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ควรมีการจัดเตรียมแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากการใช้ยา ที่ได้รับจากโรงพยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ นักวิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรด้านเพศ สอดคล้องกับลักษณะประชากรที่แท้จริง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 สอดคล้องกับข้อมูลสถิติประชากรทั้งในระดับจังหวัด ภาค และประเทศที่พบสัดส่วนระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 55.7 และ เพศชาย ร้อยละ 44.74 ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา7,16,17 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.0 ± 5.9 ปี น้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 91 ปี สัดส่วนช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 48.4 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.2 และช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลสถิติประชากรของประเทศที่พบผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 56.2 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 29.5 และช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ4 อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 65 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ มีกลุ่มผู้สูงอายุที่ อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.8 ซึ่งหากใช้เกณฑ์นี้ จะทำให้ขาดข้อมูล ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของประเทศไทย ที่อายุ 60 – 64 ปี ร้อยละ 24.2 จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ช่วงอายุที่พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจะอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นเป็นส่วนใหญ่[7,18,19] ดังนั้น การแบ่งช่วงอายุตามการวิจัยครั้งนี้มีความเหมาะสมและได้ข้อค้นพบที่เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลไปวางแผนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้ การแบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[7,17,18,19]

ส่วนด้านครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.2 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 51.1 อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ร้อยละ 76.2 รวมทั้งมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สนับสนุนข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ ลักษณะครอบครัวสอดคล้องกับข้อมูลลักษณะครอบครัวไทยที่พบลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคอยดูแลในการเข้ารับการรักษานั้น สะท้อนให้เห็นการพึ่งพิงวัยแรงงานในครัวเรือนของผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดของปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ขาดแคลน ขาดยานพาหนะ ไม่มีระบบขนส่ง

สาธารณะ ขาดผู้ดูแลพาไป กระทบทั้งด้านรายจ่ายและการให้ความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ด้วย[20]

ขณะที่ภาวะการเจ็บป่วยนั้น กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเฉลี่ย 0.97 ± 0.03 โรค สูงสุด 4 โรค ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 40.8 พบภาวะโรคร่วมหลายโรค ร้อยละ 25.9 ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ทำให้พบภาวะโรคร่วมหลายโรคเพิ่มขึ้นอย่างมากจากผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 19.3 ไปสู่ผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 42.5 รวมทั้งมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสนับสนุน ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่ามีภาวะโรคร่วมหลายโรคในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.5 – 98.7[21,22,23] (มีการนิยาม โรคร่วมหลายโรคว่ามี 1 – 2 โรค หรือ มี 2 โรค ขึ้นไป) ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นและพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคอื่นเพิ่ม ทำให้การรักษาต้องซับซ้อนเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลถึงพฤติกรรมการบริโภคยาที่หลงลืมและประสิทธิภาพการดูแลตนเองที่ลดลง[24]

2. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยาที่สำคัญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมียาที่ต้องรับประทานต่อวันเฉลี่ย 2.63 ± 2.56 รายการ สูงที่สุด 11 รายการ ส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาต่อวันอยู่ระหว่าง 1-4 รายการ ร้อยละ 44.6 รับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน พบความชุกของการใช้ยาหลายขนาน ร้อยละ 21.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบการใช้ยาหลายขนานอยู่ระหว่าง ร้อยละ 25.8 – 29.2[8,25,26,27] นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การกินยาเพื่อน ไม่อ่านฉลากยา หยุดกินยาเมื่ออาการดีขึ้นการเก็บยาไม่ถูก เป็นต้น[6,7,9,28]

ทั้งนี้ มีข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่สำคัญคือ การลืมกินยาทั้งวัน การหยุดกินยา การใช้อาหารเสริมหรือสมุนไพรช่วยรักษาโรค การหักเม็ดยาเตรียมไว้กิน การไม่แจ้งเภสัชกรเมื่อมีอาการผิดปกติ การไม่นำยาหมดอายุมาทิ้งที่โรงพยาบาล การทิ้งยาที่เหลือในถังขยะ และการไม่เก็บยาใส่ถุงเพื่อป้องกันความชื้น ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้วางแผนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อพิจารณาในการกำหนดนโยบายการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุของพื้นที่ รวมทั้งการนำไปพิจารณากำหนดมาตรการความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมทบทวนแนวทางการจัดการความปลอดภัยด้านยา[29] (การใช้ยาหลายขนานและการใช้ยาไม่เหมาะสม) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและมีการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งหลายประเทศให้ความสำคัญมาก[30,31,32]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

แพทย์ควรส่งเสริมการใช้ยาถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิกในระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม เภสัชกรควรเน้นการตรวจสอบวิธีบริหารยาก่อนใช้ยา การจัดการปัญหาจากการใช้ยาที่เหมาะสม การเก็บรักษายาที่บ้าน และการจัดการยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุที่เหมาะสม พยาบาลควรมีการจัดสุขศึกษาที่เหมาะสมในการใช้ยา เพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการใช้ยา (การใช้ยาหลายขนานและการใช้ยาไม่เหมาะสม)ในผู้ป่วย ด้วยรูปแบบภาคตัดขวางโดยการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายขนานและการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ และควรเพิ่มการวิจัยและพัฒนา (R & D) แนวทางในการพัฒนาความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย พัฒนา Care Giver และญาติผู้สูงอายุให้จัดการการใช้ยาที่เหมาะสมเบื้องต้น เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

References

1. United Nations. World Population Prospects 2022 Summary of Results. New York: United Nations Publication; 2022.
2. Pradubmook SP, Theerasilp U, & Phetchai P. The Elderly's Life Situations and Determinants of Elderly Violence : The Quantitative Survey in 5 Provinces. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2023;8(5): 472-90. (in Thai)
3. Chewasopit W. Aging Socity: The Changed Marketing Factor. Journal of Mahachulalongkorn rajavidyalaya University Nakhondhat. 2017; 6(1): 38-54. (in Thai)

4. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly statistics. Bangkok: Department of Older Persons; 2024. (in Thai)
5. National Statistical Office. Report on The Elderly Population in Thailand, 2022. Bangkok: National Statistical Office; 2022. (in Thai)
6. Khamcharoen J, Puwarawuttipanit W, & Kositamongkol S. Factors Influencing Ischemic Stroke Patients' Medication Adherence. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 37(2): 111-27. (in Thai)
7. Kaewsoothi T, & Porruan R. Prevalence and Factors Associated with Potentially Inappropriate Medications (PIMs) in Older Patients at Outpatient Clinic: A Tertiary Care Center,Chiangrai Prachanukroh Hospital. Journal of Primary care and family Medicine. 2021; 4(3): 69-80. (in Thai)
8. Meetathip, S. The Relationships between Knowledge, The Number of Drugs Used and Drug Use Problems among Elderly Patients with Chronic Illness at A Medical Clinic. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 23(3): 504–11. (in Thai)
9. Ruangritchankul S. Polypharmacy Use among Older. Ramathibodi Medical Journal. 2018; 41(1): 95-104. (in Thai)
10. Darunthanom W, Utaipiboon C, & Tangchitphisut P. Medication Use Adherence and Behaviors among Elderly Patients with Chronic Diseases in Tambon Hua Ngom, Phan District, Chiang Rai Province. Chiangrai Medical Journal. 2019; 11(1): 19-27. (in Thai)
11. Kulapatsangtong R, Khungtumneum K, & Bunthan W. Factors Related to Polypharmacy Use Behaviorsamong Community-Dwelling Older Persons with Non-Communicable Diseases. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2018; 5(2): 57-71. (in Thai)
12. Krejcie RV, & Morgan W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological measurement. 1970; 30(3): 607-10.
13. Dattalo P. Determining Sample Size : Balancing Power, Precision, and Practicality. Oxford University Press: New York; 2008.
14. Phakdeekul W. Research Methods in Public Health. Sakon Nakhon: Faculty Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus; 2019. (in Thai)
15. Kedthongma W. Course Teaching Documents: Qualitative Research in Public Health. Sakon Nakhon: Faculty of Public Health, Kasetsart University; 2023. (in Thai)
16. Phora T, Melueangnon K, Kanchanarattan P, & Poomtong S. (2021). Development of Tools and Assessment of Rational Drug Use Literacy in Thai People. Pharmaceutical Sciences Journal. 2021; 38(4): 487-502. (in Thai)
17. Koonlawong W, Sooparattanagool S, & Chaisri P. Knowledge and Behaviors of Using Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs among Elderly in Thungfon District. Udonthani. Udonthani Hospital Medical Journal. 2018; 26(2): 99-107. (in Thai)
18. Weerawongsawat K, Sirisopon N, & Phraknoi N. Factors Related to Medicine Consumption Behaviors of the Elderly with Hypertension in Nakhon Ratchasima. Province Journal of Health, Physical Education and Recreation. 2021; 47(1): 49-59. (in Thai)

19. Choothong C. Drugs Use among Ethnic Group Elderly, Soem Ngam District, Lampang Province. Journal of Science and Technology Buriram Rajabhat University. 2023; 4(1): 23-32. (in Thai)
20. Namwong A, Fukfon K, Kajai C, & Lertwacharasakul S. Situations of inequities in access to essential health care services among older people: a qualitative study. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 368-77. (in Thai)
21. Schiltz, NK. Prevalence of Multimorbidity Combinations and Their Association with Medical Costs and Poor Health: A Population-based Study of U.S. Adults. Front Public Health. 2022; 10: 1-11.
22. Jungo KT, Cheval B, & CullatiStéphane, S. Life-course Socioeconomic Conditions, Multimor-bidity and Polypharmacy in Older Adults: A Retrospective Cohort Study. Public Library of Science One. 2022; 17(8): 1-17.
23. Junnaruemit K. Relationship between Comorbidity, Polypharmacy, Physiological Deteriora-tion Severity and Emergency Department Discharge Destination in Elderly Patients. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2021; 23(3): 27-38. (in Thai)
24. Sukrita MS. 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)
25. Hamidah KF, Rahmadi M, & Suprapti B. Prevalence and Factors Associated with Potenti-ally inappropriate Medication and Medication Complexity for Older Adults in the Emergency Department of a Secondary Teaching Hospital in Indonesia. Pharm Pract (Granada). 2022; 20(4): 1-11.
26. Vatcharavongvan P, & Puttawanchai V. Elderly Patients in Primary Care are Still at Risks of Receiving Potentially Inappropriate Medications. Journal of Primary Care & Community Health. 2021; 12: 1-6. (in Thai)
27. Varley A, & Cullinan J. Are Payment Methods for Prescription Drugs Associated with Polyphar-macy in Older Adults in Ireland? Evidence from the TILDA Cohort Study. British Medical Journal Open. 2020; 10(10): 1-10.
28. Tipkanajanaraykha K, & Saleekul 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. (in Thai)
29. Na Nongkhai K. Factors Related Adherence in Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Si Chaingmai Hospital Nongkhai Province. Research and Development Health System Journal. 2022; 15(2): 201-13.
30. Kedthongma W, & Phakdeekul W. Oral Health and Well-being of Elderly During and Post COVID-19 Outbrake. Journal of International Dental and Medical Research. 2022; 15(4): 1672-7.
31. Phakdeekul W, & Kedthongma W. Drug Relapse Therapy with Herbs. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2019; 15(3): 104-12. (in Thai.)
32. Wongpanarak N, & Chaleoykitti S. Quality of Life: A Study of Elderly in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 64-70. (in Thai)

การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง : การพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล - การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Learning Through Simulation: Enhancing Emergency Nursing Competencies in Undergraduate Students - A Phenomenological Study

นัยนา แก้วคง สืบตระกูล ตันตลานุกุล* อรุณรัตน์ พรมมา
Naiyana Kaewkhong Seubtrakul Tantalanukul* Arunrat Phomma
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 53000
Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Thailand 53000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองในการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 18 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน นักศึกษารายงานการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จากความวิตกกังวลสู่ความมั่นใจ และการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม ปัจจัยส่งเสริมการเรียนรู้ ได้แก่ ความสมจริงของสถานการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพ และบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย ส่วนอุปสรรคหลัก คือ ความวิตกกังวลในช่วงแรกและข้อจำกัดด้านทรัพยากร การวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉินจริง

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลอง, การพยาบาลฉุกเฉิน, นักศึกษาพยาบาล, การศึกษาพยาบาล

Abstract

This qualitative study aimed to explore nursing students' learning experiences through simulation in emergency nursing. In-depth interviews were conducted with 18 fourth-year nursing students, and data were analyzed using qualitative content analysis. The findings revealed that learning through simulation enhanced students' analytical thinking, clinical decision-making, and emergency nursing skills. Students reported emotional transitions from anxiety to confidence and improvements in teamwork skills. Factors promoting learning included scenario realism, effective feedback, and a safe learning environment. The main obstacles were initial anxiety and resource limitations. The study identified key factors that contribute to the effectiveness of simulation-based learning in emergency nursing education, including the integration of cognitive, emotional, and practical skills. Students highlighted the importance of repeated practice and

Corresponding Author: seubtrakul@unc.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accept) 9 ก.ย. 2567

reflective debriefing in developing clinical competence. The research also uncovered the potential of simulation in fostering lifelong learning skills and preparing students for global health emergencies. Recommendations for improving simulation-based teaching include increasing scenario diversity, enhancing feedback systems, and investing in modern simulation technologies. This study provides insights for developing simulation-based curricula that effectively prepare nursing students for real-world emergency situations, ultimately contributing to improved patient care and healthcare systems.

Keywords: simulation, emergency nursing, nursing students, nursing education

บทนำ

สถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และมีประสิทธิภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมักเป็นด่านแรกในการประเมิน ให้การช่วยเหลือ และประสานงานในทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน[1] ความหลากหลายและความซับซ้อนของสถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์ ตั้งแต่ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะช็อก ไปจนถึงการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ ล้วนเรียกร้องให้พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจที่เฉียบคมภายใต้ภาวะกดดัน[2] อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นความท้าทายสำคัญในการจัดการศึกษาพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์ฉุกเฉินมีลักษณะเฉพาะที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ มีความเสี่ยงสูง และต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วภายใต้ข้อมูลที่จำกัด การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสร้างความเครียดให้กับนักศึกษา ซึ่งอาจนำไปสู่ความผิดพลาดทางการแพทย์และลดประสิทธิภาพในการเรียนรู้[3] นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโอกาสในการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่หลากหลายในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล ยิ่งเพิ่มความท้าทายในการพัฒนาความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในด้านนี้

ด้วยเหตุนี้ การฝึกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยก่อนการปฏิบัติงานจริงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะและความมั่นใจของนักศึกษาโดยไม่เสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง[4] การฝึกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมจำลองช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากข้อผิดพลาด ฝึกฝนการตัดสินใจ และพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมโดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับผลกระทบร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกซ้ำๆ เพื่อเพิ่มความชำนาญ และได้รับข้อมูลย้อนกลับที่ละเอียดจากอาจารย์ผู้สอนเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยากในสถานการณ์จริง[5] บทบาทของการจำลองสถานการณ์ในการศึกษาพยาบาลจึงทวีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน การจำลองสถานการณ์เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน[6] การจำลองสถานการณ์ช่วยสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่สมจริง เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้ นอกจากนี้ ยังช่วยพัฒนาความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของนักศึกษาก่อนการปฏิบัติงานจริง[7]

การใช้เทคโนโลยีการจำลองสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนสูง (high-fidelity simulation) ช่วยเพิ่มความสมจริงของประสบการณ์การเรียนรู้ โดยสามารถจำลองอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาที่นักศึกษาให้ ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] นอกจากนี้ การจำลองสถานการณ์ยังเอื้อต่อการฝึกทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ[9] การศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลผ่านการใช้สถานการณ์จำลองในการพยาบาลฉุกเฉินจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบของวิธีการสอนนี้ต่อการพัฒนาความสามารถในการพยาบาลฉุกเฉิน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ การตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การวิเคราะห์ประสบการณ์ของนักศึกษายังช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต รวมถึงการ

ออกแบบหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษาและมาตรฐานวิชาชีพอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเชิงลึกถึงประสบการณ์และการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองด้านการพยาบาลฉุกเฉิน โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจกระบวนการคิด อารมณ์ความรู้สึก และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนรู้

2. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการพยาบาลฉุกเฉิน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ การตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล

3. เพื่อค้นหาและอธิบายปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองในบริบทของการพยาบาลฉุกเฉิน โดยพิจารณาทั้งปัจจัยภายในตัวผู้เรียนและปัจจัยแวดล้อมในการจัดการเรียนการสอน

4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการออกแบบและจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลฉุกเฉิน

5. เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จำลองในการศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการเรียนการสอนในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (interpretative phenomenological approach)[10]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในรายวิชาการพยาบาลฉุกเฉิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ในปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้: 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) ผ่านการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองอย่างน้อย 3 ครั้ง ในรายวิชาดังกล่าว 3) มีประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติในแผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถสื่อสารประสบการณ์ของตนเองได้อย่างชัดเจน เกณฑ์การคัดออก: 1) นักศึกษาที่มีประสบการณ์ทำงานในแผนกฉุกเฉินก่อนเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 2) นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกกำหนดโดยหลักการอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) ซึ่งคาดว่าจะอยู่ระหว่าง 15-20 คน[11] สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก อย่างไรก็ตาม หากพบว่าข้อมูลยังไม่อิ่มตัวหลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 20 คน จะมีการเพิ่มจำนวนผู้ให้ข้อมูลจนกว่าจะไม่พบข้อมูลใหม่เพิ่มเติม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะคำนึงถึงความหลากหลายในด้านเพศ อายุ ผลการเรียน และประสบการณ์การฝึกงาน เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและครอบคลุม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่โครงการ COA UPHO REC No.007/2566 วันที่รับรอง 26 ธันวาคม 2565 วันหมดอายุ 25 ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเข้มข้นและการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาลและการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยคำถามหลักและคำถามติดตาม (probing questions) ที่ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้: (1) ประสบการณ์โดยรวมในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (2) การรับรู้ต่อประสิทธิภาพของการจำลองสถานการณ์ในการพัฒนาทักษะการพยาบาลฉุกเฉิน (3) ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการจำลองสถานการณ์ (4) การเปรียบเทียบระหว่างการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองกับการฝึกปฏิบัติจริง (5) ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (6) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน นักการศึกษาพยาบาล และนักวิจัยเชิงคุณภาพ

2. แบบบันทึกการสังเกต (observation form) ใช้สำหรับบันทึกปฏิกิริยา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยหัวข้อการสังเกตที่ครอบคลุมอวัจนภาษา เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และปฏิกิริยาต่อคำถามต่างๆ มีพื้นที่สำหรับบันทึกความคิดเห็นและการตีความเบื้องต้นของผู้วิจัย

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (demographic data form) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล เช่น อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย ประสบการณ์การฝึกงาน และจำนวนครั้งที่เข้าร่วมการจำลองสถานการณ์

ทั้งสามเครื่องมือจะผ่านการทดลองใช้ (pilot testing) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จากนั้นจะมีการปรับปรุงเครื่องมือตามผลการทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง[12]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจะดำเนินการผ่านวิธีการดังนี้:

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth individual interviews) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและสะดวกสำหรับผู้ให้ข้อมูล แต่ละการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) ระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อบันทึกอวัจนภาษาและปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกบันทึกเสียงและถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล[13]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (qualitative content analysis)[14] ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้: 1) การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยการอ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดเทปซ้ำหลายครั้ง 2) การสร้างรหัสเบื้องต้น (initial coding) จากข้อความที่มีความหมายสำคัญ 3) การจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และประเด็นหลัก (main themes) 4) การทบทวนและปรับปรุงประเด็น เพื่อให้มั่นใจในความสอดคล้องและความครอบคลุม 5) การกำหนดชื่อและคำอธิบายสำหรับแต่ละประเด็น และ 6) การเขียนรายงานผลการวิเคราะห์ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัย จะมีการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูลและผู้วิเคราะห์ รวมถึงการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความ[15]

ผลการวิจัย

1. ประสบการณ์และการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ข้อค้นพบ การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาทักษะการคิด การจัดการอารมณ์ และการปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษา ทำให้เกิดความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

“การจำลองสถานการณ์ทำให้ผมต้องคิดเร็วและรอบคอบไปพร้อมๆ กัน มันท้าทายมากที่ต้องนำความรู้ทั้งหมดมาใช้ในเวลาอันสั้น แต่ก็ทำให้เห็นภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ชัดเจนขึ้น” (ID 01)

“ตอนแรกๆ ผมรู้สึกสับสนมาก ไม่รู้ว่าควรทำอะไรก่อนหลัง แต่พอได้ฝึกบ่อยๆ ผมเริ่มเห็นแพทเทิร์นในการคิดและตัดสินใจ ทำให้จัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้เป็นระบบมากขึ้น” (ID 02)

“ตอนแรกก็กลัวมาก กลัวทำผิด แต่พอทำไปเรื่อยๆ ก็รู้สึกสนุกและอยากเรียนรู้มากขึ้น มันเหมือนเราได้เห็นพัฒนาการของตัวเองในแต่ละครั้ง ทำให้รู้สึกฮึกเหิมใจและมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาตัวเองต่อไป” (ID 03)

2. ผลกระทบของการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการพยาบาลฉุกเฉิน ข้อค้นพบ การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองมีผลกระทบเชิงบวกอย่างมากต่อการพัฒนาความสามารถในการพยาบาลฉุกเฉิน ทั้งในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ การตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ช่วยให้นักศึกษาเกิดความพร้อมในการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด

“การได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทำให้ผมเข้าใจทฤษฎีที่เรียนในห้องได้ชัดเจนขึ้นมาก เช่น เรื่อง ABC ในการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน พอได้ลงมือทำจริงๆ ก็เห็นภาพว่าทำไมต้องทำตามลำดับนี้” (ID 02)

“สถานการณ์จำลองช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงระหว่างอาการและอาการแสดงกับพยาธิสภาพของโรค ทำให้

เข้าใจเหตุและผลได้ดีขึ้น ไม่ใช่แค่ท่องจำอย่างเดียว” (ID 05)

“การได้ฝึกซ้ำๆ ในสถานการณ์จำลองทำให้การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นเรื่องที่ทำได้อย่างคล่องแคล่วมากขึ้น จากที่เคยใช้เวลานาน ตอนนี้สามารถประเมินได้รวดเร็วและแม่นยำขึ้นมาก” (ID 07)

3. ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ข้อค้นพบ ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ความสมจริงของสถานการณ์จำลอง การให้ข้อมูลย้อนกลับที่ละเอียดและสร้างสรรค์จากอาจารย์ บรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและเปิดโอกาสให้ทำผิดพลาดได้ การทำงานเป็นทีมและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเพื่อนร่วมชั้น ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ความวิตกกังวลและความเครียดในช่วงแรกของการเรียนรู้ ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรในการจัดสถานการณ์จำลอง ความแตกต่างระหว่างสถานการณ์จำลองกับสถานการณ์จริงในบางแง่มุม และการขาดความพร้อมด้านความรู้พื้นฐานของนักศึกษาบางคน การตระหนักถึงปัจจัยเหล่านี้อย่างละเอียดสามารถนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างปัจจัยส่งเสริมและหาวิธีจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้นักศึกษาได้รับประโยชน์สูงสุดจากการเรียนรู้ในรูปแบบนี้ ดังตัวอย่างคำพูด

“สิ่งที่ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากคือความสมจริงของหุ่นจำลองและอุปกรณ์ต่างๆ มันทำให้เรารู้สึกเหมือนกำลังดูแลผู้ป่วยจริงๆ ทำให้เราตั้งใจและทุ่มเทกับการฝึกมากขึ้น” (ID 01)

“สิ่งที่มีค่ามากคือการได้รับ feedback จากอาจารย์หลังจบสถานการณ์ อาจารย์จะชี้ให้เห็นทั้งจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนา พร้อมให้คำแนะนำที่นำไปใช้ได้จริง ทำให้เรารู้ว่าต้องปรับปรุงอะไรบ้าง” (ID 02)

“การที่อาจารย์สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย ไม่ตำหนิเมื่อเราทำผิด แต่ใช้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ ทำให้เรากล้าที่จะลองทำสิ่งใหม่ๆ โดยไม่กลัวความผิดพลาด” (ID 05)

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ข้อค้นพบ สามารถพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ เพิ่มความถี่และความหลากหลายของสถานการณ์จำลองในหลักสูตร พัฒนาระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ ส่งเสริมการบูรณาการความรู้ทฤษฎีกับการปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง จัดเตรียมทรัพยากรและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มความสมจริงของสถานการณ์ พัฒนาทักษะการสอนและการออกแบบสถานการณ์จำลองของอาจารย์ การนำข้อเสนอแนะเหล่านี้ไปปฏิบัติจะช่วยยกระดับคุณภาพของการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลอง โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคต นอกจากนี้ยังควรมีการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการเรียนการสอน ดังตัวอย่างคำพูด

“อยากให้มีการจัดสถานการณ์จำลองบ่อยขึ้น และมีความหลากหลายมากขึ้น เช่น การจำลองสถานการณ์อุบัติเหตุหมู่ หรือการช่วยเหลือผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้เราได้เตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น” (ID 1)

“เราควรพัฒนาแนวทางการให้ feedback ที่เป็นระบบมากขึ้น โดยเน้นการชี้ให้เห็นทั้งจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนา พร้อมให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงและนำไปปฏิบัติได้จริง” (ID 5)

“เราควรลงทุนในเทคโนโลยีการจำลองสถานการณ์ที่ทันสมัย เช่น หุ่นจำลองความเสมือนจริงสูง (high-fidelity mannequins) หรือระบบจำลองเสมือนจริง (virtual reality) เพื่อเพิ่มความสมจริงและประสิทธิภาพในการเรียนรู้” (AID 01)

5. องค์ความรู้ใหม่ ข้อค้นพบ การวิจัยนี้ได้เผยให้เห็นถึงกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จำลองที่มีลักษณะเฉพาะในบริบทของการพยาบาลฉุกเฉิน โดยพบว่าการพัฒนาความสามารถของนักศึกษาเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการคิดวิเคราะห์ การจัดการอารมณ์ และการปฏิบัติในสถานการณ์ที่มีความกดดัน การสะท้อนคิดและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเพื่อนร่วมชั้นมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้ การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาความมั่นใจและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและเห็นผลชัดเจนผ่านการฝึกซ้ำในสถานการณ์จำลอง องค์ความรู้ใหม่นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองในการพัฒนาความสามารถแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการบูรณาการระหว่างความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติ การสะท้อนคิด และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาความมั่นใจและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ ดังตัวอย่างคำพูด

"การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองทำให้ผมเข้าใจว่าการเป็นพยาบาลฉุกเฉินไม่ใช่แค่เรื่องความรู้และทักษะ แต่ยังต้องรู้จักควบคุมอารมณ์และความเครียดด้วย การได้ฝึกบ่อยๆ ช่วยให้เราพัฒนาทั้งสามด้านไปพร้อมๆ กัน" (ID 03)

"การได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนๆ หลังจบสถานการณ์จำลอง ทำให้เราได้เรียนรู้จากมุมมองที่หลากหลาย บางครั้งเพื่อนก็สังเกตเห็นสิ่งที่เราไม่ทันสังเกต ทำให้เราเข้าใจสถานการณ์ได้ครอบคลุมมากขึ้น" (ID 06)

"เราเห็นว่านักศึกษาสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติได้ดีขึ้นหลังจากผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง พวกเขาเริ่มเข้าใจว่าทำไมต้องเรียนทฤษฎีบางอย่าง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม" (AID 03)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ประสบการณ์และการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองด้านการพยาบาลฉุกเฉิน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองสร้างประสบการณ์ที่มีความหมายและส่งผลกระทบเชิงบวกต่อกระบวนการคิด อารมณ์ความรู้สึก และปฏิสัมพันธ์ของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์[16] ที่เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติและการสะท้อนคิด ในด้านกระบวนการคิด นักศึกษารายงานการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่พบว่าการจำลองสถานการณ์ช่วยพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและต้องการการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ในแง่ของอารมณ์ความรู้สึก ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงจากความวิตกกังวลในช่วงแรกไปสู่ความมั่นใจและกระตือรือร้นเมื่อได้รับประสบการณ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา[5] ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ด้านปฏิสัมพันธ์ การวิจัยพบว่าสถานการณ์จำลองส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[4] ที่ชี้ให้เห็นว่าการจำลองสถานการณ์ช่วยพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในการเรียนรู้ของนักศึกษา[17]

2. ผลกระทบของการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการพยาบาลฉุกเฉิน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกของการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการพยาบาลฉุกเฉินในหลายมิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[10] ที่พบว่าการจำลองสถานการณ์มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะปฏิบัติ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาล ในด้านความรู้ นักศึกษารายงานว่าสามารถเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่พบว่าการจำลองสถานการณ์ช่วยเพิ่มความเข้าใจในหลักการทางทฤษฎีและการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ด้านทักษะปฏิบัติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงการพัฒนาความสามารถในการประเมินผู้ป่วย การจัดลำดับความสำคัญ และการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่พบว่าการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาทักษะการพยาบาลฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตัดสินใจทางคลินิกเป็นอีกหนึ่งด้านที่ได้รับการพัฒนาผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง สอดคล้องกับการศึกษา[4] ที่พบว่าการจำลองสถานการณ์ช่วยพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดัน นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกปฏิบัติผ่านการจำลองสถานการณ์ช่วยพัฒนาความสามารถในการประเมินภาวะวิกฤติและการให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ[18]

3. ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง การวิจัยได้ระบุปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ซึ่งรวมถึงความสมจริงของสถานการณ์จำลอง การให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพ และบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัย[5] ที่เน้นย้ำความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่สนับสนุนและปลอดภัยในการจำลองสถานการณ์ อุปสรรคที่พบ เช่น ความวิตกกังวลในช่วงแรกและข้อจำกัดด้านทรัพยากร สอดคล้องกับการศึกษา[3] ที่ระบุถึงความท้าทายในการจัดการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลอง รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนับสนุนและปลอดภัยสามารถลดความเครียดและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษา[19]

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย เช่น การเพิ่มความหลากหลายของสถานการณ์จำลอง การพัฒนาระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการลงทุนในเทคโนโลยีการจำลองสถานการณ์ที่ทันสมัย สอดคล้องกับแนวทาง[20] ในการพัฒนาคุณภาพของการจัดการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลองในการศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาที่แนะนำให้มีการพัฒนาหลักสูตรที่เน้นการใช้เทคโนโลยีและการสร้างสถานการณ์จำลองที่มีความสมจริงสูงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้[21]

5. องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จำลอง การวิจัยนี้ได้เผยให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการทักษะทางปัญญา อารมณ์ และการปฏิบัติในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง สอดคล้องกับแนวคิด[2] ที่เสนอว่าการจำลองสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพควรพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้เรียนไปพร้อมกัน นอกจากนี้ การค้นพบเกี่ยวกับบทบาทของการสะท้อนคิดและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[22] ที่เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้การสะท้อนคิดหลังการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ทักษะในการปฏิบัติจริง[23]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. บูรณาการสถานการณ์จำลองในหลักสูตร: เพิ่มความถี่และความหลากหลายของสถานการณ์จำลอง โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลฉุกเฉิน เชื่อมโยงทฤษฎีและปฏิบัติผ่านการทบทวนความรู้และอภิปรายเชิงวิเคราะห์

2. พัฒนาระบบการให้ข้อมูลย้อนกลับและการประเมินผล: ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการให้ข้อมูลย้อนกลับและพัฒนาเครื่องมือประเมินผลที่ครอบคลุมทุกด้านของสมรรถนะทางวิชาชีพ

3. ลงทุนในเทคโนโลยีและพัฒนาศักยภาพอาจารย์: จัดสรรงบประมาณสำหรับเทคโนโลยีการจำลองสถานการณ์ที่ทันสมัย พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ในการออกแบบและดำเนินการสอนผ่านสถานการณ์จำลอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลระยะยาว: ดำเนินการวิจัยเชิงติดตามผลเพื่อประเมินผลกระทบของการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองต่อสมรรถนะทางวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจริงระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบดั้งเดิม

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลองที่เหมาะสมกับบริบทของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยและพัฒนา

3. การศึกษาผลกระทบของเทคโนโลยีสมัยใหม่: วิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง เทคโนโลยีเสริมจริง และปัญญาประดิษฐ์ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาลฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับวิธีการจำลองสถานการณ์แบบดั้งเดิม

References

1. Toney-Butler TJ, & Thayer JM. Nursing process. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
2. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Bowling AM, Nwafor CE, & Tsaras K. High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic review. Nurse Education Today: An International Journal for the Education of Nurses and Health Professionals. 2019;76(1):35-52.
3. Cant RP, Cooper SJ, Lam L, & Cooper S. High-fidelity simulation in nursing education: A systematic review and meta-analysis. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare. 2019; 14(6):434-42.
4. Kim J, Park JH, & Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. BioMed Central Medical Education. 2022;22(1):240-50.

5. Tyerman J, Luctkar-Flude M, Graham L, Coffey S, & Olsen-Lynch E. A systematic review of health care presimulation preparation and briefing effectiveness. Clinical Simulation in Nursing. 2019;27(1):12-25.
6. Jarvill M, Jenkins S, Akman O, Astroth KS, Pohl C, & Jacobs PJ. Effect of simulation on nursing students' medication administration competence. Clinical Simulation in Nursing. 2021;51(1):32-42.
7. Lee J, Lee Y, Lee S, & Bae J. Effects of high-fidelity patient simulation led clinical reasoning course: Focused on nursing students' clinical reasoning and self-confidence. Nurse Education Today. 2020;91(1):1044-62.
8. Padilha JM, Machado PP, Ribeiro A, & Ramos J, Costa P. Clinical virtual simulation in nursing education: Randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research. 2019; 21(3):e11529-40.
9. Jakobsen RB, Gran SF, Grimsmo B, Arntzen K, Fosse E, Frich JC, et al. Examining participant perceptions of an interprofessional simulation-based trauma team training for medical and nursing students. Journal of Interprofessional Care. 2020;34(4):503-13.
10. Smith J, Johnson A, Williams B, Brown C, & Davis E. Interpretative phenomenological analysis in nursing research: A comprehensive guide. Qualitative Health Research. 2022;32(4): 733-48.
11. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, & Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. BioMed Central Medical Research Methodology. 2018; 18(1):148-58.
12. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, & Kangasniemi M. Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. Journal of Advanced Nursing. 2016;72(12):2954-65.
13. Phillippi J, & Lauderdale J. A guide to field notes for qualitative research: Context and conversation. Qualitative Health Research. 2018;28(3):381-8.
14. Braun V, & Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qualitative Psychology. 2021;9(1):3-26.
15. Korstjens I, & Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. European Journal of General Practice. 2018;24(1):120-4.
16. Kolb AY, & Kolb DA. Experiential learning theory as a guide for experiential educators in higher education. Experiential Learning & Teaching in Higher Education. 2017;1(1):7-44.
17. Srisomboon P, Phianthanyakam N, & Attham W. Empowerment of positive thinking to develop the ability to caring of critically ill children for generation Z nursing students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1): 240-56. (in Thai)
18. Nakrai N, & Aungsuroch Y. Relationships between nurses' work characteristics, work environment, work engagement and quality of care, university hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):312-20. (in Thai)
19. Kantamas B, Bunthumporn N, & Soonthonchaiya R. The effects of social support program on burnout in caregivers of bedridden patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):160-7. (in Thai)

20. Cant RP, Cooper SJ, Lam LMC, Lasschuit JWJ, & Tafili V. Effectiveness of simulation-based learning in nurse education: An umbrella review. College Student Journal. 2021;55(3): 247-65.
21. Thungtong S. A Study of the Feasibility of Clinical Nursing Practice Guidelines for Assessment and Prevention of Acute Kidney Injury in Critical Surgical Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):313-22. (in Thai)
22. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology. 2018;69(1):1-26.
23. Sattayathum C, & Chansuk P. Positive thinking: The nursing application in mental health promotion to a new normal. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3):38-45. (in Thai)

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Factors Predicting Mental Health Status among Caregivers of Children with ADHD During the COVID-19 Pandemic

จิดาภา ผูกพันธ์[1] รรฤณ แสงแก้ว*[2] สิทธิพงศ์ ปาปะกัง[3]
Jidapa Poogpan[1] Rarin Saengkaew*[2] Sittipong Papakang[3]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150
[1]Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand 44150
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
[2]Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand 10900
[3]โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44000
[3]Mahasarakham hospital, Mahasarakham, Thailand 44000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ความสามารถในการดูแล และปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 80 ราย ได้จากการสุ่มแบบง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 3) ภาวะสุขภาพจิต (Thai GHQ-28) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.20 ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 96.10, SD = 13.20) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 78.80 (M= 0.20, SD = 0.40) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 (SD = 3.70) นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 10.20 (R^2 = .102, P<.05) ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพจิต, ความสามารถของผู้ดูแล, เด็กสมาธิสั้น, COVID-19

Abstract

This research aimed to examine the mental health status of caregivers of children with attention health deficit hyperactivity disorder (ADHD), their caregiving abilities, and the predictive factors for their mental during the COVID-19 pandemic. The sample consisted of 80 caregivers of children with ADHD, selected using simple random sampling with a random number table. Data collection tools included the following

Corresponding Author: *E-mail: rarin.s@ku.ac.th

วันที่รับ (Received) 9 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 15 ก.พ. 2568

questionnaires: 1) demographic information, 2) caregiving abilities for children with ADHD, and 3) mental health status (Thai GHQ-28), with Cronbach's alpha coefficients of 0.88 and 0.91, respectively. Data were analyzed using stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority of the participants were female (81.20%). The caregiving abilities of the caregivers were at a moderate level overall (M = 96.10, SD = 13.20). Most caregivers had no mental health problems (78.80%, M = 0.20, SD = 0.40), with a mean score of 1.90 (SD = 3.70). Additionally, it was found that caregiving abilities and the presence of chronic illnesses in children with ADHD were significant predictors of the caregivers' mental health during the COVID-19 pandemic, accounting for 10.20% of the variance (R^2 = .102, P < .05). These findings can serve as a foundation for developing nursing models to enhance the caregiving abilities of caregivers of children with ADHD in the future.

Keyword: Mental Health Status, Caregivers caring ability, ADHD Children, COVID-19

บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน และทำให้เสียหน้าที่ในการเรียน การทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กและทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน ด้านภาพพจน์ของตนเอง ด้านครอบครัว และการปรับตัวในสังคม[1] ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 6.5-8.1% ในเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในเด็กชั้นประถมศึกษา อายุ 6-11 ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่อยู่ราว 5%[2,3] สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นของคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งจากสถิติการเข้ารับการรักษาที่คลินิกฯ ช่วงปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มากกว่าร้อยละ 50[4] ซึ่งมีการศึกพบว่าการมีบุตรสมาธิสั้นย่อมส่งผลกระทบเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตของมารดา เพราะประสบปัญหาในการควบคุมเลี้ยงดูบุตรต้องดูแลบุตรเพิ่มขึ้น เช่น การรับประทานยา การพามาตรวจรักษา การปรับพฤติกรรม รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย[5] ภาระที่เพิ่มขึ้นต้องก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น[6] และนอกจากนี้ยังพบว่าการที่มีบุตรสมาธิสั้นในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ทำให้เพิ่มระดับความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้เกิดปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวขาดความสงบสุข ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในอาชีพการงาน เนื่องจากเสียเวลาไปกับการดูแลเด็กมาก

ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การปิดโรงเรียน การเรียนออนไลน์ และการจำกัดกิจกรรมกลางแจ้ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์เพิ่มขึ้นในช่วงวิกฤต COVID-19 เช่น การขาดสมาธิที่รุนแรงขึ้น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า[7] ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อเด็ก แต่ยังเพิ่มความเครียดและภาระทางจิตใจให้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบกับภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีในช่วงการระบาดของโรค เนื่องจากการต้องดูแลเด็กในสภาพแวดล้อมที่มีข้อจำกัด ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจและการขาดเครือข่ายสนับสนุน[8,9] โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลมักต้องเผชิญกับภาระด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียดเรื้อรัง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม[10] และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าวเด็กต้องขาดเรียน เรียนในรูปแบบออนไลน์ที่บ้าน มารดาหรือผู้ดูแลหลักยิ่งต้องให้การดูแลเด็กเป็นพิเศษและมากกว่าปกติเพื่อให้เด็กได้เรียนตามหลักสูตร ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวลเป็นผลต่อภาวะ

สุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น

สุขภาพจิต คือ สภาพของจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม[11] สุขภาพจิตของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ตัวเด็ก เช่น เด็กที่แม่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นถึงห้าเท่า ซึ่งการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมักมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง เนื่องจากมีความเครียดจากการเลี้ยงดู ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง[12] หากผู้ดูแลเด็กมีสุขภาพจิตที่ดี มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยซึ่งจะส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้นโดยตรง

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา แม้มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่ยังไม่มีความชัดเจนถึงการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สถานการณ์ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของ COVID-19 ต่อสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปและครอบครัวเด็กสมาธิสั้น แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล การวิจัยนี้ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลทั้งของเด็กสมาธิสั้นและของผู้ดูแลที่อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งความสามารถดังกล่าวเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลในช่วงวิกฤต COVID-19 การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้จะช่วยให้สามารถพัฒนากลยุทธ์การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง และความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของ COVID-19 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนามาตรการสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวมีสุขภาพจิตที่เหมาะสม และสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในการดูแลบุตร รวมทั้งดำเนินชีวิตได้อย่างปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาประเด็นต่าง ๆ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
2. เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น[13] สร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดสุขภาพจิตของ Goldberg[11] ซึ่งภาวะสุขภาพจิตเป็นสภาวะที่บุคคลสามารถที่จะปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ต้องมีความสามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตได้ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ รวมถึงสถานการณ์การเกิดโรคระบาดรุนแรงที่เกิดขึ้น ย่อมทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือ Thai-GHQ 28[14] ซึ่งปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการทำนายในการศึกษาครั้งนี้คือ 1. ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ เพศ โรค ประจำตัวร่วมระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และ 2. ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการเรียน การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะสังคม และด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive study) ตัวแปรที่วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น และความสามารถในการดูแลเด็ก

โรคสมาธิสั้น ในช่วงที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 2019

ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ที่พาเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษา ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่พาเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษา ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ 2. มีความเต็มใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย 4. ไม่มีการเจ็บป่วยทางกายและจิตจากการวินิจฉัยของแพทย์ กำหนดกลุ่มอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่[15] โดยสมมติค่าสัดส่วนเท่ากับ .05 และที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นคือ ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของที่กำหนด ที่พาบุตรหลานมารับการรักษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2565-กันยายน 2566 จำนวน 80 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม[16]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประวัติการคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง พัฒนาการ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ยาที่ได้รับ และโรคประจำตัวอื่น ๆ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกันสุขภาพ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย หน้าที่ดูแลในการดูแลเด็ก โรคประจำตัว และผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พาสินี แจ่มจ้า[17] ครอบคลุมกิจกรรมในการวางแผน การลงมือกระทำ การติดตามผล และการประเมินผลการกระทำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน 1) การให้ยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ 2) การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด 3) การส่งเสริมการเรียน จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด 4) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด 5) การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและฝึกทักษะสังคม จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 4 ข้อและข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ 6) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 4 ข้อและข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (<100-124 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 50-79 (<62-99 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 50 (<61 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ และการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต Thai General Health Questionnaire-28 (Thai GHQ-28) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาโดย Goldberg แปลเป็นภาษาไทย แบบวัดสุขภาพจิต (Thai GHQ-28) มีข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 7 ข้อคำถาม คือ กลุ่มที่ 1 ด้านอาการทางกาย (Somatic symptoms) กลุ่มที่ 2 ด้านอาการวิตกกังวลและ การนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) กลุ่มที่ 3 ด้าน ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และ กลุ่มที่ 4 ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีปัญหาสุขภาพจิต การแปลผลใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Goldberg โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 5/6 คะแนน หากได้คะแนน รวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอเอกสารรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 336-305/2565 วันที่รับรอง 20 ตุลาคม 2565–19 ตุลาคม 2566 และขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 65-02-063 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม 2565 – 24 ตุลาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การเผยแพร่ผลวิจัยจะเป็นความลับ โดยผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นรับสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ซึ่งผู้ที่ไม่เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยไม่ได้ผลกระทบทางลบใด ๆ และลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม และประสานพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้ามารับการรักษาในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 โดยใช้ห้องประชุมในคลินิก ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างนำส่งในกล่องทึบที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ตัวแปรต้นที่สามารถทำนายตัวแปรตามโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยกำหนดให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นตัวแปรตาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ 1) ตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องและตัวแปรที่ไม่ได้เป็นค่าต่อเนื่องผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้ ตัวแปรความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อายุของเด็กสมาธิสั้น อายุของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และรายได้ของครอบครัว โดยใช้วิธีสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation)

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.20 มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน ร้อยละ 58.70 (M=47.60, SD=12.20) สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.70 มีความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 42.20 มีระยะเวลาการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 ปี (SD=3.7) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 28.60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.00 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 20,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 28.70 (M= 23,041.70 (SD=38,374.30) บุคคลอื่นในครอบครัวช่วยในการดูแลเด็ก เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย น้า ลุง ป้า และญาติ ร้อยละ 75.00 ผู้ดูแลมีเวลาโดยเฉลี่ยในการดูแลเด็กของผู้ดูแลโดยไม่นับเวลานอน ในช่วงวันธรรมดาโดยคิดหน่วยเป็นชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.21 ชั่วโมง (SD = 4.80) ในช่วงวันหยุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.13 ชั่วโมง (SD = 6.10) ภาวะสุขภาพ โดยรวมของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 72.50 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลบุตรเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ร้อยละ 83.80 โดยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลในด้านการเรียน เช่น การเรียนรู้ช้า การเขียนหนังสือ ร้อยละ 47.50

ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.30 มีอายุอยู่ในช่วง 7-12 ปี ร้อยละ 73.80 (M= 9.70, SD = 2.70) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.20 มีพี่น้อง ร้อยละ 63.70 โดยเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 70.00 สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ร้อยละ 73.80 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้นคิดเป็นปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD= 2.80) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ได้รับยาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 57.50 มีระยะเวลาการมาพบแพทย์ตามนัดคิดเป็นเดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 (SD = 1.30)

ตาราง 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน (n = 80)

ภาวะสุขภาพจิตรายด้าน	คะแนนภาวะสุขภาพจิต		แปลผล
	Mean	SD	
ด้านอาการทางกาย	0.60	1.30	ปกติ
ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	1.30	2.40	ปกติ
ด้านความบกพร่องทางสังคม	0.50	1.10	ปกติ
ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	0.10	0.30	ปกติ

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (M = 1.30, SD = 2.40) รองลงมาคือด้านอาการทางกาย (M= 0.60, SD = 1.30) ด้านความบกพร่องทางสังคม (M = 0.50, SD = 1.10) และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (M= 0.1, SD = 0.3) และผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1.9 (SD = 3.7) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 78.80 (M= 0.20, SD = 0.40) และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 21.20 (M= 8.20, SD = 3.60)

ตาราง 2 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	ระดับความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น			
	ความถี่	ร้อยละ	Mean	SD
ระดับสูง (100-124 คะแนน)	39	48.80	106.30	5.10
ระดับปานกลาง (62-99 คะแนน)	40	50.00	87.30	8.90
ระดับต่ำ (<62 คะแนน)	1	1.20	46.00	0.00
ค่าเฉลี่ยรวม	= 96.10 (SD =13.20) (ระดับปานกลาง)			

จากตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 96.10, SD = 13.20) เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน (n = 80)

ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	Mean	SD	ระดับความสามารถในการดูแล
1. การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง	12.90	2.30	สูง
2. การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน	19.70	3.50	สูง
3. การส่งเสริมการเรียน	18.40	4.70	ปานกลาง
4. การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ	9.90	2.60	สูง
5. ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะสังคม	17.80	2.40	ปานกลาง
6. ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม	17.40	2.60	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน (M = 19.70, SD = 13.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ (M = 9.90, SD = 2.60)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญที่ .05

ตาราง 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเชิงทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (n = 80)

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	P
ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	.065	.230	2.125*	.037
การมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น	-1.819	-.217	-2.010*	.048
Constant = - 3.828	R = .320	R2 = .102	F =4.040	.048

* p < .05

จากตารางที่ 4 ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ r = .235 (p<.05) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น เพศของเด็กสมาธิสั้น เพศของผู้ดูแล และโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial correlation) พบว่า โรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ r_{pb}= -.223 (p<.05) 4) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) กล่าวคือทุกคู่มีค่า r<0.65 5) ตัวแปรทำนายที่เป็นค่าต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ 6) ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้น พบว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ หรือมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นทุกตัวแปรมีค่าคงที่ 7) ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน และ 8) ทดสอบค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนผลพบว่าเท่ากับศูนย์

4.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในเชิงทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังจากผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น เข้าในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญที่ .05 ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น สามารถร่วมทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 10.2 (R^2 = .102, P<.05) โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีน้ำหนักพยากรณ์สูงสุดคือ ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น (Beta = .230, -.217)

จากผลการวิจัยสามารถนำค่าสัมประสิทธิ์ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดังนี้ Y = -3.828 + .065 (ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น) + (-1.819) (การมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น) จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า ทุกหน่วยที่เพิ่มขึ้นของความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และทุกหน่วยที่ลดลงของการมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น จะทำให้สุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดีขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 78.80) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำ (M=0.19, SD= 3.70) สะท้อนว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดได้ดีในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และพบว่าผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 75.00 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย และคู่สมรส มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การระบาดของ COVID-19[18,19]

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์รายด้านของภาวะสุขภาพจิต พบว่า ด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (M=1.30, SD= 2.40) ซึ่งอาจเกิดจากความรับผิดชอบที่สูงขึ้นในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น การเรียนออนไลน์ การพาบุตรหลานไปรักษาหรือการควบคุมพฤติกรรมเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมักประสบกับความวิตกกังวลสูง เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและพัฒนาการของเด็ก[20] และการวิจัยนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลบุตรเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ร้อยละ 83.80 ประเด็นที่มีความวิตกกังวล 1) ปัญหาพฤติกรรม เช่น ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์รุนแรง เล่นรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่น โมโหง่าย พูดโกหก ล้อเลียนเพื่อน ทำให้ผู้ดูแลกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย การเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมของเด็ก 2) ด้านการเรียนรู้/พัฒนาการ เช่น เรียนรู้ช้า การอ่าน-เขียนหนังสือไม่ได้ เด็กบางคนยังพูดไม่ชัด อาจส่งผลต่อการเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกันและการเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้น 3) การรับประทานยา เด็กลืมรับประทานยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง 4) การมีโรคประจำตัวของเด็ก เช่น โรคลมชักและโรคธาลัสซีเมีย

ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 96.10, SD = 13.20) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน (M = 19.70, SD = 3.50) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ (M = 9.90, SD = 2.60) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความท้าทายเฉพาะด้านที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ เช่น การสร้างวินัยในการรับประทานอาหารของเด็กสมาธิสั้น และอาจเนื่องมาจากการศึกษาวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ มีงานวิจัยที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำและสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมต่ำ เช่น ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มักประสบปัญหาในการดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ดูแลมักได้รับผลกระทบจากสถานะเศรษฐกิจและการศึกษา งานวิจัยยังระบุว่าความสามารถของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กและความรุนแรงของโรคซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตและความสามารถของผู้ดูแล[21]

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ การมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น เป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญ (R^2 = .102, $p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต (β = .230) สะท้อนว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลที่ดีจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ในทางกลับกัน การมีโรคประจำตัวของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพจิต (β = -.217) ชี้ให้เห็นว่าเด็กที่มีโรคประจำตัวส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาวะสุขภาพจิตที่แย่ลง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะโรคเรื้อรังในเด็กมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของ COVID-19 ผู้ดูแลต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้ดูแลอย่างมาก[18,21]

การวิจัยนี้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งมีความสำคัญต่อการออกแบบแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลในระยะยาว การใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในการแสดงความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างตัวแปร รวมถึงทำให้ทราบถึงความสำคัญของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะในช่วงวิกฤต เช่น การระบาดของ COVID-19 บุคลากรทางการพยาบาลควรเน้นการสร้างเครือข่ายสนับสนุนในครอบครัว การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยลดความเครียด และการจัดโปรแกรมการดูแลที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ ควรมีการจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลและการให้คำแนะนำในการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว

แต่การวิจัยครั้งนี้อาจจะยังมีข้อจำกัดในการศึกษาด้านขอบเขตของการศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลา

หนึ่งเท่านั้น (cross-sectional study) หากศึกษาในระยะยาวอาจจะให้เห็นถึงภาวะสุขภาพจิตที่ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ค่า R^2 ที่ต่ำสะท้อนถึงตัวแปรอื่นที่ไม่ได้ศึกษาซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล เช่น ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจในบริบทที่หลากหลาย วัฒนธรรมและระบบสนับสนุนครอบครัวที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดนี้ควรนำไปปรับปรุงในการวิจัยครั้งถัดไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปออกแบบโปรแกรมหรือคู่มือเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในด้านการจัดการพฤติกรรมเด็ก ให้บริการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้ความสำคัญกับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องการให้คำปรึกษาเชิงลึก สนับสนุนเชิงจิตวิทยาแก่ผู้ดูแล รวมถึงสามารถนำแนวทางที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะในการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการจัดตั้งเครือข่ายสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง ศูนย์ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ศูนย์ประสานงานดูแลสุขภาพจิต และกลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อน หรือการให้บริการ Telehealth เพื่อให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่เน้นผลกระทบของปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในบริบทที่หลากหลาย เช่น วัฒนธรรมและระบบสนับสนุนครอบครัวที่แตกต่างกัน

2. การวิจัยครั้งถัดไปควรเพิ่มการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

3. พัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เช่น การสร้างคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลและบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดความเครียดของผู้ดูแล

References

1. Boonsithi V. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and treatment. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2012;57(4):373-86. (in Thai)
2. Phasuk K, & Unruen L. ADHD and social stigma in Thailand. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2017;7(3):302-11. (in Thai)
3. Charnwit P. Prevalence of ADHD in Thai children: A national study. Journal of Mental Health of Thailand. 2013;21(2):66-75. (in Thai)
4. Clinic for Child Developmental, Outpatient Department, Mahasarakham Hospital. Statistics of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) receiving treatment at the Clinic for Child Developmental, Mahasarakham Hospital: Department. 2021.
5. Sangritdech M. Stress, coping behaviors, and related factors in mothers of children with ADHD at Outpatient Department of Child Psychiatric Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
6. Klongtee K, Nintanchan P, & Saengaon S. Factors associated with stress in caregivers of childrenwith ADHD. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(1):52-68. (in Thai)
7. Becker SP, Sidoti CL, Sidoti CL, Creti L, & Sidoti CL. Predicting the Impact of COVID-19 on Families of Youth With ADHD. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2020;49(6):820-34.

8. Russell BS, Hutchison M, Tambling R, et al. Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent–Child Relationship. Journal of Child Psychiatry & Human Development. 2020; 51(5):671-82.
9. Bobo E, Lin L, Acquaviva E, et al. How Do Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Experience Lockdown During the COVID-19 Outbreak? Encephale. 2020;46(3): S85-92.
10. Figueroa CA, & Aguilera A. The need for a mental health technology revolution in the COVID-19 pandemic. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:523.
11. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. England: Oxford University Press; 1972.
12. Guevara J, Lozano P, Wickizer T, Mell L, & Gephart H. Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. Pediatrics 2001; 108(1): 71-8.
13. Maneerat S. Ability of ADHD caregiver. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University.2007. (in Thai).
14. Nilchaikovit T, Sukying C, & Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(1): 2-17.(in Thai)
15. Yamane T. Taro statistic: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1967.
16. Boonchai Srisatidnarakul. The Methodology in Nursing Research. 5th ed. Bangkok: U&I Inter Media; 2010.
17. Pasinee J, Sunisa S, & Branom R. The Effect of Stress Management Program on Caregivers' Caring Ability of Children with ADHD. Royal Thai Navy Medical Journal. 2019;46(1):32-9.
18. Tseng HW, Tsai CS, Chen YM, Hsiao RC, Chou FH, & Yen CF. Poor mental health in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and its relationships with caregivers' difficulties in managing the children's behaviors and worsened psychological symptoms during the COVID-19 pandemic. Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(9745):1-15.
19. Sutthilak C, 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)
20. Jinnapat Y. Factors affecting the quality of life of caregivers of children with ADHD at the child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2022; 67(1):7-20. (in Thai)
21. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. BMC Pediatrics. 2004;4(1):1. doi:10.1186/1471-2431-4-1.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ พื้นที่ห่างไกล ชายแดนไทย-เมียนมาร์

The Development of a Prevention Model for Low Birth Weight Infants among Pakakayor Pregnancy Women, Remote Area along the Thai-Myanmar border

ปริมประภา ก้อนแก้ว*[1] ประนอม จันธิดา[2] กู้เกียรติ ก้อนแก้ว[1]
Primprapha Konkaew*[1] Pranom Jantida[2] Kukiet Konkaew[1]
[1]มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย 65000
[1]Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand 65000
[2]โรงพยาบาลแม่ระมาด ตาก ประเทศไทย 63140
[2]Mae Ramat Hospital, Tak, Thailand 63140

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ในพื้นที่อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2566 ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ.2567 การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงปกาเกอะญอ จำนวน 176 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์ และพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยโดยการระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 คน 2) ทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน 3) สังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนผลในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ โรคประจำตัว การฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบเกณฑ์ ค่าความเข้มข้นของเลือด อายุครรภ์คลอด ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงน้อย และกลุ่มเสี่ยงสูง โดยกลุ่มเสี่ยงสูงจะได้รับการดูแลในคลินิกป้องกันทารกน้ำหนักตัวน้อย หลังการใช้รูปแบบหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การป้องกัน, ทารกน้ำหนักตัวน้อย, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This action research aimed to develop a model for preventing low birth weight infants in Mae Ramat district, Tak province, from September 1, 2023 to August 30, 2024. The study was divided into four phases: 1) To study of factors associated with low birthweight infants in 176 Pakakayor women, this data was analyzed by using chi-square tests, and develop a model for preventing low birth weight infants with brainstorming by 10 experts; 2) The model was Implemented for six months; 3) Observation; and 4) Reflection among 30 pregnant women. The results showed that the factors significantly related to low birthweight infants at the .05 level

*Corresponding Author: primprapha.k@psru.ac.th

วันที่รับ (Received) 20 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 12 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 23 พ.ย. 2567

were family income, family members smoking, pre-existing medical condition, first prenatal care, full prenatal care, hemoglobin levels, gestational age, knowledge, beliefs, and health behaviors. The development of a model for the prevention of low birthweight infants is including assessment consists of 12 risk assessments for pregnant women, divided into normal groups, low risk groups, and high-risk groups. The high-risk group will receive care in the clinic to prevent low birth weight infants. After using the model, pregnant women had high levels of knowledge, belief and health care behaviors, gained more than 1.5-2 kilograms per month, and the number of newborns weighing more than 2,500 grams increased from before, this model should be continuously used in public health service centers in remote areas.

The findings indicated that the variables that exhibited a significant correlation with low birthweight infants at the .05 significance level included familial income, the prevalence of smoking among family members, the presence of pre-existing medical conditions, the timing of the first prenatal care visit, the adequacy of prenatal care received, hemoglobin concentration, gestational age, as well as knowledge, beliefs, and health-related behaviors.

Keywords: prevention, low birth weight, pregnant women

บทนำ

ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight: LBW) เป็นปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก อาจทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนขณะแรกคลอดและอาจทำให้เสียชีวิตได้ ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกแรกเกิดทั่วโลกประมาณ 19.8 ล้านคน พบปัญหาทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ร้อยละ 14.7 ของทารกทั้งหมดที่เกิดทั่วโลก ทารกมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในช่วงเดือนแรกของชีวิต ส่วนผู้ที่รอดชีวิตต้องเผชิญกับผลกระทบที่ตามมาตลอดชีวิตรวมถึงความเสี่ยงที่สูงขึ้นของการเติบโตแบบแคระแกรน ไอคิวต่ำ และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ เช่น โรคอ้วนและเบาหวานตามมา[1] ประเทศอินเดียเป็นประเทศที่พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่สุดส่วนในภูมิภาคอาเซียน พบว่า ประเทศฟิลิปปินส์ ลาว และเมียนมาร์ มีอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 20.1, 17.3, และ 12.3 ตามลำดับ [2]

ประเทศไทยพบอัตราทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ร้อยละ 10.5[2] ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยจะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหายใจลำบากและการติดเชื้อมากที่สุด[3] การป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้ถึงร้อยละ 40-80 และส่งผลให้การเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลง[1] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า 2 ใน 3 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด และมีอัตราการเกิดภาวะการเจริญเติบโตในครรภ์ช้า[4,5] กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จึงได้กำหนดเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 7 จนถึงฉบับที่ 13 ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน กำหนดให้อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7 และกำหนดแนวทางการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75 เพื่อลดปัญหาทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยลดลง[6]

เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.7, 6.3, และ 7.2 ตามลำดับ จังหวัดตากพบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 5.7, 4.5, และ 4.9 ตามลำดับ[5] สาเหตุการคลอดทารกน้ำหนักน้อยพบได้หลายปัจจัย เช่น หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี อาชีพรับจ้าง การตั้งครรภ์ท้องหลัง ภาวะโลหิตจาง การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนตอนแรกคลอดหรือเสียชีวิตได้ [7]

อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ในปี พ.ศ.2564 -2566 พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 8.3, 8.3, และ 7.6 ตามลำดับ และพื้นที่ที่พบปัญหามากที่สุด ได้แก่ ตำบลแม่ตื่น มีอัตราสูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 11.9, 9.2, และ 11.6 ตามลำดับ [6] ตำบลแม่ตื่น เป็นพื้นที่ชายแดนไทย-

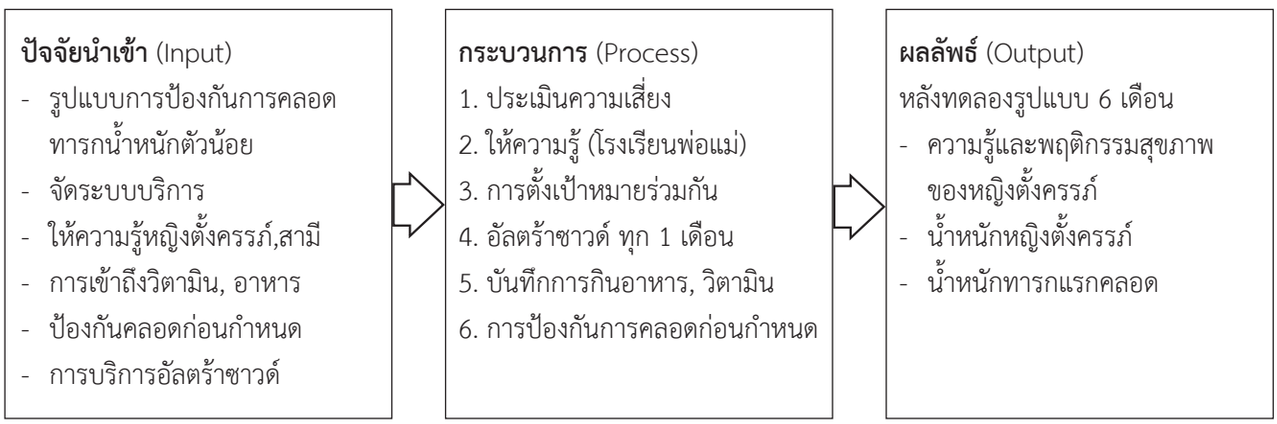
เมียนมาร์ มีลักษณะเป็นป่าเขา ห่างไกลความเจริญ การคมนาคมไม่สะดวกโดยเฉพาะฤดูฝน และยังพบปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กเช่น มารดา หรือทารกเสียชีวิต เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป็นชาวปกาเกอะญอ ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์อายุน้อย มีอาชีพเกษตรกรรมหรือทำไร่ข้าวโพดบนภูเขา การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก มีสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 4 แห่ง ได้ดำเนินงานบริการด้านการฝากครรภ์ทั้งเชิงรับคือการให้บริการในสถานบริการ และเชิงรุกคือการบริการฝากครรภ์นอกสถานบริการ แต่ยังพบว่าการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพยังต่ำกว่าเป้าหมายคือร้อยละ 75 โดยใน ปี พ.ศ. 2564-2566 มีอัตราเพียงร้อยละ 71.1, 64.9 และ 67.8 ตามลำดับ[8] จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการดูแลภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์บางคนมีความเชื่อว่าการรับประทานวิตามินบำรุงครรภ์ จะส่งผลให้ทารกตัวโตและคลอดยาก อาจทำให้ต้องผ่าตัดคลอด บางคนยังมีความเชื่อว่าผีทัก ลูกจะหลุด จึงนิยมฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์[9] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ โดยการนำแนวคิดทฤษฎีระบบ [10] ที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และการสะท้อนกลับเพื่อพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อลดปัญหาทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีเชิงระบบ (System Approach)[10] โดยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ และนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ เป็นปัจจัยนำเข้า (Input) และดำเนินการตามกระบวนการ (Process) และประเมินผลลัพธ์ (Output) ดังเสนอตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็คแท็กการ์ท[11]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และคลอด ปี พ.ศ. 2565-2566 ชาวปกาเกอะญอ ตำบลแม่ตื่น จำนวน 501 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Wayne[12] และปรับขนาดตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล[13] ได้ n=176 ตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

2. ระยะพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ผู้เชี่ยวชาญการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) สูติแพทย์ 1 คน 2) แพทย์ทั่วไป 1 คน 3) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 คน 5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คน 5) พยาบาลผู้รับงานฝากครรภ์ 1 คน 6) พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 คน 6) นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน 7) เจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน เกณฑ์คัดออก ไม่มาเข้าร่วมระดมสมอง เกณฑ์ยุติ ผู้เชี่ยวชาญขอถอนตัว

3. ระยะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตรับผิดชอบตำบลแม่ตื่นระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566-พฤษภาคม พ.ศ. 2567 และได้รับการทดลองใช้รูปแบบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการทดลองใช้รูปแบบและคลอดระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2567 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก 1) ไม่มาตามนัดหมาย 2) ย้ายถิ่น

วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) การวางแผน (Planning) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำผลการศึกษามาวิเคราะห์ และทำการระดมสมองในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการระดมสมอง และเป็นผู้ดำเนินการหรือผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) และผู้ช่วยวิจัยผู้จดบันทึก ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยการระดมสมอง ดังนี้ (1) กำหนดหัวข้อในการระดมความคิด (2) ระดมความคิด โดยมีกฎว่าจดทุกความคิดโดยไม่มีการประเมินใด ๆ ทั้งสิ้น และกำหนดเป้าหมายในการระดมความคิด เครื่องมือที่ใช้จดความคิด ได้แก่ แผนที่ความคิด (mind map) (3) สรุปผลการระดมสมองการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ

2) การปฏิบัติการ (Action) นำรูปแบบที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ ดำเนินตามแผนงานปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข พื้นที่ตำบลแม่ตื่น

3) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัย สังเกตการณ์ปฏิบัติ

4) การสะท้อนผล (Reflecting) หลังทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน ประเมินความรู้และความเชื่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ บันทึกน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกคลอด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เลขที่ 012/2566 รับรองเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีการปกป้องความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของอาสาสมัคร อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย มีมาตรวัด 2 ระดับ ได้แก่ ตอบถูก ผิด จำนวน 10 ข้อ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก ปานกลาง และไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย มีมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ บางครั้ง และไม่เคย จำนวน 10 ข้อ

2. หัวข้อการระดมสมองเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย มีมาตรวัด 2 ระดับ ได้แก่ ตอบถูก ผิดจำนวน 10 ข้อ ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก ปานกลาง และไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย มีมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ บางครั้ง และไม่เคย จำนวน 10 ข้อ การแปลผลระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-3 คะแนน) ระดับปานกลาง (3-6 คะแนน) ระดับสูง (7 คะแนนขึ้นไป) การแปลผลระดับความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกัน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ

(0-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) ระดับสูง (21 คะแนนขึ้นไป)

4. แบบบันทึกการฝากครรภ์ บันทึกผลการคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Ultrasound)

5. เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 3) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 4) สูติแพทย์ และ 5) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC = 0.60-1.00 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย มีค่า KR 20 = 0.76 ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.70, 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test หรือ Fisher's exact test

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ (n=176)

รายการ	Total	น้ำหนักทารกแรกคลอด (นน. < 2,500 g) n=46	น้ำหนักทารกแรกคลอด (นน. ≥ 2,500 g) n=130	χ^2	df	P-value
อายุ (15-44 $\overline{X}$ 25.6 ± 6.3) ปี				0.107	2	1.000
น้อยกว่า 20 ปี	25 (14.2)	7 (15.2)	18 (13.8)			
20-35 ปี	137 (77.8)	37 (80.4)	100 (76.9)			
มากกว่า 35 ปี	14 (8.0)	2 (4.3)	12 (9.2)			
ระดับการศึกษาสูงสุด				3.729	1	0.053
ประถมศึกษา	105 (59.7)	34 (73.9)	71 (54.6)			
มัธยมศึกษา/ปวช. ขึ้นไป	64 (36.4)	12 (26.1)	52 (40.0)			
อาชีพหลัก				0.052	1	0.820
เกษตรกร, รับจ้าง	151 (85.8)	39 (84.8)	112 (86.2)			
ค้าขาย	25 (14.2)	7 (15.2)	18 (13.8)			
รายได้ของครอบครัว				8.466	2	0.016*
ต่ำกว่า 5,000 บาท	152 (86.4)	44 (95.7)	108 (83.1)			
5,000 บาทขึ้นไป	24 (13.6)	2 (4.3)	22 (16.9)			
สูบบุหรี่				4.231	1	0.061
ไม่สูบ	164 (93.2)	38 (82.6)	126 (96.9)			
สูบ	12 (6.8)	8 (17.4)	4 (3.1)			
สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่				9.220	1	0.001*
ไม่สูบ	44 (25.0)	14 (30.4)	30 (23.1)			
สูบ	132 (75.0)	32 (47.8)	100 (76.9)			
โรคประจำตัว				34.127	1	0.001*
ไม่มี	126 (71.6)	36 (78.3)	90 (69.2)			
มี (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน)	50 (28.4)	10 (21.7)	40 (30.8)			
อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก				6.688	1	0.01*
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	137 (77.8)	31 (67.4)	106 (81.5)			
12 สัปดาห์ ขึ้นไป	39 (22.2)	15 (32.6)	24 (18.5)			

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ (n=176) (ต่อ)

รายการ	Total	น้ำหนักทารกแรกคลอด (นน. < 2,500 g) n=46	น้ำหนักทารกแรกคลอด (นน. ≥ 2,500 g) n=130	χ^2	df	P-value
ฝากครรภ์เกณฑ์คุณภาพ				9.081	1	0.003*
ไม่ครบตามเกณฑ์	63 (35.8)	26 (56.5)	37 (28.5)			
ครบตามเกณฑ์	113 (64.2)	20 (43.5)	93 (71.5)			
Hematocrit ครั้งที่ 2				10.428	1	0.001*
<33%	43 (24.4)	6 (13.0)	37 (28.5)			
33-45%	133 (75.6)	40 (87.0)	93 (71.5)			
อายุครรภ์ขณะคลอด				10.200	1	0.001*
คลอดก่อนกำหนด	58 (33.0)	24 (52.2)	34 (26.2)			
คลอดครบกำหนด	118 (67.0)	22 (47.8)	96 (73.8)			
ระดับความรู้				7.238	2	0.027*
ต่ำ	54 (30.7)	21 (45.7)	33 (25.4)			
ปานกลาง	66 (37.5)	15 (32.6)	51 (39.2)			
สูง	56 (31.8)	10 (21.7)	46 (35.4)			
ระดับความเชื่อ				6.435	1	0.011*
ปานกลาง	143 (81.3)	43 (93.5)	100 (76.9)			
สูง	33 (18.8)	3 (6.5)	30 (23.1)			
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				17.204	2	0.001*
น้อย	17 (9.7)	11 (23.9)	6 (4.6)			
ปานกลาง	126 (71.6)	30 (65.2)	96 (73.8)			
สูง	33 (18.8)	5 (10.9)	28 (21.5)			

* P<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่รายได้ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ โรคประจำตัว อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ค่า Hematocrit อายุครรภ์ขณะคลอด ระดับความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ลำดับการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อย

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ

ผู้เชี่ยวชาญร่วมกันระดมสมอง เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ สรุปประเด็นได้ ดังนี้

1. การประเมินหญิงตั้งครรภ์ตามแบบประเมินความเสี่ยงที่การพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 1) มารดาอายุ < 20 ปี หรือ > 35 ปี 2) ประวัติคลอดทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม 3) ประวัติคลอดทารกก่อนกำหนด 4) Hematocrit < 33 % 5) น้ำหนักขณะตั้งครรภ์ หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์เพิ่ม < 0.5 กิโลกรัม/สัปดาห์ 6) มารดามีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ หัวใจ ธาลัสซีเมีย โลหิตจาง เป็นต้น 7) มีผลเลือดปกติ เช่น ซิฟิลิส เอดส์ 8) มารดาเสพสารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ฝิ่น ยาบ้า 9) ครรภ์แฝด 10) ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 11) ครรภ์แรก 12) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ < 45 กิโลกรัมหรือมีส่วนสูง < 145 เซนติเมตร

2. จัดกลุ่มตามระดับความเสี่ยงพร้อมจัดกิจกรรมการป้องกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปกติ (ไม่มีความเสี่ยง) จัดกิจกรรม 1.1 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ผ่านโรงเรียนพ่อแม่ 1.2 จัดอบรมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้กับสามี และ 1.3 อัลตร้าซาวด์ประเมินของทารกในครรภ์ ไตรมาสที่ 1 (ก่อน 14 สัปดาห์) ไตรมาสที่ 2 (18 – 22 สัปดาห์) และไตรมาสที่ 3 (28 – 32 สัปดาห์ขึ้นไป)

เพื่อติดตามการเจริญเติบโต และสุขภาวะของทารก และ 1.4 การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ 2) กลุ่มเสี่ยงน้อย (มีความเสี่ยง 1 ข้อ) จัดกิจกรรม 2.1. เฝ้าระวังโดยการประเมินความเสี่ยงซ้ำ 2.2 ให้คำแนะนำรายบุคคล 3) กลุ่มเสี่ยงสูง (มีความเสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป) ส่งเข้าคลินิกการดูแลในระบบ Low Birth Weight Unit

จัดกิจกรรม 3.1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ การเพิ่มน้ำหนักมารดา อย่างน้อยเดือนละ 1 กิโลกรัม (ไตรมาส 2, 3) 3.2 บันทึกการรับประทานอาหารเน้นโปรตีน เนื้อ นม ไข่ ถั่ว และวิตามินบำรุงครรภ์ และ 3.3 กรณีมารดามีภาวะซีด ค่า Hematocrit < 27 % ส่งพบแพทย์ และค่า Hematocrit 28-32 % ให้การรักษา ดังนี้ 1) Vitamin C (1000 mg) 2 เม็ด 1 ชั่วโมงก่อนอาหารเช้า และ Ferrous fumarate (200 mg) 1 เม็ด 2) Ferrous fumarate 1 เม็ด 1 ชั่วโมงก่อนอาหารเที่ยง กรณีที่ให้ Ferrous fumarate แต่พบว่าค่า Hematocrit ลดลง ให้หยุดยาและจ่าย Folic acid 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และ Triferdine 1 เม็ดก่อนนอนแทน พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก 3.4 นัดทำอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound) ทุก 1 เดือน เพื่อติดตามผล และ 3.5 ให้ความรู้การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ

หลังการทดลองใช้รูปแบบ หญิงตั้งครรภ์มีผลการประเมินความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และน้ำหนักทารกแรกคลอด แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม น้ำหนักหญิงตั้งครรภ์และผลการคะเนน้ำหนักทารก (n=30)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ปานกลาง	12	40.0
สูง	18	60.0
ระดับความเชื่อ		
ปานกลาง	11	36.7
สูง	19	63.3
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		
ปานกลาง	14	46.7
สูง	16	53.3
น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ หลัง 20 สัปดาห์		
เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 1.5 กก./เดือน	8	26.7
เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 1.5 กก./เดือน ขึ้นไป	22	73.3
น้ำหนักทารกแรกคลอด		
ต่ำกว่า 2,500 กรัม	0	0
2,500-3,000 กรัม	18	60.0
3,000 กรัมขึ้นไป	12	40.0

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยร้อยละ 60 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63 มีความเชื่ออยู่ในระดับสูง และร้อยละ 53.3 พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 1.5 กิโลกรัม/เดือนขึ้นไป ร้อยละ 73.3 และทารกแรกคลอดมีน้ำหนัก 2,500-3,000 กรัม ร้อยละ 60 รองลงมามีน้ำหนัก 3,000 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 40

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ โรคประจำตัว อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบเกณฑ์คุณภาพ ค่า Hematocrit ระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด ความรู้เกี่ยวกับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ทั้งนี้อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความรู้เกี่ยวกับทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยในระดับต่ำถึงปานกลาง บางคนมีความเชื่อเกี่ยวกับการบำรุงตั้งครรภ์มากเกินไป กลัวลูกตัวโตจะทำให้คลอดยาก ในครอบครัวที่มีสมาชิกสูบบุหรี่พบว่าบุหรี่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย 6 เท่า[14] หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะซีด (Hematocrit < 33 %) ส่งผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย 17 เท่า นอกจากนี้ยังพบปัจจัย ได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเนื่องจากกลัวผีทัก กลัวลูกหลุด [9] การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ จะทำให้หญิงมีครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ในการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะได้การแก้ไขภาวะซีด การได้รับยาวิตามินบำรุงครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จะช่วยลดปัญหาการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดได้[15]

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์ชาวปกาเกอะญอ ประกอบด้วย 1) การประเมินหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ 1) มารดาอายุ < 20 ปี หรือ > 35 ปี 2) ประวัติคลอดทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม 3) ประวัติคลอดทารกก่อนกำหนด 4) Hematocrit ครั้งที่ 1 < 33% 5) น้ำหนักขณะตั้งครรภ์ หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์เพิ่ม < 0.5 กิโลกรัม/เดือน 6) มารดามีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ หัวใจ ธาลัสซีเมีย โลหิตจาง เป็นต้น 7) มีผลเลือดปกติ เช่น ซิฟิลิส เอดส์ เป็นต้น 8) มารดาเสพสารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ฝิ่น เป็นต้น 9) ครรภ์แฝด 10) ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 11) ครรภ์แรก 12) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ < 45 กิโลกรัม หรือสูง < 145 เซนติเมตร รายการทั้งหมดนำมาสร้างแบบประเมินความเสี่ยงที่ใช้ในสถานบริการสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดา อายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ภาวะความดันโลหิตสูงของมารดาขณะตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติดของมารดาขณะตั้งครรภ์ และประวัติการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย[5,7,16,17] 2) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี การจัดอบรมความรู้การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้กับสามี เป็นการสร้างความฉลาดรอบรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพระหว่างการตั้งครรภ์ 3) การจัดบริการอัลตร้าซาวด์ ซึ่งนอกจากจะประเมินสุขภาพของทารกแล้วยังช่วยติดตามการเจริญเติบโตของทารกในกลุ่มเสี่ยง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลสุขภาพมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาการใช้สายวัดคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายต่ำเพื่อให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน[18] และ 4) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการดูแลใน Low Birth Weight Unit ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการแก้ไขปัญหารายบุคคล และการนัดติดตามอัลตร้าซาวด์ทุก 1 เดือน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้

หลังการใช้รูปแบบ หญิงตั้งครรภ์มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การบำรุงสุขภาพทารกในครรภ์ทางบวกมากขึ้น และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมขึ้นไปต่อเดือนและผลการคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ไม่พบทารกในครรภ์มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่าสอดคล้องกับการคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยและการส่งต่อรายที่มีความเสี่ยงเพื่อให้การดูแลใน Low Birth Weight Unit ร่วมกับการดูแลตามแบบศรีสงครามโมเดล คือการให้ความรู้รายบุคคลตามความเสี่ยงที่พบ สาธิตอาหารเสริม ให้อาหารธาตุเหล็กสูงและให้ยาโฟลิกในกลุ่มความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ ให้นมและไข่ ส่งพบแพทย์ 2 ครั้ง ตรวจอัลตราซาวด์ ประเมินตามแบบฟอร์มดูแลรายบุคคลในหญิงตั้งครรภ์ หลังการดูแลจนคลอด พบหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มากกว่า 1 กิโลกรัมต่อเดือน และผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคในแต่ละครั้งที่มาฝากครรภ์ มีการบริโภคอาหารเพียงพอ ส่งผลให้ทารกแรก

คลอดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม[19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. หน่วยงานควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการแพทย์ หญิงตั้งครรภ์ หรือสิ่งสนับสนุน เช่น สื่อต่าง ๆ และสามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปจัดทำแผนงานโครงการ ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย เช่น การสนับสนุนนม ไข่ เป็นต้น

3. การพัฒนาสื่อและเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. การศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์

3. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ระมาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำหวัน สถานบริการสาธารณสุขตำบลแม่ตื่น อาสาสมัคร และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

References

1. Okwaraji YB, Krasevec J, Bradley E, Conkle J, Stevens GA, Gatica-Domínguez G, et al. National, regional, and global estimates of low birthweight in 2020, with trends from 2000: a systematic analysis. The Lancet, 2024; 403 (10431): 1071-80.
2. Kostlin-Gille N, Hartel C, Haug C, Gopel W, Zemlin M, Muller, A., & Gille C. Epidemiology of early and late onset neonatal sepsis in very low birthweight infants: data from the German Neonatal Network. The Pediatric infectious disease journal. 2021; 40(3), 255-9.
3. Sangkla P. Mortality and Prognosis of very Low Birth Weight Infants: 6 Years Review. Medical journal of Sisaket Surin Buriram hospital 2021; 36(1): 207-17. (in Thai)
4. Chivanon N. Nursing care of low birthweight infants. 1st ed. Chiang Mai: Wanida Printing; 2023. (in Thai)
5. Chakreyavanich R. Factors related to low birth weight in Health Region 5. Journal of Public Health Nursing 2020; 34(3): 1-17. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Strategic plan Development of health and Environmental health promotion system according to the National Health Development Plan during the13th National Economic Development Plan (2023-2027); 2023. (in Thai)
7. Trainapakul C. Related factors of low birthweight Infants at Ratchaburi Hospital. Region 4-5 Medical Journal 2017; 36 (2): 79-87. (in Thai)
8. Mae Ramat Public Health Office. Percentage of pregnant women who receive antenatal care services at least 8 times. annual report 2023. (in Thai)
9. Jenkarn W, Tamdee D, & Boonchieng W. The Socio-Cultural Context Affecting the Antenatal Care Among Pregnant Hilltribe Women, Chai Prakan District, Chiang Mai Province. Nursing Journal 2020; 47 (4): 154-66. (in Thai)
10. Bertalanffy L. General System Theory. New York: George Brazillier; 2003.
11. Kemmis S, & Taggart RM, The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Australia: Deakin University; 1988.

12. Wayne W D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. USA: John Wiley and Sons; 1995.
13. Rubin D B. Multiple imputation for survey nonresponse. New York: John Wiley & Sons Inc.;2004.
14. Sae-tia P. Maternal risk factors of low birth weight newborn. Medical journal of Sisaket Surin Buriram hospital. 2012; 27(1): 65-76. (in Thai)
15. Poompuen S. The risk factor's affect to the newborn with low birth weight in Bungkan Hospital. Bueng Kan Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health. 2022; 1-16. (in Thai)
16. Pitchaiprasert S. Correlation and clinical significance of low birth weight Infant and maternal anemia at Surin Hospital. Sisaket Surin Buriram Hospital Medical Journal. 2015; 30 (3): 213-20. (in Thai)
17. Sonanta L. Association between the maternal occupational factors and low birth weight among pregnant women receiving delivery care at public hospitals in Rayong province (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
18. Kaewsiri P, Luk-in P, Onpiw N, & Sinthusiri P. The Effectiveness of Using an Estimated Fetal Weight Measuring Tape Innovation with a Nutrition Promotion Program on Weight Gain during Pregnancy and Birth Weight of Pregnant Women with Low Pre-Pregnancy Body Mass Index. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23 (1): 323-32. (in Thai)
19. Pangdee K. The Development of A Caring System for Maternal Risk of Low Birth Weight Newborns, Sri Songkhram Hospital. Nursing, Health, and Education Journal 2020; 3(1): 28-37. (in Thai)

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of Simulation-Based Learning on Knowledge and Perceived Self-efficacy in Therapeutic Relationship Building Among Nursing Students

เกษร ศาสตราธรรม*[1] กานต์ตริน ศรีสุวรรณ[1] ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง[1] สุมิศา กุมลา[2] ทศาชัยวรรณวรรต[1]

Kesorn Sattratham*[1] Kantarin Srisuwan[1] Kongkrissadakorn Chondaeng[1]

Soomisa Koomala[2] Tasa chaiwannawat[1]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี, ประเทศไทย 34190

[1]Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand 34190

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, นครพนม, ประเทศไทย 48000

[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand 48000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับสลากแบบใส่คืน กลุ่มทดลองได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (t58 = 10.577, p =.000) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (t58 = 7.458, p =.000) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยรวม อยู่ในระดับมาก (M=4.40, S.D.=.51) จะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถพัฒนาความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ : การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด, การรับรู้สมรรถนะตนเอง, นักศึกษาพยาบาล

Corresponding Author: *E-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิอัฟไรท์ ซิมมูเลชั่น เทรนนิ่ง เซ็นเตอร์

วันที่ส่งบทความ (received) 2 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 มิ.ย. 2567 วันตอบรับ (accepted) 6 ก.ค. 2567

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design, aiming to investigate the effects of simulation-based learning on knowledge and self-efficacy perception in therapeutic relationship building among nursing students. The sample group consisted of 60 second-year nursing students, divided into an experimental group and a control group, each comprising 30 individuals. The sample was selected using a simple random sampling method with replacement. The experimental group received learning interventions using simulation-based earning, while the control group received conventional teaching methods. Research tools included: 1) simulation-based learning method 2) knowledge test on therapeutic relationship building, and 3) self-perceived competence assessment in therapeutic relationship building. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-tests.

The study found that the experimental group had a significantly higher average score in knowledge than the control group at a statistically significant level of < .001 (t58 = 10.577, p= .000), and the average score in self-perceived competence increased more significantly than the control group at a statistically significant level of < .001 (t58 = 7.458, p = .000). The average satisfaction with the overall learning management was at a high level (M=4.40, S.D.=.51). It can be concluded that simulation-based learning can enhances knowledge and promotes self-efficacy in developing nursing practice skills among nursing students.

Keywords : simulation-based learning, therapeutic relationship building, perceived self-efficacy, nursing students

บทนำ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Base Learning: SBL) เป็นวิธีการสอนที่ถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล และแพร่หลายมากขึ้นในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา[1] โดยเฉพาะช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562-2564 ทำให้มีข้อจำกัดในการจัดการเรียนรู้และการฝึกทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลในโรงพยาบาลหรือชุมชน เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ แต่เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงเป็นการยากที่นักศึกษาจะได้รับประสบการณ์ตรงและส่งผลต่อการพัฒนาทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของนักศึกษาอย่างมาก สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ เช่น การวางแผนร่วมกับแหล่งฝึกปฏิบัติ การเลื่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ออกไป หรือปรับแผนการศึกษาซึ่งกระทบกับการสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลที่ช้ากว่าปกติ การปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์[2] การจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL เป็นกระบวนการที่ผู้สอนทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด อยู่ในรูปแบบการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่มีบทบาท ข้อมูลและกติกาการปฏิบัติที่เหมือนจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ โดยใช้ข้อมูลที่คล้ายกับข้อมูลในความเป็นจริงเพื่อใช้ในการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งการตัดสินใจนั้นจะส่งผลถึงผู้เรียนในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง[3,4] ส่วนผู้สอนสามารถออกแบบรายวิชา เตรียมเนื้อหาที่จะสอน กำหนดวิธีการสอนและการประเมินผลของผู้เรียนได้หลากหลาย รู้จักการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์ รวมทั้งหลักการในการรับมือและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น[1] การจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การใช้กระบวนการพยาบาลตลอดจนการเพิ่มประสบการณ์เพื่อก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลอย่างมั่นใจ ส่วนผลลัพธ์ต่อทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะผู้นำ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะสมรรถนะแห่งตน การตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาล[5,6] ส่วนผลลัพธ์ต่อการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในด้านกิจกรรมการสอน ผู้สอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดจนสามารถ

นำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้จริง[5] จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศและในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า SBL เป็นวิธีการสอนที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ[7,8,9] ช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย[7,10,11] และช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล[12]

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship building) ถือว่าเป็นทักษะสำคัญของการพยาบาลจิตเวช เป็นกระบวนการที่พยาบาลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ไปในแนวทางที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่เหมาะสม[13] ทำให้เข้าใจปัญหาของตนเองและค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้ โดยพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดและใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด[14] จากการศึกษาการนำ SBL ไปใช้ในการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างน้อย เช่น การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ทำให้นักศึกษารู้สึกมั่นใจและสามารถประเมินความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชได้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นทัศนคติที่ดีขึ้น[16] และช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้น[12,15] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสอนโดยใช้ SBL กับการสอนทางการพยาบาลจิตเวช

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการนำวิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL มาใช้ในการเรียนการสอนเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้ อีกทั้งเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในชั้นปีที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง กับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

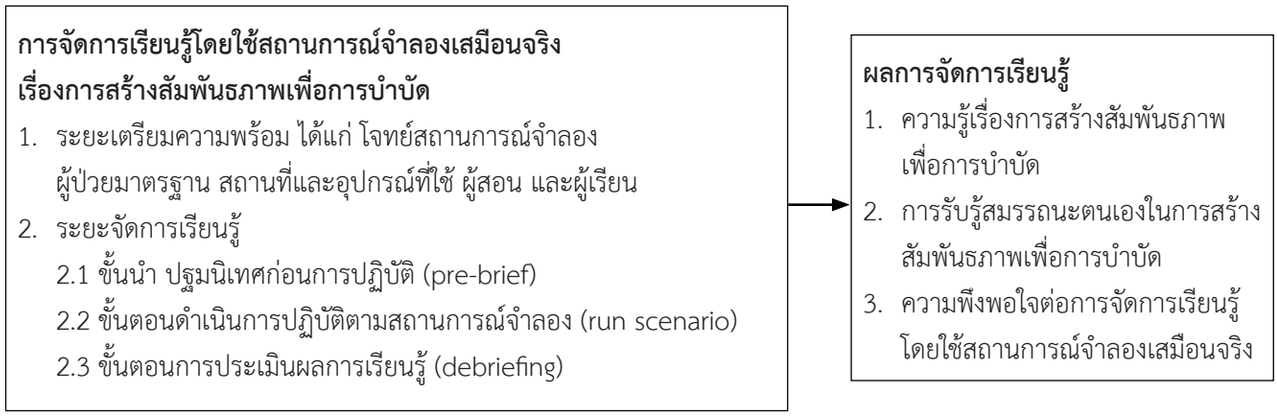
1. หลังการจัดการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้

2. หลังการจัดการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้

3. หลังการจัดการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แตกต่างกับนักศึกษาพยาบาลได้รับการจัดเรียนรู้ปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง[2,3,4] ร่วมกับการใช้แนวคิดความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)[17] ที่อธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceive self-efficacy) เป็นการจัดประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลได้ปฏิบัติจนสำเร็จ หากบุคคลสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้ว บุคคลจะเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และจะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป สามารถแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 118 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2565 และไม่เคยเรียนเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมาก่อน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจทดสอบ (power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .65 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากผลการวิจัยของ Lee et al. (2019)[18] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบใส่คืน (sampling with replacement) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ และประเมินผลหลังได้รับการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย 1) โจทย์สถานการณ์ (scenario) ผู้วิจัยศึกษาขอบเขตเนื้อหาวัตถุประสงค์การเรียนรู้ แล้วออกแบบสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ผู้เรียนเป็นพยาบาลจิตเวชที่ต้องปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ออกแบบการประเมินผลการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และ 2) ผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patient) ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี โดยมีกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วยมาตรฐานเพื่อชี้แจงสร้างความเข้าใจโครงการวิจัย รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ฝึกปฏิบัติการเป็นผู้ป่วยมาตรฐาน และสรุปความเข้าใจในการเป็นผู้ป่วยมาตรฐาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย และประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวัตถุประสงค์การเรียนรู้และขอบเขตเนื้อหาเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด[13] เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ทดสอบก่อนและหลังเรียน 3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า

(rating scale) 5 ระดับ จากนั้น นำคะแนนจากการประเมินหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นรายข้อและภาพรวมทั้งหมด นำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .96, .84 และ.90 ตามลำดับ และดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยใช้วิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .84 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองหมายเลข UBU-REC- 14/2566 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการชี้แจงโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลาจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บรักษาในสถานที่ปลอดภัย จำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 9-31 มีนาคม 2566 โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง จัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL มี 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม ได้แก่ 1) การเตรียมโจทย์สถานการณ์จำลอง (scenario) 2) การเตรียมผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients) 3) การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ 4) การเตรียมผู้สอน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และได้รับการพัฒนาด้านการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองแล้ว และ 5) การเตรียมผู้เรียน

ระยะที่ 2 ระยะจัดการเรียนรู้ 1) ขั้นนำหรือขั้นปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติ (pre-brief) ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนจัดการเรียนการสอน 1 วัน โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดก่อนเรียน ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด หลังจากนั้นแจกคู่มือสำหรับการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลอง และอธิบายวิธีการเรียน เพื่อให้เตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการเรียนรู้ 2) ขั้นตอนดำเนินการปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง (run scenario) จัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในห้องรวมกัน หลังจากนั้นจัดลำดับให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยมาตรฐาน ตามสถานการณ์จำลอง 1 ครั้ง (ใช้เวลา 20 นาที) โดยผู้วิจัยจัดให้อยู่ในห้องปฏิบัติการจำนวน 5 ห้อง แต่ละห้องมีอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและสุขภาพจิต จำนวน 1 คน ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก และสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในขณะเข้าสถานการณ์ และ 3) ขั้นตอนการประเมินผลการเรียนรู้ (debriefing) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละห้องย่อยสะท้อนคิดการเรียนรู้หรือซักถามข้อสงสัย โดยมีอาจารย์ผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL

กลุ่มควบคุม จัดการเรียนรู้แบบบรรยาย โดยผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยล่วงหน้าก่อนเรียน โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แล้วแจกเอกสารประกอบการสอนให้ศึกษาก่อน

เรียน แล้วดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบบรรยาย จำนวน 1 ครั้ง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หลังการเรียนเสร็จสิ้น

ทั้งนี้ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มทดลอง ไม่ให้มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองแก่กลุ่มควบคุม เมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจะจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หากพบว่า มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าจัดการเรียนรู้แบบบรรยาย และผู้เก็บข้อมูลวิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่ไม่ใช่อาจารย์ผู้สอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง (n = 30)

	Mean	S.D.	t	df	p
คะแนนความรู้					
หลังการทดลอง	17.80	1.47	17.065	29	.000
ก่อนการทดลอง	9.07	1.02			
คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง					
หลังการทดลอง	81.67	3.03	9.085	29	.000
ก่อนการทดลอง	74.93	5.29			

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (t29 = 17.065, p =.000) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (t29 = 9.085, p =.000)

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 60)

	Mean	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	17.80	1.47	10.577	58	.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	14.33	1.02			
คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	81.67	3.032	7.458	58	.000
กลุ่มควบคุม (n = 30)	75.17	3.687			

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (t58 = 10.577, p =.000) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 (t58 = 7.458, p =.000)

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.40, S.D.=.51) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเป็นด้านความเหมาะสมของสถานที่ (Mean= 4.47, S.D.=.52) รองลงมาเป็นด้านเอกสารประกอบการสอนมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับหัวข้อที่เรียน (Mean= 4.33, S.D.=.49) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่ำสุดเป็นด้านความเหมาะสมของเวลาที่ใช้การเรียนการสอน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.67, S.D.=.62)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL พบว่าหลังการจัดการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อาจเพราะวิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL ทำให้ผู้เรียนได้ทบทวนทำความเข้าใจเนื้อหาทำให้จดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ แสดงให้เห็นว่า การที่นักศึกษาได้ทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ที่มีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงจนทำให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติได้ดี ทำให้เกิดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด[12,15] อีกทั้งช่วยส่งเสริมทักษะการสื่อสารแก่ผู้เรียน เพิ่มความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนและความมั่นใจในตัวเองในการสื่อสารกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพได้[19] แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีเช่นเดียวกับผลการศึกษาการใช้ SBL ในการสอนสาขาวิชาการพยาบาลต่าง ๆ[7,10,11,20,21] นอกจากนี้ การจำลองสถานการณ์ยังช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาในการดูแลสุขภาพจิตขั้นรุนแรงได้[22] และช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น[16,23] ซึ่งเป็นไปตามหลักการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูราที่กล่าวว่าการจัดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเอง เพราะเป็นประสบการณ์โดยตรง และความสำเร็จทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำสิ่งนั้น ๆ ได้[17] ดังนั้นหากต้องการให้ผู้เรียนพัฒนาศักยภาพของตนเองให้เต็มขีดความสามารถ จำเป็นต้องให้ผู้เรียนได้รับรู้สมรรถนะตนเอง

3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ SBL กับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ ซึ่งเป็นการสอนแบบบรรยาย พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL เป็นวิธีการสอนที่ทำให้ผู้เรียนนำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นประสบการณ์ทางการพยาบาลได้[3] ดังนั้นจึงทำให้สามารถพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนในระดับการนำความรู้ไปใช้มากกว่าระดับการรู้จำได้

4. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก และจากการสะท้อนคิดการเรียนรู้ นักศึกษาให้ข้อคิดเห็นว่า *“เป็นวิธีการสอนที่ทำให้นำความรู้มาปฏิบัติ ทำให้ได้รู้ว่าต้องพัฒนาการพูดของตัวเองอย่างไร” “ได้ทดลองใช้เทคนิคการสื่อสารจริง ทำให้รู้ว่าอะไรที่ตัวเองทำได้ดี และอะไรที่ต้องปรับปรุง” “มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น รู้เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยมากขึ้น” “เป็นกิจกรรมที่ดีมากเลย ทำให้ได้ดึงศักยภาพและความรู้ที่เรียนมาใช้อย่างเต็มที่”* อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นที่สำคัญว่ากิจกรรมใช้เวลานาน ผู้เรียนรู้สึกกังวลในการปฏิบัติตามสถานการณ์

อาจกล่าวได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นอีกรูปแบบการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจและทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแก่นักศึกษาพยาบาลได้จริง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพื่อให้เสริมสร้างความรู้ ความมั่นในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลและสุขภาพจิต ในประเด็นที่หลากหลายขึ้น เช่น การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ การพยาบาลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาผู้ป่วยมาตรฐานเพื่อให้สามารถเป็นสื่อหรืออื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Sinthuchai S, & Ubolwan K. Fidelity Simulation-Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1): 29-38. (in Thai)
2. Chaleoykitti S, Artsanthia J, & Daodee MS. The effect of COVID-19 disease: teaching and learning in nursing. Journal of Health and Nursing Research 2020; 36(2): 255-62. (in Thai)
3. Chudjuajeen S, Wutisukpaisan S, & Khumsuk W. Simulation Based-Learning: Application of nursing teaching. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. 2022; 5(1): 17-31. (in Thai)
4. Chansungnoen J. Simulation-Based Learning: Nursing Education. Journal of Southern Technology. 2021; 14(1): 145-53. (in Thai)
5. Khamsawarde N, & Phuakphan W. Teaching and Learning Using Simulation-based Learning for Nursing Students: Systematic Review. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Health Office. 2023; 9(1): 5-17. (in Thai)
6. Wihokharn P, Yaowarat N, & Chaiyoyingyong R. Nursing Students' Opinions Towards Simulation-Based Maternal-Newborn Nursing Education. Journal of Health and Nursing Education. 2022; 28(1): 1-17. (in Thai)
7. Chabuakam N, Phisaiphanth S, & Sangsai Y. Effects of Simulation-Based Learning on Nursing Students' Perceived Self-Efficacy and Injection Skill. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2022; 32(1): 206-18. (in Thai)
8. Park SY, & Kwon YR. The effect of using standardized patients in psychiatric nursing practical training for nursing college students. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2012; 21(1): 79–88.
9. Oh PJ, Jeon KD, & Koh MS. The effects of Simulation-based Learning using standardizedpatients in nursing students: A meta-analysis. Nurse education today 2015;35(5): e6-15.
10. Julsiri A, Chuenklin T, Pheetarakorn P, & Kaewraya K. Effects of Simulation-based learning on self-efficacy of nursing student in Advanced Cardiac Life Support skills. Academic Journal of Community Public Health. 2020; 6(3): 109-22. (in Thai)
11. 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)
12. MacLean S, Kelly M, Geddes F, & Della P. Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. Nurse Education Today 2017; 48: 90–98. doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.018
13. Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (10th ed). Philadelphia, USA: Mosby Inc. 2013.

14. Vipavanich S. Role of Psychiatric Nurses in Therapeutic Relationship Building. Regional-Health Promotion Center 9 Journal. 2021; 15(38): 732-43. (in Thai)
15. Lee J, & Son HK. Effects of simulation problem-based learning based on Peplau's Interpersonal Relationship Model for cesarean section maternity nursing on communication skills, communication attitudes and team efficacy. Nurse Education Today. 2022; 113: 1-7. doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105373
16. Pumput P, & Puriwitthayatira K. The Effects of Simulation-Based Learning for Preparation ofMental Health and Psychiatric Practicum in Nursing Students. Nursing, Health, and Education Journal. 2022; 5(3): 37-46. (in Thai)
17. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co. 1997.
18. Lee BO, Liang HF, Chu TP, & Hung CC. Effects of simulation-based learning on nursing student competences and clinical performance. Nurse Education in Practice 2019; 41: 1-7. doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102646.
19. Arnone JM, Conti RP, & Preckajlo JH. Roleplay simulation of therapeutic communication for nursing Students in a psychiatric nursing course. International Journal Nursing. 2021; 8(2): 1-7.
20. Tantalanukul S, Khiaolueang D, Srijaiwong S, Fongkerd S, & Nawsuwan K. Effects of Simulation-Based Learning on Drug Use in Primary Medical Care among Nursing Students: A Study from Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science. 2019; 9(1): 57-72. (in Thai)
21. Somsiri V, Thasaneesuwan S, & Damkliang J. Effects of a Simulation-Based Learning on Knowledge and Self-Confidence in Nursing Practice for Patients with Acute Coronary Syndrome at Emergency Department Among Nursing Students. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2023; 43(3): 24-38. (in Thai)
22. Lockertsen Ø, Løvhaug L, Davik NK, Bølgen BR, Færden A, & Skarstein S. Second-year undergraduate nursing students' experiences with clinical simulation training in mental health clinical practice: A focus group study. Nurse Education in Practice. 2023; 66: 1-8. doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103534.
23. Godzik CM, Solomon J, & Yacinthus B. Using standardized mental health patient simulations to increase critical thinking and confidence in undergraduate nursing students. Archives of Psychiatric Nursing. 2023; 43: 76–80. doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.002.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง

The Effect of a Health Education Program on Preventing Risky Sexual Behaviors Among Lower Secondary School Students at a Selected School

ปัณณทัต บนขุนทด[1] พิมพ์รดา ธรรมีภักดี*[2] นิภา สุทธิพันธ์[3]

Punnathut Bonkhunthod[1] Pimradar Tummeepukdee*[2] Nipar Suttipun[3]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

[1]Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 30000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53000

[2]Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit Province, Thailand, 53000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นวิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

[3]Faculty of nursing, Western university, Buriram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีต่อทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศทัศนคติเชิงบวกต่อการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถตนเองในผลดีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ทุกตัวแปร ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในผลดีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, ทัศนคติ, มัธยมตอนต้น

Abstract

This research aims to study the effect of a health education program on preventing risky sexual behaviors among lower secondary school students at a selected school. The study employed a quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 30 lower secondary school students, selected through multistage random sampling. The research instruments included a health education program for preventing risky sexual behaviors and a questionnaire. Statistical analyses used

Corresponding Author Pimradar Tummeepukdee *Email: pimradar.tum@uru.ac.th

วันที่รับ (received) 27 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.พ. 2568

in the study included frequency, percentage, mean, standard deviation, and comparative analysis of the average scores on knowledge, experiences related to sexual behaviors, and attitudes toward adolescent sexual relations. The results showed that after participating in the program, the sample group had significantly higher mean scores in knowledge of sexual risk prevention, positive attitudes toward avoiding premature sexual intercourse, self-efficacy perception, decision-making skills, refusal skills, and prevention of risky sexual behaviors compared to before the program ($p < .05$) in all variables. Based on these findings, the developed program can be further utilized to enhance self-efficacy perception, decision-making skills, refusal skills, and sexual risk prevention among lower secondary school students in the target area.

Keywords: Health education program, Attitudes, Lower secondary school

บทนำ

พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับในประเทศไทยและสถานการณ์ของพฤติกรรมวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตเพราะวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากช่วงหนึ่งในชีวิตของมนุษย์ เรียกได้ว่าเป็นช่วงวิกฤตการณ์ของพัฒนาการหรือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการดำเนินชีวิต พัฒนาการของวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของสรีระทั่วร่างกาย วัยรุ่นจะมีอารมณ์ที่แปรปรวนมากกว่าวัยอื่นๆ และมีความคึกคะนอง อยากรู้อยากลอง และจะเริ่มมีการสร้างเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลขึ้นมา[1] จะเห็นว่า จากแนวโน้มพัฒนาการของการเข้าสู่วัยรุ่นนั้นเร็วขึ้นโดยเพศชายเริ่มมีพัฒนาการทางเพศ ตั้งแต่อายุประมาณ 9-10 ปี และเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเร็วขึ้นโดยเฉลี่ยในอายุช่วง 12.1-12.5 ปี โดยจากศึกษาการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนชายร้อยละ 5.3 ส่วนนักเรียนหญิงร้อยละ 5.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วซึ่งอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงเท่ากับ 13.2 และ 13.3 ปี ตามลำดับ[2] จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงของวัยรุ่นข้างต้นส่งผลให้เกิดปัญหา และผลกระทบตามมาอย่างเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์ ปัญหาโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น

ในปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นหรือแม่วัยใส มีแนวโน้มปัญหาเพิ่มสูง ขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศไทย และวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยจากรายงานสถิติสุขภาพโลก ขององค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นอยู่ในลำดับที่ 5 ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราการคลอดบุตรจำนวน 47 คน ต่อเพศหญิงในรุ่นอายุเดียวกัน 1,000 คน[3] สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติที่ระบุว่าจำนวนการคลอดบุตรในเพศหญิงไทยอายุ 10 - 19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยข้อมูลดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงในด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยได้อย่างชัดเจน อีกทั้งปัญหาความรุนแรงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังเป็นสิ่งที่น่ากังวลใจเพิ่มมากขึ้น[4]

การสอนสุขศึกษาเรื่องเพศในสถานศึกษาในปัจจุบันยังมีความจำกัดอยู่มากเนื่องจากปัญหาการสอนเพศศึกษาแบบให้ข้อมูลรอบด้านแก่ผู้เรียนอาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอกคิดว่าเป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น[5] ดังนั้นจึงทำให้นักเรียนขาดทักษะที่จะป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สรุปได้ว่าการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรนี้ เนื่องจากวัยรุ่นขาดทักษะที่จะจัดการกับสถานการณ์ และแรงกดดันจากสิ่งต่างๆ[1]

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)[2] ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิตของกระทรวงสาธารณสุขโดยเน้นด้านทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธมาใช้ในการจัดกระบวนการสุขศึกษา และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนสุขศึกษา เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันสำหรับนักเรียนเพื่อป้องกันตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

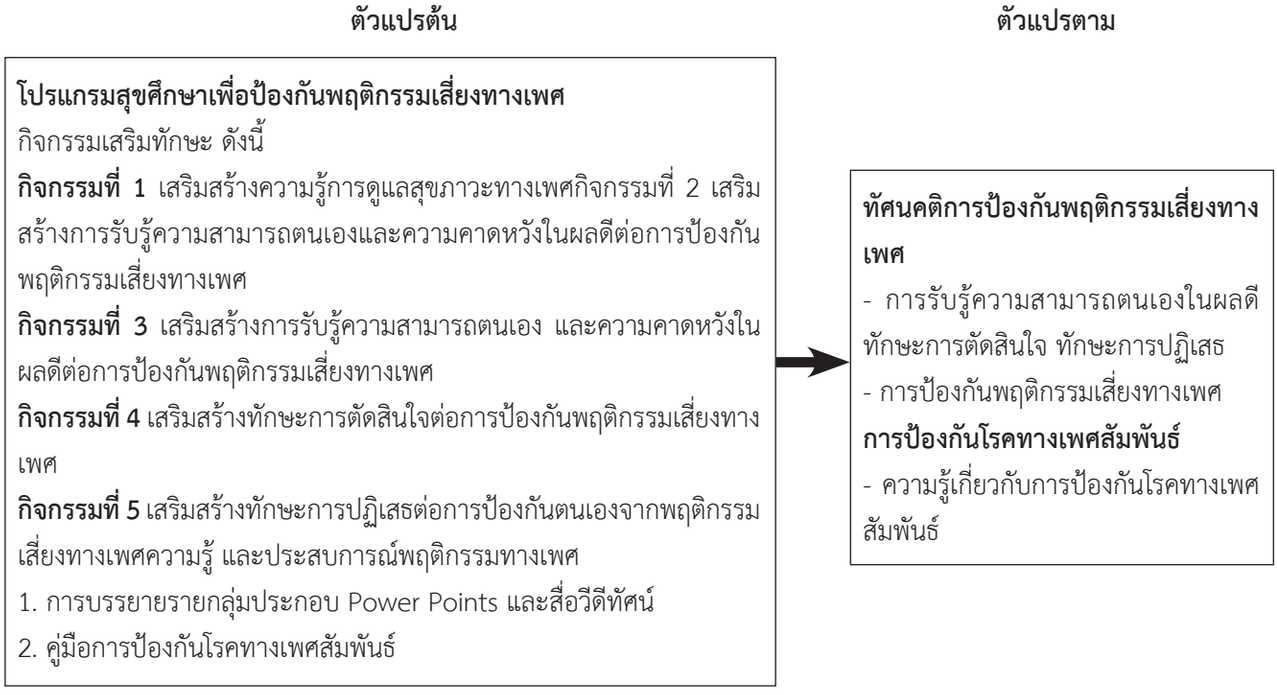
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีต่อทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีต่อทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การรับรู้ความสามารถตนเองในผลดีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไปในทางที่ดีขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)[2] ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิต โดยเน้นด้านทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการมีประสบการณ์จริงบุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีต่อทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี โรงเรียนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13-15 ปี โรงเรียนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2566 ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) แบบเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 ค่า ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)[2] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิด แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบได้แก่ เพศ, อายุ, การศึกษา, เกรดเฉลี่ย, สถานภาพครอบครัว, รายได้ต่อสัปดาห์, พักอาศัยในแหล่งใด และพักอาศัยอยู่กับใคร

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้ และประสบการณ์พฤติกรรมทางเพศ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยปรับปรุงจากอนุชิดา อายุยืน และคณะ 4 แบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมาตรวัดใช้ของ ลิเคิร์ท (Likert Scale)[6] ใช้เกณฑ์ 5 ระดับเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ค่อนข้างเห็นด้วย, เห็นด้วยปานกลาง, ค่อนข้างไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย และการแปลคะแนนด้วยการหาอันตรภาคชั้นโดยใช้พิสัย (Range) การแปลความหมายดังนี้ 4.21–5.00 ทัศนคติมากที่สุด, 3.41–4.20 ทัศนคติดีมาก, 2.61–3.40 ทัศนคติปานกลาง, 1.81–2.60 ทัศนคติน้อย และ 1.00–1.80 ทัศนคติไม่ดี และการแปลความหมายทัศนคติเชิงลบดังนี้ 4.21–5.00 ทัศนคติไม่ดี, 3.41–4.20 ทัศนคติน้อย, 2.61–3.40 ทัศนคติปานกลาง, 1.81–2.60 ทัศนคติมาก และ 1.00–1.80 ทัศนคติดีมากที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วคัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามมากกว่า 0.86

การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาในนักเรียนกลุ่มทดลองระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยจัดกิจกรรม 2 สัปดาห์จำนวน 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 จัดประชุมอาจารย์ประจำชั้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 เสริมสร้างความรู้การดูแลสุขภาวะทางเพศ ณ ห้องประชุมโรงเรียน กิจกรรมครั้งที่ 2 การสอนศึกษาเรื่อง สุขภาวะทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลกระทบ และการป้องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การบรรยายด้วยพาวเวอร์พอยท์ ชมวีดีทัศน์ พูดคุย ซักถามเล่นเกม ถาม-ตอบการป้องกัน และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

สัปดาห์ที่ 4 เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ณ ห้องประชุมโรงเรียน กิจกรรมครั้งที่ 3 การสอนศึกษาเรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลดีต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บรรยายด้วยพาวเวอร์พอยท์ ชมวีดีทัศน์ พูดคุย ซักถาม เล่นเกมส์ถาม-ตอบ เกี่ยวกับเนื้อหาในวิดีทัศน์ บันทึกผลในใบงาน และให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอหน้าชั้น ผลการอภิปรายของกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็น นักเรียนสรุปบทเรียนที่ได้เรียนรู้ลงในกระดาษ และสรุปแนวคิดที่ได้ในแต่ละประเด็น

สัปดาห์ที่ 6 เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ณ ห้องประชุมโรงเรียน กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมเล่นเกม สะท้อนตัวแบบที่ดี อภิปรายกลุ่มตามใบงานแล้วนำเสนอแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ให้นักเรียนเห็นถึงความสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

สัปดาห์ที่ 8 เพื่อเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ณ ห้องประชุมโรงเรียน

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ชื่อเกมเลือกให้ถูกใจ แบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ ให้แต่ละกลุ่มระดมสมองการสมมุติสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หลังจากนั้น ร่วมอภิปรายกลุ่มแล้วนำเสนอแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด เพื่อเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

สัปดาห์ที่ 10 เพื่อเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธต่อการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ณ ห้องประชุมโรงเรียน กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรมฝึกทักษะการปฏิเสธการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ การแบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมุติ โดยการให้แต่ละกลุ่มระดมสมอง ถอดบทเรียนและโยงใยปัญหา โดยการเล่นเกมส์ การทำใบงานอภิปรายกลุ่มแล้วนำเสนอแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มหน้าชั้นเรียน โดยผลสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์เพื่อเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธต่อการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลและความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และทัศนคติเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอ้างอิงทัศนคติ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน ภายในกลุ่มก่อน และหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t - test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2023-103 รับรองวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกรายไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและ 3) หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนเพศหญิง ร้อยละ 61.7 และเพศชายร้อยละ 38.2 ส่วนใหญ่อายุ 14 ปี ร้อยละ 35.0 รองลงมาอายุ 13 ปี ร้อยละ 31.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของบิดา มารดาของนักเรียนคืออาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 84.8 รองลงมาสถานภาพหย่าร้าง ร้อยละ 7.3 และสถานภาพแยกกันอยู่ ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นักเรียนพักอาศัยกับบิดา มารดา ร้อยละ 86.3 และพักอาศัยกับญาติ ร้อยละ 13.6 และส่วนใหญ่สถานภาพนักเรียนไม่มีคู่รักร้อยละ 66.4 และสถานภาพนักเรียนมีคู่รัก ร้อยละ 33.5 การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีต่อทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน ก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.41 (SD=0.74) พิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับปานกลาง ประเด็นด้านทัศนคติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ทัศนคติประเด็นที่ว่านักเรียนตอนต้นหรือวัยรุ่น ควรรักตนเองและมองเห็นคุณค่าของตนเองให้มากขึ้น รวมทั้งเมื่อประสบกับปัญหาต่างๆ ควรปรึกษาพ่อแม่ ค่าเฉลี่ย 3.16 (SD= 0.79) รองลงมาคือ นักเรียนตอนต้นหรือวัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่หอพักจะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือกับคู่รัก ค่าเฉลี่ย 2.95 (SD= 0.66) และหลังให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (SD = 0.59) พิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับดีมาก ประเด็นด้านทัศนคติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ทัศนคติประเด็นที่ว่านักเรียนตอนต้นหรือวัยรุ่นควรรักตนเอง และมองเห็นคุณค่าของตนเองให้มากขึ้น ถ้าหากมีเรื่องกังวลใจหรือปัญหา ควรปรึกษาพ่อหรือแม่ ค่าเฉลี่ย 4.89 (SD =0.41) รองลงมาคือ อินเตอร์เน็ตเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงข้อมูลภาพหรือวิดีโอที่ลามกอนาจารได้ง่ายมากกว่าสื่ออื่นๆ ค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.65) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษา

ทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	ก่อน		หลัง		P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. การมีแฟนในวัยเรียน เป็นเรื่องที่ธรรมดา	2.44	0.62	2.67	0.77	.000*
2. เรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ มีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์ทุกคน	1.66	0.94	3.02	0.39	.000*
3. การมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ช่วยลดปัญหาการทำแท้งได้	2.57	0.68	3.89	0.64	.000*
4. วัยรุ่นควรรักตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง ให้มากถ้าหากมีเรื่องหรือปัญหาควรปรึกษาบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นดีที่สุด	3.16	0.79	4.89	0.41	.000*
5. ทางสถาบันการศึกษาควรสนับสนุนให้มีการดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิดกับนักเรียนทุกระดับชั้น	2.18	0.76	3.79	0.66	.000*
6. สื่อทาง Internet เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงข้อมูลภาพอนาจารได้ง่ายมากกว่าสื่ออื่น ๆ	1.89	0.73	4.21	0.65	.000*
7. เด็กที่อยู่หอพักมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อน วัยอันควร	2.95	0.66	3.10	0.53	.000*
8. การเที่ยวกลางคืนหรือการจัดงานปาร์ตี้ในหมู่ วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ อาจมีเพศสัมพันธ์ได้	2.33	0.62	3.02	0.39	.000*
9. ความอยากลอง เป็นสาเหตุที่มีบทบาทในการยั่วยุให้นักเรียนมีความสัมพันธ์ทางเพศกัน	2.56	0.86	2.10	0.88	.000*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ โดยข้อที่ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ วัยรุ่นควรรักตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเองให้มาก ถ้าหากมีเรื่องหรือปัญหาควรปรึกษาบิดา–มารดาหรือผู้ปกครองเป็นดีที่สุด (p = .000) รองลงมาคือ สื่อทาง Internet เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงข้อมูลภาพอนาจารได้ง่ายมากกว่าสื่ออื่น (p = .000) และค่าเฉลี่ยของทัศนคติโดยรวม เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมก่อนและหลังให้บริการวิชาการเรื่องเพศศึกษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000)

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีต่อทัศนคติด้านลบต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.06 (SD=0.80) พิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับระดับดี ประเด็นด้านทัศนคติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ นักเรียนตอนต้นหรือวัยรุ่นเมื่อมีปัญหาในการคบเพื่อนต่างเพศจะมีการปรึกษาเพื่อนสนิทเป็นอันดับแรก ค่าเฉลี่ย 4.14 (SD=0.84) รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาส่วนตัวเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศจะปรึกษาเพื่อนสนิทก่อนปรึกษาพ่อหรือแม่ ค่าเฉลี่ย 3.52 (SD =0.95) และหลังให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.60 (SD = 0.87) พิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับดี ประเด็นด้านทัศนคติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ทัศนคติประเด็นที่ว่านักเรียนตอนต้นหรือวัยรุ่นคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องไม่เสียหายเพราะเป็นความสมัครใจและเกิดจากความรัก ค่าเฉลี่ย 3.88 (SD =0.91) รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาส่วนตัวเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศจะปรึกษาเพื่อนสนิทก่อนปรึกษาพ่อหรือแม่ ค่าเฉลี่ย 3.69 (SD =0.91) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านลบต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษา

ทัศนคติด้านลบต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	ก่อน		หลัง		P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. เมื่อประสบกับปัญหา จะปรึกษาเพื่อนมากกว่าปรึกษาพ่อแม่	3.52	0.95	2.08	0.91	.000*
2. การอยู่ร่วมกันก่อนที่จะแต่งงานเป็นเรื่องที่ธรรมดา เป็นการเรียนรู้นิสัยใจคอก่อนตัดสินใจมาใช้ชีวิตร่วมกัน	2.21	0.81	2.17	0.88	.000*
3. นักเรียนคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนไม่เสียหายเพราะเป็นความสมัครใจ	2.85	0.81	3.88	0.91	.000*
4. นักเรียนเป็นแฟนกันจำเป็นที่จะต้องมีเพศสัมพันธ์กัน เพราะแสดงออกถึงความเป็นเจ้าของ	2.57	0.67	2.15	0.77	.000*
5. การเลียนแบบพฤติกรรมจาก ดารา นักร้องหรือผู้ที่ชื่นชอบ เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ	3.10	0.76	2.27	0.88	.000*
6. เมื่อมีปัญหาการคบเพื่อนต่างเพศจะปรึกษาเพื่อนอันดับแรก	4.14	0.84	3.69	0.91	.000*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติด้านลบต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขศึกษาพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ โดยข้อที่ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เมื่อประสบกับปัญหาจะปรึกษาเพื่อนมากกว่าปรึกษาพ่อแม่ (p = .000) รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาในการคบเพื่อนต่างเพศจะปรึกษาเพื่อน เป็นอันดับแรก (p = < .000)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่ง สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านประสบการณ์จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองกล่าวคือ เมื่อนักเรียนได้มีการเรียนรู้ได้ฝึกทักษะชีวิต และได้ฝึกทักษะปฏิบัติเช่น การใส่ถุงยางอนามัย และการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมถูกต้อง จะทำให้ได้คิดวิเคราะห์ว่าการลงมือปฏิบัติจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น กล้าแสดงออกด้านพฤติกรรมและกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าที่ยืนยัน และมั่นใจในความคิดเห็นของตนเอง กล้าเจรจาต่อรอง และกล้าปฏิเสธผู้อื่น[7] สอดคล้องกับการวิจัย พบว่าเมื่อมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ความตระหนักในตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งความตั้งใจในการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่า[8] และสอดคล้องกับการวิจัย พบว่า นักเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์[9] โดยสรุปการเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ และการฝึกทักษะผ่านโปรแกรมสุขศึกษา มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงและเพิ่มพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในอนาคต

2. การที่ได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้อื่น จากการชมวีดีทัศนหรือหนังสั้น รวมทั้งความรู้การดูแลสุขภาวะทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการนำเสนอกิจกรรมย้อนกลับมาทบทวนกับผู้อื่น รวมทั้งตัวแสดงจากละครสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มนักเรียน จึงทำให้ดึงดูดความสนใจ ทำให้เกิดการสังเกตคิดวิเคราะห์พฤติกรรม และจากการสะท้อนคิดจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบ และเห็นทางเลือกที่จะ

หลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัย พบว่าการพัฒนาทักษะความรู้ และการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมทั้งทักษะวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ผ่านรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติ สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนได้อย่างเหมาะสม[10] และสอดคล้องกับการวิจัยพบว่า การพัฒนาทักษะชีวิตด้านสุขภาพทางเพศของนักเรียน โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศ ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และจัดให้มีการฝึกประสบการณ์และการฝึกทักษะในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ รวมทั้งการแก้ปัญหา และการสื่อสารที่ถูกต้อง และถูกแนวทางจะช่วยทำให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และป้องกันตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย[11] โดยสรุปการใช้ตัวแบบและกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์สูง สามารถช่วยเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและความเชื่อมั่นในตนเองของนักเรียนในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การทำกิจกรรมหรือโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการเสริมแรงด้วยคำพูด มีการใช้คำพูดที่ช่วยเสริมพลังด้านบวก มีการกระตุ้น และใช้คำพูดชักจูง ทำให้ได้ค้นหาความสามารถของตนเอง ช่วยในการนำมาพัฒนาให้เกิดจุดแข็งของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น การใช้คู่เพื่อนนักเรียน (Buddy) โดยให้คัดเลือกเองด้วยความสมัครใจ และคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา คำแนะนำ การชักจูงโน้มน้าวให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกการคล้อยตามกลุ่มเพื่อน และให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงตามความคาดหวังถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น[12] สอดคล้องกับการวิจัย พบว่าเมื่อนักเรียนประสบกับปัญหาจะปรึกษาเพื่อนสนิทมากกว่าปรึกษาพ่อหรือแม่ รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาในการคบเพื่อนต่างเพศจะปรึกษาเพื่อนสนิทอันดับแรก รวมทั้งการเลียนแบบพฤติกรรมจากดารา เน็ตไอดอล นักร้องหรือผู้ที่ชื่นชอบในการเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่นักเรียนควรปฏิบัติ อาจเป็นเพราะมีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ง่ายขึ้น และเป็นช่วงวัยที่มีพฤติกรรมของการเลียนแบบ ผู้ปกครองจึงต้องควรเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด และทัศนคติที่ว่านักเรียนควรมีการรักตนเอง และการมองเห็นคุณค่าของตนเองให้มากขึ้น ถ้าหากมีเรื่องไม่สบายใจหรือมีปัญหาควรปรึกษาพ่อหรือแม่หรือผู้ปกครองเป็นสิ่งที่ดีที่สุด รองลงมาคือ สื่อทาง Internet เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงข้อมูลภาพและคลิปอนาจารได้ง่ายมากกว่าสื่ออื่นๆ[4] ดังนั้น กิจกรรมที่ใช้การเสริมแรงด้วยคำพูดร่วมกับระบบคู่เพื่อน จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมทัศนคติที่ดีทำให้นักเรียนเกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัยและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4. การทำกิจกรรมหรือโปรแกรมสุขศึกษาช่วยสร้างความพร้อมทางด้านร่างกาย และอารมณ์ เพราะเป็นการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สนุกสนาน ช่วยลดความวิตกกังวลจิตใจ เป็นการเตรียมความพร้อมเมื่อร่างกาย และสภาพจิตใจก่อนและระหว่างการทำกิจกรรมทำให้นักเรียนรู้สึกมีความพึงพอใจ มีความสุข มีความกระตือรือร้นให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมที่ทำ รวมทั้งการจัดกิจกรรมในห้องที่มิดชิดเย็นสบาย จะช่วยลดสิ่งเร้าหรือสิ่งรบกวนสมาธิในระหว่างทำกิจกรรม เป็นการช่วยส่งเสริมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของนักเรียน[7] สอดคล้องกับการวิจัย พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่พัฒนาด้านร่างกายและจิตใจ เป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังบวกให้แก่นักเรียน โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว เพื่อน และชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาพลังตัวตน โดยให้นักเรียนมีการเล่นเกมส์ เพื่อทำความรู้จักตนเอง และเพื่อนทุกคน การเข้าใจบุคลิกภาพของตนเอง การตระหนักถึงความสำคัญของบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการเห็นคุณค่าของตนเอง และการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการให้ความสำคัญของทุนชีวิตของแต่ละบุคคล[13] โดยสรุปการดำเนินกิจกรรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่ช่วยให้นักเรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แต่ยังช่วยพัฒนาทัศนคติที่ดี มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โรงเรียนและนักเรียนช่วงชั้นอื่นๆ สามารถนำวิธีการวิจัยหรือรูปแบบการวิจัย ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับนักเรียนได้ รวมทั้งระหว่างการสอนโปรแกรมสุขศึกษาควรเพิ่มเติมการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนเพื่อประเมินทัศนคติ และกระตุ้นการรับรู้ของนักเรียนเพิ่มขึ้น และรูปแบบการจัดกิจกรรมควรให้นักเรียนมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. ทัศคติ การฝึกทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธของนักเรียนเป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา ดังนั้นโดยแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยควรเน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น และมีประสิทธิภาพด้านการตัดสินใจ และทักษะการปฏิเสธ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองอื่นที่น่าสนใจเช่น กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มนักศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการเสี่ยงทางเพศของแต่ละกลุ่ม

2. ในการวิจัยครั้งนี้ เวลาในการติดตามผลในระยะสั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้ระยะเวลาที่ศึกษานานกว่านี้เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และดูว่าควรต้องให้การสนับสนุนพฤติกรรมนั้นนานเท่าใด พฤติกรรมจึงจะคงอยู่ตลอดไป

3. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจหรือความคิดเห็นของนักเรียน ผู้บริหาร และครูผู้สอนที่มีส่วนต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อนำมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

References

1. Pented P, & Chomson S. Factors affecting protection of sexual risk behaviors among high school students in banklang subdistrict, wangthong district, phitsanulok province. Boromarajonani college of nursing, uttaradit journal. 2019;11(2):62-79. (in Thai)
2. Prachanno W, Srisuriyawet R, & Homsin P. Factors Influencing sexual behaviors among primary school students based on the Information–motivation–ehavioral skills model. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(2):39-51. (in Thai)
3. World Health Organization, Stop TB Partnership. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Ayuyuen A, Bonkhunthod P, Saengngam T, Ruanphet K, Pimmanurak R, & Noimorkun-ladech N. The effectiveness of health education program on preventing sexual risk taking behavior attitudes of secondary school year I students. Medical journal of srisaket surin buriram hospitals 2022;37(3): 669-77. (in Thai)
5. Bualoy W, Therawiwat M, Vathanasomborn P, & Imamee N. Effectiveness of a sex education program to prevent sexual risk behaviors on grade 8 Students, Sampran district, Nakhon Pathom Province. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1):127-42. (in Thai)
6. Likert R. “The Method of Constructing and Attitude Scale”. In Reading in Fishbeic, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son, 1967.
7. Paknoi J, Krungkripetch N, & Homsin P. Effects of life skills enhancement program on perceived self-efficacy and outcome expectancy to avoid sexual risk behaviors among female lower secondary school students. Journal of nursing and health care. 2017;35(3):58-68. (in Thai)
8. Sangchart E, Duangsong R. The effects of health education program with electronicmedia (facebook) on skill development for adolescent pregnancy prevention among grade 7 students. The office of disease prevention and control 7 Khon kaen 2016; 23(1):96-104. (in Thai)
9. Prayochmee V, Sikaow O, & Prasertsong C. The effects of health literacy program on health literacy and sexual prevention behaviors among junior high school students. Journal of the royal thai army nurses 2020;21(2): 150-7. (in Thai)

10. Suwaluck N, Tansakul S, Therawiwat M, & Kaeodumkoeng K. Effects of an Information – motivation – behavioral skills program for preventing sexual intercourse among tenth grade students. Journal of Health Education. 2019;42(1):29-42. (in Thai)
11. Tungsaengsakul S, Suwonnaroop N, Nakakasien P, & Panitrat R. Effects of sexual health life skills program on perceived self- efficacy In safe sex of early adolescent students. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2): 119-28. (in Thai)
12. Wongnapadol R, & Chomnirat W. Outcomes of program' life assets development to prevent sexual risk behaviors among young adolescence. Journal of Nursing and Health Care. 2016;34(3):61-7. (in Thai)
13. Tithiwattanakul U. The effects of a life assets development program using participatory learning on pregnancy preventive behaviors in teenagers Na chaluai district, Ubon ratchathani province. Degree of master of nursing science in community health nurse practitioner school of nursing sukhothai thammathirat open university, 2021. (in Thai)

ผลของการเรียนรู้เกม TCCC “My buddy ต้องรอด” ต่อความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567

Effectiveness of TCCC Game “My Buddy Tong Lord” on Improving Knowledge of Tactical Combat Casualty Care among the Third-Year Class of the Royal Thai Air Force Nursing Students, in 2024 Academic Year

ขวัญหทัย ช้างใหญ่*

Khwanhathai Changyai*

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เกม TCCC “My Buddy ต้องรอด” ต่อความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 31 คน เครื่องมือที่ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การทดสอบค่าที การทดสอบแมนน์-วิทนีย์ยู และการทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เกม TCCC “My Buddy ต้องรอด” สามารถเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ดังนั้นควรนำเกม TCCC “My Buddy ต้องรอด” ไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อร่วมกับการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

คำสำคัญ : การเรียนรู้ด้วยเกม, ความรู้ , การดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี, นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

Abstract

This study used quasi-experimental research with pretest-posttest control group. The objective of the study was to evaluate the effects of TCCC game “My buddy Tong Lord” on improving knowledge of tactical combat casualty care among the third-year class nursing students of the Royal Thai Air Force Nursing College, in 2024 academic year. Sixty two participants were recruited to the study and equally divided into 2 groups:

Corresponding Author: *Email: aloha_dry.ice@hotmail.com

วันที่รับ (received) 28 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.พ. 2568

an experimental group (n=31) and a control group (n=31). The instruments used in the study included data demographic record and questionnaire about tactical combat casualty care knowledge. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, independent t-test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon signed rank test.

After receiving the intervention, the findings showed that the mean score of tactical combat casualty care knowledge of all participants were significantly higher than before starting program (p<.001). In addition, the mean score of tactical combat casualty care knowledge of the experimental group were significantly higher than that of the control group (p<.05).

The results indicated that the TCCC game “My buddy Tong Lord” can increase knowledge of tactical combat casualty care among the third-year class nursing students of the Royal Thai Air Force nursing college, in 2024 academic year. Therefore, the TCCC game “My buddy Tong Lord” should be applied as an instructional media in classes of military tactical nursing to improve learning effectiveness of tactical combat casualty care among the Air Force nursing students.

Keywords: Game-Based Learning, Knowledge, Military Tactical Nursing, Air Force Student Nurse

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้และข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศได้เชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ทั่วทุกมุมโลกเข้าไว้ด้วยกัน โลกมีความเจริญก้าวหน้า และพัฒนาด้านเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีด้านการศึกษาซึ่งได้นำเทคโนโลยีมาผนวกเข้ากับ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้[1] การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นั้นได้ให้ความสำคัญกับการเสริมทักษะการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการส่งเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อมุ่งเน้นให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่นเดียวกันกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางพยาบาลในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นสร้างบัณฑิตที่มีทักษะทางวิชาชีพด้วยหลากหลายกลวิธี เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและมีความพร้อม ด้านทักษะก่อนลงมือปฏิบัติจริงและได้ใช้ทักษะทางวิชาชีพพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศเป็นสถาบันการศึกษาสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ กองทัพอากาศ มีพันธกิจคือผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณธรรมนำความรู้และคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีคุณลักษณะทางทหารเพื่อเป็นบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งในยามสงบ ยามฉุกเฉินและ ยามสงคราม ทั้งนี้จึงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อ สอดรับกับพันธกิจดังกล่าวโดยบรรจุรายวิชาทหารและกิจกรรมการฝึกทหารร่วม[4] ชั้นปี เข้าในหลักสูตร นอกจากนี้ยังบรรจุรายวิชาการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีเพิ่มเติมเข้าในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2561 และจัดการเรียนการสอนตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมาเพื่อมุ่งเน้นให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศมีความรู้และทักษะในการจัดการสาธารณภัยและให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บจากภัยสงครามได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามผลการประเมินกิจกรรมการฝึกทหารร่วม 4 ชั้นปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่านักเรียนพยาบาลทหารอากาศบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ โดยให้ข้อมูลว่าสื่อสไลด์นำเสนอกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกทหารร่วมนั้นมีเนื้อหาที่ค่อนข้างมากและต้องใช้ระยะเวลานานในการจดจำ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมและความรู้ยังไม่มากพอจึงส่งผลให้นักเรียนบางส่วนมีการแสดงออกซึ่งศักยภาพขณะฝึกร่วมน้อยกว่าที่ควร จากผลการการประเมินคุณภาพกิจกรรมการฝึกทหารร่วมตามแผนนภาภิบาล ประจำปีการศึกษา 2566 ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศทุกชั้นปีพบว่าคะแนนความสามารถในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีมีคะแนนต่ำกว่าการฝึกป้องกันและช่วยชีวิตทางเคมี ชีวะ รังสี และนิวเคลียร์ (CBRN) สอดคล้องกับคะแนนประเมินกิจกรรมของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 1 ถึง 3 ประจำปีการศึกษา 2565 รายงานว่าการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีมีความเข้าใจยากและซับซ้อนมากที่สุดโดยเป็นหัวข้อการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี (TCCC) ถึงร้อยละ 39.6 ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียน

ขาดความมั่นใจเมื่อต้องฝึกปฏิบัติภาคสนาม นอกจากนี้ข้อจำกัดของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีคือไม่สามารถจัดฝึกทักษะได้เสมือนจริงเทียบเท่ารายวิชาทางการพยาบาลอื่นๆ เนื่องจากเป็นการดูแลผู้บาดเจ็บภายใต้สถานการณ์การรบ ซึ่งอาจทำให้ผู้เรียนมองเห็นภาพขั้นตอนการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้ไม่ชัดเจน

ปัจจุบันการศึกษาไทยได้มุ่งเน้นให้ทั้งครูและผู้เรียนได้รู้จักคิดและสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการศึกษาให้มีรูปแบบการสอนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[2] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกทดลองปฏิบัติโดยส่งเสริมความร่วมมือเป็นทีม การสอนเพื่อส่งเสริมความคิดเชิงวิพากษ์ การสอนโดยใช้เกมส์ และสื่อออนไลน์หรือมัลติมีเดีย[3] ตัวอย่างของเทคโนโลยีทางการศึกษาที่เป็นที่รู้จักและนิยมใช้ไปทั่วโลก คือ วิธีการสอนผ่านเกมส์ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อให้ผู้เรียนได้รับทั้งความรู้และความสนุกสนานไปพร้อมๆกัน ซึ่งสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับสังคมในยุคปัจจุบันได้อย่างแท้จริง[4] เนื่องจากเป็นการนำเอาเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้สร้างสรรค์นวัตกรรมด้านการเรียนการสอนเพื่อเรียกความสนใจโดยมีภาพเคลื่อนไหวและเสียงประกอบทำให้ผู้เรียนให้ความร่วมมือกับกิจกรรมในชั้นเรียนมากขึ้น นอกจากนี้ผู้เรียนยังมีสมาธิจดจ่ออยู่กับการเรียนรู้ส่งผลให้เรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[5] ยืนยันด้วยผลการวิจัยในหลายการศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศ จากการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อความรู้ที่ใส่ท่อระบายทรวงอกและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังช่วยเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก[6] สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มเกมต่อความรู้และทักษะการช่วยชีวิตของนักศึกษา ทันตแพทย์พบว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของความรู้ทักษะการช่วยชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง[7] นอกจากนี้การใช้เกมในการจัดการเรียนการสอนยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองผ่านการเล่นเกมกระตุ้นการแข่งขันระหว่างบุคคลจึงทำให้เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี[8] สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้ผ่านเกมดิจิทัลต่อการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของนักเรียนพบว่าเกมช่วยให้นักเรียนมีส่วนร่วมและสร้างแรงจูงใจเชิงบวกได้มากเมื่อเทียบกับกิจกรรมออนไลน์แบบเดิมๆ[9] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้ โดยใช้เกมมิฟิเคชันต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และความคิดเห็นต่อการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลพบว่าเกมมีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และส่งผลต่อความคิดเห็นในการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด[10]

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการผสานเทคโนโลยีกับการเรียนการสอนโดยพัฒนาเกม TCCC "my buddy ต้องรอด" เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่ทันสมัยให้เป็นไปตามจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ซึ่งเป็นชั้นปีที่จะมีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีมีความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดของการพยาบาลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีและมีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทางทหารตามหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศได้อย่างเต็มศักยภาพรวมทั้งการฝึกปฏิบัติการร่วมระหว่างเหล่าทัพในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ก่อนและหลังเรียนรู้ด้วยเกม TCCC "my buddy ต้องรอด"

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยเกม TCCC "my buddy ต้องรอดและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐาน

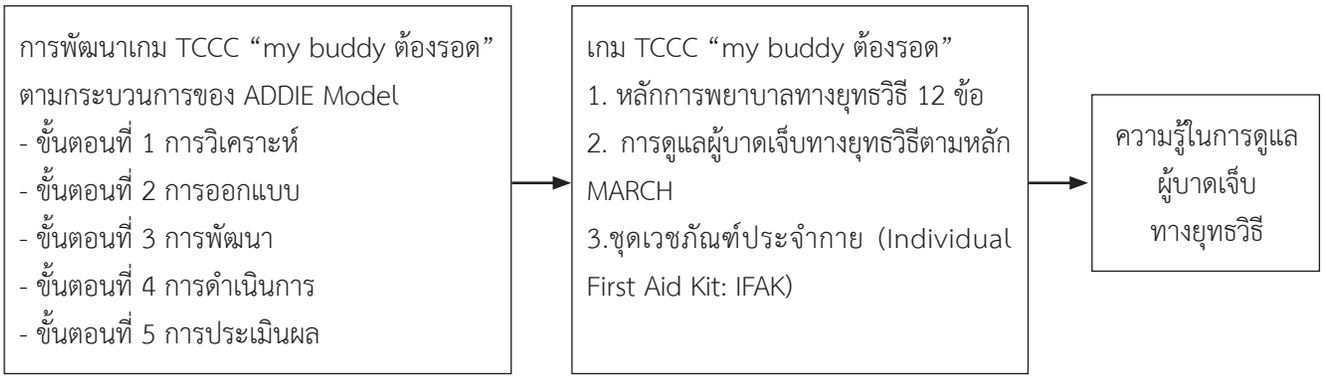
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 หลังเรียนรู้ด้วยเกม TCCC "my buddy ต้องรอด" สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 หลังเรียนรู้ด้วยเกม TCCC "my buddy

ต้องรอด” สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Gagné ที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างในการเรียนรู้ของบุคคล โดยระบุว่ามนุษย์แต่ละคนมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันแนวคิดดังกล่าวได้มุ่งเน้นพัฒนาสติปัญญาของผู้เรียนโดยให้ความสำคัญโดยการจัดการเรียนรู้โดยเริ่มต้นจากง่ายไปยากซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เนื้อหาสาระต่างๆได้อย่างรวดเร็วและสามารถจดจำความรู้ดังกล่าวโดยมีการคงอยู่ขององค์ความรู้ได้ในระยะเวลาที่ยาวนาน ขั้นตอนการเรียนรู้นั้นประกอบด้วย 9 ขั้น ได้แก่ 1) สร้างความสนใจ 2) การบอกวัตถุประสงค์ 3) การทบทวนความรู้เดิม 4) การนำเสนอเนื้อหาใหม่ 5) ให้แนวทางการเรียนรู้ 6) ลงมือปฏิบัติ 7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ 8) ประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ตามจุดประสงค์ และ 9) ส่งเสริมความแม่นยำและการถ่ายโอนการเรียนรู้[11] แนวคิดดังกล่าวจึงถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการศึกษานี้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีผ่านเกมซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ สนุกสนานเพลิดเพลินไปกับการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังส่งเสริมการพัฒนาด้านสติปัญญาของผู้เรียนและเพิ่มการคงอยู่ของความรู้ที่ยาวนาน สำหรับเกม TCCC “my buddy ต้องรอด”ถูกสร้างขึ้นโดยใช้หลักการของ ADDIE Model โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูป 1.1



รูป 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่มวัด 2 ครั้ง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2567 กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบเจาะจง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คนและกลุ่มควบคุม 31 คน เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 2) เพศชายและเพศหญิง 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) มีภาวะสุขภาพซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนจบหรือมีเหตุผลที่ไม่สามารถดำเนินวิจัยต่อจนจบได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม

1.2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งการทดสอบเป็น 5 ด้าน ตามจุดมุ่งประสงค์การเรียนรู้ ได้แก่ การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บภายใต้การยิง, การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บระหว่างดำเนินยุทธวิธี, การประเมินและการพยาบาลตามหลัก MARCH, การเคลื่อนย้ายและนำส่งผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี, ชุดเวชภัณฑ์ประจำกาย ตอบข้อคำถามถูกได้ 3 คะแนน หากตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน (คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 75 คะแนน) แปลผลคะแนน 0–25 หมายถึง

มีความรู้ในการดูแลระดับน้อย; 26–50 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลระดับปานกลาง; 51–75 หมายถึง มีความรู้ในการดูแลระดับมาก ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและคำตอบกับจุดประสงค์การเรียนรู้ (IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00 แสดงว่ามีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดประสงค์การเรียนรู้สามารถนำไปใช้ได้ โดยการนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 21 มีค่าเท่ากับ 0.78 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

สื่อการสอนในรูปแบบเกม TCCC “my buddy ต้องรอด” เป็นสื่อการสอนการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี ประกอบด้วย หลักการพยาบาลทางยุทธวิธี 12 ข้อ และการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีตามหลัก MARCH และ 2) ตัวอย่างสถานการณ์และการบาดเจ็บ ประกอบด้วย ชุดเวชภัณฑ์ประจำกาย การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บภายใต้การยิง การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บระหว่างดำเนินยุทธวิธี การประเมินและการพยาบาลตามหลัก MARCH และการเคลื่อนย้ายและนำส่งผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี การดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี สื่อการสอนในรูปแบบเกม TCCC “my buddy ต้องรอด” ตามแนวคิดของ Robert Gagne ได้ถูกสร้างโดยใช้หลักการออกแบบของ ADDIE model ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1) วิเคราะห์ปัญหา** วิเคราะห์ปัญหาเพื่อออกแบบสำรวจปัญหาและคัดเลือกปัญหาโดยใช้เกณฑ์ความยากและความซับซ้อนในการเข้าถึงเนื้อหา ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสื่อการสอนในรูปแบบเกม และการพยาบาลทหารทางยุทธวิธี ทบทวนสื่อต่างๆที่มีอยู่เดิม เช่น การใช้รูปแบบ interactive ของ website get home save และ livesaver: resuscitation council UK และวิดีโอ TCCC training จากสื่อหลากหลายแห่ง **ขั้นตอนที่ 2) การออกแบบ** ออกแบบเกมโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการทำสื่อและนำเนื้อหาที่ศึกษาไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลทหารทางยุทธวิธี จากนั้นเริ่มต้นจากการจัดทำโครงร่างเกมเป็น story board ใช้โปรแกรม Canva **ขั้นตอนที่ 3) การพัฒนา** ศึกษาวิธีการสร้าง Game Based Learning จากนั้นสร้างสื่อการสอนโดยใช้โปรแกรม Godot engine ใช้โปรแกรม VEGAS Pro ในการตัดต่อวีดิโอสำหรับใช้เล่นในเกมและใช้โปรแกรม Canva ในการสร้างสื่อการนำเสนอเนื้อหาสำหรับทบทวน ภายในเนื้อหาเกมจะเกี่ยวข้องกับเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บภายใต้สมรภูมิรบโดยมีการดำเนินไปของสถานการณ์ที่เสมือนจริง และมี 20 คำถาม โดยผู้เล่นจะมีหน้าที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บให้ได้สำเร็จและให้การดูแลทางยุทธวิธีจนผู้ป่วยปลอดภัย จากนั้นนำสื่อการสอนไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีจำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการศึกษาจำนวน 1 ท่าน มีค่ามีค่าดัชนีความตรงทางด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.86 จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข **ขั้นตอนที่ 4) การนำไปทดลองใช้** นำสื่อการสอนไปทดลองใช้กับนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ 4.53 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก และได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ จำนวน 46 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและนวัตกรรม โดยเพิ่มความหลากหลายของการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในสนามรบในรูปแบบต่างๆ และพัฒนาระบบให้มีความเสถียรมากขึ้นและสามารถใช้งานได้ทุกระบบปฏิบัติการ (ios และandroid) **ขั้นตอนที่ 5) ประเมินผล** นำสื่อการสอนที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยกับนักเรียนกลุ่มทดลองจำนวน 31 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช รหัสโครงการวิจัย 84/67 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สำคัญ 3 หลักการ คือ หลักเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตรายและหลักแห่งความยุติธรรม โดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ การปกป้องรักษาข้อมูลความลับและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อนักเรียนพยาบาลทหารอากาศจากฝ่ายงานทะเบียน จากนั้นทำการแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จนครบกลุ่มละ 31 คน กล่าวทักทายและแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายให้ทราบถึงความสำคัญ

และวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม ขั้นตอนการดำเนินงาน สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง (วันที่ 1) ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลา 25 นาที ชี้แจงกติกา วิธีการเล่น และระยะเวลาในการเล่นเกมซึ่งจะใช้เวลา 20 นาที จากนั้นกลุ่มทดลองเล่นเกมตามสถานการณ์และตัดสินใจเลือกคำตอบที่ถูกต้อง หากเลือกคำตอบผิด หน้าจอจะแสดง “Game over” และจะต้องกลับไปตอบคำถามในข้อเดิมจนกว่าจะเข้าช่วยเหลือบัดดี้ได้ปลอดภัยจึงจะเสร็จสิ้นภารกิจและจบเกม (วันที่ 2) ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี ระยะเวลา 25 นาที จากนั้นรับฟังความรู้จากผู้วิจัย เรื่อง การดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยกล่าวสิ้นสุดกิจกรรมและขอบคุณ

กลุ่มควบคุม (วันที่ 1) ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลา 25 นาทีผู้วิจัยแจกคู่มือเอกสารความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี เพื่อให้ใช้ในการศึกษาด้วยตนเอง (วันที่ 2) ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี ระยะเวลา 25 นาที ผู้วิจัยสรุปความรู้ เรื่อง การดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยกล่าวสิ้นสุดกิจกรรมและขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยการ แจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square และ Independent Sample T-test ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilk พบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมมีการแจกแจงปกติในขณะที่อายุและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีระหว่างกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยเกม TCCC “my buddy ต้องรอดและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีก่อนและหลังเรียนรู้ด้วยเกม TCCC “my buddy ต้องรอด” โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.32) และเพศชาย (ร้อยละ 9.68) กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.32) และเพศชาย (ร้อยละ 9.68) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-24 ปี อายุเฉลี่ย 20.53 ปี (SD=0.84) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 20.45 ปี (SD=0.48) กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 20.00 ปี (SD=0.00) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ 2.96 (SD=0.15) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.00 (ร้อยละ 62.9) รองลงมาคือ 3.01–3.50 (ร้อยละ 33.9) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ 2.97 (SD=0.46) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 2.59-3.55 (ร้อยละ 61.3) รองลงมาคือ 3.01–3.50 (ร้อยละ 35.5) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ 2.93 (SD=0.06) ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยระหว่าง 2.51–3.00 (ร้อยละ 64.5) รองลงมาคือ 3.01-3.50 (ร้อยละ 32.3) จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ก่อนและหลังเรียนรู้ด้วยเกม TCCC “my buddy ต้องรอด” (n = 62)

ความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี	ก่อนเรียน		หลังเรียน		Wilcoxon Sign Rank test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	39.68	1.34	50.71	1.25	-4.16	.000***
กลุ่มควบคุม	39.58	1.68	48.00	1.29	-4.31	.000***

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าก่อนและหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีเท่ากับ 39.68 (SD = 1.34) และ 50.71 (SD = 1.25) ตามลำดับ และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีเท่ากับ 39.58 (SD = 1.68) และ 48.00 (SD = 1.29) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองทั้ง 2กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-4.16,p <.001) (Z=-4.31,p <.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยเกม TCCC “my buddy ต้องรอดและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเรียนรู้ด้วยเกม TCCC “my buddy ต้องรอด (n = 62)

ความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธี	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		Mann-Whitney U test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเรียน	39.68	1.34	39.58	1.68	-.30	.38
หลังเรียน	50.71	1.25	48.00	1.29	-1.89	.03*

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีเท่ากับ 50.71 (S.D.=1.25) และ 48.00 (S.D.=1.29) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีพบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-1.89; p<0.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยเกม TCCC “My buddy ต้องรอด”สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเกม TCCC “My buddy ต้องรอด”ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนุกสนานมีภาพเคลื่อนไหวและเสียงประกอบที่ตื่นเต้นเร้าใจชวนให้ติดตาม ส่งเสริมให้เกิดความท้าทาย กระตุ้นให้ผู้เล่นใช้ความรู้ปฏิญาณไหวพริบในการแก้ไขปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกันไปเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเกมส์ช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนเทคนิคหรือทักษะต่างๆที่ต้องการ ฝึกการสังเกตและมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งที่เรียนรู้และเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด[12] สอดคล้องกับการศึกษาผลของเกมการละเล่นพื้นบ้านล้านนาต่อการคิดวิเคราะห์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 พบว่าผลการคิดวิเคราะห์โดยใช้เกมการละเล่นพื้นบ้านล้านนาหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่าเกมเรียกความสนใจให้ความเพลิดเพลินเกิดทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหากับสถานการณ์ที่กำหนดช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เข้าใจในเนื้อหาบทเรียนมากยิ่งขึ้น[13] สอดคล้องกับการศึกษาผลของเกมิฟิเคชันต่อทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์โรคระบาดของนักเรียนพยาบาลพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเล่นเกมสูงกว่าก่อนเล่นเกมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยการใช้เกมจึงเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เสริมสร้างแรงจูงใจและความกระตือรือร้นในการเรียน พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและการคิดวิเคราะห์และนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม[14] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลอง ADDIE Model ต่อความรู้ของผู้เรียน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเล่นเกมสูงกว่าก่อนเล่นเกมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกล่าวว่าเกมออนไลน์เป็นสื่อที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนฝึกคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจึงช่วยพัฒนาทั้งระดับความจำและความเข้าใจ[15] เช่นเดียวกับการศึกษาที่ใช้เกมจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมความเข้าใจขั้นตอนการให้ยาทางหลอดเลือดดำให้กับนักศึกษาพยาบาลผู้เล่นสามารถเรียนรู้ขั้นตอนการฉีดยาทางหลอดเลือดดำผ่านการเล่นเกมส์ทางคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษาพบว่าเกมจำลองสถานการณ์เสมือนจริงช่วยเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้เรียนมีคะแนนการปฏิบัติหลังเรียนสูงกว่าคะแนนก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังใช้เวลาในการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] กล่าวได้ว่าเกมส์ทำให้ผู้เล่นเกิดแรงจูงใจมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ผู้เล่นยังสามารถใช้เกมฝึกฝนทบทวนความรู้ได้บ่อยตามที่ต้องการจนเกิดความมั่นใจและนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติของตนเอง

2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้เกม TCCC “my buddy ต้องรอด”สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด 9 ขั้นตอนของ Gagné ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเกม TCCC “My buddy ต้องรอด” จึงส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เนื้อหาได้ดี รวดเร็ว สามารถจดจำสิ่งที่เรียนได้นาน ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวเป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้และการจดจำของมนุษย์ และครอบคลุมการเรียนการสอนได้เป็นอย่างดี โดยการศึกษาครั้งนี้ได้จัดรูปแบบกิจกรรมตั้งแต่การสร้างความสนใจด้วยเกมที่น่าสนใจแตกต่างจากการเรียนการสอนในอดีต ตามด้วยชี้แจงกลุ่มทดลองให้ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการจัดกิจกรรม ทบทวนความรู้เดิมโดยให้ผู้เรียนทำข้อสอบ Pre-test จากนั้นนำเสนอบทเรียนใหม่โดยใช้สื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัยในรูปแบบของเกมที่มุ่งช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีตามสถานการณ์จำลองทำให้เร้าความสนใจของผู้เรียน เกิดความสนุกสนานตื่นเต้นและชวนให้ติดตาม นอกจากนี้ภายในเกมยังสอดแทรกเกร็ดความรู้เสริมตลอดการเล่นเกมชวนให้ผู้เล่นมีความตั้งใจที่จะอ่านความรู้เพื่อตอบคำถามแต่ละข้อจนครบเพื่อให้ตนเองผ่านไปยังด่านต่อไปได้ ผู้เรียนจึงใส่ใจในกิจกรรมได้ยาวนานขึ้น ต่างจากการเรียนรู้ตามปกติที่ผู้เรียนศึกษาความรู้จากเอกสารประกอบด้วยตนเองซึ่งอาจทำให้ขาดแรงจูงใจในการศึกษาเอกสารจนครบทุกบทเรียน สอดคล้องกับหนึ่งการศึกษาที่กล่าวว่าออนไลน์เกมสามารถนำมาใช้กระตุ้นผู้เรียนให้มีส่วนร่วมโดยการสร้างแรงจูงใจในการเล่นเพื่อแข่งขันกับตัวเองและคนรอบข้าง ผู้เรียนจึงตั้งใจศึกษารายละเอียดเนื้อหาในเกมส่งผลให้มีความรู้มากขึ้น[17] นอกจากนี้ผู้เรียนสามารถเข้าเล่นเกมได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ ทำให้ผู้เรียนสามารถทบทวนความรู้ได้ทุกเมื่อ มีการผสานองค์ความรู้ที่ได้รับกับความรู้เดิมช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความคิดและนำไปสู่การเรียนรู้ที่ไวมากขึ้น จากนั้นทดสอบความรู้ใหม่เพื่อประเมินผลการเรียนรู้ด้วยข้อสอบ Post-test ทำให้ผู้เรียนสามารถทดสอบความรู้ตนเองและท้ายสุดของกิจกรรมผู้สอนจะสรุปเนื้อหาบทเรียนทั้งหมดอีกครั้งซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้มีส่วนสำคัญเพราะนอกจากจะเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีแล้วยังช่วยให้ความรู้ดังกล่าวคงอยู่กับผู้เรียนในต่อไปในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดรูปแบบการเรียนการสอนผ่านการเรียนรู้โดยใช้มือถือของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่ากลุ่มที่ได้เรียนรู้ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่มีการเพิ่มขึ้นของการเรียนรู้และการคงทนขององค์ความรู้ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่าการระบุเป้าหมายที่ชัดเจน การให้บทเรียนในลักษณะที่มีโครงสร้างและสม่ำเสมอ ความกระตือรือร้นของนักเรียนในระหว่างทำกิจกรรมและการผสานองค์ความรู้ใหม่กับองค์ความรู้เดิมนำไปสู่การคงไว้ซึ่งความคงทนของความรู้ของผู้เรียน[18] เช่นเดียวกับการศึกษาผลของเกมดิจิทัลตามต่อความสามารถในการจับใจความของนักเรียนชั้นประถมพบว่าความสามารถในการอ่านจับใจความของนักเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้เล่นไม่เพียงแต่เกิดความสนุกสนานแต่ยังได้ใช้ความรู้ที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาเพื่อที่ให้ตนเองผ่านไปในด่านอื่นๆ โดยพบว่ากลุ่มทดลองสามารถจดจำความรู้ในการเรียนได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม[19] และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยเกมดิจิทัลและการเรียนรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความรู้ทักษะการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกพบว่าทักษะการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกล่าวว่าการจัดการเรียนการเรียนรู้ด้วยเกมนั้นสร้างความสนใจให้ผู้เรียนส่งเสริมให้เกิดการลงมือปฏิบัติ เมื่อได้ปฏิบัติจึงช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในการฝึกปฏิบัติได้ด้วยความมั่นใจ[20] และการศึกษาผลของการใช้ Kahoot ในการจัดการเรียนรู้แบบ 4E×2 ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสามารถในการคิดวิเคราะห์พบว่าเกม Kahoot ช่วยให้ผู้สอนสามารถประเมินได้ว่าผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในบทเรียนมากน้อยเพียงใดหรือยังขาดความรู้ในเรื่องใดและสามารถเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำเนื้อหาได้มากขึ้นอีกด้วย[21]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าสื่อการเรียนรู้เกม TCCC “my buddy ต้องรอด”สามารถเพิ่มความรู้ให้กับผู้เรียน โดยสามารถนำไปใช้เป็นสื่อเสริมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บในรายวิชาการพยาบาลทหารทางยุทธวิธี และใช้ทบทวนความรู้ก่อนนำเข้าสู่บทเรียน หลังเรียนก่อนสอบภาคปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีและก่อนการฝึกทางทหาร

2. ควรสนับสนุนการขยายผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบเกมดิจิทัลโดยส่งเสริมให้มีการใช้สื่อการเรียนรู้เกมจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเป็นสื่อเสริมในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทฤษฎีเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และสร้างความมั่นใจในการให้การพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ด้านการพยาบาลทหารทางยุทธวิธีเพื่อให้เกิดความคงทนในด้านความจำ

2. ติดตามประเมินผลลัพธ์ตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ทักษะและความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บทางยุทธวิธีและความพึงพอใจ

3. ขยายผลโดยใช้เกม Interactive ในรายวิชาทฤษฎีอื่นๆเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลายและเป็นประโยชน์

References

1. Pongauksorn P. Learning in the 21st century : Lesson learned from flipped classroom. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2):47-54. (in Thai)
2. Phakamach P. Educational innovation: Elements and mechanisms for the development of Thai educational institutions towards internationalization. Journal of Education and Innovative Learning. 2023;3(2):161-79. (in Thai)
3. Khamkaew P, & Saifah Y. Effects of learning activity package based on gamification concept to enhance creative problem solving of elementary students. Bangkok: Faculty of Education, Chulalongkorn University; 2021. (in Thai)
4. Sanguanrat S, & Waree C. Educational game: Fun learning on an academic foundation. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2023; 8(12):754-72. (in Thai)
5. Li Y, Chen D, & Deng X. The impact of digital educational games on student’s motivation for learning: The mediating effect of learning engagement and the moderating effect of the digital environment. PLoS One. 2024;19(1): e0294350.
6. Wonggom P, Somjaivong B, Homvisetvongsa S, Potisopha W, Changrueang O, Ruaisungnoen W, et al. Effects of game-based learning in caring for patients with intercostal drainage on knowledge, practical skills, and satisfaction in nursing students. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2023;38(4): 358-72. (in Thai)
7. Akaltan KF, Önder C, Vural Ç, Orhan K, Akdoğan N, & Atakan C. The effect of game-based learning on basic life support skills training for undergraduate dental students. Journal of Dental Education. 2023;87(10):1458-68.
8. Castro MJ, López M, Cao MJ, Fernández-Castro M, García S, Frutos M, et al. Impact of educational games on academic outcomes of students in the Degree in Nursing. PLoS One. 2019;14(7):e0220388.
9. Nadeem M, Oroszlanyova M, & Farag W. Effect of digital game-based learning on student engagement and motivation. Computers. 2023; 12(9):1-23.
10. Chonsawat C, Kraiwong P, & Kaewchantr M. The effects of learning activities using gamification on achievement motivation and opinion toward teamwork among nursing students in a private university. Thai Journal of Nursing. 2024;73(2):22-31.

11. Gagné RM. The conditions of learning and theory of instruction. Holt: Rinehart and Winston; 1985.
12. Sriharee G. Software engineering prospective on digital game-based learning for Thailand education 4.0. The Journal of King Mongkut’s University of Technology North Bangkok. 2018;28(2):477-88. (in Thai)
13. Boonyanukul A. Results of analytical thinking skills development using lanna traditional games in “Moderate class, More knowledge” activities provision for prathomsuksa 3 students. Journal of MCU Buddhapanya Review. 2019;4(2):237-52. (in Thai)
14. Prajankett O, Chamnongchit S, Chamnongchit A, & Charoensan P. The effect of organizing learning activities based on gamification concept toward problem solving skills of nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):132-40. (in Thai)
15. Chaeye K, & Thammajinda O. Effects of enjoyable obstetrics online game on knowledge and satisfaction of learners. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2020;26(1):54-65.
16. Noyudom An, & Na Nakorn P. The impact of simulation game on nursing students’ performance skills for intravenous injection via NSS lock. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):413-20. (in Thai)
17. Maneelert O, & Wichaikull S. The effects of gamification on health literacy in school-aged children with thalassemia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):311-8. (in Thai)
18. Mofrad S, Zarifsanaiey N, Bazrafkan L, & Shahraki HR. The effect of multi-stage mobile training based on Gagne instructional design on learning, retention, and satisfaction of health volunteers. Journal of Education and Health Promotion. 2021;10:1-8.
19. Suksan C, & Rodkroh P. Effects of education digital game as based on Robert Gagne’s upon reading comprehension ability of first grade students. Journal of Education. 2022;17(1): OJED1701023. (in Thai)
20. Kaewtem Y, Panchakhan N, Kreuangchai S, & Chujit W. Effectiveness of digital game-based learning and learning via social media program on knowledge and skills in clinical risk prevention. Academic Journal Uttaradit Rajabhat University. 2023;18(1):21-40. (in Thai)
21. Ratniyom J, Jongpungklang K, Sudsin M, Chuchuoy K, Tientongdee S, & Lee A. The effect of using Kahoot as a formative assessment tool in 4E×2 learning management on learning achievement and analytical thinking ability. Journal of Science and Science Education. 2021;4(2):364-278. (in Thai)

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการเรียนรู้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒิพลัง

The Development of Personnel Capacity in Learning Management for the Active Aging Elderly

ธารินทร์ ก้านเหลือง อัจฉรา ปุราคม ทัศนีย์ จันติยะ*
Tharin Kanluang Atchara Purakom Tassanee Juntiya*
คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ นครปฐม ประเทศไทย 73140
Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University, Nakhon Pathom Thailand 73140

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง"การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒิพลัง" มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)พัฒนาหลักสูตรอบรมผู้จัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติพลัง 2)พัฒนาศักยภาพของผู้จัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติพลัง และ 3)ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมผู้จัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติพลัง และประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 50 คน ที่เป็นผู้จัดการสอนและผู้นำกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี และกาญจนบุรี โดยมีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม และการจับฉลากเพื่อเลือกอำเภอ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงในการเลือกตำบล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นวิทยากร, แบบประเมินความสามารถด้านการเป็นวิทยากร และ แบบประเมินความพึงพอใจผู้เข้ารับการอบรม (Rating Scale) การวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติแบบพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่าหลักสูตรอบรมผู้จัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติพลังมีประสิทธิภาพสูง และดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการเรียนรู้ได้ครบทั้ง 4 จังหวัด และผลประเมินความพึงพอใจในการดำเนินการ โครงการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤฒิพลังอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: พฤฒิพลัง, ผู้สูงอายุ, ศักยภาพการจัดการเรียนรู้, หลักสูตรการฝึกอบรม, ความพึงพอใจ

Abstract

This research aimed to 1) develop a training curriculum for learning management instructors with the active aging elderly, 2) enhance the personnel capacity for the active aging elderly, and 3) evaluate the effectiveness of the training curriculum for the learning management trainer, and assess the satisfaction of the training curriculum for the active aging elderly. The sample was 50 elderly aged 60 years and over who were teaching management trainer and activity leaders in the school for the elderly; in the provinces of Nakhon Pathom, Ratchaburi, Suphan Buri and Kanchanaburi, the sample group was divided by cluster sampling, and the district was chosen by the simple random and sub-district was chosen by purposive sampling. Research

Corresponding Author: *email: tassanee.o@ku.th

วันที่รับ (Received) 6 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ก.พ. 2568

tools included the training curriculum, a personnel capacity test (Rating scale), a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The result is the training curriculum for learning management instructors with the active aging elderly got high performance. The development of personnel capacity in learning management was carried out in all 4 provinces, and the satisfaction is the highest level.

Keywords: active aging, elderly, learning management capacity, training curriculum, satisfaction

Introduction

Over the past few years, many countries around the world have transitioned into aging societies due to the increasing number of elderly people each year. According to United Nations data, the proportion of the elderly population was expected to rise from 8.6% in 1980 to 11.1% in 2010, approximately 420 million people, and further increase to 18.6% by 2040, or about 460 million people.[1] This means that the number of elderly individuals is growing by 800,000 people per month. The number of people aged 80 and over was expected to reach 392 million from 2012 onwards. The United Nations defines a country as an aging society if 10% or more of its population is aged 60 and above. By this definition, Thailand has already become an aging society, with the number of elderly people increasing from 1.2 million in 1960 to approximately 8.5 million in 2010.[2]

Countries in the ASEAN region are also transitioning into aging societies. Thailand has the highest proportion of elderly people at 16.8%, followed by Singapore at 9.0%, and Vietnam at 7.0%. It is expected that ASEAN countries will fully become aging societies within the next 10 to 20 years.[3] Since 2005, Thailand has been preparing for an aging society by focusing on promoting lifelong learning activities for the elderly. This has led to the widespread establishment of Elderly Schools in communities by local administrative organizations, healthcare providers, and educational institutions in the central-western region. These schools often provide short-term learning experiences based on curricula from the Ministry of Public Health and the Office of the Non-Formal and Informal Education, Ministry of Education, to promote lifelong learning and alleviate health and social problems among the elderly.

There were 4 elements include psychological well-being, physical activity, activities of daily living, and self-assessed health.[4] The activities provided focus on self-empowerment, health promotion, physical exercise, healthy cooking, and handicrafts for supplementary income. Elderly individuals participate in these activities to improve their well-being and engage in society. These programs are organized by government officials from various sectors and retired officials who provide learning experiences related to health. Research by Chantapremjit, Rukspollmuang, and Prachuabmoh found that the transmission of local wisdom by elderly volunteers is a crucial factor in promoting learning among the elderly.[5] Additionally, Purakom found that the success of elderly learning processes depends on instructors who can effectively motivate elderly learners.[6]

Despite these efforts, there remains a significant gap of knowledge in specialized training for elderly health education instructors, leading to deficiencies in the learning process. Various studies have emphasized the need for instructors to have skills in attention management, teamwork, communication, leadership, technical expertise, adaptability, innovation, foreign languages, and basic

computer skills. However, most current instructors lack formal training in these skills.

According to the research by Yodpet, Pattanasri and Sakdaporn found that the instructors in an elderly school had many experiences, but they are lack of teaching techniques, and capacity to teach elderly in an effective way.7 Thus, the researchers reviewed research documentaries and found that the characteristics and capacity of caregivers for the elderly, as well as the studies about training curriculum for caregivers. Additionally, studies focused on learning patterns. However, they were lack of knowledge in curriculum in learning management for instructors and the development of personnel capacity for elderly school.

Researchers believe that enhancing the capabilities of these instructors through targeted training programs will significantly improve the education system in Elderly Schools. By equipping these key personnel with the necessary knowledge and skills, they will be better able to support and promote lifelong learning among the elderly. This research aims to develop the capacity of instructors in Elderly Schools to enable the elderly to achieve active living and full participation in society.

Objectives

1. To develop a training curriculum for learning management instructors with elderly individuals who are experiencing active aging.

2. To enhance the capacity of personnel who manage learning for elderly individuals experiencing active aging.

3. To evaluate the effectiveness of the training curriculum for the learning management instructors working with the active aging elderly and to assess the satisfaction with the curriculum.

Hypotheses

1. The training curriculum for learning management instructors working with elderly individuals experiencing active aging is effective, meeting the 75/75 criteria.

2. The personnel capacity in learning management for the active aging elderly is in high level.

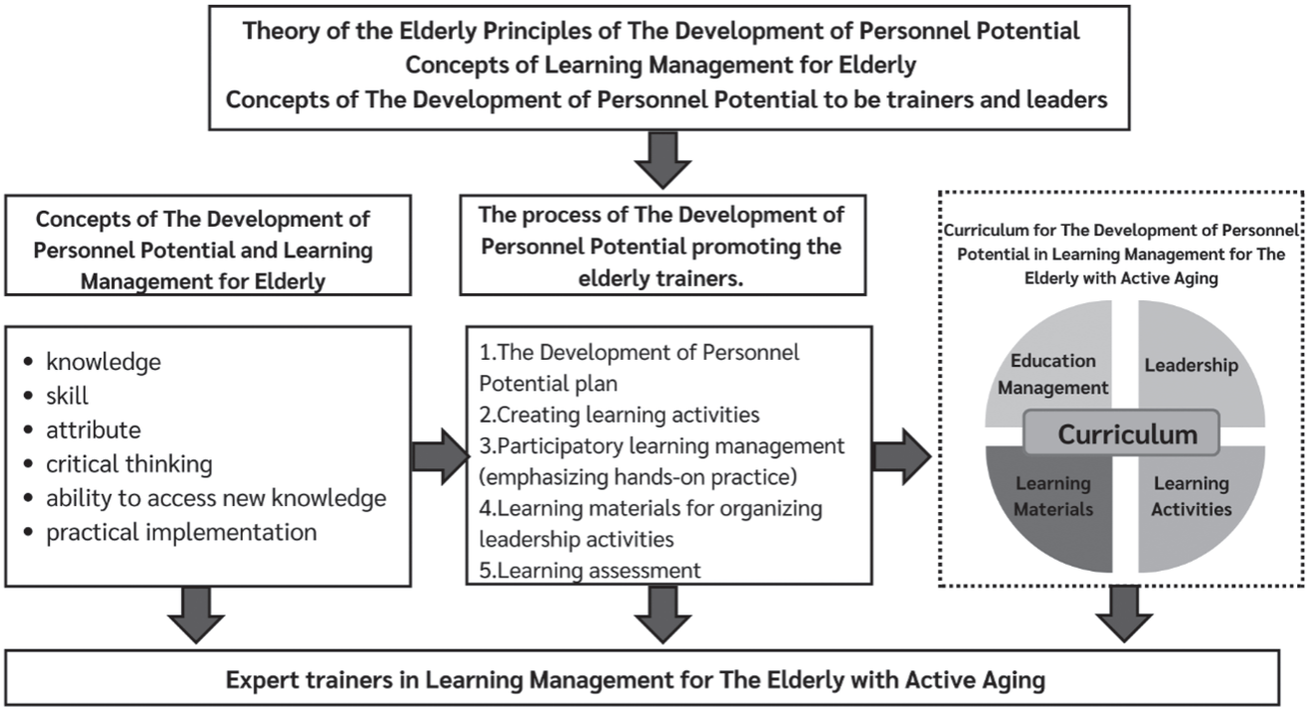
3. The satisfaction of trainees with the learning management curriculum for the active aging elderly is at a high level.

Framework

Theories and Conceptual Framework of the Research Project

This study used theories which related to the elderly, psychology, personnel capacity for learning management with an elderly, related to the concept about the development of personnel capacity to become the instructors in learning; lead to the development of personnel capacity for the active aging elderly. In this study, the researchers used the conceptual framework, theories about an elderly, development of curriculum, development of personnel capacity, and learning management for an elderly to develop the curriculum of personnel capacity in learning management for the active aging elderly. The conceptual framework of the research is outlined as follow:

Conceptual Framework of the Research Project



Benefits

1. A training curriculum specifically designed for learning managers working with elderly individuals who have aging-related conditions.

2. Personnel with enhanced knowledge, skills, and capacity to manage learning effectively for the elderly with aging-related conditions.

Methodology

Research Implementation on Capacity Building for Personnel in Learning Management for the Elderly with Aging-Related Conditions

The research team presents the following methodology for conducting the study:

1. Research Methodology
2. Population and Sample
3. Research Tools and Instrument Quality
4. Data Collection
5. Data Analysis
6. Statistical Methods Used in the Research

Research Methodology

Research on Capacity Building for Personnel in Learning Management for the Elderly with Aging-Related Conditions

The researcher has meticulously planned the research methodology to develop the capacity of personnel by integrating knowledge from education, health, sports, recreation, and related fields. The aim is to create a curriculum tailored for learning management focused on elderly individuals with aging-related conditions. The research process is divided into the following five steps:

1. Planning and Developing the Curriculum Initial planning and development of the curriculum.

2. Expert Review and Content Validation Presenting the curriculum to experts for content validation, followed by focus group discussions to study the feasibility of the curriculum. Feedback is gathered for refinement before the curriculum is piloted.

3. Pilot Implementation of the Validated

Curriculum Testing the curriculum that has undergone quality assurance through a pilot implementation.

4. Evaluation of Training Curriculum Effectiveness Assessing the effectiveness of the training curriculum.

5. Assessment of Personnel's Capacity and Competence Evaluating the capacity and learning competence of personnel involved in managing learning for elderly individuals with aging-related conditions.

Population and Sample

A total of 50 elderly, selected by Cluster sampling, individuals aged 60 and above, who are responsible for teaching and leading activities in elderly schools located in the provinces of Nakhon Pathom, Ratchaburi, Suphanburi, and Kanchanaburi.

Protection of Research Participants' Rights

In this study, the researcher has completed the ON-LINE RESEARCH ETHICS TRAINING Course on August 17, 2022, and was approved by the Kasetsart University Research Ethics Committee in November 1, 2022, No. COE65/024, Study code KUIREC-KPS65/036. For protecting the participant's right from the data collection process until the presentation of the research results. Before starting the data collection. The researcher introduced himself, explained the study objectives, procedures, and rights, including the right to withdraw from the study at any time. The protection of confidentiality and anonymity of participants and data was assured throughout the study.

Research Tools and Instrument Quality

The tools used in this research include:

1. A training curriculum for becoming a trainer, which includes the principles, objectives, structure, and details of the training program, guidelines for curriculum implementation, training materials, and methods for evaluation and assessment.

2. A personnel capacity test form, designed as a rating scale with five levels: Highest, High, Moderate, Low, and Lowest. The consistency index (IOC) ranges from 0.8 to 1.00.

3. A satisfaction questionnaire form, also designed as a rating scale with five levels: Very High Satisfaction, High Satisfaction, Moderate Satisfaction, Low Satisfaction, and Very Low Satisfaction. The consistency index (IOC) ranges from 0.8 to 1.00.

Data Analysis

The quantitative analysis derived from the use of the training curriculum for becoming a trainer, the trainer competency assessment form, and the trainee satisfaction assessment form utilized the following statistics: Basic data analysis was conducted using the mean ($\overline{X}$) and standard deviation (S.D.). The comparison of trainer competency against the 75% criterion was performed using a t-test (One Sample t-test). The comparison of the retention of trainer competency was conducted using a t-test (Dependent Samples t-test).

Data collection and study method

Data was collected through a documentary study by reviewing academic documents, books, academic journals, electronic media, and other relevant documents related to the situation of the elderly in Thailand. This included studying the concepts and definitions of aging-related conditions, theories on aging, geriatric psychology, concepts for developing personnel capacity as trainers and leaders, and approaches to elderly education management. The information was then analyzed and synthesized to develop a curriculum aimed at enhancing the capacity of personnel for the active aging elderly

Result

The results were 1. The research team has developed the curriculum by applying ADDIE Model and analyze of the Index of Item Objective Congruence (IOC) in 3 aspects, 1) structure and lesson plan for the active aging elderly 2) content sequencing, teaching, and learning unit activities, and 3) content, lesson plan (learning unit) got the IOC values if 0.50-1.00 with validity that can be applied.

2. The personnel capacity of the active aging elderly were followed by learning management, instruction techniques, technology skill, health enhancing and health care, recreation activity management, and Life skill for living in society at the high level.

3. The summary of satisfaction with the training topics showed an overall mean of 4.60, at very high level, with a standard deviation of 0.50. The topic with the highest mean in this category was health promotion, health checkups, and health care for the elderly, with an overall mean of 4.73, also at the very high level. The next highest was organizing recreational activities for the elderly, with an overall mean of 4.67, again at the very high level.

The summary of satisfaction with the instructors showed an overall mean of 4.67, at very high, with a standard deviation of 0.55. The topic with the highest mean in this category was proper preparation and appropriate personality, with an overall mean of 4.73, at the as very high. Following this was interesting presentation with clear and understandable language, with an overall mean of 4.70, also in the very high level.

The summary of satisfaction with the time, location, and event organization showed an overall mean of 4.77, at very high level, with a standard deviation of 0.43. The topics with the highest mean in this category, both at 4.83, were the suitability of the venue for the workshop and the appropriateness of the sound system, materials, and equipment for the workshop, both at very high level. The next highest was overall satisfaction with the workshop, with an overall mean of 4.73, at the very high.

The summary of satisfaction with the applicability of the training after completion showed an overall mean of 4.43, at the high, with a standard deviation of 0.57. The highest mean in this topic was readiness for continuously develop the knowledge and skills, with an overall mean of 4.63, categorized as very high. The next highest was confidence in administering physical fitness tests for the elderly, with an overall mean of 4.50, at the high level.

Summary and Explanation

The research on developing the capacity of personnel in managing learning for elderly individuals with aging-related conditions was conducted to develop a curriculum and enhance the capacity of personnel. The study aimed to assess the effectiveness of the training curriculum for learning managers working with elderly individuals with aging-related conditions. The research followed four steps: 1. Creating the curriculum and consulting experts for content validity, 2. Conducting focus group discussions to study feasibility before implementation, 3. Piloting the curriculum, and 4. Evaluating the effectiveness and satisfaction with the curriculum's application. The final step involved assessing the capacity of the personnel in managing learning for elderly individuals with aging-related conditions. The research findings are summarized as follows:

The research on developing the capacity of personnel in managing learning for elderly individuals with aging-related conditions aimed to develop a curriculum and enhance personnel capacity, as well as to evaluate the effectiveness of the training curriculum for learning managers working with such

elderly individuals.

1.1 Curriculum Development: The research team created a curriculum to develop the capacity of personnel in managing learning for elderly individuals with aging-related conditions. To ensure the curriculum's completeness, the team created an Index of Item Objective Congruence (IOC) assessment, which was reviewed by five experts in curriculum and instruction, research, educational measurement, elderly activity organization, and educational supervision. The curriculum was evaluated in three areas:

● Area 1: Curriculum Structure and Learning Plan for Elderly Individuals with Aging-Related Conditions. The evaluation results were perfect for nine items (IOC = 1.00) and good for three items (IOC = 0.8), including the learning plan with eight learning units over 30 hours, the English language and communication skills unit (6 hours), and the recreational activities unit (6 hours).

● Area 2: Sequence, Content, Teaching, and Learning Unit Activities. The evaluation results were perfect for all items (IOC = 1.00).

● Area 3: Content and Lesson Plans (Learning Units). The evaluation results were perfect for seven items (IOC = 1.00) and good for one item (IOC = 0.8), specifically the English language and communication skills unit.

The overall assessment across these three areas showed IOC values ranging from 0.50 to 1.00, indicating sufficient validity for use.

The research team then conducted a focus group to test the feasibility and appropriateness of the curriculum. Thirteen experts, including senior academics, community development personnel, local administrative officers, healthcare leaders, and elderly activity leaders, participated. Based on their feedback, the curriculum was refined to ensure it was complete and suitable for managing learning for elderly individuals with aging-related conditions.

The final curriculum, intended to enhance the capacity of personnel in managing learning for elderly individuals with aging-related conditions over 30 hours, includes the following 10 learning units: 1. Orientation and Introduction to Elderly Learning Management (2 hours) 2. Psychology of Aging: Group Activities and Behavioral Discussion (2 hours) 3. Capacity Building for Personnel and Elderly Activity Leaders (2 hours) 4. Promoting English Language and Communication Skills for Elderly Individuals (4 hours) 5. Promoting Technological Skills for Elderly Individuals (2 hours) 6. Health Promotion, Health Check-Ups, and Healthcare for Elderly Individuals (2 hours) 7. Senior Fitness Test (4 hours) 8. Organizing Recreational Activities for Elderly Individuals (6 hours) 9. Brain Activity Development for Elderly Individuals (2 hours) 10. Developing Happy Social Living Skills (Field Study) (4 hours)

The evaluation of the implementation of the capacity development program for personnel managing learning for elderly individuals with aging-related conditions, and the monitoring of this program, revealed that all ten learning units were successfully carried out in all four provinces. The six learning units conducted in all provinces were: 1. Learning Management for the Elderly 2. Capacity Development for Personnel and Trainers for the Elderly 3. Promoting Technological Skills for the Elderly 4. Health Promotion, Health Check-Ups, and Healthcare for the Elderly 5. Organizing Recreational Activities for the Elderly 6. Developing Happy Social Living Skills (Field Study)

Regarding the development of the capacity of personnel managing learning for elderly individuals with aging-related conditions, the implementation of the learning units was as follows:

Brain Development Activities for the Elderly: Implemented in three provinces.

English Language and Communication Skills

for the Elderly, Senior Fitness Test, and Psychology of Aging: Implemented in only one or two provinces.

Summary of Problems

The summary of issues arising from the implementation of capacity-building programs for educators in managing learning for the elderly with frailty across the four provinces can be summarized as follows:

1. Insufficient budget.
2. Difficulties in traveling to participate in activities.
3. Health issues, such as chronic illnesses.
4. Lack of continuity in organizing activities.
5. Limited space for conducting activities.

Suggestions

Based on the research titled "The Development of Personnel Capacity in Managing Learning for the Active aging Elderly," the research team offers the following recommendations:

1. Recommendations for Implementation

1.1. When implementing the curriculum in learning management for the active aging elderly, it is essential to thoroughly study and understand the content of each learning module to ensure alignment with the established objectives.

1.2. When applying the curriculum in learning management for the elderly with the active aging elderly in elderly schools or across different provincial groups, activities should be adaptable according to the appropriateness and context of each community.

1.3 The research team should upskill or capacity for the active aging elderly learning management, updated to changing world.

2. Recommendations for Further Research

2.1. Future studies should explore the development of personnel capacity in learning management for the active aging elderly, expanding to various other subjects such as agriculture, tourism, leisure skills, health massage, cultural and artistic activities, and local wisdom.

2.2. Further research should be conducted to promote the implementation of the curriculum for managing learning for the elderly with aging-related conditions in other formats, tailored to the specific contexts of different regions, localities, or communities.

References

1. United Nations. World population ageing. New York: United Nations; 2007
2. College of Population Studies, Chulalongkorn University, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2011. Bangkok: Pongphanich Charoenphon (Thailand) Co., Ltd.; 2012. (in Thai)
3. Institute for Population and Social Research; Mahidol University. Thai health. Nakhon Pathom: Amarin Printing and Publishing (Thailand) Co., Ltd.; 2007. (in Thai)
4. Sukolpuk M, & Boonchuaythanasit K. Confirmatory Factor Analysis of Active Ageing in Health of Elderly. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1):205-13. (in Thai)
5. Chantapremjit R, Rukspollmuang C, & Prachuabmoh V. Development of community-based learning for productive ageing. Journal of Education. 2017;44(3):160–75. (in Thai)
6. Purakom A, Mahaniyom S, Athajinda S, Wisan W, Busayarat P, Patpipatpong J, Leeprasert S. Jumrus S, Buangarm A, Apiprachpohg Ch, Wichienprasan B, & Junthorn S. Report on the capacity of the prototype physical activity learning center project to develop the quality of life of the elderly. Thai Health Promotion Foundation; 2017. (in Thai)
7. Sasipat Yodphet, Pawana Pattanasri and Tanikan Sakdaporn. (2017). Good Lessons Learned from Schools and Clubs for Older Persons with Knowledge Transfer Activities. Jprint : thesis & printing; 2017. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด และการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล

Effect of the Stretching Exercise and Ergonomic Education Program on Low Back Pain Among Nurses

พลัฏฐ์ วงศ์รัตนะตระกูล* กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์
Palat Wongrattanatrakul* Kunlayanee Tantranont Anon Wisutthananon
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสำคัญด้านอาชีวอนามัยที่พบบ่อยในพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ 2) แบบสอบถามระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง รวบรวมข้อมูลก่อนและหลัง การทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ฟรีดแมน และแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 (p-value <.001) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับ การให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ส่งผลให้ลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : โปรแกรม, การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด, ความรู้ด้านการยศาสตร์, ปวดหลังส่วนล่าง, พยาบาล

Abstract

Lower back pain is a significant occupational health issue commonly observed among nurses. This quasi-experimental study utilized a two-group pretest-posttest design to examine the effectiveness of a stretching exercise program combined with ergonomic education in alleviating lower back pain among nurses. The sample consisted of 50 surgical ward nurses, randomly assigned to an experimental group (n=25) and a control group (n=25). The experimental group participated in the exercise program at least three times per week for six weeks, while the control group continued their routine activities. The research instruments included: (1) a structured stretching exercise program with ergonomic education and (2) a questionnaire assessing the severity of lower back pain. Data were collected at baseline, week 4, and week 6, and analyzed

Corresponding Author: *Email: palat_w@hotmail.com,

วันที่รับ (Received) 8 ธ.ค. 2567 วันที่แก้เสร็จ (Revised) 7 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 1 มี.ค. 2568

using descriptive statistics, the Friedman test, and the Mann-Whitney U test.

The results indicated that the mean lower back pain scores in the experimental group significantly decreased at weeks 4 and 6 (p-value < .001). Additionally, a statistically significant difference was observed between the experimental and control groups (p-value < .001). These findings suggest that the stretching exercise program combined with ergonomic education is an effective intervention for reducing lower back pain among nurses.

Keywords : Program, Stretching Exercise, Ergonomic Education, Low Back Pain, Nurses

บทนำ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือความสุขสบายของผู้ป่วย ลักษณะงานของพยาบาลพบสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ มีสาเหตุจากกิจกรรมในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น การออกแรงยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การก้มหรือเอี้ยวตัว เพื่อทำหัตถการ การยืนและนั่งทำงานเป็นเวลานาน จากสถิติพบว่าสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ อาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลมากถึงร้อยละ 44 ถึง 83[1] จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมพบความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 94.4[2] ส่วนประเทศไทยพบการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในระดับสูงเช่นกัน โดยพบอัตราความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างร้อยละ 36.6 ถึง 65.6[3,4] สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 61.74 ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีภาระงานทางกายสูง ความกดดันจากการทำงาน และการเคลื่อนย้ายไปยังห้องตรวจหรือห้องหัตถการอื่นๆ[2] ซึ่งลักษณะการทำงานเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่นำไปสู่การเกิดความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ

อาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลมีสาเหตุจากปัจจัยทั้งในระดับบุคคลและการทำงาน ปัจจัยในระดับบุคคล ได้แก่ อายุ[5,6] การดื่มแอลกอฮอล์ โรคอ้วน/ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ[4] การมีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง[3] ความเครียด[4] ส่วนปัจจัยจากการทำงาน ได้แก่ การไม่ใช้เตียงที่ปรับระดับความสูงได้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การไม่ใช้เก้าอี้เตี้ยสำหรับวางเท้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย[4] การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพียงลำพัง การยกของที่มีน้ำหนักมากกว่า 55 กิโลกรัม การบิดเอี้ยวตัวหลายครั้งต่อนาทีขณะปฏิบัติงาน[3] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูกสันหลังและเส้นเอ็นที่ก่อตัวเป็นหมอนรองกระดูกสันหลัง อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลกระทบต่อพยาบาลทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ในระดับบุคคลพบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] ในระดับองค์กรอาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลให้องค์กรสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาการปวดหลังส่วนล่างยังส่งผลให้พยาบาลลาป่วย ย้ายงาน และลาออกจากงานเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาล[3] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการหาแนวทางป้องกันและลดการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล

จากการศึกษาแนวทางการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดสามารถจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8,9] ข้อจำกัดของงานวิจัยพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาไม่ได้จัดการที่ปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จึงอาจส่งผลให้ไม่สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อจำกัดผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลโดยบูรณาการกิจกรรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ในการทำงานของพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย โดยมีคำถามการวิจัยคือโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์มีผลต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลหรือไม่ ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 6

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และ 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยใช้กรอบแนวคิดการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด[9] ร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ กล่าวคือ อาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลมีสาเหตุจากการกดทับของหมอนรองกระดูกสันหลังในท่าก้มตัว การบิดเอี้ยวตัวจากแนวลำตัว ร่วมกับการขาดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ประกอบด้วย 3 ท่า คือ ท่า pelvic tilt และ ท่า knee to chest เป็นการออกกำลังกายแบบ flexion exercise จะช่วยลดอาการปวดและสร้างความสมดุลของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างโดยการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อบริเวณ abdominal gluteus maximus และ hamstring ให้มีความแข็งแรงมากขึ้น ส่วนท่า back extension เป็นการออกกำลังกายแบบ extension จะช่วยพัฒนากล้ามเนื้อลดอาการปวดจากการปวดบริเวณแกนกลางของลำตัว ส่วนการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เป็นการอบรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน วิธีป้องกันการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง การสาธิตการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยยกผู้ป่วยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หากพยาบาลมีการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับมีท่าทางการทำงานที่เหมาะสมจะช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 จากการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยศึกษาจากงานวิจัย[9] ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .87 ดังนั้น คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน และเพื่อป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[10] คือ จำนวน 6 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน

วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเข้าร่วมในการวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามหอผู้ป่วยโดยสุ่มเลือกกลุ่มจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมแบบเต็มเวลา มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข มีระดับความปวด 4-6 คะแนน (ระดับอาการปวดปานกลาง) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอพพลิเคชัน Line ได้ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) พยาบาลที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ พยาบาลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ คือ โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (herniated disc) โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน (spondylolisthesis) มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์หรือเข้ารับกายภาพบำบัด

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (discontinuation criteria)

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบกำหนด ขอถอนตัว หรือเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูอื่น ๆ ได้แก่ กายภาพบำบัด การฝังเข็ม การนวด หรือวิธีควบคุมความปวดโดยการใช้ยาในระหว่างการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code 2567–EXP015 อนุมัติ ณ วันที่ 10 เมษายน 2567 และหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล COA No. MURA 2024/478 อนุมัติ ณ วันที่ 8 กรกฎาคม 2567 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย ในระหว่างเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม

1.1 แผนการสอนสุขศึกษามีเนื้อหาเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของหลังส่วนล่าง พยาธิสรีรวิทยาของอาการปวดหลังส่วนล่าง ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน วิธีป้องกันหรือลดอาการปวดหลังส่วนล่างโดยใช้หลักการยศาสตร์ ได้แก่ การยกผู้ป่วยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ช่วยยกผู้ป่วยที่เหมาะสม

1.2 สื่อวิดีทัศน์แสดงการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

1.3 สื่อวิดีทัศน์แสดงการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

1.4 สื่อให้ความรู้ในรูปแบบ Line Official Account ที่รวบรวมเนื้อหาความรู้และสื่อวิดีทัศน์การปฏิบัติงานอย่างถูกต้องตามหลักการยศาสตร์และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด

1.5 แบบบันทึกการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกการบริหารร่างกาย ได้แก่ วันเดือนปี ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการทำงาน และระยะเวลาทำงานล่วงเวลา

2.2 แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (numeric scale [NRS]) กำหนดตัวเลขบนเส้นตรงแสดงความปวดตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย จนถึง 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง สัปดาห์ที่ 4 และ 6 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง และกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมอบรมให้ความรู้ด้านการยศาสตร์สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด หลังจากนั้นแนะนำและชี้แจงวิธีการใช้งาน line official account รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างในทุกวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 4 และ 6 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1. โปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน นักวิทยาศาสตร์

การกีฬา 1 ท่าน พยาบาลอาชีวอนามัย 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ .97

2. มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (numeric scale [NRS])[11] ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงข้อคำถามใดๆ จึงไม่นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (numeric scale [NRS]) เป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐานและใช้กันในระดับสากล โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในช่วง .70 - .90[11] ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Shapiro-Wilk ข้อมูลมีการกระจายโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์สถิติโดยใช้สถิติฟรีดแมน (the Friedman test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Shapiro-Wilk ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ จึงวิเคราะห์สถิติโดยใช้สถิติแมนวิทนีย์ยู (The Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 23-44 ปี ($\bar{X}$= 30.20 ปี S.D. = 4.24) และกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 24-52 ปี ($\bar{X}$= 36.76 ปี S.D. = 7.89) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายในระดับปกติคิดเป็นร้อยละ 80 ร้อยละ 92 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 72 ของกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 60 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 80 ของกลุ่มควบคุมไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 92 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี กลุ่มทดลองทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 64 และ กลุ่มควบคุม ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 64 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 วันต่อสัปดาห์ กลุ่มทดลองไม่ทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 52 และกลุ่มควบคุมทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 52 จากการทดสอบ Fisher exact test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 4 และ 6 (n = 50)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				p-value
	สัปดาห์ที่ 1 (n=25)		สัปดาห์ที่ 4 (n=25)		สัปดาห์ที่ 6 (n=25)		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
กลุ่มทดลอง	5.12	0.60	2.68	0.85	1.56	0.65	.000*
กลุ่มควบคุม	4.72	0.79	4.64	0.64	4.52	0.77	.584

* $p < .001$

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างต่อเนื่อง คือ สัปดาห์ที่ 4 คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง 2.68 ± 0.85 และสัปดาห์ที่ 6 คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง 1.56 ± 0.65 จากการทดสอบทางสถิติเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มทดลอง จากการทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 4 และ 6 (n = 50)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มควบคุม (n = 25)			U	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank		
คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 1	5.12	0.60	29.36	4.72	0.79	21.64	216	.043
คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 4	2.68	0.85	13.88	4.64	0.64	37.12	22	.000*
คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 6	1.56	0.65	13.04	4.52	0.77	37.96	1	.000*

* p<.001

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่าง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[12] พบว่าการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดสามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเครื่องจักรหนัก และการศึกษาที่ผ่านมา[9] พบว่าการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อหลังและให้ความรู้สำหรับการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลสามารถลดความปวดของกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) สอดคล้องกับทฤษฎีการลดอาการปวดโดยการยืดกล้ามเนื้อ (stretch-induced analgesia theory) ซึ่งอธิบายว่าการยืดกล้ามเนื้อช่วยลดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อและเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังบริเวณที่มีการยืด ส่งผลให้มีการลดระดับความเจ็บปวดลง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดทั้ง 3 ท่า ประกอบด้วย ท่า pelvic tilt ท่า knee to chest และท่า back extension เป็นการออกกำลังกายช่วยลดอาการปวดและสร้างความสมดุลของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างบริเวณ abdominal gluteus maximus hamstring และบริเวณแกนกลางของลำตัว นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นการผลิตสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารเคมีที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อลดความเจ็บปวดและสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย งานวิจัยที่ผ่านมา[13] ยังสนับสนุนว่าการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและลดความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและข้อได้ การทดลองทางคลินิกพบว่าการยืดกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มการฟื้นฟูการ

ทำงานและลดระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้[14] การศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าโปรแกรมยืดกล้ามเนื้อช่วยลดคะแนนความเจ็บปวดและเพิ่มประสิทธิภาพในการออกกำลังกายตลอดระยะเวลา 6 เดือน[8] การศึกษาวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์อธิบายว่าการจัดท่าทางที่ถูกต้องในการทำงานสามารถลดแรงกดดันที่กระทำต่อกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ลดการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ การประยุกต์ใช้หลักการนี้ในโปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์มีความสำคัญในการป้องกันการบาดเจ็บและลดอาการปวดหลังจากการทำงาน งานวิจัยที่ผ่านมา[15] ในประเทศสหรัฐอเมริกายังแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมทางการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายมีผลอย่างมากในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวทางการลดอาการปวดหลังส่วนล่างโดยการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการนำหลักการยศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงาน เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงจากลักษณะท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ มีความระมัดระวังในการยกเคลื่อนย้าย ให้ความสำคัญกับการใช้อุปกรณ์ช่วยยกเคลื่อนย้าย และสามารถปฏิบัติงานในการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลของเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ผลการศึกษาวิจัยนี้พบว่าข้อมูลด้านจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการทำงานที่มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่อาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างมากกว่าการไม่ใช้โปรแกรมนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[16] ในประเทศตุรกีที่พบว่าการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกอบรมช่วยลดอาการปวดหลังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษานี้ พบว่าการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการให้ความรู้ทางการยศาสตร์สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทั้งทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จากการบันทึกการออกกำลังยืดเหยียดของกลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดทั้ง 3 ท่าอย่างสม่ำเสมอตลอดการเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ามีการออกกำลังกายระหว่าง 3-7 วันต่อสัปดาห์ ($\bar{X}$= 3.72; S.D. = 0.18) โดยมีการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 52.00) และออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 48.00) และระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกายอยู่ระหว่าง 30-60 นาที ($\bar{X}$ = 37.70; S.D. = 10.65) พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาออกกำลังกาย 30 นาที จำนวน 15 คน (ร้อยละ 60.00) และใช้ระยะเวลาออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที จำนวน 10 คน (ร้อยละ 40.00) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้วิจัยใช้ไลน์กลุ่มเป็นช่องทางในการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมและความรู้ทางด้าน การยศาสตร์ไปใช้ในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างในพยาบาลแผนกศัลยกรรมและแผนกอื่นที่มีลักษณะการทำงานคล้ายกันได้ โดยผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ควรสร้างไลน์กลุ่มเพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนให้มีการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มพยาบาลที่มีอาการปวดระดับสูง โดยการออกแบบท่าทางการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2. ควรนำเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์มาใช้ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของท่าทางในการทำงานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. ควรประเมินการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือวัด เช่น แบบประเมินความรู้ แบบประเมินท่าทางการทำงาน

References

1. Choobineh A, Museloo BK, Ghaem H, & Daneshmandi H. Investigating association between job stress dimensions and prevalence of low back pain among hospital nurses. Work. 2021;69(1):307-14.
2. Wang DY, & Sun YY. Prevalence and influencing factors of low back pain among nurses in China: A systematic review and meta-analysis. Frontiers of Nursing. 2021;7(4):329-36.
3. Aupoongkaroon N, Noisuwanna P, Vithaisong P, Punyamee S, Suntronchotipat N, Jaitham N, et al. Prevalence and factors related with low back pain of nurses at Srinagarind Hospital. Srinagarind Medical Journal. 2018;33(5):63-4. (in Thai)
4. Sopajareeya C, Kalampakorn S, Lapvongwatana P, Viwatwongkasem C, & Hong O. Prevalence and risk factors of acute low back pain among nurses in Singburi hospital. Journal of Public Health Nursing. 2016;27(2):40-53. (in Thai)
5. Srisukkho N, Luksamijarulkul P, Chaiyanan S, & Morakotsriwan N. Prevalence and factors associated with low back pain of nursing personnel in a hospital in Bangkok Metropolitan Administration. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2021; 17(1):84–112. (in Thai)
6. 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): 187-97. (in Thai)
7. Pongsuteethavorn T, & Krisorn P. Herniated nucleus pulposus in healthcare workers in the cardiac catheterization lab: Case report. Srinagarind Medical Journal. 2023;38(3):311-20. (in Thai)
8. Chen HM, Wang HH, Chen CH, & Hu HM. Effectiveness of a stretching exercise program on low back pain and exercise self-efficacy among nurses in Taiwan: A randomized clinical trial. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses. 2014;15(1):283-91.
9. Thanapol C, Teera K, Witsanu K, & Saowalak H. Effectiveness of back exercise and education for lower back pain prevention among nurses at a tertiary hospital in Bangkok, Thailand. Siriraj Medical Journal, 2020;72(2):109-16.
10. Burns N, & Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 4thed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.
11. Jensen MP, Chen C, & Brugger AM. Postsurgical pain outcome assessment. Pain. 2002;99 (12):101-9.
12. Melinda Febianca G, Eti Poncorini P, & Bhisma M. Meta-analysis the effects of stretching and whole body vibration exercise in reducing low back pain among heavy equipment operator workers. Journal of Epidemiology and Public Health. 2021;6(4):426-37.
13. Cramer H, Lauche R, Haller H, & Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. The Clinical journal of pain. 2013;29(5):450-60.
14. Khalil TM, Asfour SS, Martinez LM, Waly SM, Rosomoff RS, & Rosomoff HL. Stretching in the rehabilitation of low-back pain patients. Spine. 1992;17(3):311-7.
15. Nelson A, Fragala G, & Menzel N. Myths and facts about back injuries in nursing: The incidence rate of back injuries among nurses is more than double that among construction workers, perhaps because misperceptions persist about causes and solutions. The American Journal of Nursing. 2003;103(1):32-40.
16. Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, & Dogan N. Low back pain: Prevalence and associated risk factors among hospital staff. Journal of advanced nursing. 2009;65(3):516-24.

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทัล

Health Beliefs and Preventive Behaviors Regarding E-Cigarette Use Among Thai Private University Students in the Digital Age

บุญชรัสมิ์ ธันย์ธิติธนากุล* ชไมพร จั่นจุ้ย
Bhooncharasm Thanthitithanakul* Chamaipron Janjuy
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี ประเทศไทย 12160
Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani, Thailand 12160

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศไทยในยุคดิจิทัล โดยใช้การวิจัยแบบผสานวิธี (ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 อายุ 18-30 ปี ใช้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม ที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน และแบบสอบถามเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทอล มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ .85 และค่าความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดโรค เช่น มะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคเหงือก และพบว่าเพศ, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้อุปสรรค แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเชิงคุณภาพพบว่านักศึกษาบางส่วนเชื่อว่าการเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลดีต่อสุขภาพ แต่ยากต่อการเลิกใช้ เนื่องจากอาการถอนนิโคตินที่ทำให้เกิดความหงุดหงิดและกระวนกระวายใจ นอกจากนี้ นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อดิจิทัลในชีวิตประจำวัน แต่เชื่อว่าข้อมูลจากสื่อดิจิทัลมีความน่าเชื่อถือปานกลาง

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกัน, บุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน,ยุคดิจิทัล

Abstract

This research employs a mixed-methods approach to examine health beliefs and preventive behaviors regarding e-cigarette use among private university students in Thailand during the digital era. The study sample consisted of undergraduate students from years 1-4, aged 18-30 years. The research instruments comprised a Health Belief Model questionnaire assessing attitudes and behaviors toward e-cigarette use, complemented by qualitative inquiries exploring health beliefs and behaviors in the digital context. The instruments demonstrated robust psychometric properties, with a Content Validity Index (CVI) of .85 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of .80. Statistical analyses included descriptive statistics (mean, standard deviation) and Chi-Square testing to examine relationships between variables.

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

วันที่รับ (received) 28 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 มี.ค. 2568

The quantitative findings revealed that the majority of students associated e-cigarette use with significant health risks, including lung cancer, cardiovascular disease, and periodontal complications. Three key factors—gender, perceived susceptibility, and perceived barriers—demonstrated the strongest correlations with preventive behaviors, highlighting the crucial role of perceptual factors in shaping e-cigarette prevention behaviors among the sample population. The qualitative analysis provided additional insights, revealing that while students recognized the health benefits of cessation, they faced significant challenges due to nicotine withdrawal symptoms, manifesting as irritability and anxiety. Furthermore, while digital media played a central role in students' daily lives, they maintained moderate skepticism regarding the reliability of digital healthinformation, suggesting a nuanced relationship between digital media consumption and health information trust.

Keywords: Health Beliefs, Preventive Behaviors, E-Cigarettes, Private University Students, Digital Age

บทนำ

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน การใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย แม้บุหรี่ไฟฟ้ามักถูกมองว่าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา แต่ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1,2,3,4] การศึกษาพบว่าอิทธิพลจากเพื่อนและเครือข่ายสังคมมีบทบาทสำคัญในการนำบุหรี่ไฟฟ้ามาใช้[2,3] โดยการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์มีผลต่อการตัดสินใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษา[3,4,5] ซึ่งมักประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำกว่าความเป็นจริง[4,5,6] นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อดิจิทัล[5,6,7] ที่มักนำเสนอภาพลักษณ์เชิงบวก[6,7,8] ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน[7,8,9] โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน[8,9,10] แนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในภูมิภาคเอเชียได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ซึ่งมีมูลค่าตลาดรวมกันประมาณ 595.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2019 และคาดว่าจะเติบโตขึ้น 29% ภายในปี 2023[16,17,18] ในประเทศไทย พบว่า 9.1% ของเยาวชนไทยใช้บุหรี่ไฟฟ้า และจำนวนผู้ใช้เพิ่มขึ้นจาก 6,466 คน เป็น 23,337 คนในปี 2017[18,19]

ผลกระทบทางจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าครอบคลุมทั้งโรคปอด โรคหัวใจ และระบบทางเดินหายใจ[6,7,8] การศึกษาระยะยาวพบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้อย่างมีนัยสำคัญ[10,11,12] ผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเครียดและความวิตกกังวล[8,9,10] ต้องให้ความสำคัญในการดูแลและป้องกัน การโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่นำเสนอภาพลักษณ์ทันสมัยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่น[11,12,13] อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่านโยบายและกฎหมายที่เข้มงวดสามารถลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนได้[13,14,15] ดังเห็นได้จากกรณีรัฐนิวเจอร์ซีย์ที่มีการลดลงของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายจาก 27.6% ในปี 2019 เหลือ 22% ในปี 2021[19,20] การวิเคราะห์ผลของนโยบายและกฎหมายต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าแสดงให้เห็นความสำคัญของการมีนโยบายที่เข้มงวดและการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ[14,15,16] แม้ว่าจะมีการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาอยู่แต่ยังขาดการวิจัยที่มุ่งเน้นเฉพาะนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศไทย การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาการป้องกันที่เหมาะสม[20] ปัจจุบันมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาเน้นไปที่นักเรียนระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาเป็นหลัก ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ[21] อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในบริบทของยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของนักศึกษาในการหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้า แม้ว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน แต่การประยุกต์ใช้ในบริบทของบุหรี่ไฟฟ้ายังมีข้อจำกัด[22]

งานวิจัยในประเด็นเหล่านี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ และพัฒนามาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในยุคดิจิทัล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในในยุคดิจิทัลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM)[23,24] ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางเชิงป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า
2. เพื่อสำรวจพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในยุคดิจิทัล

สมมุติฐานการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา
3. สื่อดิจิทัลมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทัล โดยบูรณาการกรอบแนวคิดจากทฤษฎีหลัก ดังนี้

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock[24] อธิบายการตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพผ่านองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง[1] การรับรู้ความรุนแรง[4] การรับรู้ประโยชน์[3] การรับรู้อุปสรรค[8] และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ[24]

2. การจัดการข้อมูลในสื่อดิจิทัล (Digital Media Information Management) วิเคราะห์ผลกระทบของสื่อดิจิทัลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า[25] และความสำคัญของข้อมูลที่ถูกต้องบนแพลตฟอร์มดิจิทัล[14] โดยกรอบแนวคิดทั้งสองนี้แสดงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมป้องกัน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการข้อมูลดิจิทัล เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า นำไปสู่การลดอัตราการใช้และป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว การทบทวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในระดับที่เท่าเทียมกัน (Equal Status Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ: ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนจำนวน 20 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การสัมภาษณ์มุ่งเน้นที่การรับรู้ต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงเหตุผลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงธีม (Thematic Analysis)

2. การวิจัยเชิงปริมาณ: ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรคือนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 450 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบชั้น (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือการวิจัย: เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 1 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทอล จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ: แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน และแบบสอบถาม

เชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนไทยในยุคดิจิทอล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ .85 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล: ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยการประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นส่งลิ้งค์ (link) แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านโปรแกรม Google form เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง: ขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics Committee) จากมหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ได้รับอนุมัติ IRB 23/15 วันที่ 5 พฤษภาคม พศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการวิจัย 1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อดิจิทัล โดยเฉพาะโซเชียลมีเดียเป็นแหล่งข้อมูลหลักเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า อย่างไรก็ตาม พวกเขามีทัศนคติเชิงลบต่อข้อมูลเหล่านี้และไม่เชื่อถืออย่างเต็มที่ เนื่องจากตระหนักถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น โรคมะเร็งและปัญหาทางเดินหายใจ แม้ว่าจะพบเห็นโฆษณาหรือข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แต่เลือกที่จะหลีกเลี่ยงการใช้ โดยให้เหตุผลว่าความปลอดภัยต่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ สื่อดิจิทัลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้และส่งผลต่อการตัดสินใจของนักศึกษา

2. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ: การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างชัดเจน โดยเชื่อว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลเสียต่อสุขภาพ ผลการทดสอบไคสแควร์พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญระหว่างการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ($p<.05$)

การวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในยุคดิจิทัลของนักศึกษา

ตารางที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวแปร		จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	15	3.3
	หญิง	423	94.0
	ไม่ต้องการระบุเพศ	12	2.7
ชั้นปี	ปี 1	198	44.0
	ปี 2	147	32.7
	ปี 3	78	17.3
	ปี 4	27	6.0
ช่วงอายุ	18-20 ปี	278	61.8
	21-25 ปี	135	30.0
	26-30 ปี	37	8.2

จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94) กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 44) และมีอายุระหว่าง 18-20 ปี (ร้อยละ 61.8) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีต้นที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 2: การวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

มิติความเชื่อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความเชื่อ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	4.25	1.06	เห็นด้วย
การรับรู้ความรุนแรง	4.23	1.00	เห็นด้วย
การรับรู้ประโยชน์	4.14	1.13	เห็นด้วย
การรับรู้อุปสรรค	2.61	1.65	ไม่แน่ใจ

ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับเห็นด้วยในด้านโอกาสเสี่ยง (M=4.25,SD=1.06) การรับรู้ความรุนแรง (M=4.23,SD=1.00) และการรับรู้ประโยชน์ (M=4.14, SD=1.13) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับไม่แน่ใจ (M=2.61,SD=1.65) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงผลกระทบ,ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแต่ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกัน

ตารางที่ 3: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับแนวโน้มการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ปัจจัย	χ^2	p-value
เพศ	15.32	.002*
อายุ	8.76	.013*
ชั้นปี	6.54	.088
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	22.45	< .05*
การรับรู้ความรุนแรง	18.67	< .05*
การรับรู้ประโยชน์	20.12	< .05*
การรับรู้อุปสรรค	25.89	< .05*

*p< .05

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับแนวโน้มการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าปัจจัยส่วนใหญ่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะตัวแปรเพศ (χ^2=15.32, p=0.002) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (χ^2=22.45,p<.05) และการรับรู้อุปสรรค (χ^2=25.89, p<0.05) แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนที่สุด ยกเว้นตัวแปรชั้นปีที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.54, p=0.088) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มตัวอย่าง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษา: การศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามีการรับรู้ความเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูง โดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง[1] รวมถึงอันตรายต่อสุขภาพช่องปากและผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง[2] อย่างไรก็ตาม แม้จะตระหนักถึงความเสี่ยงดังกล่าว แต่พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังคงมีอยู่ ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความปลอดภัยเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่แบบดั้งเดิม[4] โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อดิจิทัลที่มักสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกของบุหรี่ไฟฟ้า[3,6] นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ[26] โดยพบว่าเพศชายและกลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่ากลุ่มอื่น[29,29] ปรากฏการณ์ optimistic bias[27] ยังส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ต่อเนื่อง ดังนั้นแนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจึงควรดำเนินการในลักษณะเชิงบูรณาการ โดยเริ่มตั้งแต่มาตรการป้องกันในระดับมัธยมศึกษาและดำเนินการต่อเนื่องสู่ระดับ

อุดมศึกษา ควบคู่กับการเสริมสร้างความสามารถในการปฏิเสธแรงกดดันทางสังคม[30] การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง[31] การพัฒนาเครือข่ายนักศึกษาแกนนำ[32] และการจัดระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพื่อลดอาการถอนนิโคติน[11] โดยสรุปการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านการให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการพัฒนานโยบายสนับสนุน โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ อายุ และบริบททางสังคมวัฒนธรรม กลยุทธ์เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาอย่างมีประสิทธิผลและยั่งยืน

2. พฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า: พฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความเชื่อมโยงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคซึ่งมีอิทธิพลสูงสุดต่อแนวโน้มการสูบ[30] แม้ว่านักศึกษาจะมีการรับรู้ความเสี่ยงสูง แต่ยังคงมีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยแนวคิด “optimistic bias”[27] ที่วัยนี้มักประเมินความเสี่ยงต่อตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุกับแนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเพศชายและกลุ่มอายุน้อยมีความเสี่ยงสูงกว่า[28,29] สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศและเริ่มตั้งแต่วัยเรียน ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมป้องกันที่เริ่มตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาและต่อเนื่องถึงระดับอุดมศึกษาจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันทางพฤติกรรม รวมถึงการเสริมสร้าง **self-efficacy** ในการปฏิเสธบุหรี่ไฟฟ้าและจัดการแรงกดดันทางสังคม[30] การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชั่นมือถือ[31] และการสร้างเครือข่ายนักศึกษาแกนนำ[32] อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน อย่างไรก็ตาม การเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังคงเป็นความท้าทายเนื่องจากอาการถอนนิโคตินและความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต[11] การส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนานโยบายเชิงโครงสร้างที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษา

3. บทบาทของสื่อดิจิทัลในการตัดสินใจป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษา: สื่อดิจิทัลเป็นแหล่งข้อมูลหลักที่นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในประเทศไทยใช้เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมั่นในความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า ที่ระบุว่าสื่อดิจิทัลมีอิทธิพลอย่างมากต่อการสร้างทัศนคติของเยาวชน โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่การบริโภคข้อมูลเพิ่มขึ้นแต่ขาดกระบวนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ[33,34] แม้ว่าสื่อบางส่วนจะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุหรี่ไฟฟ้า แต่ข้อมูลที่ขัดแย้งกันยังคงปรากฏ เช่น การโฆษณาที่ชี้ให้เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่าบุหรี่มวนหรือสามารถช่วยเลิกบุหรี่ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดในกลุ่มผู้ใช้[35] แม้ว่านักศึกษาจะรับรู้ถึงอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า ต่อระบบทางเดินหายใจและความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง[36] ซึ่งข้อค้นพบนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และผ่านการตรวจสอบบนสื่อดิจิทัล เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้า[37,38] สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันในสังคมออนไลน์สามารถเพิ่มการรับรู้และลดพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาได้ แต่ในขณะเดียวกันพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังคงมีอยู่ ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าใจผิดเกี่ยวกับระดับความปลอดภัยของบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่มวน[39] รวมถึงอิทธิพลของสื่อดิจิทัลที่มักนำเสนอข้อมูลเชิงบวก[40] ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับการที่วัยรุ่นมักประเมินความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำกว่าความเป็นจริง[27] และเป็นแนวโน้มที่พบในงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในระดับสากล[41] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับงานวิจัยบางฉบับที่ระบุว่าการรับรู้ความเสี่ยงในระดับสูงสามารถลดแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้[42] ดังนั้นการพัฒนาแนวทางเชิงนโยบายที่เน้นการสื่อสารเชิงรุกและการสร้างความตระหนักรู้ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เชื่อถือได้ จึงมีความจำเป็นต่อการลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: ควรพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะการป้องกัน: ศึกษาและประเมินโปรแกรมฝึกทักษะการตัดสินใจปฏิเสธบุหรี่ไฟฟ้า เช่น การจัดการแรงกดดันจากเพื่อนและการเสริมสร้าง

ความเชื่อมั่นในการปฏิเสธ

2. การศึกษาบทบาทของนักศึกษาแกนนำด้านสุขภาพ: ศึกษาการสร้างเครือข่ายนักศึกษาแกนนำเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัย

3. การพัฒนาสื่อดิจิทัลที่ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน: พัฒนาสื่อดิจิทัลเพื่อเผยแพร่ข้อมูลป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและศึกษาผลของสื่อเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของนักศึกษา

References

1. Piombo SE, Barrington-Trimis J, & Valente TW. Impact of social networks and norms on e-cigarette use among adolescents in Southern California: a prospective cohort study. British Medical Journal Public Health. 2023;1(1):1-9.
2. Obisesan OH, Osei AD, Uddin SI, Dzaye O, Mirbolouk M, Stokes A, & Blaha MJ. Trends in e-cigarette use in adults in the United States, 2016-2018. Journal of American Medical Association Internal Medicine. 2020;180(10): 1394-8.
3. Chudech S, & Janmaimool P. University students' knowledge about and attitudes toward e-cigarette use and factors influencing students' e-cigarette use. Health Education. 2021;121(2):215-26.
4. Copeland AL, Peltier MR, & Waldo K. Perceived risk and benefits of e-cigarette use among college students. Addictive Behaviors. 2017; (71):31-7.
5. Alhajj MN, Al-Maweri SA, Folayan MO, Halboub E, Khader Y, Omar R, Amran AG, Al-Batayneh OB, Celebić A, Persic S, & Kocaelli H. Knowledge, beliefs, attitude, and practices of E-cigarette use among dental students: A multinational survey. Public Library of Science ONE. 2022;17(10):1-18.
6. Gentzke AS. Tobacco product use among middle and high school students—United States, 2020.Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(50): 1881-8.
7. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: Theory, research, and practice. John Wiley & Sons; 2015.
8. Gaiha SM, Lempert LK, & Halpern-Felsher B. Underage youth and young adult e-cigarette use and access before and during the coronavirus disease 2019 pandemic. Journal of American Medical Association network open.2020;3(12):1-16.
9. Dai H, & Leventhal AM. Prevalence of e-cigarette use among adults in the United States, 2014-2018. Journal of American Medical Association. 2019;322(18):1824-7.
10. Romberg AR, Lo EJ, Cuccia AF, Willett JG, Xiao H, Hair EC, Vallone DM, Marynak K, & King BA. Patterns of nicotine concentrations in electronic cigarettes sold in the United States, 2013-2018. Drug and alcohol dependence. 2019; 203:1-7.
11. Leventhal AM, Strong DR, Sussman S, Kirkpatrick MG, Unger JB, Barrington-Trimis JL, et al. Psychiatric comorbidity in adolescent electronic and conventional cigarette use. Journal of Psychiatric Research. 2016;73: 71-8.
12. Lyu JC, Huang P, Jiang N, & Ling PM. A systematic review of e-cigarette marketing communication: messages, communication channels, and strategies. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(15):1-15.
13. Mirbolouk M, Charkhchi P, Kianoush S, Uddin SI, Orimoloye OA, Jaber R, et al. Prevalence and distribution of e-cigarette use among US adults: behavioral risk factor surveillance system, 2016. Annals of Internal Medicine. 2018;169(7):429-38.
14. Centers for Disease Control and Prevention. The National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention; 2010.

15. Ribisl KM, Seidenberg AB, & Orlan EN. Recommendations for US public policies regulating electronic cigarettes. Journal of Policy Analysis and Management.2016.35(2): 479-89.
16. Driezen P, Nordin AS, Hairi FM, Yee A, Tajuddin NA, Hasan SI, et al. E-cigarette prevalence among Malaysian adults and types and flavors of e-cigarette products used by cigarette smokers who vape: Findings from the 2020 ITC Malaysia Survey. Tobacco Induced Diseases. 2022;20(32):1-7.
17. Van Der Eijk Y, Ping GT, Ong SE, Xin GT, Li D, Zhang D, et al. E-cigarette markets and policy responses in Southeast Asia: a scoping review. International Journal of Health Policy and Management. 2022;11(9):1616-24.
18. Department of Health Service Support (DHSS), Ministry of Public Health, Thailand. 2024
19. Hrywna M, Manderski MT, & Delnevo CD. Prevalence of electronic cigarette use among adolescents in New Jersey and association with social factors. Journal of American Medical Association Network Open. 2020;3(2): 1-11.
20. Phimaikul S, & Kochasi K. Attitudes and behavior of electronic cigarette consumption and prevention guidelines among students at Chiang Mai Rajabhat University. Research and Development Health System Journal. 2023; 16(3): 30-43. (in Thai)
21. Kitsaengthong C, Sinlaparasamee R, Bancharahatthakit P, & Chusak T. Factors associated with electronic cigarette smoking behavior among students in Vocational Education Institutes, Central Region 1. Singburi Hospital Journal. 2024; 33(2).108-17.
22. Silpakampises K, & Suesat S. Health Belief Model in smoking prevention and attitudes toward smoking: Relationship with self-efficacy of lower secondary school students in Minburi District. Journal of Public Health Nursing. 2020;34(3):18-36. (in Thai)
23. Champion VL, & Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4thed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008;(4):45-65.
24. Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
25. Luo T, Li MS, Williams D, Phillippi S, Yu Q, Kantrow S, et al. Using social media for smoking cessation interventions: a systematic review. Perspectives in Public Health.2021 141(1):50-63.
26. Pokhrel P, Little MA, Fagan P, Muranaka N, & Herzog TA. Electronic cigarette use outcome expectancies among college students. Addictive Behaviors. 2014;39(6):1062-5.
27. Morrell HE, Lapsley DK, & Halpern-Felsher BL. Subjective invulnerability and perceptions of tobacco-related benefits predict adolescent smoking behavior. Journal of Early Adolescence. 2016;36(5):679-703.
28. Kong G, Morean ME, Cavallo DA, Camenga DR, & Krishnan-Sarin S. Reasons for electronic cigarette experimentation and discontinuation among adolescents and young adults. Nicotine & Tobacco Research. 2015;17(7):847-54.
29. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Advances in Behaviour Research and Therapy. 1978;1(4):139-61.
30. Barrington-Trimis JL, Urman R, Berhane K, Unger JB, Cruz TB, Pentz MA, et al. E-cigarettes and future cigarette use. Pediatrics. 2016; 138(1):1-8.
31. Baskerville NB, Struik LL, Hammond D, Guindon GE, Norman CD, Whittaker R, et al. Effect of a mobile phone intervention on quitting smoking in a young adult population of smokers: randomized controlled trial study protocol. Journal of medical Internet research. Research Protocols. 2015;4(1):1-14.

32. Valente TW, & Pumpuang P. Identifying opinion leaders to promote behavior change. Health Education & Behavior. 2007;34(6):881-96.
33. Yoosefi Lebni J, Abbas J, Moradi F, Salahshoor MR, Chaboksavar F, Irandoost SF, et al. How the COVID-19 pandemic affected economic, social, political, and cultural factors: A lesson from Iran. International Journal of Social Psychiatry. 2021;67(3):298-300.
34. Bennett B, Romm KF, & Berg CJ. Changes in cigarette and e-cigarette use among US young adults from before to during the COVID-19 pandemic: News exposure and risk perceptions as potential predictors. Tobacco Prevention & Cessation. 2022.
35. Wackowski OA, Sontag JM, Hammond D, O'Connor RJ, Ohman-Strickland PA, Strasser AA, et al. The impact of e-cigarette warnings, warning themes and inclusion of relative harm statements on young adults' e-cigarette perceptions and use intentions. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(2):1-14.
36. Camenga DR, Cavallo DA, Kong G, Morean ME, Connell CM, Simon P, et al. Adolescents' and young adults' perceptions of electronic cigarettes for smoking cessation: a focus group study. Nicotine & Tobacco Research. 2015; 17(10):1235-41.
37. Kong G, LaVallee H, Rams A, Ramamurthi D, & Krishnan-Sarin S. Promotion of vape tricks on YouTube: Content analysis. Journal of Medical Internet Research. 2019;21(6):1-11.
38. McCausland K, Maycock B, Leaver T, & Jancey J. The messages presented in electronic cigarette–related social media promotions and discussion: scoping review. Journal of Medical Internet Research. 2019;21(2):1-16.
39. Pongboriboon U, Addjanagitti P, & Rattanatavorn R. Development and Evaluation of Program to Prevent the Use of Electronic Cigarette Products in Online Society among Students of Private Universities in Pathum Thani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2):269-78. (in Thai)
40. Adekeye OT, Boltz M, Jao YL, Branstetter S, & Exten C. Vaping in the Digital Age: How Social Media Influences Adolescent Attitudes and Beliefs About E-Cigarette Use. Journal of Child & Adolescent Substance Use. 2025; 30(1):13-26.
41. Zheng X, Li W, Wong SW, & Lin HC. Social media and E-cigarette use among US youth: Longitudinal evidence on the role of online advertisement exposure and risk perception. Addictive Behaviors. 2021; 119:1-6.
42. Kaufman AR, Persoskie A, Twesten J, & Bromberg J. A review of risk perception measurement in tobacco control research. Tobacco Control. 2020;29(1):50-8.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม

The Effect of The Health Literacy Enhancement Program on Behavior Modification of Novice, Phrapariyattidhamma School

พัชรี ชูกันหอม[1] อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์*[2] อติญาณ์ ศรเกษตริน[3]

Phatcharee Chookanhom[1] Atcharawadee Sriyasak*[2] Atiya Sarakashetrin[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น ประเทศไทย 40000

[1]Boromarajonani College of Nursing, Khonkaen, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Khonkaen, Thailand 40000

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ยะลา ประเทศไทย 95000

[2]Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Yala, Thailand 95000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, นนทบุรี ประเทศไทย 11000

[3]Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณร สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อายุระหว่าง 13-18 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 70 รูป เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ, แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังได้รับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติสามารถส่งเสริมให้สามเณรมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, สามเณร

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a health literacy enhancement program based on the National Health Charter principles among novice monks in Buddhist parochial schools. The study focused on the program's impact on the participants' health literacy and health

Corresponding Author: *E-mail: atcharawadee@bcnyala.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ก.พ. 2568

care behaviors. The sample was selected through multistage random sampling, comprising novice monks studying in grades 7 to 12, aged between 13 and 18 years. They were divided into experimental and control groups, with 70 participants in each group. Research instruments included the health literacy enhancement program designed to promote behavioral change based on the National Health Charter principles, a health literacy questionnaire, and a health behavior questionnaire tailored to the principles of the National Health Charter. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results indicated that the average scores of health literacy and health care behaviors in the experimental group significantly improved after the intervention at the 0.05 significance level. Additionally, the post-test average scores of health literacy and health care behaviors in the experimental group were significantly higher than those in the control group at the 0.05 significance level.

Keywords: health literacy, health care behaviors, novice monks

บทนำ

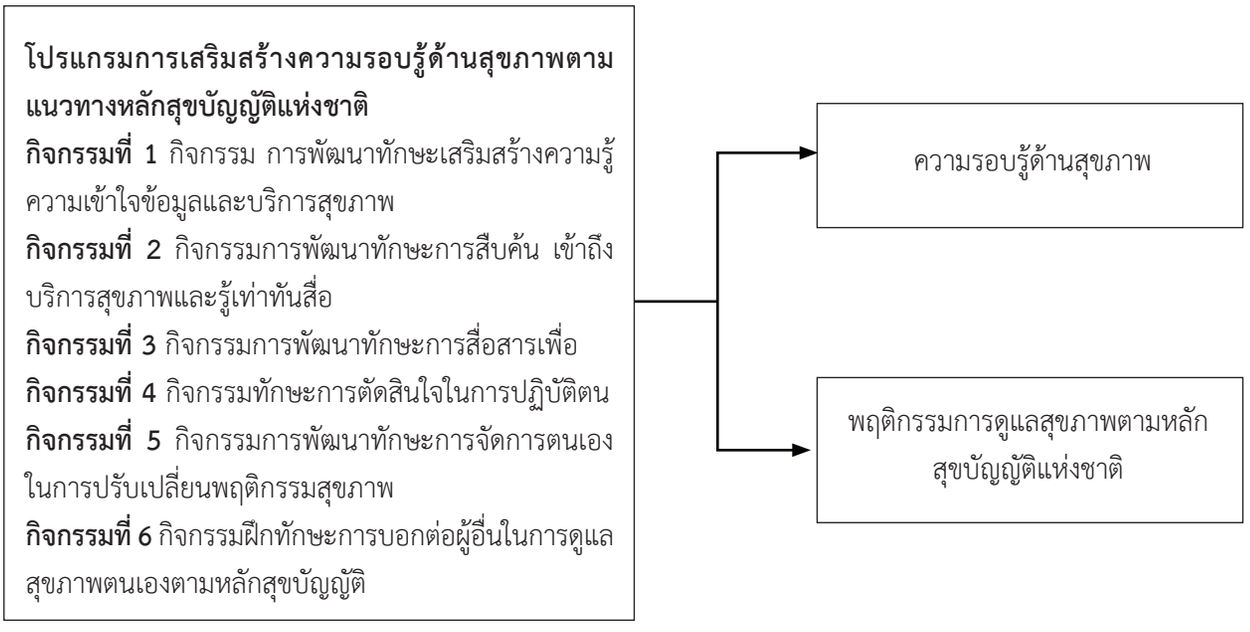
สามเณรเป็นกลุ่มเด็กชายหรือวัยรุ่นชายที่เป็นศาสนทายาทที่สำคัญในการจรรโลงพระพุทธศาสนาของประเทศ มีหน้าที่ธำรงรักษา และเผยแผ่พระพุทธศาสนาในรูปแบบต่าง ๆ จากการสำรวจภาวะสุขภาพของสามเณร พบว่า สามเณรมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น[1] มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ โรคผิวหนัง[2] ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากการสามเณรมีความเข้าใจร่างกายที่ไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การฉันอาหารจำพวกของหวาน ของทอด น้ำอัดลม และไม่มีการออกกำลังกาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[3] ซึ่งการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้สุขภาพที่ดีจะส่งเสริมให้สามเณรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมยังมีหลากหลายด้าน เช่น ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร[3] การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก[4] ซึ่งเป็นผลการศึกษาเฉพาะรายประเด็น แยกส่วนไม่เป็นองค์รวมและไม่เชื่อมโยงกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามเณรควรได้รับโอกาสในการพัฒนาในทุกๆ ด้าน โดยการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติเป็นสุขอนามัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับเด็กและเยาวชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมทุกด้านและความรอบรู้ด้านสุขภาพของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมของเขตสุขภาพที่ 5 ตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติเพื่อเป็นต้นแบบการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อไป ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกิจกรรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้สามเณรมีความรู้ ความเข้าใจ เข้าถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้สามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของสามเณรต่อไป

สมมติฐาน

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ทำการวัดผลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (The Two-Group Pretest-Posttest Design) ประชากรเป็นสามเณรที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ของโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 7 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกโรงเรียนโดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนมา 2 แห่ง เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) โดยใช้ระดับชั้นเป็นชั้นภูมิ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ 80% ค่าขนาดอิทธิพล .05[4] และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเป็นเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 64 การป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[5] มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มสามเณร ประกอบด้วย ทักษะการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 4) ทักษะการสื่อสาร 5) ทักษะการตัดสินใจและ 6) ทักษะการจัดการตนเอง ภายใต้การปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ[6]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ของสามเณร ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สิทธิ์การรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณร ผู้วิจัยประยุกต์มากจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 จำนวน 73 ข้อ ข้อคำตอบเป็นแบบคะแนน Likert Scale แบ่งระดับความเห็นตั้งแต่คะแนนมากที่สุด เท่ากับ 3 คะแนน ถึงระดับความเห็นน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 19 ข้อสำหรับระยะติดตามผล ข้อคำตอบจะระบุความถี่ในการปฏิบัติตั้งแต่ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ

การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบไปด้วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสอนและงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน และแพทย์เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1 ได้รับการรับรอง เลขที่ RECHHH024/2565 ณ วันที่ 23 ธันวาคม 2565 และได้ดำเนินการขยายเวลาการดำเนินการวิจัย และเสนอผ่านการพิจารณาในครั้งที่ 2 ได้รับการรับรอง เลขที่ RECHHH014/2567 ณ วันที่ 27 มิถุนายน 2567 โดยดำเนินการชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล โดยการคัดเลือกในการศึกษาครั้งนี้ จะต้องได้รับยินยอมจากผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลมีการตัดสินใจในการเข้าร่วมและปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่าจะไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ทีมผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธอธิบายขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน และอธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจและประเมินความรู้ของสามเณรโดยให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนัดหมายการทำกิจกรรมต่อไป

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์แรก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 1 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ 2 - 4 ทีมผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละเท่าๆ กัน ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ทักษะ ดังต่อไปนี้ 1) พัฒนาความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ฝึกสืบค้นข้อมูลสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อ 3) พัฒนาทักษะสื่อสารด้านสุขภาพ 4) ฝึกตัดสินใจดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 5. พัฒนาทักษะจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6) ฝึกถ่ายทอดความรู้สุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการคำนวณทางสถิติมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired T-Test และ Independent T-Test โดยกำหนดการศึกษาแบบสองทาง (Two way testing) กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบไว้ที่ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อนเริ่มทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของสามเณร

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านกลุ่มอายุ ข้อมูลของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสามเณรวัยรุ่นตอนต้น ร้อยละ 35.72 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสามเณรวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 35.72 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>.05) ด้านระดับการศึกษา ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 51.43 และ 52.86 ตามลำดับ เปรียบเทียบความแตกต่างด้านระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>.05)

สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน มีความเหมาะสมในการใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณร และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=140)

ตัวแปร/กลุ่ม	ก่อนการทดลอง (n=70)		หลังการทดลอง (n=70)		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{c}$	S.D		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ความรู้ ความเข้าใจ						
กลุ่มทดลอง	10.27	2.94	10.73	.455	2.18	.032*
กลุ่มควบคุม	9.27	2.64	9.29	.439		
การเข้าถึงข้อมูล						
กลุ่มทดลอง	2.14	.308	2.26	.045	2.29	.025*
กลุ่มควบคุม	2.33	.285	2.37	.039		
ทักษะการสื่อสาร						
กลุ่มทดลอง	2.07	.283	2.19	.046	2.55	.013*
กลุ่มควบคุม	2.12	.412	2.12	.057		
การจัดการเงื่อนไข						
กลุ่มทดลอง	2.15	.377	2.31	.038	2.89	.005*
กลุ่มควบคุม	2.29	.313	2.36	.044		
การรู้เท่าทันสื่อ						
กลุ่มทดลอง	2.11	.424	2.28	.051	2.94	.004*
กลุ่มควบคุม	2.29	.622	2.33	.059		
การตัดสินใจ						
กลุ่มทดลอง	3.47	0.937	5.10	.139	7.08	0.79
กลุ่มควบคุม	4.07	1.561	4.06	.250		
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	4.37	1.173	4.07	.053	-2.05	.043*
กลุ่มควบคุม	3.61	0.318	3.64	.249		

* p-value < .05

การศึกษานี้เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาที่ชัดเจนในด้านความรู้ความเข้าใจ (P = 0.032) การเข้าถึงข้อมูล (P = 0.025) ทักษะการสื่อสาร (P = 0.013) การจัดการเงื่อนไข (P = 0.005) และการรู้เท่าทันสื่อ (P = 0.004) ขณะที่ด้านการตัดสินใจไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (P = 0.79) เมื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (P = 0.043)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณร และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=140)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=70)		กลุ่มควบคุม (n=70)		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{c}$	S.D		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ความรู้ ความเข้าใจ	10.73	.455	9.29	.439	2.28	.024*
การเข้าถึงข้อมูล	2.26	.045	2.37	.039	-1.71	.089
ทักษะการสื่อสาร	2.19	.046	2.12	.057	1.00	.317
การจัดการเงื่อนไข	2.31	.038	2.36	.044	-.816	.416
การรู้เท่าทันสื่อ	2.28	.051	2.33	.059	-.660	.510
การตัดสินใจ	5.10	.139	4.06	.250	3.65	.000*
พฤติกรรมสุขภาพ	4.07	.053	3.64	.249	5.82	.000*

* p-value < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณร ตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านการตัดสินใจ มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างงมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมได้ผลลัพธ์ที่น่าสนใจหลายประการที่สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของสามเณร

กลุ่มสามเณรที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการพัฒนาที่ชัดเจนในด้านความรู้ความเข้าใจ (P = 0.032) การเข้าถึงข้อมูล (P = 0.025) ทักษะการสื่อสาร (P = 0.013) การจัดการเงื่อนไข (P = 0.005) และการรู้เท่าทันสื่อ (P = 0.004) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[11] ที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องครอบคลุมความรู้ ทักษะ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ในโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการฝึกปฏิบัติจริงและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงมีส่วนช่วยในการพัฒนาทักษะดังกล่าว นอกจากนี้โปรแกรมยังเน้นการใช้กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการสืบค้นข้อมูลผ่านเวบไซต์ การตรวจสอบแหล่งข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพควรเน้นการสร้างประสบการณ์จริงและได้ลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในกลุ่มสามเณรที่เข้าสู่วัยรุ่นที่ต้องการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง[12] อย่างไรก็ตามยังไม่พบความแตกต่างในด้านทักษะการตัดสินใจ (P=0.79) ซึ่งอธิบายได้ว่าทักษะ

การตัดสินใจเป็นทักษะที่ซับซ้อนและต้องการระยะเวลาในการพัฒนามากกว่าทักษะอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาทักษะการตัดสินใจต้องการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องและระยะเวลาที่เพียงพอ[13]

2) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P<0.001) สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[14] นอกจากนี้การออกแบบที่มุ่งเน้นการพัฒนาทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติควบคู่กันก็ช่วยส่งเสริมให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสามเณรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องอาศัยการพัฒนาทั้งปัจจัยนำคือความรู้และทัศนคติ และปัจจัยเสริมในการได้ฝึกทักษะ[7]

ความสำเร็จของโปรแกรมเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข พระอาจารย์ในโรงเรียนซึ่งมีบทบาทสำคัญในการติดตามและทบทวนการปฏิบัติและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของสามเณรมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากสามเณรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีระเบียบวินัยและข้อปฏิบัติที่เคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาที่เสนอว่าการดูแลสุขภาพสามเณรควรมีการบูรณาการระหว่างวิถีพุทธกับหลักสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท[10]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1) นำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการบูรณาการกับหลักสูตรสุขบัญญัติแห่งชาติและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนพระปริยัติธรรมที่สอดคล้องกับกองสุขศึกษา

2) พัฒนาศักยภาพครูและพระอาจารย์ ให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเป็นที่ปรึกษาและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของสามเณรอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ทำการศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรมหลายๆ แห่งในภูมิภาคต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ และติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว เช่น 6 เดือน 1 ปี หรือ 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสามเณรทุกรูปและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2566 ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Department of Health. Novice Health Manual. Bangkok : Kaew chaojom of media and publications center; 2013. (in Thai)
2. Wipulakorn A, Anukhro C, Tanud P, & Theerawasttanasiri N. Self–Health Care Behavior of Novice in The General Buddhist Scripture School in The Northern Thailand. Journal of Graduate Studies Review 2018 ; 4(2) : 149-64. (in Thai)
3. Supata P, Aungwattana S, & Tamdee D. Effects of the Buddhist-based Weight Loss Program on Weight Loss Practices and Bodyweight Among Overweight Novice Monks. Nursing Journal 2020 ; 47(3) : 288-99. (in Thai)
4. Thanakwang W. The Effective of Oral Health Literacy Program in Novices, Phrapariyattidhamma School, Tha Wang Pha District, Nan Province. Academic Journal of Comminuty Public Health. 2021 ; 7(1) : 87-97. (in Thai)
5. Nutbeam D. Health literacy as a pubic health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century. Health Promotion International 2000 ; 15(3) : 259–67.

6. Department of Health Service Support, Health Education Program to Enhance of Health Literacy According to The Principles of Health Regulations. Nonthaburi : Health Education Division; 2019. (in Thai)
7. Chandi C, & Posuya K, The effective of health literacy model in Novices, Phrapariyattidhamma Watphuket School, Nan Province. Academic Journal of Comminuty Public Health 2021 ; 7(4) : 56-71. (In Thai)
8. Panyachit S, Strengthening the Buddhist Model for Promoting Good Health of Teenage Novices in Thailand's Central and Northern Regions. Journal of Demography 2022 ; 38(2) : 27-49. (In Thai)
9. Anonjarn K, Odomporn O, The Influence of Health Literacy with Consumption and Exercise Behavior among School-age Children with Overnutrition. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021 ; 22(2) : 314-26. (In Thai)
10. Klunklin P, Thaiyapirom N, & Chinnaphatho C. The development process of health promotion for novices in somdej phra buddha chinawong school. Nursing Journal. 2013; 40 : 57-66. (in Thai)
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine 2008; 67(12) : 2072-8.
12. Sørensen K, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. Biomedientral Public Health. 2012; 80(12) 1-13.
13. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educatian Rescearch. 2008 ; 23(5) : 840 - 7.
14. Paasche-Orlow MK, & Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Americarn Journal Health Behavior. 2007;31(1) : S19-26.

การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในรูปแบบการศึกษาทางไกล ด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน

Midwifery Practicum in a Model of Distance Education with Blended Learning

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล*
Kanjana Srisawad Somjai Puttapitukpol*
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี ประเทศไทย11120
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยประยุกต์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ และ 2) ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยง และผู้เรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (2) ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม และ (3) แบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ ค่าความสอดคล้องของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ มีการผสมผสานการเรียนรู้แบบออนไลน์และออนไซต์ มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ (1) การเตรียมการ (2) การดำเนินการเป็นลักษณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมีดังนี้ (2.1) การฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา (2.2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และ (2.3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม และ (3) การประเมินผล และ 2) ผลการศึกษาความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่พัฒนาขึ้น พบว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบผสมผสาน, การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์, การศึกษาทางไกล

Abstract

The applied research aim to 1) develop a model of blended learning of distance education in midwifery practicuum and 2) evaluate the feasibility of a model of blended learning of distance education in midwifery practicuum. The key informants include experts, nursing instructors, nurse and nursing students. The research tools consist of 1) in-depth individual interview questions, 2) focus group discussion questions, and 3) a feasibility assessment form a model of midwifery practicum in Distance education system. The consistency of the tools were Index of item objective congruence between 0.67-1.00. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistics. The results of the research found that: 1) a model of blended learning of distance education in midwifery practicuum, combining online and on-site learning, there are 3 steps

Corresponding Author: *Email: pusomjai@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไข (revised) 22 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 มี.ค. 2568

for the nursing practice process: (1) preparation, (2) implementation, which includes the following nursing practice characteristics: (2.1) training to enhance nursing practice skills for the subject set (2.2) training to enhance nursing practice skills in specific cases and (2.3) intensive training to enhance nursing practice skills, and (3) evaluation. and 2) The study on the feasibility of a model of blended learning of distance education in midwifery practicuum was found that a model of blended learning of distance education in midwifery practicuum is a possibility of it being at the highest overall.

Keywords: Blended learning, Midwifery practicuum, Distance education

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลประกอบด้วย ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องสัมพันธ์สอดคล้องกันไป การจัดการเรียนภาคทฤษฎีมุ่งให้ความรู้ด้านวิชาการเป็นหลัก ส่วนการจัดการเรียนภาคปฏิบัติการพยาบาลถือว่าเป็นหัวใจของการเรียนการสอนทางการพยาบาล เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องนำความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติการพยาบาล[1] สำหรับการจัดการศึกษาผดุงครรภ์ในประเทศไทย ดั้งเดิมนั้นเป็นวิชาชีพเฉพาะที่จัดเพิ่มเติมภายหลังสำเร็จการศึกษาการพยาบาลแล้ว ซึ่งเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรการผดุงครรภ์ ต่อมาได้เอาหลักสูตรการผดุงครรภ์มาจัดไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมผลิตพยาบาล โดยมีเป้าหมายที่สอดคล้องกันในการผลิตพยาบาลผดุงครรภ์ที่ให้บริการที่มีคุณภาพและครอบคลุมผู้รับบริการ การผลิตบัณฑิตพยาบาลต้องสอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพที่มุ่งผลิตบัณฑิตให้มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เน้นความรู้ สมรรถนะ และทักษะด้านวิชาชีพตามข้อกำหนดของมาตรฐานวิชาชีพตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด[2] ทั้งนี้เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมด้านมารดาทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายของมารดาและทารกตลอดจนส่งเสริมให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่ดี ที่ผ่านการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มีการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ไม่สามารถจัดแบบเผชิญหน้าได้ โดยบัณฑิตพยาบาลต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลกำหนด จึงต้องปรับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการผดุงครรภ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นสิ่งสำคัญของการศึกษาพยาบาลที่จะนำไปสู่การดูแล (Caring) และการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing care) ได้อย่างครอบคลุมถูกต้องและสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรและความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล ซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การเรียนรู้ประสบการณ์ทางคลินิกหรือการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้และความชำนาญของนักศึกษา ปัจจุบันนี้ในสถาบันทางการศึกษาพยาบาลได้ประสบปัญหาที่สำคัญ คือ การมีจำนวนผู้คลอดลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปทั่วโลก ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจถดถอยของประเทศ ส่งผลต่อประชาชนทุกกลุ่มวัยในการมีบุตร ทำให้หลายครอบครัวมีการคุมกำเนิดมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาอย่างยิ่งในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติโดยเฉพาะทักษะทางด้านการผดุงครรภ์ ซึ่งยากที่จะกำหนดประสบการณ์ทักษะในการทำคลอดเพื่อให้มีคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้คลอด ดังนั้นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานที่สามารถรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อจำกัดด้านจำนวนผู้รับบริการลดลง ดังนั้นการออกแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้และสมรรถนะสำคัญทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และมุ่งผลิตบัณฑิตให้มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และสมรรถนะดิจิทัล สำหรับคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มีการจัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล โดยได้เปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2564 เป็นหลักสูตรใหม่ที่เปิดสมัครสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขมาเรียนในหลักสูตรนี้ ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลมาก่อน ทั้งนี้สาขาวิชาได้ออกแบบลักษณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ลักษณะดังนี้ 1) การฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา 2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และ 3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม สำหรับรูปแบบการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาทางไกลที่จะพัฒนาขึ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดวิชาการพยาบาลมารดา ทารก การผดุงครรภ์ และการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 2 ได้นำผลการวิจัยรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[3] ในส่วนของรูปแบบของชุดวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ มีกระบวนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมการ 2) การดำเนินการ และ 3) การประเมินผล โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจะเน้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมให้แก่มารดา ทารก และครอบครัว ทั้งในรายที่ปกติและรายที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยดังกล่าวมาต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ มีการผสมผสานการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ เพื่อเพิ่มพูนทักษะโดยเฉพาะทักษะการทำคลอดของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มากขึ้น ที่สอดคล้องกับการศึกษาจากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในประเทศเกาหลี นักศึกษาพยาบาลต้องการรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้และความมั่นใจของนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง[4] และสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สถาบันการศึกษาประสบปัญหาจำนวนผู้คลอดที่ลดลง ส่งผลต่อการฝึกประสบการณ์และทักษะการทำคลอดของนักศึกษาพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ผลการสอบความรู้ในการขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้สอบไม่ผ่านวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์เป็นอันดับแรกใน 8 วิชาที่สอบทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ โดยมีการผสมผสานการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์และแบบออนไซต์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษาในการพัฒนาและปรับปรุงวิชาการผดุงครรภ์ เพื่อผลิตพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลสตรีทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีของโลกปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบอาทิ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี พบว่ามีการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Bended learning) มาใช้ในการจัดการศึกษาทางการพยาบาล[5] และการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในนักศึกษาพยาบาล พบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานทำนายผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 40.40 และสามารถทำนายประสิทธิผลของพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 71.90[6] นอกจากนี้ยังมีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งการศึกษาได้ปรับการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยปรับเป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ การฝึกทักษะทางห้องปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ การใช้ตัวอย่างกรณีศึกษาแบบออนไลน์ประกอบการสอน การนำเสนอหรือการอภิปรายผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในรูปแบบออนไลน์โดยผ่านวิดีโอ พบว่าการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก[7] สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่เรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องปรับรูปแบบการเรียนรู้และ

การฝึกปฏิบัติการพยาบาล เป็นการเรียนการสอนแบบทางไกลโดยผ่านสื่อออนไลน์หลายรูปแบบ การเรียนรู้จากที่บ้านของผู้เรียน พบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบทางไกลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของนักศึกษาพยาบาล และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร[8] และสอดคล้องกับการศึกษาการเรียนในรูปแบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ประเทศฟิลิปปินส์ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้เรียน และมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] จากที่กล่าวมาพบว่าการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติการพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยจัดทั้งในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ ซึ่งพบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานทำให้ผู้รียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง และผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบดังกล่าว ดังนั้นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานจึงมีความจำเป็นต่อการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน

จากผลการทบทวนวรรณกรรมทั้งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีทิศทางแบบผสมผสานและการฝึกปฏิบัติแบบออนไลน์และออนไซต์ ที่กล่าวมาผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน ทั้งในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ของการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2564 ร่วมกับประยุกต์ใช้การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (Blended learning) ในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการศึกษาทางไกล และสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาล เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพ มีคุณธรรม จริยธรรม สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เหมาะสม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสามารถพัฒนาตนเองด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิต การศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาทางวิชาชีพที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อให้นักศึกษาเกิดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ เพื่อที่จะทำให้นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพการพยาบาลในบริบทของการศึกษาทางไกล มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด สามารถใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีจริยธรรม และความรับผิดชอบต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในรูปแบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน ในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ให้เหมาะสมกับบริบทการศึกษาทางไกล เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการผดุงครรภ์[2] เพื่อส่งผลต่อการฝึกประสบการณ์ทักษะการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อกระบวนการจัดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ที่จะส่งผลให้บัณฑิตพยาบาลศาสตร์สามารถขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

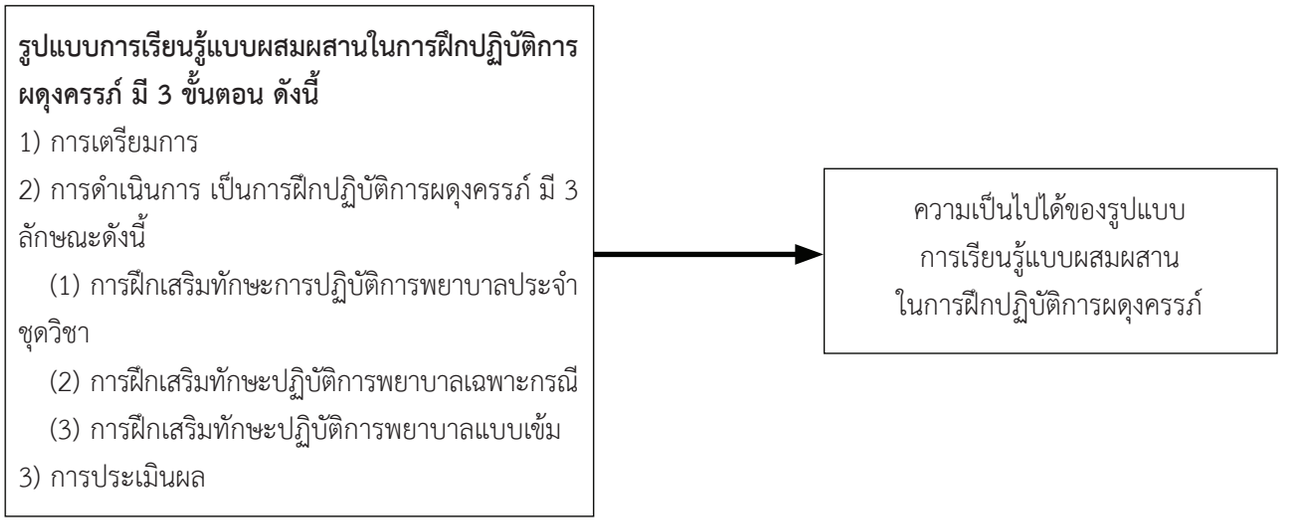
วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน โดยมีการผสมผสานการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน โดยมีการผสมผสานการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเตรียมการ 2) การดำเนินการ และ 3) การประเมินผล ลักษณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมี 3 ลักษณะดังนี้ (1) การฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา (2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และ (3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม แล้วนำมา

สร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน โดยผสมผสานการเรียนรู้แบบออนไลน์และออนไซต์ ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการจัดการศึกษาพยาบาลและมาตรฐานผดุงครรภ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth- interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ และพยาบาลพี่เลี้ยงที่สอนภาคปฏิบัติการการพยาบาลชุดวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลแล้วนำมาร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์โดยผสมผสานการเรียนรู้แบบออนไลน์และออนไซต์

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล จำนวน 3 คน (2) อาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ จำนวน 5 คน และ (3) พยาบาลพี่เลี้ยงที่สอนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด 15 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ประเด็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเด็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อ

3) การวิเคราะห์ข้อมูล : การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ของการวิจัย คือ (ร่าง) รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในด้านที่เกี่ยวกับนโยบาย การบริหารจัดการ ด้านผู้สอนและผู้เรียน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ พยาบาลพี่เลี้ยงที่สอนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ และผู้เรียน ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล จำนวน 3 คน 2) อาจารย์พยาบาล เลือกแบบเจาะจง ที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ จำนวน 5 คน 3) พยาบาลพี่เลี้ยงที่สอนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุดวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 5 คน

และ 4) ผู้เรียน จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 18 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด และ 1 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการเรียนการสอนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาตรวจสอบความตรงเนื้อเชิงหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบของเนื้อหาถึงความถูกต้องเหมาะสม ความสอดคล้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมของข้อคำถาม และการใช้ภาษา แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00

3) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล: สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หมายเลข NS 4/2563 วันที่ 18 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมการ 2) การดำเนินการ และ 3) การประเมินผล ลักษณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาล มี 3 ลักษณะดังนี้ (1) การฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา (2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี และ (3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม โดยรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ รูปแบบมีการผสมผสานการเรียนรู้แบบออนไลน์และแบบออนไซต์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ โดยมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอน 1 การเตรียมการ (Preparation) การเตรียมความพร้อมของผู้สอนในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาล การเตรียมแหล่งฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ เตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และการเตรียมความพร้อมของสื่อในการจัดการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้เรียนต้องศึกษาเอกสารประกอบการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า เนื้อหาเกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และทักษะการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ โดยมีลักษณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3 ลักษณะดังนี้

1) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ในการผดุงครรภ์ โดยนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเอกสารการสอนเกี่ยวกับการผดุงครรภ์ และจากการศึกษาบทเรียนออนไลน์ใน e-Learning (ในขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด โดยผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลประกอบ โดยมีการประเมินคะแนนในแต่ละทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ ในแต่ละทักษะผู้เรียนต้องผ่านร้อยละ 80

2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์รายกรณี ฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์เกี่ยวกับทักษะการทำคลอด (ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นและต้องการพัฒนาผู้เรียน) เมื่อผู้เรียนฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชาที่เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด และทักษะการทำคลอดผ่านตามที่กำหนดแล้ว โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี โดยศึกษาบทเรียนออนไลน์ใน e-Learning เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด ให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติทักษะการทำคลอดในรูปแบบ

ออนไลน์ โดยมีการประเมินในแต่ละขั้นตอนของทักษะการทำคลอด เมื่อผู้เรียนผ่านทักษะการทำคลอดแล้ว ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้ไปฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณีในสถานการณ์จริงได้

3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม เป็นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวมตั้งแต่ทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด และทักษะการทำคลอด โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้เรียนศึกษาบทเรียนออนไลน์ใน e-Learning เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด และผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่าน VDO Conference เริ่มตั้งแต่ทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอดทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด ตลอดจนการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด โดยให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล และการจัดทำรายงานสรุปการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม ซึ่งผู้สอนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ผ่าน VDO Conference เมื่อผู้เรียนผ่านการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มในรูปแบบออนไลน์แล้ว ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้

ขั้นตอนที่ 3 การประมินผล เป็นขั้นตอนการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยมีการประเมินระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Formative) ซึ่งมีการประเมินระหว่าง 1) การฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา มีการประเมินจากการที่นักศึกษาเข้าไปศึกษาในบทเรียนออนไลน์ใน e-Learning โดยผู้เรียนมีการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ ในระยะคลอดฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์เกี่ยวกับทักษะการหมุนกลไกการคลอด และทักษะการทำคลอด ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระยะหลังคลอดเกี่ยวกับทักษะการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด และการประเมินในการเรียนรู้แบบออนไซต์โดยประเมินผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการประเมินคะแนนในแต่ละทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ ในแต่ละทักษะผู้เรียนต้องผ่านร้อยละ 80 ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชาที่เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชาในสถานการณ์จริงได้ 2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี เป็นการประเมินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์รายกรณีในการเรียนรู้แบบออนไลน์ใน e-Learning ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด เมื่อผู้เรียนผ่านทักษะการผดุงครรภ์แล้ว ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้ไปฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณีในสถานการณ์จริง ได้ และ 3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม เป็นการประเมินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์แบบเข้มใน การเรียนรู้แบบออนไลน์ใน e-Learning เป็นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวมในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดเกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด และทักษะการทำคลอด และประเมินผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่าน VDO Conference และประเมินผู้เรียนแบบออนไซต์โดยการประเมินจากรายงานสรุปการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม เมื่อผู้เรียนผ่านการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มในรูปแบบออนไลน์แล้ว ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ

ตาราง การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

รายการ	Mean	SD	แปลผล
1. รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับคำอธิบายของชุดวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	4.55	.51	มากที่สุด
2. รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ชุดวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	4.55	.51	มากที่สุด
3. รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของชุดวิชา	4.72	.46	มากที่สุด
4. รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ได้	4.66	.48	มากที่สุด
5. กระบวนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน	4.61	.50	มากที่สุด
6. ลักษณะการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มีความเหมาะสม	4.61	.50	มากที่สุด
7. ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน	4.66	.48	มากที่สุด
8. สื่อที่ใช้ประกอบในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน	4.55	.51	มากที่สุด
9. บทเรียนออนไลน์การตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด มีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน	4.55	.51	มากที่สุด
10. บทเรียนออนไลน์การตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้	4.55	.51	มากที่สุด
11. การวัดประเมินผลมีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน	4.50	.51	มากที่สุด
12. รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอนกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.88	.32	มากที่สุด
13. รูปแบบฯ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ได้จริง	4.66	.48	มากที่สุด
14. รูปแบบฯ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำไปจัดการทักษะทางการผดุงครรภ์ได้	4.66	.48	มากที่สุด
15. รูปแบบฯ ส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของชุดวิชา	4.83	.38	มากที่สุด
16. รูปแบบฯ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะทางการผดุงครรภ์	4.55	.51	มากที่สุด
17. รูปแบบฯ มีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอนกับการจัดการเรียนการสอนระบบการศึกษาทางไกล	4.72	.46	มากที่สุด
18. การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชาในการเรียนรู้แบบออนไซต์ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลประกอบ	4.55	.51	มากที่สุด
19. การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณีในการเรียนรู้แบบออนไซต์ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้ไปฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณีในสถานการณ์จริงได้	4.72	.46	มากที่สุด
20. การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มในการเรียนรู้แบบออนไซต์ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.55	.51	มากที่สุด
21. การประเมินผลการเรียนรู้แบบออนไซต์มีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน	4.66	.48	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.63	.47	มากที่สุด

จากตาราง การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.63, SD=.47) มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด คือ รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอนกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Mean= 4.88, SD=.32) รองลงมา คือ รูปแบบฯ ส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของชุดวิชา (Mean=4.83, SD=.38) และน้อยที่สุด คือ การวัดประเมินผลมีความเป็นไปได้สำหรับในการจัดการเรียนการสอน (Mean= 4.50, SD=.51)

การอภิปรายผลการวิจัย

การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาทางไกลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ การเตรียมการถือว่ามีความสำคัญต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา มีการเตรียมความพร้อมของผู้สอน แหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาล การเตรียมความพร้อมของผู้เรียน และการเตรียมสื่อประกอบการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก[10] ในการศึกษาครั้งนี้มีการเตรียมการดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้สอนในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการถ่ายทอดปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรลงมาสู่รูปแบบการฝึกปฏิบัติ/การออกแบบการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่หลักสูตรกำหนด ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของชุดวิชาต้องสอดคล้องกับเกณฑ์ของระบบประกันคุณภาพการศึกษาของเครือข่ายมหาวิทยาลัย

อาเซียน[11] 2) การเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้พยาบาลพี่เลี้ยงให้มีความรู้ ทักษะ การสอนการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ โดยพยาบาลพี่เลี้ยงต้องผ่านการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเตรียมอาจารย์พี่เลี้ยงในการฝึกภาคปฏิบัติเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาล[12] 3) การเตรียมแหล่งฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ โดยการสำรวจสถานที่ที่คาดว่าจะใช้เป็นแหล่งฝึกการผดุงครรภ์ เพื่อให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์การผดุงครรภ์ที่ครบถ้วน การเตรียมแหล่งฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้เรียนในหลักสูตรเป็นผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนมาก่อน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลทางการผดุงครรภ์ทั้งในสตรีรายปกติและรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ประกอบกับแหล่งฝึกปฏิบัติงานของสถาบันการศึกษาหลายแห่ง ดังนั้นการเตรียมแหล่งฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ จึงต้องมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการสำรวจแหล่งฝึก การสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นทางการ[13] 4) ความพร้อมของสื่อในการจัดการเรียนการสอนการปฏิบัติการผดุงครรภ์ โดยจัดทำไว้ใน e-Learning ซึ่งให้ผู้เรียนเข้าไปศึกษาล่วงหน้าก่อนที่จะมีการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย ทักษะการตรวจครรภ์ ทักษะการหมุนกลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และทักษะการประเมินทารกแรกเกิด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการเตรียมฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยอ่านหนังสือ การดูสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในและนอกห้องปฏิบัติการพยาบาล[14] และ 5) การเตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนต้องศึกษาเอกสารประกอบการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า เนื้อหาเกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอดการทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้น ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดปกติ ก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในแต่ละระยะการตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความพร้อมเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมการเตรียมความพร้อม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01[15] ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านผู้เรียนจึงมีความสำคัญต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งการเตรียมทั้งในรูปแบบออนไลน์ โดยศึกษาเอกสารในแต่ละบทเรียนในระบบ e-Learning ทั้ง 4 บทเรียน ได้แก่ ทักษะการตรวจครรภ์ ทักษะกลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และทักษะการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด ประกอบกับมีการเตรียมผู้เรียนให้มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล กาเรียนการสอนเชิงรุก[16] และให้ผู้เรียนมีการสาธิตการฝึกทักษะการผดุงครรภ์ดังกล่าวในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้สอนนิเทศผ่าน VDO conference ก่อนที่ผู้เรียนจะมีการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ เป็นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ของผู้เรียน โดยผู้เรียนมีการเรียนรู้แบบออนไลน์และการเรียนรู้แบบออนไซต์ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ 3 ลักษณะดังนี้ 1) การฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ในการผดุงครรภ์ โดยนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเอกสารการสอนเกี่ยวกับการผดุงครรภ์ และจากการศึกษาบทเรียนออนไลน์ใน e-Learning มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด และทักษะการทำคลอด โดยผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชาที่เกี่ยวกับทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด และทักษะการทำคลอดไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชาในสถานการณ์จริงได้ 2) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี เป็นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์รายกรณี ฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์เกี่ยวกับทักษะการทำคลอด ผู้วิจัยได้ออกแบบการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณีในระบบ e-Learning ให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติทักษะการทำคลอดในรูปแบบออนไลน์ โดยมีการประเมินในแต่ละขั้นตอนของทักษะการทำคลอด เมื่อผู้เรียนผ่านทักษะการทำคลอดแล้ว ประกอบกับให้ผู้เรียน

มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้ไปฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณีในสถานการณ์จริงได้ 3) การฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม เป็นการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวมตั้งแต่ทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด การทำคลอด และการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้เรียนฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์กับหุ่นจำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่าน VDO Conference เริ่มตั้งแต่รับใหม่ผู้คลอด การตรวจครรภ์ การทำคลอด โดยให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวมตามกระบวนการพยาบาล และการจัดทำรายงานสรุปการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้ม ซึ่งผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ผ่าน VDO Conference เมื่อผู้เรียนผ่านการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มในรูปแบบออนไลน์แล้ว ผู้เรียนสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้ ในขั้นตอนการดำเนินการรูปแบบการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึงรายละเอียดของการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในแต่ละลักษณะให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสภาวิชาชีพ เพื่อให้การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มีคุณภาพ และสร้างประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่ดีให้นักศึกษาพยาบาลในการนำความรู้สู่การปฏิบัติการผดุงครรภ์[17] ดังนั้นรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาล[4] และสอดคล้องกับการศึกษาการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับรูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชภายใต้รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในระบบการศึกษาทางไกล[17]

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นขั้นตอนการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยมีการประเมินระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Formative) ที่ครอบคลุมในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่ประกอบด้วยทักษะการตรวจครรภ์ กลไกการคลอด ทักษะการทำคลอด และทักษะการประเมินทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด ซึ่งมีการประเมินระหว่างการฝึกเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลประจำชุดวิชา และการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกรณี เมื่อภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Sumative) จะประเมินการฝึกเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลแบบเข้มเมื่อผู้เรียนได้ผ่านขั้นตอนการประเมินผล โดยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละบทเรียนออนไลน์แล้ว ผู้เรียนสามารถนำความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ในแต่ละบทเรียนที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ในสถานการณ์จริงได้

2. การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ มีการผสมผสานแบบออนไลน์และออนไซต์ มีความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.63, SD=.47) โดยมีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุดคือ รูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นมีความเป็นได้ในการจัดการเรียนการสอนกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Mean= 4.88, SD=.32) รองลงมาคือ รูปแบบฯ ส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของชุดวิชา (Mean=4.83, SD=.38) และน้อยที่สุดคือ การวัดประเมินผลมีเป็นได้ในการจัดการเรียนการสอน (Mean= 4.50, SD=.51) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย การจัดการสอนภาคทฤษฎีมี 4 คาบเรียน มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับกลไกการคลอด การพยาบาลในระยะที่ 1–4 ของการคลอด และการดูแลทารกแรกเกิดทันที กิจกรรมการเรียนรู้มีดังนี้ การทบทวนบทเรียนก่อนเข้าชั้นเรียน การบรรยายโดยผ่าน Power point และวีดิทัศน์ จากนั้นนักศึกษาจะเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการฝึกทบทวนตามวีดิทัศน์ การฝึกสถานการณ์จำลองในห้องคลอด และการทบทวนความรู้หลังการสอบปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผลประเมิน พบว่านักศึกษาสามารถนำไปใช้จริงในการฝึกปฏิบัติการดูแลในระยะคลอดกับผู้คลอดในระดับมากที่สุด (Mean = 4.21, SD = 0.43) การจัดการทักษะในห้องฝึกปฏิบัติการในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.45) อุปกรณ์ที่ใช้ห้องฝึกปฏิบัติการในระดับมาก (Mean=4.17, SD=0.58) การทบทวนความรู้ภายหลังการฝึกทักษะในระดับมาก (Mean=4.04, SD=0.66) และการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตัวนักศึกษาในระดับมากที่สุด (Mean=4.34, SD=0.50)18 ดังนั้นรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ควรนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ไปประยุกต์การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้น และส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง

2. นำรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์มาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนในระบบการศึกษาทางไกล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเชิงทดลองโดยนำรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการฝึกปฏิบัติการผดุงครรภ์ไปทดลองใช้จริง

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการฝึกปฏิบัติของชุดวิชาอื่นๆ ในระบบการศึกษาทางไกล

References

1. Buapetch A. & Chansawang W. Client's Opinions towards Student Performance in a Practicum in Nursing for Promoting Health Course, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. Journal of Nursing and Education. 2011; 4(2), 10-22. (in Thai)
2. The Nursing Council. Announcement of the Nursing Council on Tele-nursing Guidelines. Thai government gazette. 2011; 138(33): 49–51.
3. Phuttapitakphon et al. A Study on the Model of Nursing Practicum in Distance Education Systems at Sukhothai Thammathirat Open University. Research Report. 2019.
4. Ahn YH, & Choi J. Incivility experiences in clinical practicum education among nursing students. Nurse Education Today. 2019; 73(1): 48–53.
5. Leidl DM, Ritchie L, & Moslemi N. Blended learning in undergraduate nursing education - A scoping review. Nurse Educator Today. 2020; 86(2): 1-11.
6. Sáiz-Manzanares MC, Escolar-Llamazares MC, & González AA. Effectiveness of Blended Learning in Nursing Education. International Journal Environ Respiratory Public Health. 2020;17(5): 1-15.
7. Angasu K. et al. COVID-19's Negative Impacts on Clinical Learning and Proposed Compensation Mechanisms among Undergraduate Midwifery and Nursing Students of Jimma University. Advances in Medical Education and Practice. 2020; 4(12): 1411-7.
8. Gaffney MK, & Chargualaf KA. Ghosh S. COVID-19 Disruption of Nursing Education and the Effects on Students' Academic and Professional Confidence. Nurse Educator. 2021; 46(2): 76-81.
9. Ryan Michael FO. Homelo VE. Online Learning in Nursing Education during the COVID-19 Pandemic: Stress, Satisfaction, and Academic Performance. Journal of Nursing Practice. 2021; 4(2): 143-53.
10. Jamchang S, Atthamethakul W, & Phithaksin D. The Effect of Readiness Preparation for Nursing Practice in Ward of 2nd year nursing students, Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi. Journal of Science & Technology, Ubon Ratchathani University. 2018; 20(3): 147-63. (in Thai)
11. ASEAN University Network Quality Assurance. Guide to AUN-QA Assessment at Programme Level version 4. 2024.
12. Thathan S, & Yana A. Perception of nursing students on their nursing skills and their professional attitudes after their first clinical practice, Boromrajonani College of Nursing, Phayao. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2019; 10(1): 44-55. (in Thai)

13. Tuppal CP, & Reñosa MD. Al Harthy SN. Best practices in building academic-service partnerships in nursing: Views from the lens of nursing administrators, students, faculty and staff nurses. International Journal of Nursing Education. 2017; 9(1): 97-102.
14. Janton S, & Bunlikitkul T. Readiness to practice in the Fundamentals of Nursing Practicum among nursing students at The Thai Red Cross College of Nursing. Thai Red Cross Nursing Journal. 2012; 5(1): 32-45.
15. Lapchiem P. The Results of Pre-Clinic Program on Knowledge and Nursing Practical Skill Preparation in Maternal-Child Nursing and Midwifery of the Third Year Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2019; 9(2): 42-54. (in Thai)
16. Radabutr M, Thanirat S, & Pinyomit S. Perceptions and Experiences of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi regarding Active Learning. Journal Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(3): 144-53. (in Thai)
17. George TP, DeCristofaro C, & Murphy PF. Self-efficacy and concerns of nursing students regarding clinical experiences. Nurse Education Today. 2020; 90(2): 104401.
18. Klayklueng W, Paerai W, Aranyapak P, & Kongjeera A. Development of instructional management model through self-learning skills of nursing students: a case study of nurse midwifery subject. Journal of Nursing Siam University. 2019; 20(39): 45-58. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาล ในกรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Car Seat Use Behavior for Children among Parents of Preschool Children in Bangkok

ชลธิชา คำสอ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ* จักรกฤษณ์ พลราชม
Chonticha Kamsor Nutthakritta Sirisopon* Chakkrit Ponrachom
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Kasetsart University, Bangkok,Thailand 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลอายุ 3 - 6 ปี ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 387 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 400 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลกรุงเทพมหานคร ภาพรวมอยู่ในระบบสูง ($\overline{X}$= 19.28 , SD = 4.791) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก การเดินทางโดยสารรถยนต์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้เท่ากับร้อยละ 53.3 (R^2adj = .533, F =89.020) ข้อเสนอแนะ ควรจัดทำโปรมแกรมสุขภาพที่มุ่งเน้นในการเสริมสร้างพฤติกรรมของผู้ปกครองผ่านการพัฒนาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายทั้ง 5 ปัจจัยด้วยกระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ปกครอง เพื่อป้องกันและลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ที่นั่งนิรภัยในรถยนต์, อุบัติเหตุทางถนน, การบาดเจ็บ, พฤติกรรมผู้ปกครอง, เด็กอนุบาล

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the behavior and factors predicting car seat use behavior among parents of preschool children in Bangkok. The study sample consisted of 387 parents of preschool children aged 3 - 6 years in Bangkok, selected through multistage sampling. A total of 400 questionnaires were distributed as the research instrument. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Corresponding Author: nuttakrittta.s@ku.th

วันที่รับ (Received) 14 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ(Accepted) 16 มี.ค. 2567

The results showed that the overall behavior of parents in Bangkok regarding car seat use was at a high level ($\overline{X}$= 19.28 , SD = 4.791). Factors that predicted this behavior included social support from the family, self-efficacy in using car seats, perceived benefits of using child car seats, car travel, and social support from healthcare personnel. These factors could jointly predict child car seat use behavior among parents of preschool children in Bangkok with statistical significance (p<.05), accounting for 53.3% of the variance (R^2 adj = .533, F = 89.020). It is recommended to develop a program aimed at promoting parental behavior by enhancing the five predictive factors through processes and strategies that align with the context of parents. This approach will effectively prevent and reduce the rate of child injuries from accidents.

Keywords : Car seat, Road traffic injury, Injury, Parental behaviors, Preschooler

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยของการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตในเด็กทั่วโลก ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง รวมถึงเกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตในเด็กตามมา ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทรัพยากรที่สำคัญและมีคุณค่าของประเทศ ในแต่ละปีทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 1.19 ล้านคนต่อปี บาดเจ็บอีกประมาณ 20 - 50 ล้านคน[1] โดยยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกยังพบว่า มีเด็กบาดเจ็บหรือเสียชีวิตขณะโดยสารรถยนต์ถึงร้อยละ 50[2] สำหรับประเทศไทยอุบัติเหตุทางรถยนต์เป็นอันดับ 2 จากการรายงานทั่วโลกโดยพบว่าบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุทางถนน[3] และอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2562) พบว่า เด็กได้รับการบาดเจ็บรุนแรง 6,853 คน และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกว่า 4,385 คน หรือเฉลี่ยปีละ 877 คน และมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัดส่วนการเสียชีวิตพบในกลุ่มอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 19.4 และ กลุ่มอายุ 5-9 ปี ร้อยละ 15.9[4] ในกลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2562-2566) พบว่ามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุถึง 1,010 ราย โดยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ 117 ราย และได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถยนต์และรถกระบะ 8,801 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 1,763 ราย โดยการบาดเจ็บและเสียชีวิตในเด็กจากอุบัติเหตุทางถนนกระจายไปในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งกรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้เสียชีวิต 848 คน[5] เด็กที่โดยสารรถยนต์และเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่มีการชนกันอย่างรุนแรง จะทำให้เด็กหลุดออกจากที่นั่งและกระเด็นออกมาภายนอกตัวรถหรือหลุดจากอ้อมกอดของผู้ปกครองทำให้ร่างกายกระแทกกับโครงสร้างต่าง ๆ ภายในรถ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เสียชีวิต ซึ่งปัจจัยสาเหตุสำคัญ คือ การไม่ได้ใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก[6,7] ปัญหาการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในเด็กที่โดยสารรถยนต์ สามารถลดความรุนแรง และป้องกัน ไม่ให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้โดยการใช้อุปกรณ์ที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อเด็กโดยเฉพาะ คือ ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (Child Seat) ซึ่งเมื่อเด็กที่โดยสารรถยนต์ และเกิดรถชนหรืออุบัติเหตุที่มีการปะทะจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในเด็กทารกสูงถึง ร้อยละ 70 ร้อยละ 90 สำหรับเด็กเล็ก[2] สะท้อนให้เห็นว่าการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กเมื่อมีการโดยสารรถยนต์เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปกครองควรให้ความสำคัญ

ผู้ปกครองเด็กเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก โดยเฉพาะการป้องกันโดยการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กเมื่อมีการโดยสารรถยนต์ เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้ จึงต้องเป็นความรับผิดชอบของผู้ปกครองที่ต้องดูแลเพื่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในเด็กที่ ผ่านมามีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กรมควบคุมโรค มีกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็กในโรงพยาบาลนำร่อง[5] จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยเชิงสาเหตุ (Causal Factors) ของพฤติกรรมการใช้นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก เมื่อมีการโดยสารรถยนต์ เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

หลากหลายปัจจัย (Multi-Factors) โดยสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ปกครอง (Intrapersonal Fcetors) เช่น ความรู้ความเข้าใจ[8,9] การรับรู้ความตระหนักที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุ[8,9,10,11] เป็นต้น และกลุ่มปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของผู้ปกครอง (External Fcetors) ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากร คือ ที่นั่งนิรภัย[12] ระยะทางในการเดินทางโดยสาร[8,9,13] พร้อมทั้งการสนับสนุนจากบุคคล หรือองค์กรภายนอก[12] จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กเมื่อโดยสารรถยนต์นั้น เกิดจากพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครอง ที่มีปัจจัยเชิงสาเหตุเป็นสหปัจจัย สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model[14] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัยสาเหตุหลายปัจจัย (Multiple Factors) โดยประกอบด้วย ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล

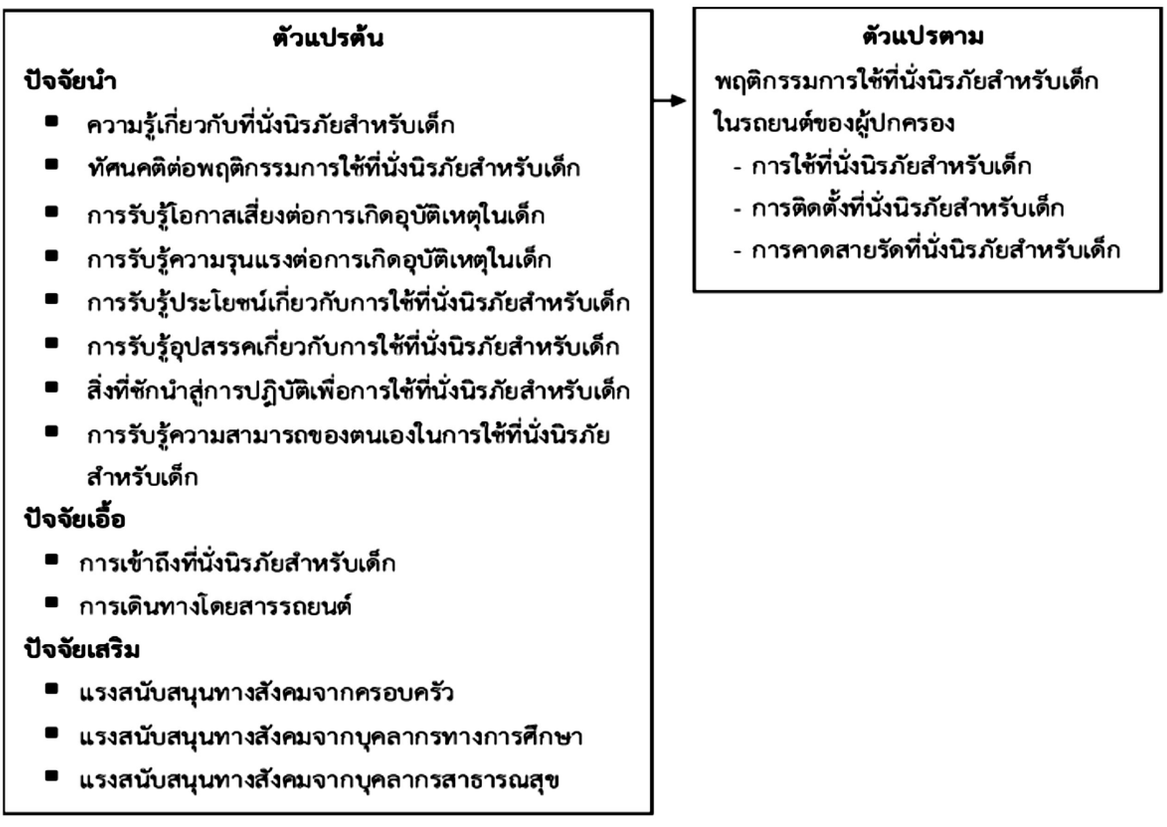
จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้นั่งนิรภัยสำหรับเด็กของผู้ปกครอง สามารถแบ่งออก เป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิด PRECEDE Model ดังนี้ คือ (1) ปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (2) ปัจจัยเอื้อ เช่น ระยะทางการเดินทาง และราคาที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก และ (3) ปัจจัยเสริม เช่น ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แพทย์/พยาบาล ซึ่งหากสามารถศึกษาและค้นหาปัจจัยที่มีความหลากหลายดังกล่าวข้างต้นในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่โดยสารรถยนต์ ซึ่งเด็กกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนอนุบาล จะสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปสู่การดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม และพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก และการเดินทางโดยสารรถยนต์ ต่อพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครอง นักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ต่อพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model [14] เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ระยะเวลาการเก็บข้อมูลช่วง พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 - 6 ปี ที่มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ ส่วนบุคคล และรถยนต์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นประชากรที่ไม่สามารถระบุจำนวนประชากรที่แน่ชัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของนักเรียนอนุบาลอายุ 3 - 6 ปี มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล และรถยนต์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน คำนวณจากสูตรไม่ทราบประชากรแน่ชัด สูตร Infinite Population ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 385 คน แต่เพื่อทดแทนแบบสอบถามที่อาจจะไม่ได้รับคืน จึงทำการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ซึ่งมีกระบวนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มกลุ่มเขตแบบเฉพาะเจาะจงได้ 4 กลุ่มเขตที่มีอัตราผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสูงสุด จากนั้นขั้นที่ 2 สุ่มตัวแทนกลุ่มเขต กลุ่มล่ะ 1 เขต จำนวน 4 เขต จากนั้นขั้นที่ 3 สุ่มโรงเรียนที่อยู่ในเขตเป็นตัวแทนในแต่ละเขต จำนวน 8 โรงเรียน เขตละ 2 โรงเรียน โดยกำหนดให้มีการเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนเท่าๆกัน ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในโรงเรียนพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2567 2) มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล 3) มีเด็กอายุ 3-6 ปี ในการดูแล และกำลังศึกษาในโรงเรียนพื้นที่กรุงเทพมหานคร 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่หรืออุปกรณ์ที่สามารถเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ และ 6) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถามสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม เกณฑ์คัดออก ผู้ปกครองเด็กที่ตอบคำถามไม่ครบถ้วน หรือไม่สบายใจในขณะการตอบแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COE67/037

ซึ่งรับรองวันที่ 9 เมษายน 2567 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย และสิทธิในการยุติการให้ข้อมูล และทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 3 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ มีจำนวน 8 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 14 ข้อ การแปลผล คะแนน 0-8 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ คะแนน 9-11 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 12-14 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง ตอนที่ 2 ทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 6 ข้อ ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก 6 ข้อ ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก 6 ข้อ ตอนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 6 ข้อ ตอนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 6 ข้อ ตอนที่ 7 สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 6 ข้อ การแปลผล คะแนน 6-14 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 15-22 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 23-30 หมายถึง อยู่ในระดับสูง และตอนที่ 8 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 9 ข้อ การแปลผล ดังนี้ คะแนน 9-21 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 22-33 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 34 - 45 หมายถึง อยู่ในระดับสูง ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ 12 ข้อ ประกอบด้วยการเข้าถึงที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 6 ข้อ และการเดินทางโดยสารรถยนต์ 6 ข้อ การแปลผล ดังนี้ คะแนน 6-14 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 15-22 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 23-30 หมายถึง อยู่ในระดับสูง ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 12 ข้อ การแปลผล คะแนน 12-28 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 29-44 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 45-60 หมายถึง อยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการศึกษา 9 ข้อ การแปลผล คะแนน 9-21 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 22-33 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 34-45 หมายถึง อยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการศึกษา 10 ข้อ การแปลผล คะแนน 10-23 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 24-36 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 37-50 หมายถึง อยู่ในระดับสูง และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยในรถยนต์สำหรับเด็กของผู้ปกครอง 6 ข้อ การแปลผล คะแนน 6-12 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 13-18 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 19-24 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยหาค่า (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 ข้อคำถามทั้งหมดผ่านเกณฑ์ และนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองนักเรียนอนุบาล จำนวน 30 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .96 โดยแบบสอบถามในตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก วิเคราะห์โดยใช้ KR-20 ได้เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาตร์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ขอชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย ขออนุญาต ตลอดจนขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียน และหลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลจะเข้าพบประสานงานกับครูประจำชั้นอนุบาล ในการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งแนะนำรายละเอียดข้อมูลรายข้อของแบบสอบถามตลอนจนวิธีดำเนินการเก็บข้อมูลโดยละเอียด และขอความร่วมมือครูประจำชั้นในการช่วยประชาสัมพันธ์ตลอดจนเก็บรวมรวมข้อมูลในผู้ปกครองนักเรียนกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นอนุบาล โดยการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) โดยแจกคิวอาร์โค้ด (QR Code) ในรูปแบบกระดาษ และส่งผ่านไลน์ (Line Application) ให้ครูประจำชั้นส่งให้กับผู้ปกครองสำหรับเข้าไปดำเนินการตอบแบบสอบถาม และเพื่อเป็นการตรวจสอบความเป็นผู้ปกครองที่แท้จริง ในแบบสอบถามมีข้อคำถามคัดกรอง เช่น ความสัมพันธ์กับเด็ก อีกครั้งหนึ่งเพื่อ

ลดความเสี่ยงของการตอบแทนกัน โดยการเลือกเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะที่กำหนดใช้เวลาประมาณ 25 -30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และวิเคราะห์อำนาจ ในการทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เมื่อได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติ Multiple Regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลส่วนมาก เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 โดยมีความสัมพันธ์กับเด็กส่วนมากเป็นแม่ ร้อยละ 71.1 มีอายุ 30 - 39 ปี เป็นส่วนมาก ร้อยละ 48.6 มีเด็กอายุระหว่าง 3- 6 ปี ในการดูแลส่วนมากมีจำนวน 1 คน ร้อยละ 89.4 ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.7 ส่วนมากมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 75,000 บาท ร้อยละ 25.8 และผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลส่วนมากใช้เข็ดขัดนิรภัยเป็นประจำในการเดินทางโดยรถยนต์ ร้อยละ 76.5 โดยภาพรวมคะแนนของพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.8 ($\overline{X}$ = 19.28, SD = 4.791)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครอง (n = 387)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.302	.000	ค่อนข้างต่ำ
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.103	.042	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก	.363	.000	ค่อนข้างต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก	.463	.000	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.510	.000	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	-.101	.047	ต่ำ
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.532	.000	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.561	.000	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ			
การเข้าถึงที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.576	.000	ปานกลาง
การเดินทางโดยสารรถยนต์	.473	.000	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.620	.000	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการศึกษา	.35	.000	ค่อนข้างต่ำ
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	.300	.000	ค่อนข้างต่ำ

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = .302, p-value <.001) ทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = .103, p-value <.05) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก (r = .363, p-value <.001) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก (r = .463, p-value <.001) การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = .510, p-value <.001) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = .532, p-value <.001) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = .561, p-value <.001) การเข้าถึงที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = .576 , p-value <.001) การเดินทางโดยสารรถยนต์ (r = .473, p-value <.001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว r = .620, p-value <.001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการศึกษา (r = .355, p-value <.001) และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข (r = .300 , p-value <.001) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร ส่วนการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (r = -.101, p-value <.05) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร กับ พฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครอง ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (n = 387)

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	β	t	p-value
Constant	-8.729	1.561		-5.593	.000
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.157	.022	.355	7.206	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.306	.052	.293	5.866	.000
การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก	.233	.074	.153	3.140	.002
การเดินทางโดยสารรถยนต์	.111	.047	.100	2.362	.019
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	.042	.018	.095	2.253	.025

R = .734, R^2 = .539, Adjusted R^2 = 53.3, S.E. = 3.275, F=89.020, P-value =.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยมีค่าสัมประสิทธ์ถดถอยมาตรฐาน (β =.355,p = .000) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (β =.293,p = .000) การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (β =.153,p = .000) การเดินทางโดยสารรถยนต์ (β=.100,p = .000) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข (β=.095,p = .000) ตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ร้อยละ 53.3 (Adjusted R^2 = 53.3)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการบังคับใช้กฎหมายที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ต้องนั่งในที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของเด็กเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ที่มีผลบังคับใช้จริงเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2566 ส่งผลให้ผู้ปกครองจำเป็นต้องใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก รวมถึงการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้จากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[16] ที่พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 21.5 ใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กทุกครั้ง และการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ทุกครั้งเป็นพฤติกรรมสำคัญช่วยป้องกันและลดความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ในเด็กได้

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานครได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก การเดินทางโดยสารรถยนต์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ได้ร้อยละ 53.3 โดยอธิบายรายละเอียดแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิด สนิทสนม มีการติดต่อสื่อสารกันสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน จากครอบครัว เป็นปัจจัยเสริมที่กระตุ้นหรือผลักดันให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับ ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขนั้นบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ในทางวิชาการ สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก สร้างทัศนคติ ส่งเสริมพฤติกรรมให้คำแนะนำ ที่ถูกต้องให้กับผู้ปกครองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก ผู้ปกครองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้ปกครองได้รับการดูแล เอาใจใส่ ได้รับความห่วงใย กำลังใจ ทำให้ผู้ปกครองปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม[17] ที่ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีหน้าที่ในการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ[13] ที่พบว่าจุดประสงค์ในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก คือ แพทย์พยาบาลสนับสนุนให้ใช้ และ ของ18 ผู้ปกครองที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กมีแนวโน้มที่จะใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก

ปัจจัยนำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก ส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีความเชื่อมั่นของตนเองในเรื่องการใช้ การติดตั้ง และการคาดสายรัดที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กได้ และการที่ผู้ปกครองที่รับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก จะให้ความร่วมมือและแสดงพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[19] ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรค เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความคิดความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรม ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ[12] ที่พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ใช้ระบบยึดเหนี่ยวเด็กในรถ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่มีความสำคัญสำหรับการใช้ระบบยึดเหนี่ยวเด็กในรถทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทที่มีความแตกต่างกันจากการศึกษาก่อนหน้า ที่เป็นการศึกษาในบริบทของจังหวัดอื่นร่วมด้วย ส่วนการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีบริบทในด้านเศรษฐกิจสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรายได้ครอบครัวที่แตกต่างกับจังหวัดอื่นอาจส่งผลทำให้ความสามารถในการซื้อและใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กเป็นไปได้ง่ายกว่าต่างจังหวัด

ปัจจัยเอื้อ การเดินทางโดยสารรถยนต์ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก เนื่องจากการเดินทางในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนตัว และผู้ปกครองที่ตระหนักถึงอันตรายจากการเดินทางโดยไม่มีที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก มักจะให้ความสำคัญในการใช้ที่นั่งนิรภัยมากขึ้น[9] และการที่ผู้ปกครองใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในการเดินทางทุกครั้ง แสดงให้เห็นถึงความตระหนักของผู้ปกครองที่มีต่อความปลอดภัยของเด็ก รวมถึงผู้ปกครองรับรู้ถึงประโยชน์ของที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กที่ช่วยให้ดูแลผู้โดยสารเด็กขณะอยู่ในรถได้สะดวกมากขึ้นจึงทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กได้ สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE[15] ที่กล่าวว่าปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรงที่สนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ10 ที่พบว่า ความถี่ในการเดินทางส่งผลต่อความเป็นไปได้ที่จะใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก และ[14] ที่พบว่าโครงสร้างถนนที่หนาแน่นส่งผลต่อการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กที่เพิ่มขึ้น การใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ส่งผลดีต่อความปลอดภัย ลดภาระค่ารักษาพยาบาล และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากอุบัติเหตุทางถนนในเด็ก แต่การดำเนินการเผชิญกับความท้าทายด้านการเข้าถึงที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก

(ราคา) และการบังคับใช้กฎหมายที่ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับคนไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องสื่อสารมาตรการด้านกฎหมายและสื่อสารประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์ในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ และการวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่สามารถสรุปหรือใช้แทนประชากรในพื้นที่ที่มีเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และที่แตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์การเดินทางโดยสารรถยนต์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครอง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครอง ดังนี้ พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างปัจจัยเสริมเพื่อให้บุคคลในครอบครัว ร่วมกับการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเป็นบุคคลผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครองเด็ก ด้วยวิธีการ กลยุทธ์ และบริบทที่เหมาะสม พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างปัจจัยนำ ผ่านการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก ให้แก่ผู้ปกครองเด็กด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ปกครองเด็ก และพัฒนาปัจจัยเอื้อ ผ่านการสื่อสารสาธารณะ ด้วยการสื่อสารทั้งในระดับชุมชน และระดับสังคม เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กเกิดการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การเดินทางโดยสารรถยนต์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ไปพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กในรถยนต์ของผู้ปกครองนักเรียนอนุบาล และดำเนินการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และเพื่อการประยุกต์ใช้ให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

References

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Thaiudom A, & Dean-Baar SL. Health-related consequences of traumatic brain injury: a scoping review. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):65-72.
4. Division of Injury Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of injury-related deaths in children in Thailand, 2015-2019. Nonthaburi, Thailand; 2022. (in Thai)
5. ThaiRoads Foundation, Thailand road accident situation report 2022-2023. Bangkok, Thailand; 2023. (in Thai)
6. Division of Injury Prevention Department of Disease Control, Annual report 2023. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2024. (in Thai)
7. Ruksakom H. Child travel safety with the use of child car seats or child restraint systems. Association of traffic medicine. 2022; 1(1):64 - 6. (in Thai)
8. Kaweenuttayanon N. The necessity of using child car seats. Association of traffic medicine. 2022;1(1):30-4. (in Thai)
9. Phanita A. Parents'Knowledge Attitudes and Experience towards car seat use for children. (Independent Study). Bangkok: Mahidol University; 2022 (in Thai)
10. Cai W, Lei L, Zhou H, Wang Y, Peng J, Jin Y, et al. Child restraint system use and its associated factors in Shenzhen. Accident; analysis and prevention. 2021;16(1):1-6.

11. Sun Y, Liu T, Chen J, Huang J, Wang X, Lu M, et al. Analysis of factors influencing the use of child restraint system by parents of children aged 0–6 years: an information, motivation, behavioral skills model-based cross-sectional study. BioMed Central Pediatrics. 2023;23(1): 1-9.
12. Champahom T, Jomnonkwao S, Thotongkam W, Jongkol P, Rodpon P, & Ratanavaraha V. Investigating parents' attitudes towards the use of child restraint systems by comparing non-users and user parents. Sustainability 2023;15(4):1-14.
13. Ang JY, Lai JM, Hss AS, Ramalingam P, Ramasamy M, Zainuddin NS, et al. Awareness, perception and experience on child restraint system (CRS) and its legislation among Malaysian parents with newborns. Traffic injury prevention. 2020;21(4):278-82.
14. Armouti I, Ezzati AR, & Antoniou C. Modelling factors that impact the use of child safety seats for nursery school travel. Traffic Safety Research. 2022;22(3):1-15.
15. Green LW, & Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
16. Termworasin P, Lumbiganon D, & Prueksapraopong C. Car Seat Knowledge and Car Seat Use among Parents of Preschool Children in Bangkok, Thailand. Vajira Medical Journal : Journal of Urban Medicine. 2021;65(2):95-106. (in Thai)
17. House JS, Kahn RL, McLeod JD, & Williams D. Measures and concepts of social support. New York: Academic Press; 1985.
18. Moradi M, Khanjani N, & Nabipour AR. Determinants of child safety seat use among parents in an International Safe Community, Tehran, Iran. Traffic injury prevention. 2019;20(8):844–8.
19. Rosenstock ML, Strecher VJ, & Becker MH. Social learningTheoryand Earth Belief Model. Health Education Quarterly, 1988;15(2): 75-138.

การถอดบทเรียน “โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล” โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Lessons Learned from the “Project on Education Development and Enhancing Educational Opportunities Through Online Systems for Children and Youth in Rural and Remote Areas” Using Evidence-Based Approach

ลักษ์ขณา พานิชสรรค์* วรรณวิศา สืบนุสรณ์ คล้ายจำแลง พร้อมพิไล บัวสุวรรณ อุษณี ลลิตผสาน
Luckana Parnichsan* Wanwisa Suebnusorn Klaijumlang Prompilai Buasuwan Usanee Lalitpasan
สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Educational Administration Kasetsart University Bangkok Thailand 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานแบบสามเส้า มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์ และความต้องการจำเป็นของ “โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล” และ 2) พัฒนาแนวทางการพัฒนา โครงการฯ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารสถานศึกษาและ ครู รวมจำนวน 13 คน และนักเรียน จำนวน 222 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ จากโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6-1 และมีค่าความเชื่อมั่นซึ่งวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอร์นบาร์คได้ 0.94 (25 ข้อ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าดัชนีความต้องการจำเป็น และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการจำเป็นของโครงการ อันดับสูงสุด คือ สื่อการสอน รองลงมาคือ ประโยชน์ที่ได้รับ และการจัดกระบวนการเรียนรู้ ตามลำดับ 2) แนวทางการพัฒนาโครงการ ประกอบด้วย การออกแบบเนื้อหาบทเรียน, การวิเคราะห์โครงสร้างเนื้อหาบทเรียน, การจัดกระบวนการเรียนรู้, สื่อการสอน, การประเมินผลการเรียนรู้ของนักเรียน และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเงื่อนไขความสำเร็จ คือ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชน และการใช้สื่อและอุปกรณ์ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การศึกษาผ่านระบบออนไลน์, การเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษา. ถิ่นทุรกันดาร

Abstract

This research was triangular mixed-method research. The objectives were: 1) to study the current status, desired status, and needs of the “Project on Education Development and Enhancing Educational Opportunities Through Online Systems for Children and Youth in Rural and Remote Areas” and 2) to develop guidelines for the development of the “Project on Education Development and Enhancing Educational Opportunities Through Online Systems for Children and Youth in Rural and Remote Areas” using

Corresponding Author: * E-mail: luckana.a40@gmail.com

วันที่รับ (received) 2 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 มี.ค. 2568

empirical evidence. The sample consists of 13 administrators and teachers and 222 students, selected by stratified random sampling from participating schools. The research instruments are questionnaires and interview forms, with an item-objective congruence index of 0.6–1 and Cronbach Alpha Coefficient Reliability of 0.94 (25 items). Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, needs index, and content analysis.

The research revealed that: 1) the highest-ranking needs of the project are teaching media, followed by benefits and learning process organization, respectively, 2) the project development guidelines include lesson content design, lesson content structure analysis, learning process organization, teaching media, student learning assessment, and the internet network system. The conditions for success are the integration of cooperation between the government and private sectors and the use of appropriate media and equipment.

Keywords: Online education, Enhancing educational opportunities, rural and remote areas

บทนำ

ปัจจุบันได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ดำเนินการจัดบริการทางการศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย[1] จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านเครือข่าย ส่งผลให้รูปแบบของการเรียนการสอนได้ปรับเปลี่ยนไปโดยไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในเฉพาะห้องเรียนเท่านั้น โดยการนำเทคโนโลยีด้านเครือข่ายมาปรับใช้กับการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน ทำให้เกิดการเชื่อมโยงรูปแบบของการเรียนรู้เป็นเครือข่ายการเรียนรู้ ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้ปกครอง การนำเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมใหม่เข้ามาประยุกต์ใช้ในบทเรียน[2] รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์จะมีการจัดทำสื่อการสอนในรูปแบบใหม่และนำเครื่องมือที่พัฒนาให้ทันสมัยมาใช้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบออนไลน์ การจัดการเรียนการสอนด้วยบทเรียนออนไลน์ในทางทฤษฎีนั้นมีหลายรูปแบบ[3] ทำให้เกิดพัฒนาการเรียนการสอนให้นักเรียนสนุกกับการเรียนและดึงดูดความสนใจของนักเรียนให้สนุกกับเนื้อหาที่เรียน จะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของนักเรียนจนทำให้เกิดความเข้าใจและสนใจในการเรียนมากยิ่งขึ้น[4]

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์นั้นจะเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ให้กับเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ทำให้ลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล กองทัพอากาศจัดโครงการเพื่อพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์ เนื่องจากโครงการนี้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้วพบว่าช่วงเวลาในการจัดการเรียนการสอนนั้นมีนักเรียนคนที่ไม่สามารถเข้าเรียนได้ และพบปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่สเถียรส่งผลต่อการจัดการเรียนนการสอนออนไลน์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาโดยการถอดบทเรียน "โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล" โดยการศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์ และ ความต้องการจำเป็น และนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาและการเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางการศึกษาให้กับตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์และความต้องการจำเป็นของโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนา "โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล" โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

สมมุติฐานการวิจัย

แนวทางการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์มีความเป็นไปได้ มีประโยชน์และมีความเหมาะสม ในการนำไปใช้กับเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานแบบสามเส้า (triangular mixed-methods research) โดยแยกกันดำเนินงานและให้น้ำหนักความสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองอย่างเท่าเทียมกัน ใช้ช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัยในระยะเดียวและดำเนินการวิจัยไปพร้อมกัน โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) และข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์ และความต้องการจำเป็นของโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล

1. การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สังเคราะห์แนวคิดการประเมินโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล โดยใช้รูปแบบ CIPP Model[5] เป็นรูปแบบการประเมิน ดังนี้ 1) การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation: C) 2) การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (Input Evaluation: I) 3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) 4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) ในการประเมินโครงการ

2. การสอบถามความคิดเห็นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3. การสัมภาษณ์การประเมินโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล โดยสัมภาษณ์ผู้บริหารจำนวน 3 คน คุณครูจำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการพัฒนา “โครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล” โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้นประเมินแนวทางการพัฒนาการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกลที่พัฒนาขึ้น โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนวิพากษ์ ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ และความเหมาะสม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียน จำนวน 500 คน จากโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการการพัฒนาการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล 10 โรงเรียน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสภาพปัจจุบันสภาพที่พึงประสงค์และความต้องการจำเป็น ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่อยู่ในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาการศึกษาและการเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างด้วยวิธีการใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane[6] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5% ได้กลุ่มตัวอย่างนักเรียนจำนวน 222 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยการสุ่มแบบกลุ่มจากประชากร สุ่มแบบกลุ่มโดยสุ่มจากโรงเรียนทั้งหมดจะได้กลุ่มตัวอย่าง 5 โรงเรียน สุ่มแบบกลุ่มแต่ละโรงเรียนให้ได้จำนวนนักเรียนตามสัดส่วนขนาดโรงเรียน และสุ่มอย่างง่ายกับนักเรียนในแต่ละโรงเรียน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในสัมภาษณ์เพื่อประเมินโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล โดยการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 3 คน โดยเลือกจากผู้บริหารสถานศึกษาที่มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาการศึกษาและการเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล 2) คุณครู จำนวน 10 คน โดยเลือกจากครูที่ได้รับการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในโครงการพัฒนาการศึกษาและการเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการการพัฒนาการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล 5 โรงเรียน โดยเก็บข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. ครู และผู้บริหารสถานศึกษา นัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยขอเอกสารรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เอกสารรับรองรหัสโครงการวิจัย เลขที่ KUREC-KUREC-SSR66/130 วันที่ 10 มกราคม 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทราบเพิ่มเติมว่าการเผยแพร่ผลการวิจัยเป็นความลับ โดยผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นรับสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ โดยมีการให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ได้รับผลกระทบทางลบใด ๆ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็น โดยมีลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

จำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูล เพศ เกรดเฉลี่ย โรงเรียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นสภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์ของโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินความคิดเห็นของนักเรียนในลักษณะคำถามด้านบวก จำแนกออกเป็น 6 ด้าน จำนวน 25 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินโครงการ ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบ CIPP Model ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 5 ท่าน คำนวนหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์[7] (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามความคิดเห็นมีค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.6–1 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความคิดเห็นไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่ปรับแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับนักเรียนที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามและนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิแอลฟ่าของคอร์นบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นเท่ากับ 0.94 (25 ข้อ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การหาค่าเฉลี่ย $\overline{X}$ ร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Priority Needs Index, PNImodified) และการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 สภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์ และความต้องการจำเป็น ในการประเมินการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ในภาพรวม

ตารางที่ 1 สภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์ และความต้องการจำเป็น ของโครงการการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ในภาพรวม (n=222)

ข้อที่	รายการ	สภาพปัจจุบัน			อันดับ	สภาพที่พึงประสงค์			อันดับ	PNI	อันดับ
		$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		Modified	
1	ด้านเนื้อหาบทเรียน	3.66	0.48	มาก[8]	3	4.38	0.45	มากที่สุด	6	0.19	5
2	ด้านครูผู้สอน	3.86	0.51	มาก	1	4.57	0.39	มากที่สุด	1	0.18	6
3	ด้านสื่อการสอน	3.62	0.52	มาก	5	4.46	0.41	มากที่สุด	4	0.23	1
4	ด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้	3.68	0.47	มาก	4	4.48	0.39	มากที่สุด	3	0.22	3
5	ด้านสภาพแวดล้อม	3.71	0.55	มาก	2	4.49	0.39	มากที่สุด	2	0.21	4
6	ด้านประโยชน์ที่ได้รับ	3.64	0.55	มาก	6	4.45	0.43	มากที่สุด	5	0.23	2
	รวม	3.69	0.41	มาก		4.47	0.35	มากที่สุด		0.21	

จากตารางที่ 1 สภาพปัจจุบัน โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.69, S.D.=0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ด้านครูผู้สอน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับสูงสุด ($\overline{X}$ =3.86, S.D.=0.51) รองลงมาคือ ด้านสภาพแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.71, S.D.=0.55) และด้านเนื้อหาบทเรียน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.66, S.D.=0.48) ตามลำดับ

สภาพที่พึงประสงค์ โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.47, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านครูผู้สอน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เป็นอันดับสูงสุด ($\overline{X}$ =4.57, S.D.=0.39) รองลงมาคือ ด้านสภาพแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.49, S.D.=0.39) และด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.48, S.D.=0.39) ตามลำดับ

ความต้องการจำเป็น โดยภาพรวม มีค่าความต้องการจำเป็น[9] ($PNI_{Modified}$) เท่ากับ 0.21 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านสื่อการสอน มีลำดับความต้องการจำเป็นสูงสุด ($PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.23) รองลงมา ด้านประโยชน์ที่ได้รับ มีค่าความต้องการจำเป็น ($PNI_{Modified}$) เท่ากับ 0.23 และด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้ มีค่าความต้องการจำเป็น ($PNI_{Modified}$) เท่ากับ 0.22 ตามลำดับ

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา และครู ตามแบบสัมภาษณ์ประเมินโครงการ สรุปได้ว่า

1. บริบทของโรงเรียนในการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหรือคณะกรรมการในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ในรูปแบบคณะกรรมการแต่ละรายวิชาตามหลักสูตร และมีนโยบายใช้การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตร่วมกับการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนปกติเพื่อตอบสนองความต้องการของนักเรียนที่ต้องการความรู้เพื่อนำไปใช้ในการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า ในการดำเนินการโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล มีปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากร มีความรู้ความสามารถในการจัดเตรียมการเรียนการสอนออนไลน์ มีงบประมาณเพียงพอต่อความต้องการใช้ และมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม ทางโรงเรียนจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ให้แก่นักเรียน นอกจากนี้ กิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์มีครูผู้สอนเป็นผู้ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน ทำให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการเรียนและมีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้

3. การประเมินกระบวนการในการดำเนินการโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล มีกระบวนการบริหารงาน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการปฏิบัติงาน มีการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า มีการติดต่อประสานงานให้การปฏิบัติงานดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่อง พบปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ แต่สามารถประสานงานแก้ไขสถานการณ์ได้

4. การประเมินผลผลิต ในการดำเนินการโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ทำให้นักเรียนได้รับความรู้และเทคนิคต่าง ๆ ในการทำข้อสอบสามารถทำคะแนนสอบได้มากขึ้น นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ยังสามารถบริหารจัดการเรียนการสอนต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างโรงเรียนในการจัดการเรียนการสอนพิเศษเพื่อนักเรียนมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในกรณีพิเศษนอกเวลาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทางการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล จากการนำความคิดเห็นและสัมภาษณ์ มาเป็นแนวทางการพัฒนาการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล สรุปโดยสังเขปดังนี้

1. การออกแบบเนื้อหาบทเรียน ในการจัดการเรียนการสอน การจัดวางองค์ประกอบเนื้อหาการเรียนการสอนให้ได้สัดส่วน และง่ายต่อการใช้งาน หลักการออกแบบเนื้อหาบทเรียนประกอบด้วย หลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1) หลักการปรับเนื้อหาบทเรียนให้กระชับ ควบคู่ไปกับการจัดลำดับความสำคัญการลดช่วงเวลาเรียน เพื่อให้ครูผู้สอนสามารถวางแผนการสอนได้อย่างเหมาะสม 2) หลักการปรับรูปแบบการเรียนรู้ให้หลากหลายมากขึ้น โดยมีความยืดหยุ่นในการใช้เวลาที่เหมาะสมและการเลือกรูปแบบการเรียนที่เหมาะสม และส่งเสริมการเรียนรู้รายบุคคล 3) หลักการออกแบบหน่วยการเรียนรู้ที่เหมาะสม การจัดหน่วยการเรียนรู้นั้นจะสามารถทำให้จัดตามเนื้อหาหรือตามประเด็นที่น่าสนใจ และยังสามารถบูรณาการข้ามวิชาหรือในวิชาเดียวกัน

2. การวิเคราะห์และจัดโครงสร้างเนื้อหา สาระการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับระดับขั้นพัฒนาการทางสติปัญญา

ของผู้เรียน ครูผู้สอนควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้ค้นพบการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพราะจะเป็นการเรียนรู้ที่มีความหมาย ครูผู้สอนควรส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดอย่างอิสระ เพื่อส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียน

3. สื่อการสอน (Instruction Media) เป็นตัวกลางในการส่งผ่านเนื้อหาและวิธีการจัดการเรียนการสอนไปสู่ผู้เรียน สื่อการสอนต่างๆ ที่มีหลากหลายสามารถนำมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเรียนการสอน

4. การจัดกระบวนการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้เปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในทุก ๆ ด้านไปสู่ความสำเร็จในชีวิต ทั้งนี้ผู้เรียนจะประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอนเป็นสำคัญ หากครูผู้สอนเลือกใช้วิธีการการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้เรียน ย่อมส่งผลให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้ไปปรับใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การประเมินผลการเรียนรู้ของนักเรียน ควรมีการประเมินเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นการประเมินการเรียนรู้ของนักเรียน เพื่อให้ครูผู้สอนได้ทราบถึงกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน การที่ครูผู้สอนให้ feedback กับนักเรียนและปรับแผนการเรียนรู้ให้ตรงกับสถานการณ์ โดยการที่ครูผู้สอนเปิดโอกาสให้นักเรียนย้อนคิดถึงกระบวนการเรียนของตนเอง กระบวนการนี้จะทำให้นักเรียนมีความรับผิดชอบ และเป็นเจ้าของการเรียนรู้ของตนเองมากขึ้น

6. ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต มีความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ทุกด้านทั้งการออกแบบหลักสูตร การวิเคราะห์และจัดทำโครงสร้างเนื้อหา การจัดทำสื่อการสอน การจัดกระบวนการเรียนรู้ และการประเมินผลการเรียนรู้ของนักเรียน เนื่องจากการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตและความเสถียรสัญญาณอินเทอร์เน็ตมีผลกับการจัดการเรียนการสอนทั้งในขั้นเตรียมหลักสูตร เตรียมกการสอน ในขณะที่จัดการเรียนการสอน หรือในขั้นประเมินการจัดการเรียนรู้และการค้นหาความรู้เพิ่มเติมต่างๆ ด้วย

เงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล สรุปเป็นสังเขปได้ดังนี้

1. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชน จะทำให้เกิดการพัฒนาในการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การที่ภาครัฐและเอกชน เข้ามาส่งเสริมการพัฒนาด้านเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลให้มีสื่อเทคโนโลยีที่ทันสมัย และบุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้อย่างทั่วถึงและเห็นความสำคัญของการศึกษาโดยสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาในการจัดการศึกษา พัฒนาครูบุคลากรและนักเรียนอย่างต่อเนื่อง

2. การใช้สื่อและอุปกรณ์ที่เหมาะสม ตามความต้องการในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ จะทำให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ อุปกรณ์การเรียนของนักเรียน สื่อการสอนต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้เรียน

ผลการประเมินแนวทางการพัฒนาการศึกษาและการเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล ในมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.45, S.D.= 0.10) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.55, S.D.=0.10) และมาตรฐานด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.65, S.D.=0.10)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความต้องการจำเป็นของโครงการพัฒนาการศึกษาและเสริมสร้างโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล สื่อการสอน มีลำดับความต้องการจำเป็นสูงสุด ดังนั้นครูผู้สอนควรใช้เทคโนโลยีในการจัดทำสื่อการสอนที่หลากหลาย เพื่อปรับปรุงการสอนของตนเอง และใช้เครื่องมือเครื่องมือออนไลน์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนทำงานร่วมกันและแบ่งปันความคิดความรู้ ทั้งการพัฒนาการเรียนการสอนออนไลน์ด้วยการคิดเชิงออกแบบเป็นฐานเพื่อสร้างผลงานสร้างสรรค์[10] และการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ด้วย Mobile Learning ในรูปแบบเชิงรุกเพื่อพัฒนาศักยภาพของครูผู้สอน[11]

2. การพัฒนาแนวทางการพัฒนาการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์เพื่อเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกล การเรียนการสอนออนไลน์สามารถพัฒนานวัตกรรมในแต่ละบทเรียนโดยเน้นด้านความรู้และด้านกระบวนการ และเพื่อปรับปรุงประสบการณ์การเรียนรู้ออนไลน์ที่ส่งผลให้ครูผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอนที่เป็นส่วนตัวมากขึ้นและให้ความยืดหยุ่นแก่นักเรียนมากขึ้นในแง่ของเวลาและสถานที่ที่ผู้ศึกษาสามารถเข้าถึงเนื้อหาหลักสูตร

ได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้การประเมินออนไลน์ เช่น แบบทดสอบ แบบสำรวจ และแบบสำรวจเพื่อประเมินความก้าวหน้าและความเข้าใจของนักเรียน ความต้องการในการเรียนการสอนส่งผลต่อการพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนการสอนออนไลน์[12] การประเมินที่หลากหลายโดยประเมินนักเรียน แม่แบบหลักสูตร และกระบวนการและการสำรวจการประกันคุณภาพ การวิเคราะห์การเรียนรู้และการทบทวน[13]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การออกแบบเนื้อหาบทเรียนควรแบ่งหน่วยการเรียนรู้ย่อยตามช่วงเวลาการเรียนการสอน เพื่อประยุกษ์กับบริบทของสถานศึกษา ในสถานศึกษาที่มีที่พักให้นักเรียนในโรงเรียน อาจมีช่วงเวลาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์นอกเวลาเรียนได้ เนื่องจากเวลาดังกล่าวนักเรียนไม่ได้ใช้เวลาในการเดินทางกลับบ้าน และในสถานศึกษาที่ไม่มีที่พักให้นักเรียนในโรงเรียน ควรหาช่วงเวลาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในวันหยุดที่นักเรียนสามารถเข้าเรียนได้สะดวก

2. ครูผู้สอนควรมีการจัดเตรียมทำสื่อการสอนให้มีความชัดเจนตามหน่วยการเรียนรู้ เพื่อให้นักเรียนเข้าใจง่ายและสามารถนำมาใช้ในการทบทวนเนื้อหาในการเรียนรู้

3. สถานศึกษาควรมีนโยบายในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ควรร่วมมือกันในการนำระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่มีความเสถียรมาใช้ในโรงเรียนเป็นการต่อเนื่อง เพื่อให้นักเรียนสามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบการศึกษาและการสร้างเสริมโอกาสทางการศึกษาผ่านระบบออนไลน์ไปใช้ในสถานศึกษา

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าครูผู้สอนกับพฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน เพื่อเป็นการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูผู้สอนกับผู้เรียนในระหว่างมีการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ นำไปสู่การเกิดประสิทธิภาพในการสอน

3. ควรมีการศึกษาเฉพาะเกี่ยวกับสื่อการสอนออนไลน์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนผ่านระบบออนไลน์เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนมีความเหมาะสมสอดคล้องกับเนื้อหาในหลักสูตรและทำให้เกิดของผลการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

References

1. Ministry of Education. Guidelines for decentralizing administrative and educational management to the committee, the Office of the Educational Service Area, and educational institutions according to the Ministerial Regulations on the Criteria and Methods for Decentralizing Administrative and Educational Management. Bangkok: Printing House, Agricultural Cooperative Assembly of Thailand;2019. (In Thai)
2. Thongpreecha, J. Management of teaching and learning under the COVID-19 situation at the secondary school level, Wachira Tham Sathit School, Phra Khanong District, Bangkok. Bangkok: Ramkhamhaeng University;2020. (in Thai)
3. Hiltz SR. Correlates of learning in a virtual classroom. International Journal of Man-Machine Studies. 1993;39(1):71-98.
4. Panto P. Teaching and learning management in Thailand under the situation of the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Bangkok: Office of the Secretariat of the House of Representatives;2020. (in Thai)
5. Stufflebeam D L, & Shinkfield A J. Evaluation theory, models, and applications. San Francisco.: Jossey-Bass;2007.
6. Yamane T. Elementary Sampling Theory, Taro Yamane. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall;1973.
7. Tirakanan S. Social Science Research Methodology: A Guide to Practice. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2008. (in Thai)
8. Srisaard B. Principles of research. 10th Ed. Bangkok: Surivitayasarn;2010. (in Thai)

9. Wongwanich S. Needs Assessment Research. Bangkok: Chulalongkorn University Book Center;2019. (in Thai)
10. Phunaploi N. Development of Online Teaching with Design Thinking as a Base for Creating Creative Works. Bangkok: King Mongkut’s University of Technology North Bangkok;2020. (in Thai)
11. Sorabhum T. Development of Online Teaching Management with Mobile Learning in a Proactive Form to Develop Teachers’ Potential in the Situation of the COVID-19 Pandemic. Journal of Technology Management Rajabhat Mahasarakham University. 2021;8(2) : 48-62 (in Thai)
12. Thokaew T. Development of online teaching management guidelines for educational institutions under the Office of the Secondary Education Service Area, Mahasarakham. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2018;7(5) : 346-57. (in Thai)
13. Martin F, Budhrani K, Kumar S, & Ritzhaupt A. Award-winning faculty online teaching practices.: Roles and competencies. Online Learning. 2019;23 :184-205.

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Cost Analysis of Nursing Activities for Stage 5 Chronic Kidney Disease (CKD) with Hemodialysis Patients in a Tertiary Hospital

อัจฉรา พุทธา เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
Atchara Phuttha Phechnoy Singchungchai* Kannikar Chatdokmaiprai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ประชากรคือ รายงานต้นทุนของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด 13 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 30 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือ การวิจัยมี 3 ชุด คือ 1) พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย 4 กิจกรรม 2) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล และ3) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการพยาบาล มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม เท่ากับ 72,276.26 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดคือ การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ เท่ากับ 52,724.62 บาท (ร้อยละ 72.94) รองลงมาคือ กิจกรรมการพยาบาลขณะฟอกด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 11,948.75 บาท (ร้อยละ16.53) 2) ต้นทุนต่อกิจกรรมพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ เท่ากับ 195.28 บาทต่อกิจกรรม 3) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย มีต้นทุนที่สูงที่สุด เท่ากับ 2,409.21 บาทต่อราย ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริการต้นทุนที่ใช้ต้นทุนสูง เป็นเรื่องใหม่ที่ต้องนำไปเพื่อบริหารต้นทุน บริหารเวลา กำลังคนและวัสดุอุปกรณ์

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน, กิจกรรมการพยาบาล, โรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม

Abstract

This descriptive research aims to analyze the cost of nursing activities for patients with stage 5 chronic kidney disease (CKD) undergoing hemodialysis in a tertiary hospital. The target population consisted of cost reports for 13 cases from all nursing personnel, while the sample group comprised nursing cost reports for 30 cases of stage 5 chronic kidney disease undergoing hemodialysis. They were selected through purposive sampling. Three research instruments were employed: 1) a dictionary of four main nursing activities; 2) records of nursing activity cost; and 3) cost per unit records. The content validity index (CVI) was rated at 1 while the observation reliability was rated at 0.81. Data analysis involved descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations.

Corresponding Author: * E-mail: luckana.a40@gmail.com

วันที่รับ (received) 2 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 มี.ค. 2568

The study found that 1) The total cost of nursing activities was 72,276.26 Baht, with the highest cost for admission activities at 52,724.62 Baht (72.94 percent), followed by the cost for activities during hemodialysis at 11,948.75 Baht (16.53 percent). 2) Regarding per-activity cost, the admission activity cost was 195.28 Baht. 3) The highest per-case cost of nursing activities for patients with stage 5 chronic kidney disease undergoing dialysis was 2,409.21 Baht. The study results indicate that nursing administrators require empirical data on high service costs, which is new, in managing cost, time, and manpower, and materials. Technology should be utilized for scheduling and maintaining nursing records to ensure efficient management of nursing activities for chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis (optimizing cost savings for maximum benefit).

Keywords: cost analysis, nursing activity, stage 5 chronic kidney disease, hemodialysis

บทนำ

ในปัจจุบัน การบริหารจัดบริการสุขภาพต้องคำนึงภาวะทรัพยากรที่มีจำกัด[1] ด้วยข้อจำกัดด้านการคลังของประเทศ เพราะในภาพรวมของโลกอยู่ในช่วงวิกฤติทางเศรษฐกิจ การที่หน่วยงานบริการสุขภาพจะริเริ่มการจัดบริการสุขภาพด้วยวิธีใหม่ ๆ ที่แตกต่างจากเดิมผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเข้าใจการจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ[2] พยาบาลถือเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ควรตระหนักและรับผิดชอบในการใช้ทรัพยากรสุขภาพในด้านต่าง ๆ อย่างคุ้มค่า เช่น งบประมาณ อุปกรณ์การแพทย์ หรือกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นต้น[3] อุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก จากรายงานของสมาคมโรคไตนานาชาติ ปี ค.ศ. 2015 พบว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลกเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ด และคาดการณ์ว่าความชุกของโรค ไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ในปี 2020 เป็นร้อยละ 16.7[4] ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายไม่เหมือนกับต้นทุนของโรคทั่วไป[5]

การฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียมเป็นการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งต้องทำที่โรงพยาบาลที่มีเครื่องไตเทียม ความถี่ในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยจะต้องฟอกเลือด 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ผู้ป่วยแต่ละราย ต้องเสียค่าใช้จ่ายถึงคนละ 2-3 แสนบาทต่อคนต่อปี และคิดเป็นค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 6,400-9,600 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐต้องแบกรับภาระที่สูงมากแผนกไตเทียม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่สนใจศึกษามีรายงานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปี 2563-2566 จำนวน 5,723, 5,117, 4,092 และ 5,457 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 323, 309, 281 และ 334 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นระยะที่จะต้องล้างไตทางช่องท้อง หรือรับการบำบัดทดแทนไตฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อการรักษาให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามความเหมาะสม ซึ่งการบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกิดความสูญเสียสภาพคล่องในการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว[6]

วิธีวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC) เป็นการระบุการใช้ทรัพยากรของการจัดการขององค์กรออกเป็นกิจกรรม แต่ละกิจกรรมจะระบุการกำหนดต้นทุนของกิจกรรมซึ่งขึ้นกับการใช้ทรัพยากรแตกต่างกัน โดยคำนึงถึงการคิดต้นทุนของสิ่งที่ต้องการวัดต้นทุนขึ้นกับกิจกรรมที่ใช้ ซึ่งขึ้นกับลักษณะเฉพาะของสินค้าหรือบริการสุขภาพนั้น บริการใดที่ใช้หลายกิจกรรมก็จะมีต้นทุนมาก การนำวิธีคิดต้นทุนกิจกรรมมาใช้ คือ การพยายามลดต้นทุนการผลิตการบริการสุขภาพ โดยนำกิจกรรมมาพิจารณาว่ากิจกรรมใดที่ใช้ต้นทุนเกินจำเป็น กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่เพิ่มมูลค่า หรือกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่า ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมมีความสำคัญกับฝ่ายบริหารในการพิจารณาลดหรือยกเลิกกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่าหรือกิจกรรมที่ใช้ต้นทุนเกินจำเป็น ซึ่งจะทำให้ต้นทุนการผลิตลดลง การบริหารต้นทุนแบบใหม่ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม ที่ถือว่ากิจกรรมเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดต้นทุน การบริหารต้นทุนที่แบ่งการดำเนินงานภายในองค์กรออกเป็นกิจกรรมมีการคิดต้นทุนจากการใช้ทรัพยากรรวมทั้งการให้บริการ[7] และวัดผลการปฏิบัติงานทั้งในรูปของเวลาและคุณภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมที่กระทำเพื่อผลิตบริการ การวิเคราะห์ต้นทุนแนวนี้สามารถแก้ไขข้อบกพร่องของการวิเคราะห์ต้นทุนแบบดั้งเดิมได้ และเป็นเครื่องมือที่มี

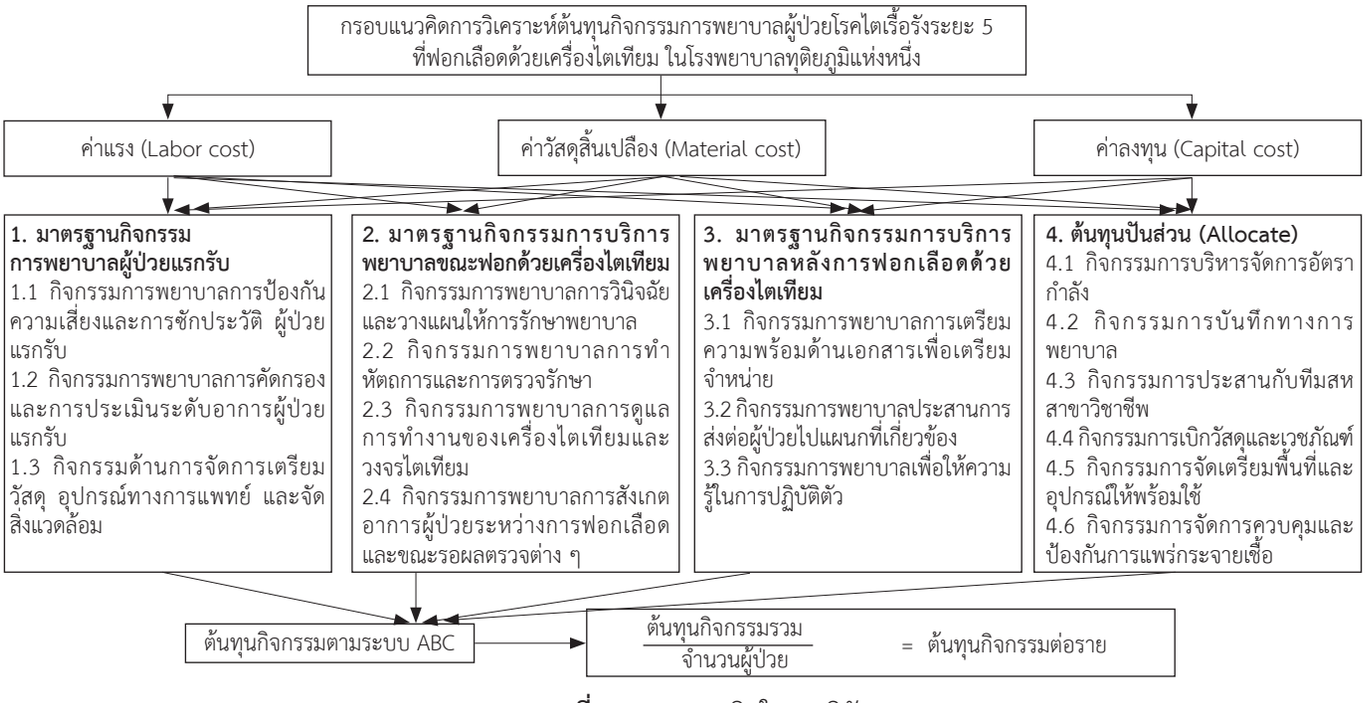
ประสิทธิภาพสำหรับการจัดสรรทรัพยากรและการจัดการกระบวนการการดำเนินงานมากกว่าการวิเคราะห์ต้นทุนตามหน่วยต้นทุน[8-11] ในแผนกไตเทียมที่ศึกษา ยังไม่พบการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะ 5 ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะ 5 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงต้นทุน การให้บริการที่แท้จริง และทำให้ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีประสิทธิภาพในการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อราย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based-Costing: ABC) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Stage 5 Chronic Kidney Disease: CKD) โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เป็นหน่วยที่ให้บริการการฟอกเลือดผู้ป่วย วิเคราะห์ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider perspective) คำนึงถึงเฉพาะต้นทุนที่โรงพยาบาล ต้องจ่ายเพื่อให้บริการเกิดขึ้น ได้นำการวิเคราะห์ต้นทุนต่อกิจกรรม[7] มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำพจนานุกรมมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล 2) ระบุตัวผลักดันทรัพยากรโดยให้บุคลากรปันส่วนค่าแรงตามสัดส่วนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม 3) กำหนดผลผลิตและบริการของหน่วยงาน 4) กำหนดตัวผลักดันต้นทุนกิจกรรมร่วมกับการใช้กิจกรรมการพยาบาล โดยบูรณาการมาจากข้อแนะนำเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2565 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย นำมาใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่ทำการศึกษา โดยจำแนกกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 โรงพยาบาลตติยภูมิ ได้เป็น 4 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย 3 มาตรฐานกิจกรรม การพยาบาล และ 1 กิจกรรมการบริหาร ดังนี้คือ 1) มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ 2) มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลขณะฟอกด้วยเครื่องไตเทียม 3) มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาล หลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4) การจัดกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน โดยในแต่ละกิจกรรมหลักมีรายละเอียดและมีกิจกรรมย่อย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง การเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานต้นทุนค่าแรง รายงานต้นทุนค่าวัสดุรายงานต้นทุนค่าลงทุน และการ เก็บรวบรวมข้อมูลปัจจุบันจากรายงานสถิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มารับการตรวจรักษาแผนกไตเทียม โดยการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้ระบบการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC)

ประชากร คือ รายงานต้นทุนที่ได้จากบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรม การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งปฏิบัติงานจริงระหว่างที่ศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 3 ข้อดังนี้ 1. ผู้ป่วยแรกรับที่ได้รับการคัดกรองประเภทผู้ป่วย เข้าเกณฑ์กลุ่มเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลที่แผนกไตเทียมตั้งแต่แรกรับ จนส่งต่อถึงจำหน่าย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรับการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 ราย ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 1 ราย และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 ราย รวมทั้งหมด จำนวน 13 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนที่เกิดจากการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 การศึกษานี้ได้ใช้ตารางสำเร็จรูป Power Analysis ใช้ตาราง Polit & Hungler, 1995 ได้ขนาดตัวอย่าง 27 ราย ที่ Effect Size เท่ากับ 0.50 และระดับ Power เท่ากับ 0.80 และ α เท่ากับ 0.05 และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรคำนวณ N1 = n/(1-d)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ น. 15/2566 ลงวันที่ 12 มกราคม 2567 และขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอนรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลเงินเดือน และเงินประจำตำแหน่ง ข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ประโยชน์สำหรับการศึกษา สำหรับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะเก็บรักษาไว้ในสำนักงานตลอดระยะเวลาดำเนินงานของโครงการวิจัย จนกว่าจะสิ้นสุดการวิจัยแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการทำลายเอกสาร

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุน11 นำมาสร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูลในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลต้นทุน 3 ส่วน

เครื่องมือชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงกรอบมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล[13] ที่ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการหลักของแผนกไตเทียม ซึ่งแบ่งกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแรกรับ 2) มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 หลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 4) มาตรฐานกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนบริการพยาบาล โดยขั้นตอนการสร้างพจนานุกรมกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเวลาในการทำกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์ต้นทุน[7] มาสร้างเป็นแบบบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับกาตรวจสอบความตรงโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1 ท่าน จากการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ได้พิจารณาความเห็นจากจำนวนแบบประเมินมาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาล จำนวน 16 กิจกรรม ได้ให้ความเห็นระดับ 3 และ 4 มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จำนวน 51 ข้อ จึงจะแทนค่า ตามสูตรได้ค่า CVI = 1 นำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาหาค่าความเที่ยงของการบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม หาค่าเท่าเทียมของการสังเกต (Interrater Reliability) ใช้นาฬิกาจับเวลาแบบตัวเลข (Digital) จากนั้นวิเคราะห์หาค่าเท่าเทียมของการสังเกต (Interrater Reliability) เพื่อให้ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับหรือมากกว่า 0.80 และใช้การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของการสังเกตโดยใช้สูตร15 เท่ากับ 0.81

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ใช้เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยพบว่าต้นทุนรวมของกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 72,276.26 บาท โดยกิจกรรมหลักที่มีต้นทุนสูงสุดคือการบริการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับที่มีต้นทุนรวมเท่ากับ 52,724.62 บาท (ร้อยละ 54.16) และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือการบริการพยาบาลหลังการฟอกเลือดที่มีต้นทุนรวมเท่ากับ 7,602.89 บาท (ร้อยละ 7.81) ต้นทุนต่อกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรมรวมเท่ากับ 262.12 บาท โดยกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับมีต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุดเป็น 195.28 บาท (ร้อยละ 74.50) และกิจกรรมการบริการพยาบาลหลังการฟอกเลือดมีต้นทุนต่อกิจกรรมต่ำสุดเป็น 30.64 บาท (ร้อยละ 11.68) สรุปว่า การวิเคราะห์ต้นทุนช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรและการจัดการต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ใช้เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น ให้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในการปรับปรุงและจัดการทรัพยากรในอนาคต

ตาราง ต้นทุนกิจกรรมรวม 3 กิจกรรม หลักการบริการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 30)

กิจกรรมหลัก	เวลาทำกิจกรรมเฉลี่ย (นาที)	ปริมาณกิจกรรมรวม (ครั้ง)	เวลาทำกิจกรรมรวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนกิจกรรม ค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนกิจกรรม ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนปันส่วน (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท)	ต้นทุนต่อกิจกรรม (บาท)	ต้นทุนต่อราย (บาท)
1. มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ	9.10	270	2,457	5,515.83	43,418.40	3,747.11	43.29	52,724.62 (72.94)	195.28 (74.50)	1,757.49 (72.94)
2. มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลขณะฟอกด้วยเครื่องไตเทียม	20.80	390	8,112	480.52	5,956.80	5412.49	98.94	11,948.75 (16.53)	30.64 (11.68)	398.29 (16.53)
3. มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	11.46	210	2,407	107.16	4,526.80	2,914.42	54.51	7,602.89 (10.53)	36.20 (11.68)	398.29 (16.53)
รวม	**41.36**	**870**	**12976**	**6103.51**	**53,902**	**12,074.04**	**196.74**	**72,276.26**	**262.12**	**2,409.21**

หมายเหตุ *ต้นทุนกิจกรรมรวม เท่ากับ ต้นทุนกิจกรรม (C5+C6+C7) + ต้นทุนปันส่วน
**ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ ต้นทุนกิจกรรมรวม/ปริมาณกิจกรรมรวม
***ต้นทุนต่อราย เท่ากับ ต้นทุนกิจกรรมรวม/30

จากการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล รวม กิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม พบว่าต้นทุนรวมเท่ากับ 72,276.26 บาท โดยกิจกรรมหลักที่มีต้นทุนสูงสุดคือการบริการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับที่มีต้นทุนรวมเท่ากับ 52,724.62 บาท (ร้อยละ 54.16) ต่อไปคือ การบริการพยาบาลขณะฟอกด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีต้นทุนรวมเท่ากับ 11,948.75 บาท (ร้อยละ 12.27) และต่อมาคือ การบริการพยาบาลหลังการฟอกด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีต้นทุนรวมเท่ากับ 7,602.89 บาท (ร้อยละ 7.81) การวิเคราะห์ต้นทุนต่อกิจกรรมรวม 3 กิจกรรมหลัก พบว่า ต้นทุนต่อกิจกรรมรวมเท่ากับ 262.12 บาท โดยกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับมีต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุดเป็น 195.28 บาท (ร้อยละ 74.50) ต่อไปคือ กิจกรรมการบริการพยาบาลหลังฟอกด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 36.20 บาท (ร้อยละ13.82) และกิจกรรมการบริการพยาบาลขณะฟอกด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 30.64 บาท (ร้อยละ 11.68) ตามลำดับ การวิเคราะห์ต้นทุนช่วยให้เข้าใจการใช้ทรัพยากรและการจัดการต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ใช้เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น ให้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในการปรับปรุงและจัดการทรัพยากรในอนาคต[12-14]

ในส่วนของต้นทุนกิจกรรมหลักต่อรายการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีต้นทุนต่อรายรวม เท่ากับ 2,409.21 บาท และพบว่าต้นทุนสูงสุดคือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับเท่ากับ 1,757.49 บาท (ร้อยละ 72.94) รองลงมาคือ กิจกรรมการบริการพยาบาลขณะฟอกด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 398.29 บาท (ร้อยละ 16.53) และต้นทุนกิจกรรมต่อรายต่ำสุดคือ มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 253.43 บาท (ร้อยละ 10.53) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง รวม 3 กิจกรรมหลัก 1 กิจกรรมบริหาร พบว่า มีต้นทุนกิจกรรม เท่ากับ 97,354.12 บาท จำแนกตามกิจกรรมหลักสรุปได้ดังนี้ ต้นทุนกิจกรรมรวมสูงสุดคือ ต้นทุนมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับเท่ากับ 52,724.62 บาท รองลงมาคือ มาตรฐานกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนการบริการพยาบาล เท่ากับ 25,077.86 บาท และกิจกรรมหลักที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ ต้นทุนมาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่ากับ 7,602.89 บาท และเมื่อจำแนกตามกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ผลเป็นดังนี้

มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงสุด คือ กิจกรรมด้านการจัดการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 41,301.27 บาท รวมทั้งมีต้นทุนต่อรายสูงสุด เท่ากับ 1,376.71 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนรวมต่ำสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลการซักประวัติผู้ป่วยแรกรับ เท่ากับ 4,963.15 บาท รวมถึงมีต้นทุนต่อรายต่ำสุดเท่ากับ 165.44 บาท

มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลการวินิจฉัยและวางแผนให้การรักษาพยาบาล เท่ากับ 4,636.09 บาท และต้นทุนต่อรายสูงสุดเท่ากับ 154.54 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือกิจกรรมการพยาบาลการทำหัตถการและการตรวจรักษา เท่ากับ 1,921.88 บาท และมีต้นทุนต่อรายต่ำสุด เท่ากับ 64.06 บาท

มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 หลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลการเตรียมความพร้อมด้านเอกสารเพื่อเตรียมจำหน่าย เท่ากับ 4,344.51 บาท และมีต้นทุนต่อรายสูงสุด เท่ากับ 144.82 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เท่ากับ 1,086.13 บาท และมีต้นทุนต่อรายต่ำสุดเท่ากับ 36.20 บาท

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 3 กิจกรรมหลัก มีต้นทุนกิจกรรมรวม เท่ากับ 72,276.26 บาท โดยใช้เวลาทำกิจกรรมรวมต่อราย เท่ากับ 524,014 นาที และพบว่า ต้นทุนกิจกรรมหลักสูงสุดคือ มาตรฐานกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ (52,724.62 บาท) เนื่องจากกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับกิจกรรมนั้นต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์สูง ซึ่งจะมีค่าแรงที่มากกว่าพยาบาลทั่วไป ต้นทุนค่าแรง ในรูปของ เงินเดือนและค่าตอบแทนจึงสูงตาม อีกทั้งมี

การใช้ปริมาณกิจกรรมค่อนข้างมาก ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้มีรายละเอียด มีการใช้อุปกรณ์ในการฟอกเลือดและเมื่อวิเคราะห์ต้นทุนค่าวัสดุ พบว่า มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือจำนวนมาก ได้แก่ ค่าน้ำยาฟอกเลือด ค่าตัวกรอง รวมถึงเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และมีการสังเกตอาการขณะรอผลตรวจต่าง ๆ มีผลทำให้เกิดต้นทุนสูง เมื่อนำต้นทุนมารวมในกิจกรรมทั้งหมด พบว่า ต้นทุนกิจกรรมนั้นจึงสูงที่สุดซึ่งเป็นไปตามแนวคิด[7] ที่ระบุว่า กิจกรรมที่ต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจะมีค่าแรงที่มาก และค่าวัสดุอุปกรณ์ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคิดต้นทุนกิจกรรม ถ้ากิจกรรมใดมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมจำนวนมาก จะส่งผลให้ต้นทุนมากขึ้นตามปริมาณการใช้ต้นทุนวัสดุ ต้นทุนค่าแรง โดยมีข้อสังเกตว่า จากการทบทวนผลการวิจัย[16] เนื่องจากเป็นการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หอผู้ป่วยไอซียูระบบทางเดินหายใจ เป็นผู้ป่วยวิกฤตคล้ายคลึงกัน แต่มีผลการวิเคราะห์ต้นทุนที่ต่างกัน เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ในสถานการณ์โควิด 19 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามองค์ประกอบต้นทุน ให้ข้อสังเกตพบว่า ต้นทุนค่าวัสดุน้อยกว่าต้นทุนค่าแรง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจะมีค่าแรงที่มาก จึงทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงกว่าต้นทุนอื่น ๆ ผู้บริหารควรมีการพิจารณานำวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ผลิตได้ในประเทศไทยเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล รวมทั้ง ควรมีการเก็บข้อมูลของกิจกรรมการให้บริการ

การเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อรองรับนโยบายใหม่ เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์รับการรักษามากขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเบิกจ่ายและรายละเอียดการจ่ายเงิน ทำให้มีการปรับเปลี่ยนค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่าฟอกเลือดและการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนี้ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรและลดต้นทุนอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล

2. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาลต่อกิจกรรมในการบริการพยาบาลไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง การวิจัยนี้อภิปรายผลได้ว่า ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาลต่อกิจกรรมมีต้นทุนกิจกรรมรวม เท่ากับ 308.56 บาท พบว่า ต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุดคือ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ ซึ่งมีต้นทุนต่อกิจกรรม (195.28 บาท) โดยมีต้นทุนสูงที่สุดในกิจกรรมย่อย รองลงมาคือ กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน (46.66 บาท) เนื่องจากกิจกรรมนี้ต้องใช้เวลาในการรอผลตรวจต่าง ๆ

จากแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activities basedcosting) ที่ระบุว่า ทุกกิจกรรม มีต้นทุน กิจกรรมที่มีปริมาณมากย่อมส่งผลต่อการใช้ต้นทุนวัสดุ ต้นทุนค่าแรง โดยเฉพาะในบริบทของแผนกไตเทียม ต้องใช้บุคลากรการพยาบาลที่มีประสบการณ์และทักษะสูง ซึ่งบุคลากรการพยาบาลนี้จะมีค่าตอบแทนที่มาก จึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายตามองค์ประกอบของต้นทุนมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด[3,17]

3. จากการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาลต่อรายในการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ต้นทุนรวมเท่ากับ 3,245.14 บาท โดยมีต้นทุนสูงสุดในกิจกรรมหลักคือการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ (1,757.49 บาท) และต้นทุนสูงสุดในกิจกรรมย่อยคือการจัดการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสถานที่ (1,376.71 บาท) เนื่องจากมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ราคาสูงเช่น ตัวกรองฟอกเลือด ราคา 18,000 บาทต่อคน และค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่สูง 600 บาทต่อคน การวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับหลักการต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based Costing) ที่ว่าค่าวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อต้นทุนของกิจกรรม และการใช้ปริมาณมากของวัสดุอุปกรณ์จะทำให้ต้นทุนเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมต่อรายพบว่ายังไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีปัจจัยสำคัญคือต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงสูงที่สุด และมีการใช้เวลาการทำกิจกรรมมากตามปริมาณกิจกรรม เหล่านี้เป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ในการบริหารจัดการโดยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ และการบริหารจัดการเวลา เพื่อลดการสูญเปล่าของกิจกรรมที่ไม่เพิ่มผลผลิตและลดต้นทุนกิจกรรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เป็นการวิเคราะห์เฉพาะต้นทุนดำเนินการ ไม่รวมค่าแรงของบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาล เช่น เงินเดือนแพทย์ หรือเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ห้อง LAB เป็นต้น จะคิดเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น จึงอาจส่งผลทำให้ต้นทุนรวมในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง

2. การศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษากิจกรรมการพยาบาลหลักๆ แต่กรณีที่จะนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นเรื่องใหม่ของการวิเคราะห์ต้นทุนในบริบทของแผนกไตเทียมอาจจำเป็นต้องปรับต้นทุนค่าแรง และค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดเป็นราคาในปัจจุบัน

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ ไม่ได้ศึกษาต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของแผนกไตเทียม จึงเป็นต้นทุนมุมมองเฉพาะของหน่วยบริการแผนกไตเทียมเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรใช้ผลการวิจัยในการวางแผนการบริหารทรัพยากรและงบประมาณ โดยเฉพาะในแผนกไตเทียม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน และควรพิจารณาใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ผลิตในประเทศเพื่อลดต้นทุน โดยเฉพาะในกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยแรกรับที่มีต้นทุนสูงสุด อีกทั้งควรจัดการระยะเวลาการรอคอยการฟอกเลือดให้เหมาะสมเพื่อลดต้นทุนค่าแรง

2. ในด้านการบริการพยาบาล ผู้บริหารควรใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการและจัดรูปแบบการให้บริการ โดยการลดระยะเวลารอคอยและพัฒนาสมรรถนะการบริหารเวลา ในการปฏิบัติการบริการ โดยให้การบริการมีมาตรฐานและความครบถ้วน เพื่อประสิทธิภาพที่สูงขึ้น

3. จากการวิจัยยังไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนรักษาพยาบาลและค่าแพทย์อาจทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากที่สามารถเบิกได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. วิเคราะห์งานของผู้เชี่ยวชาญหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งให้สอดคล้องกับงานที่เชี่ยวชาญเพื่อความคุ้มค่าคุ้มทุน

References

1. Rajabi A, & Dabiri A. Applying Activity Based Costing (ABC) Method to Calculate Cost Price in Hospital and Remedy Services. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(4): 100-7.
2. Niñerola A, Hernández-Lara A, & Sánchez-Rebull M. Improving healthcare performance through Activity-Based Costing and Time-Driven Activity-Based Costing. International Journal of Health Planning and Management.2021; 36(6): 2079-93.
3. Singchangchai P. Health economics for health service (5thed.). Songkhla: Chan Mueang Printing; 2016. (in Thai)
4. Hoerger T. The future burden of CKD in the United States: a simulation model for the CDC CKD Initiative. American Journal of Kidney Diseases. 2015;65(3): 403-11.
5. Klarenbach S, Tonelli M, Chui B, & Manns B. Economic evaluation of dialysis therapies. Nature Reviews Nephrology.2014;10(11): 644-52.
6. McBain R. Rethinking the cost of healthcare in low-resource settings: The value of time-driven activity-based costing. British Medical Journal Global Health.2016.
7. Kaplan R, & Cooper R. Cost and effect: Using integrated cost system to drive profitability and performance. Boston: Harvard Business school press. 1998.
8. Innes J, & Mitchell F. A survey of activity-based costing in the U.K.'s largest companies. Management Accounting Research.1995;6(2): 137-53.

9. Buathong C. Albumin and Normalized Protein Catabolic Rate (nPCR) in Patients with End Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis: 24 Months Retrospective Study. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3): 433-42. (in Thai)
10. Taylor J. Cognitive Grammar. Oxford: Oxford University Press. 2002.
11. Damayanti T. Analisis Unit Cost Sectio Caesaria dengan Metode Activity Based Costing di Rumah Sakit Bhayangkara Yogyakarta. Journal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit. 2017;6(1):16-23.
12. Sanghuachang N, Nakagasien P, & Krainuwat K. Factors Predicting Delayed Progression of CKD Behavior among Patients with Chronic Kidney Disease Stage G1-G2. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):339-47. (in Thai)
13. Jittajant P, Yindee-Suk T, & Chuebunchai I. Effect of chronic care model for slow progression of kidney in Tumbon Nongkhon Amphoe Meuang Ubonratchathani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2): 251-61. (in Thai)
14. Chaichanawirote U, & Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. Journal of Nursing and Health Sciences. 2017;11(2):105-11. (in Thai)
15. Polit DF, & Hungler BP. Nursing Research: Principle and Methods (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995.
16. Mungtang P, Singchungchai P, & Sritoomma N. An Activity-Based Cost Analysis of Nursing Activities for Covid-19 Patients with Mechanical Ventilators in the RICU Ward of a Tertiary Hospital. 2023;10(3): 431-42. (in Thai)
17. Brimson JA. Activity accounting: An activity-based costing approach. New York: John Wiley & Sons; 1991.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Factors Affecting Stroke Prevention Behavior in Hypertension Patients Ban Krokkheenoo subdistrict Health Promoting Hospital Muang District Buriram Province

บุณยรัตน์ ศิรพิมลรัตน์*
Boonyarat Sirapimonrat*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
Ban Krokkheenoo subdistrict Health Promoting Hospital,
Buriram, Thailand, 31000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 288 คน คัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือคือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (3) แบบสอบถามการรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง และ (4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Multiple regression analysis ผลวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (M=4.09, SD=0.16) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (β =0.293, p < .05) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (β=0.203, p < .05) และสถานภาพสมรส (β=0.119, p < .05) โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 13.2 (R2= .132) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ความดันโลหิตสูง, ชุมชน

Abstract

The purposes of this research were: (1) to investigate behavior stroke prevention in hypertension patients and (2) to determine factor affecting stroke prevention behavior in hypertension patients Ban Krokkheenoo subdistrict Health Promoting Hospital Chumhed Subdistrict Muang District Buriram Province. This research was predictive study. The sample consisted of 288 people of hypertension patients they were

Corresponding Author: *E-Mail: bestball0949@hotmail.com

วันที่รับ (Received) 25 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 27 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 8 มี.ค. 2568

selected by multi-stage sampling. The research tool was a questionnaire which consisted of four sections: (1) Personal data, (2) the stroke knowledge, (3) the perceived, and (4) the stroke prevention behavior in hypertension patients. Data collected by questionnaires. Research data were analyzed by both descriptive statistic (percentage, mean and standard deviation) and multiple regression analysis. The results of this research showed that: (1) The level of behavior stroke prevention in hypertension patients at the high level (M=4.09, SD=0.16). (2) Perceived Barriers (β=0.293, $p < .05$), Perceived Benefits (β=0.203, $p < .05$), and Marital status (β=0.119, $p < .05$) could predict the stroke prevention behavior in hypertension patients which accounted for 13.2% of variance at .05. furthermore showed that have risk factor assessment for stroke in hypertension patients for promotion and health behavior modification continue have a good quality of life.

Keywords : Factor, Behavior stroke prevention, Hypertension, Community

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขและพบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ก่อให้เกิดความพิการและมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากรายงานขององค์การอัมพาตโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[1] พบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยหนึ่งคน ปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่า และยังพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นลำดับแรกในเพศหญิง และเป็นลำดับสองในเพศชาย[2] โดยเฉพาะในปัจจุบันจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราตาย 47.1 ต่อประชากรแสนคน[3] ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หนึ่งคน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน[4] จากรายงานสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.20 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 18.40 และภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.90 แสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตสูง สามารถเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยโรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นโรคที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตตามมา[2]

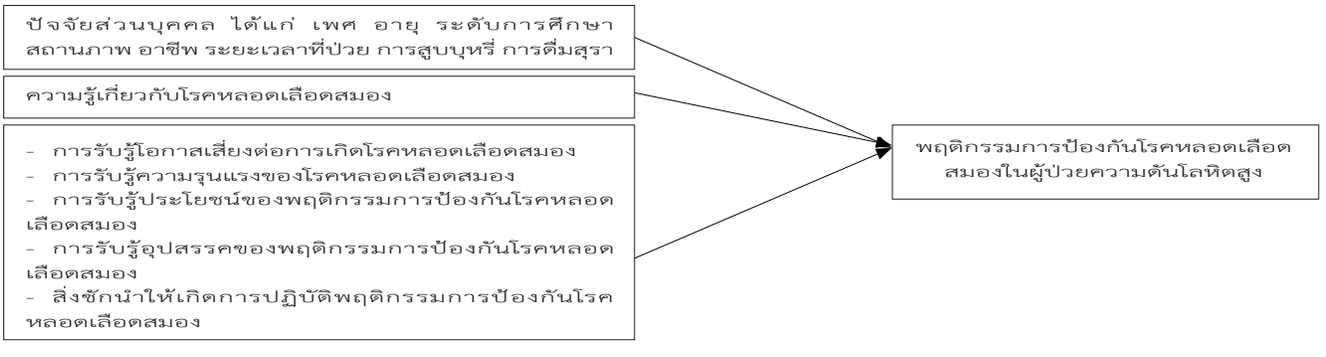
โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรค NCDs (Non communicable diseases) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 เป็น 41 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 71.00 โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17.90 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 44.00 โดยในแต่ละปีจะพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น กลุ่มอายุ 30-69 ปีซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรพบมากถึง 15 ล้านคน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 85.00 เกิดในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและมีรายได้ปานกลาง ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียกับชีวิต ทรัพย์สิน การดำรงชีวิต และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมอย่างต่อเนื่องและรุนแรง ตลอดจนด้านงบประมาณด้านสารณสุขที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งจากสถานการณ์การเกิดอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มลดลง โดยมีปัจจัยเชิงบวกด้านพฤติกรรมในประชากรที่ดีขึ้นทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น คือ ความชุกของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพคือ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายในปี 2568 คือความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ

18 ปีขึ้นไปและอัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25.00 ซึ่งผู้ป่วยทุกคนก็ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด[5] ปัจจัยเสี่ยงสามารถแบ่งเป็น 2 ปัจจัยได้แก่ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น อายุ พันธุกรรม และเพศ เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้น การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องมีการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเอง โดยความรู้ทั่วไปที่ประชาชนต้องมีความรู้เช่น สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา รวมถึงการควบคุมป้องกันการเกิดโรค และการดูแล โดยนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.[6,7] ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกาย ซึ่งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และ 3-5 วันต่อสัปดาห์ 3) การจัดการเรื่องอารมณ์ 4) การหยุดหรืองดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง และ 5) การลดการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยเหตุสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นๆ แล้วเป็นแรงจูงใจที่ช่วยปลุกเร้าให้ตนนั้นเกิดความรู้สึกที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการดูแลและเอาใจใส่พฤติกรรมสุขภาพของตนโดยการปฏิบัติตนที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)[8] ได้อธิบายว่าความเชื่อมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการประพฤติปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคซึ่งบุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งส่งผลกระทบกับร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ จะเกิดเป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย และบุคคลนั้นจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านที่ดีขึ้นหากเกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีมากกว่าด้านที่ไม่ดี การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหากได้รับสิ่งกระตุ้นจำเป็นในการตัดสินใจหรือเรียกว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นสิ่งที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมไปในทางที่ดี ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู ได้ให้บริการผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกสัปดาห์ และเป็นพื้นที่บริการเขตชุมชนเมืองทำให้ประชากรส่วนใหญ่เน้นความสะดวกสบาย ไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ขาดการออกกำลังกาย และยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ร้อยละ 20 ทำให้ยังมีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ รวมทั้งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในปีงบประมาณ 2564-2565 ร้อยละ 1.35 และ 2.06 ของผู้มารับบริการทั้งหมด[9] ซึ่งหากเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกด้านจิตใจที่ย่ำแย่ สูญเสียด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่รุนแรงและป้องกันไม่ให้เป็นโรคดังกล่าว

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและสามารถที่จะบริหารจัดการการดูแลตามแนวทางได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร

2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive study) มีรายละเอียดวิธีดำเนินวัจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 299 คน ผู้วิจัยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน10 ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2/2P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2/2P(1-P)}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง, N = จำนวนประชากร เท่ากับ 660 คน, $Z/2$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติตามลำดับความเชื่อมันที่กำหนด เท่ากับ 1.96, P = ค่าสัดส่วนของตัวแทนประชากรเท่ากับ ร้อยละ 50 หรือ 0.50, e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

จากสูตร $n = \frac{(660)(1.96)^2(0.50)(1-0.50)}{(660-1)(0.05)^2+(1.96)^2(0.50)(1-0.50)}$

n = 269 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 269 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10[11] ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น $n_{adjusted} = n/1-r$ เมื่อแทนค่าลงในสูตรได้ n = 298.88 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 299 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) แบ่งตามขนาดของหมู่บ้าน เป็น 3 ขนาด คือ 1) หมู่บ้านขนาดใหญ่ ได้แก่ บ้านมะค่า บ้านหนองไผ่น้อย บ้านโกรกขี้หนู บ้านตราดตรวน บ้านเมืองใหม่ บ้านชุมเห็ด และบ้านชุมทอง 2) หมู่บ้านขนาดกลาง ได้แก่ บ้านรังกา บ้านหนองไผ่ใหญ่ บ้านเล็บเหยี่ยว บ้านกุง บ้านหนองม่วง บ้านสระขี้ตุ่น บ้านหนองถนน บ้านหมื่นพิทักษ์ บ้านโกรกขี้หนูใหม่ บ้านไทรงาม บ้านหนองตราดน้อย และบ้านพรหมนิมิตร และ 3) หมู่บ้านขนาดเล็ก ได้แก่ บ้านยายอ่อน บ้านโคกเพ็ก และบ้านฟันปลา ดังนั้นการสุ่มตัวอย่างจึงกำหนดประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นตัวแทนของหมู่บ้านนั้น และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากทุกหมู่บ้านครอบคลุมในทุกพื้นที่ หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละสัดส่วนประชากรด้วยวิธีการจับฉลากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย 2) อายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) มีชื่อและอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 4) แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเกณฑ์ในการคัดออก คือ เสียชีวิตขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ใบรับรอง BRO 2024-015 วันที่รับรอง 6 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิและหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวทางที่เหมาะสมกับการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ผลประโยชน์ และสามารถออกจากงานวิจัยได้ รวบถึงเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นความลับ ความเป็นธรรมและนำเสนอผลเป็นภาพรวม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรค

หลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ประยุกต์จากแบบสอบถามของสายสุนี เจริญศิลป์และอรวรรณ กีรติสิโรจน์[12] ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [8,12] ข้อที่เป็นคะแนนข้อความเชิงบวกจำนวน 17 ข้อ และข้อที่เป็นคะแนนข้อความเชิงลบจำนวน 3 ข้อ (ข้อ 15, 16, 17) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ[13] ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับและ ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 ข้อ ประยุกต์จากแบบสอบถามของสายสุนี เจริญศิลป์และอรวรรณ กีรติสิโรจน์[12] ข้อที่เป็นคะแนนข้อความเชิงบวกจำนวน 17 ข้อ และข้อที่เป็นคะแนนข้อความเชิงลบจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 5, 6, 7, 8, 10, 19, 23) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ[13] ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ ซึ่งตอนที่ 3 และ 4 ใช้การประเมินช่วงคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ[14] ดังนี้ คะแนน 3.67 – 5.00 ระดับมาก คะแนน 2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง คะแนน 1.00 – 2.33 ระดับน้อย โดยแบบสอบถามการวิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำแล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามงานวิจัยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคตอนที่ 2-4 มีค่าเท่ากับ .84, .77 และ .72 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการปรับมาตรฐานของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเข้าใจในการเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 299 คนแต่ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 96.32 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำแบบสอบถามไปเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงทำนายโดยใช้สถิติ Multiple regression analysis ทำการวิเคราะห์แบบพหุเชิงถดถอย ใช้การคัดเลือกตัวแปรโดยวิธีการเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise regression) แล้วพิจารณาตัวแปรที่ยังคงอยู่ในโมเดลนั้นจากค่า p-value ≤ 0.05 และนำเสนอด้วยค่า p-value[15]

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.70 มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 50 (M=60.18, SD=9.94) การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.60 สถานภาพสมรสร้อยละ 80.90 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 62.80 มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 58.70 สูบบุหรี่ร้อยละ14.90 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 13.20

ระดับพฤติกรรมของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านและโดยรวม พบว่าระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก (M= 4.49, SD=0.30) รองลงมาเป็นพฤติกรรมการมาพบแพทย์ (M=4.47, SD=0.38) และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.09, SD=0.16)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ตาราง 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (n=288)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t value	p value
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1.154	.293	5.288	.000
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	.280	.203	3.659	.000
สถานภาพสมรส	1.111	.119	2.158	.032
ค่าคงที่ (Constant) a = 70.217 R2= 0.132 Overall F = 14.363 p value < .05				

จากตาราง 1 พบว่าปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (β=0.293, p < .05) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (β=0.203, p < .05) และสถานภาพสมรส (β=0.119, p < .05) โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 13.2 (R2= .132) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) อำนาจการทำนาย (R2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญ ของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=288)

ตัวแปรทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F Change	p value
X_1	.276(a)	.076	.076	23.583	.000
X_1 , X_2	.343(b)	.117	.041	13.344	.000
X_1 , X_2 , X_3	.363(c)	.132	.014	4.656	.032

X_1=การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
X_2=การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
X_3=สถานภาพสมรส

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต่อมาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสถานภาพสมรสมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .363 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ (1) สมการในรูปคะแนนดิบ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองฯ = 70.217 + 1.154 (การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + .280 (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + 1.111 (สถานภาพสมรส) (2) สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองฯ = .293 (การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + .203 (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) + .119 (สถานภาพสมรส)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (M=3.09, SD=0.25) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[12,16,17,18] ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู จังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 58.70 และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงจึงได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ[19,20] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก[12] ซึ่งมีความรู้ข้อที่ 4 ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติร้อยละ 94.50 และมีความรู้ในระดับมาก (M=8.95, SD=1.45)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย

1. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู จังหวัดบุรีรัมย์ มีการรับรู้อุปสรรคซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ขัดขวางหรือส่งผลกระทบต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยง หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี โดยการจัดการอุปสรรคในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง ทั้งนี้อาจเกิดจากสิ่งเร้าภายนอกทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน[21] การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีสอดคล้องกับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมอาจเกิดจากการกระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย[22]

2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกรกขี้หนู อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายต้องมีความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นเป็นการกระทำที่เหมาะสมและมีประโยชน์ซึ่งจะส่งผลให้หายหรือไม่เกิดโรคนั้นๆ[23] ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องจะสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง[12,22,24,25]

3. สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสมีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 80.90 ซึ่งสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตคู่ ซึ่งต้องมีบทบาทร่วมกัน โดยความสอดคล้องทางบทบาทเป็นระดับความสอดคล้องเกี่ยวกับความเชื่อของคนสองคนที่มีพฤติกรรมว่าพฤติกรรมไหนควรทำหรือไม่ควรทำ หากในชีวิตของทั้งคู่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ใครควรทำอะไรจะมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดคุณภาพในชีวิตสมรสสูง[26] จึงเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ[27] ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงนั้นพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้วจะมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สถานภาพสมรส[25]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพควรจัดบริการตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างน้อย

ทุก 6 เดือนหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อติดตาม ประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อไป

2. พยาบาลวิชาชีพควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ให้อยู่ในระดับที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงนำปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมหรือปัจจัยอื่นมาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพนำไปส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงหรือการนำสิ่งชักนำในการที่จะส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

2. ขยายผลการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียง และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือประเด็นที่จะสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Department of Disease Control. Annual Report 2023. Nonthaburi: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2023. (in Thai)
2. Pasukanthapak N, Borrisut S, Pinyopasakul W, editors. Clinical nursing practice guideline for stroke. Bangkok: Tana Press Co; 2016. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Situation report on NCDs diabetes mellitus hypertension and related risk factors A.D.2019. Nonthaburi: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2020. (in Thai)
4. Pitayarangsarit S, et al. Situation on Ncds prevention and control in thailand. Nonthaburi: Division of non communicable disease Department of Disease Control; 2015. (in Thai)
5. Department of Disease Control. Situation on NCDs diabetes mellitus hypertension and related risk factors A.D.2015. Nonthaburi: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2016. (in Thai)
6. Jittanoon P, Buapetch A, Saksorngmuang P, Arab W, Wongyongsil S & Wauters Y. Cerebrovascular Knowledge and Preventive Behaviors of Cerebrovascular Risk Group: A Case Study of Huinang Sub-district Trang Province. Songklanagarind Journal of Nursing. 2021;41(2):13-25. (in Thai)
7. Tanak L, Koshakri R, & Jewpattanakul Y. Factors Related to Health Literacy Among High-Risk Hypertension Population in Bangkok. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 140-50. (in Thai)
8. Rosenstock I M, Strecher V J, & Becker M H. Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly.1988;15(2): 175-83.
9. Ban Krokkheenoo subdistrict Health Promoting Hospital. Document evaluation the performance agreement to the government performance certification A.D.2018. Buriram: Ban Krokkheenoo subdistrict Health Promoting Hospital; 2018. (in Thai)
10. Daniel W W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
11. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 3rd ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)

12. Chareonsin S, & Keeratisiroj O. Factors affectings stroke prevention behavior in hypertension patients, Mueang District, Nakhon Sawan Province. [Thesis M.P.H.]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
13. Joshi A, Kale S, Chandel S. & Pal D. Likert Scale: Explored and Explained. British Journal of Applied Science & Technology, 2015;7(4): 396-403.
14. Kiess, & Harold O. Statistical concepts for the behavioral science. Boston: Allym and Bacon; 1989.
15. Thinkhamrop B. Workbook for biostatistics. 2nd ed. Khon Kaen: Klungnanawitthaya; 2000. (in Thai)
16. Pesungnoen A, Suwonropp N, & Pinyopasakul W. Factors predicting stroke prevention behaviors in patients at risk in Primary Care Unit. The journal of Boromarajonani college of nursing Nakhonratchasima. 2018; 24(1):40-56.
17. Chanaphan Y, & Settheetham D. Factors associated with stroke prevention behavior among hypertension patients in Kumpawapi District Udon Thani Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018; 21(2):109-19. (in Thai)
18. Sodaprom D, & Civilaiz Wanaratwichit C. Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group in the Aranyik Tow Municipality Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province [Thesis M.P.H.]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020.
19. Tepsuriyanont S. Medication Adherence Behavior among Hypertensive Adult Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(3): 115-22. (in Thai)
20. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, & Moopayak K. Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1):131-9. (in Thai)
21. 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): 274-82. (in Thai)
22. Lalun A, Vutiso P. Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai Sub-District Health Promoting Hospital in Chang Wat Chaiyaphum. Thai Journal of Nursing. 2021; 70(2):27-36. (in Thai)
23. Janz N. K, & Becker M H. Thehealthbeliefmodel: Adecadelater. Health Education Quarterly. 1984; 11(1):1-47.
24. Prachuablarp C, & Wattradul D. Predicting factors of preventive behaviors of coronary heart disease and stroke among menopausal women. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2020; 31(1): 27-45. (in Thai)
25. Compichai P, Khungtumneam K, & Kompayak J. The relationship between health beliefs and stroke preventive behaviorsin Diabetes Mellitus patients with hypertension. Thai Journal of Nursing. 2022; 71(3):1-9. (in Thai)
26. Burr W R. Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A Random middle class sample. Journal of Marriage and the Family. 1970; 32(1): 29-37.
27. Lahkum S, & Intaranongpai S. Relationship between health belief perception and stroke prevention behavior in high risk patients in Nuea Mueang Sub District Mueang District Roi et Province. Journal of the police nurses. 2017; 9(2):85-94. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน

Factors Influencing Sepsis Prevention among Community-Dwelling Elderly

บรรชัย สาที*[1] เบญจยามาศ พิลายนต์[2] พรเลิศ ชุมชัย[3]

Banchai Satee*[1] Benjayamas Pilayon[2] Pornlert Chumchai[3]

[1]โรงพยาบาลดอนตาล มุกดาหาร ประเทศไทย 49120

[1]Dontan Hospital Mukdahan Thailand 49120

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

[2]Boromarajonani Collge of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University Thailand 48000

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี ประเทศไทย 18120

[3]Boromarajonani College of Nursing Phra-Putthabat Sarabure Thailand 18120

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 220 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบทดสอบสภาพสมอง 2) ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) พฤติกรรมการป้องกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติอินดิเพนเดนทีเทสและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 17.51, SD 2.84) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ร้อยละ 46.3 (R^2 = 0.463) เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (R = 0.487, R^2 = 0.237) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (R = 0.486, R^2 = 0.236) มีความสัมพันธ์สูงที่สุด และปัจจัยด้านอายุและการได้รับความรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง โดยอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก (r = 0.156, p = 0.007) และการได้รับความรู้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น (t = 3.542, p < 0.001) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุจึงควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพิจารณาด้วย

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกัน, การรับรู้, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

Corresponding author: *E-mail: benjayamas@npu.ac.th

วันที่รับ (received) 24 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 มี.ค. 2568

Abstract

This descriptive research aimed to study the behavior of preventing bloodstream infection in the elderly in the community and the factors that influence the behavior of preventing bloodstream infection. The sample group in this research was 220 men and women aged 60 years and over in Don Tan District, Mukdahan Province. They were selected by simple random sampling. The research instrument consisted of 4 parts: 1) Brain state test, 2) Personal data, 3) Health belief pattern, and 4) Preventive behavior. Data were analyzed by finding the frequency distribution, mean, percentage, standard deviation, Kyle square, and stepwise multiple regression statistics.

The results of the study had the highest level of perception of barriers ($\overline{X}$ = 17.51, SD 2.84). The results of the study found that all 5 factors influencing the behavior of preventing sepsis among the elderly in the community had a statistically significant relationship ($p < 0.001$). When considering each factor, it was found that the perception of self-efficacy in disease prevention ($R = 0.487$, $R^2 = 0.237$) and the perception of disease severity ($R = 0.486$, $R^2 = 0.236$) had the highest relationship. Age and knowledge acquisition had a statistically significant relationship with preventive behavior. Age had a positive relationship ($r = 0.156$, $p = 0.007$) and knowledge acquisition resulted in better preventive behavior ($t = 3.542$, $p < 0.001$). while other factors included gender, educational level, income, and having congenital disease. Statistically not significant. Therefore, in planning to promote health and prevent bloodstream infections in the elderly, health infection patterns should be taken into consideration.

Keywords: preventive behavior, awareness, sepsis, elderly, community

บทนำ

แนวโน้มของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมดทั่วโลก 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือกมากกว่า 11 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 22.9 ของการเสียชีวิตจากหลายสาเหตุทั่วโลก สาเหตุหลักของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคือ โรคท้องร่วง ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2542-2557[1] พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 2,470,666 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของสาเหตุการตายทั้งหมด[2] นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายร่วมด้วย[3]

ประเทศไทยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น พบว่าในปี 2565 มีผู้เสียชีวิตด้วยการติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงถึง ร้อยละ 32.03 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมาจากชุมชน เช่น เดียวกับเขตบริการสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งสิ้น 7,600 ราย มีผู้เสียชีวิต 1,857 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.43[2] สถิตการติดเชื้อในกระแสเลือด จังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 21.97 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 84 ราย[4] โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรค โดยทั่วไปเมื่อมีภาวะติดเชื้อเกิดขึ้นกระบวนการอักเสบ ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สูงขึ้นและนำไปสู่อัตราการตายที่สูงขึ้นด้วย[5] หากไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที

จากปัญหาดังกล่าวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย นั้นสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจสังคมและก่อให้เกิดความเสียหายต่อทางด้านเศรษฐกิจ และผู้ป่วยมักจะได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะพิการทั้งทางร่างกายและสติปัญญาตามมา ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว และระดับชาติ จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหากปล่อยไว้อาจทำ ให้สูญเสียทรัพยากรของประเทศได้[6]

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าว

จึงเป็นแนวทางในการค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และป้องกันการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล[7] ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว ปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ความสารมารถในการป้องกัน ที่มีหลักการพื้นฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยไม่ใช่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะ[8] สามารถนำไปใช้ในการดูแลพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเป็นประโยชน์ในการวางแผนและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน

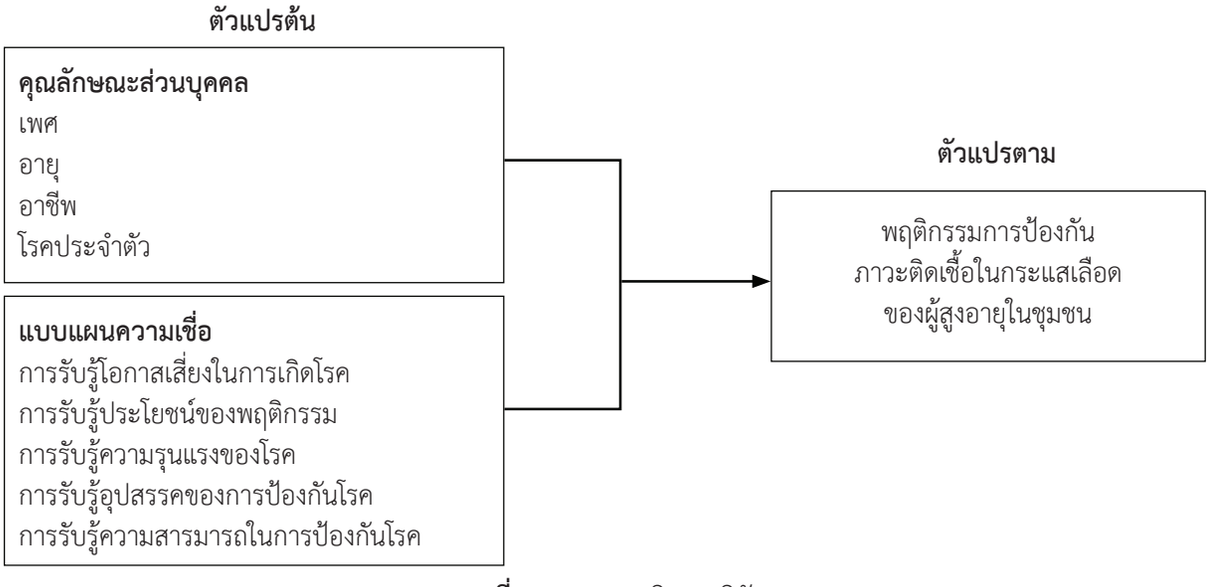
สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดผู้สูงอายุในชุมชนเขตอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ[9] มาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยแนวคิดได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ บุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) รับรู้ว่าโรคที่เกิดนั้นมีความรุนแรงคุกคามชีวิต มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Perceived severity) และก่อนลงมือปฏิบัติจะมีการชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบผลประโยชน์ (Perceived benefit) ที่จะได้รับจากการกระทำกับการรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (Cue to action) และปัจจัยภายนอก (Modifying factor) เข้ามาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ดังกล่าวรวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยได้ใช้ตัวแปลต้นด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ และรายได้ ส่วนตัวแปลต้นตามทฤษฎีที่เป็นตัวแปรที่อธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกัน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสในการเกิดโรคการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค รับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค จากที่กล่าวมา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ประชากร เป็นประชาชนผู้วัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปทั้งชายและหญิงในเขตพื้นที่เขตอำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* POWER เลือกใช้สถิติการถดถอยโลจิสติค กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 อำนาจทดสอบทางสถิติเท่ากับ .80 กลุ่มตัวอย่าง 250 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 300 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 26 โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) สำหรับอธิบายข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร โดยใช้จำนวนความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics) ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งชักนาให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-Square วิเคราะห์ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมดได้แก่ การรับรู้ส่วนบุคคล สิ่งชักนาให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน[10] (Stepwise Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับพิจารณาการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม รหัสโครงการเลขที่ HE 63/67 วันที่ 25 มกราคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงแก้ไขจากงานวิจัยเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของพระสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี[11] ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ฉบับ มี 4 ส่วน และมีเครื่องมือในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) มาตรฐานจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ[5] ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จำนวน 7 ข้อ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 6 ข้อ
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค จำนวน 4 ข้อ
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[12,13] ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยทำการทดสอบอัตราส่วนความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity ratio; CVR) ให้มากกว่า .62 เกณฑ์ขั้นต่ำของค่า CVR เปรียบเทียบกับเกณฑ์ I-CVI ของ Lynn[14] โดยค่าอัตราส่วนความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity ratio; CVR) เท่ากับ .99 มากกว่า .62 เกณฑ์ขั้นต่ำของค่า CVR เปรียบเทียบกับเกณฑ์ I-CVI เท่ากับ 1 ถือว่าใช้ได้[15]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 60 - 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 95.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 96.67 ด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1000-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 88.33

ด้านการได้รับความรู้ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็นร้อยละ 51.67 ส่วนผู้ที่เคยได้รับความรู้ คิดเป็นร้อยละ 48.33 โดยจำนวนครั้งที่เคยได้รับความรู้โดยเฉลี่ย 3.30 ± 0.84 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง และมากที่สุด 6 ครั้ง การติดตามข้อมูลส่วนใหญ่ผ่านทาง Facebook คิดเป็นร้อยละ 88.33 รองลงมาคือ Google และ Line ในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ในด้านโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77.00 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 23.00

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบบแผนความเชื่อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อผู้มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.50, S.D. = 0.765) ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคมีค่าเฉลี่ยรองลงมา คือ ข้อถ้าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดต้องทำให้หยุดงานและประกอบอาชีพทำให้เสียรายได้ ($\overline{X}$ = 4.53, S.D. = 0.786) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค คือ ข้อการรักษาความสะอาดของร่างกายจะช่วยป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ($\overline{X}$ = 4.22, S.D. = 0.799) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แยกเป็นรายข้อ (n=300)

ข้อ	$\overline{X}$	S.D	แปลผล
1. ท่านล้างมือบ่อยครั้งด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาดนาน 20 วินาทีขึ้นไป หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบจนมือแห้ง	4.12	.734	มาก
2. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้อื่นโดยอยู่ห่างระยะหนึ่งถึง 1-2 เมตร	3.70	.864	มาก
3. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่	4.22	.636	มากที่สุด
4. ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัว เช่น แก้วน้ำ อุปกรณ์ในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.83	.688	มาก
5. อาบน้ำสระผมและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อกลับจากสัมผัสกับบุคคลอื่นในสถานที่แออัด หรือออกไปในที่ที่มีคนแออัด	3.75	.850	มาก
6. ทำความสะอาดที่พักอาศัยและสิ่งของที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ลูกบิดประตู ปุ่มกดชักโครก ด้วยน้ำสบู่ แอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาฟอกขาว 5%	3.58	.973	มาก
7. ใช้หน้ากากอนามัยเมื่อไปอยู่ในที่มีบุคคลมาก	3.85	.835	มาก
8. ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกับบุคคลอื่น หรือเพื่อนบ้านทราบ	3.55	.904	มาก
9. ท่านคอยสังเกตตนเองและเพื่อนในกลุ่มว่ามีอาการผิดปกติ เช่นมีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เป็นต้น	3.62	.756	มาก
10. ท่านชักชวนเพื่อน ให้ช่วยกันสังเกตสังเกตและป้องกันการเกิดโรคภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	3.77	.784	มาก
11. เมื่อพบเพื่อนมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อยท่านให้คำแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล	3.93	.930	มาก

จากตารางที่ 1 เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ($\overline{X}$ = 4.22, S.D. = 0.636) อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n=300)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	25.23	4.69	ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	25.30	4.43	ระดับมาก
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค	21.28	4.08	ระดับปานกลาง
การรับรู้ต่ออุปสรรค	17.51	2.84	ระดับมากที่สุด
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	20.43	3.77	ระดับมากที่สุด

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แสดงให้เห็นถึงระดับการรับรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละด้าน พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรค ($\bar{X}$ = 17.51, SD = 2.84) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ($\bar{X}$ = 20.43, SD = 3.77) อยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (n=300)

ปัจจัย	สถิติทดสอบ	ค่าสถิติ	p-value
เพศ	t-test	t = 1.245	0.214
อายุ	Pearson's r	r = 0.156	0.007*
ระดับการศึกษา	One-way ANOVA	F = 2.876	0.058
รายได้	Pearson's r	r = 0.112	0.053
โรคประจำตัว	t-test	t = -0.783	0.434
การได้รับความรู้	t-test	t = 3.542	<0.001*

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แสดงให้เห็นว่า อายุและการได้รับความรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกัน โดยอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก (r = 0.156, p = 0.007) และการได้รับความรู้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น (t = 3.542, p < 0.001) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ตัวแปร	B	β	t	p-value
ค่าคงที่	20.499	-	5.237	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	-0.942	-0.795	-8.951	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.545	0.435	3.556	<.001
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	1.112	0.816	10.206	<.001
การรับรู้ต่ออุปสรรค	0.553	0.283	3.617	<.001

a = 20.499, R = 0.681, R^2 = 0.463, Adjusted R^2 = 0.456, F = 50.779, p < .001

*p-value < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ร้อยละ 46.3 ($R^2 = 0.463$)

สมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 20.499 - 0.942 (X_1) + 0.545 (X_2) + 1.112 (X_3) + 0.553 (X_4)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -0.795 (X_1) + 0.435 (X_2) + 0.816 (X_3) + 0.283 (X_4)$$

โดย X_1 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
X_2 = การรับรู้ความรุนแรงของโรค
X_3 = การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค
X_4 = การรับรู้ต่ออุปสรรค

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในชุม มีตัวแปรด้านอายุและการได้รับความรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกัน โดยอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.156$, $p = 0.007$) และการได้รับความรู้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น ($t = 3.542$, $p < 0.001$) ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัวไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน

ผู้สูงอายุในชุมชนมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้านความรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้มากถึงร้อยละ 46.3 เป็นสัดส่วนที่สูงซึ่งเป็นไปตามคำอธิบายของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคประเด็นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้หรือประสบการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง การประเมินในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้ได้รับรู้รับทราบในประเด็นตอบสนองด้านการดูแลสิ่งคุกคามจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอาจเป็นเพราะ ทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพ[16,17] เป็นกระบวนการที่บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค นั้นสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพบว่าการให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค[18] เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม[19] ด้านอารมณ์และครอบครัวนั้นสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวนี้เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากผลการกระทำจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่นครอบครัญาติพี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงบวก[20]

และผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่และการล้างมือสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในระดับหนึ่งของการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขอนามัยในชุมชน[16] อย่างไรก็ตาม การที่พฤติกรรมด้านการให้ความรู้แก่ผู้อื่นและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมยังอยู่ในระดับต่ำกว่าชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคมากขึ้น การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 51.67) เป็นประเด็นที่น่ากังวลและควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.00) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรับรู้

โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองมากนัก ตามที่[10] ได้เสนอไว้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย โดยสรุป ผลการวิจัยได้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการให้ความสำคัญกับการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์การได้รับความรู้ และสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1) ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแก่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

1.2) ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

1.3) ควรมีการรณรงค์และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการให้ความรู้แก่ผู้อื่นและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

1.4) ควรกำหนดนโยบายในการส่งต่อข้อมูลของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อในกระแสเลือดและมีแนวทางในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. โดยผ่านการประชุมเครือข่ายสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา เป็นต้น

2.2) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

2.3) ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรชักนำอื่นๆ ในการศึกษาเพื่อให้ทราบปัจจัยชักนำอื่นๆ

References

1. Kamsunan K. Statistics of patients with bloodstream infection (service profile). Emergency and Forensic Medicine Department, Don Tan Hospital. 2023.
2. John E, Bennett RD, Martin J. Blaser,. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8ed. Philadelphia: Elsevier saunders; 2015.
3. Amphon K, Bunyoprakarn C, & Sinkincharoen P. The Outcomes of the Development of the Patients with Septicemia, Prapokklao Hospital. The Journal Of Prapokklao Hospital clinical Medical Education Center. 2017;34(3):222-36. (in Thai)
4. Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Summary of the 2023 Illness Report. Nonthaburi;2023. (in Thai)
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Social situation report of Mukdahan Province. Mukdahan;2023. (inThai)
6. Chareonphon T, Rujaravej S & Aphisarnthanarak A.Emergencies in medicine. Pathum Thani: Bangkok Medical Journal. 2011;1(1):68-70. (in Thai)
7. Chairatana P, & Tudsapornpitakkul S. The Effectiveness of Nursing Care Model for Sepsis Patients. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(3):24-31. (in Thai)
8. Carod-Artal FJ, & Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. Cerebrovasc Dis. 2009;27 Suppl 1:204-14.
9. Becker MH. Theoretical models of adherence and strategies for improving adherence. The handbook of health behavior change. New York, NY, US: Springer Publishing Company; 1990.

10. Didegah F, & Thelwall M. Determinants of research citation impact in nanoscience and nanotechnology. Journal of the American Society for Information Science and Technology. 2013;64(5):1055-64.
11. Meenongwah J, Promwong W, Thammathorn Siriwat Siriwatthano S, Suphot Tabaselo P, & Kosonwiharakol P. Health Belief Model and Disease Prevention Behaviors on Coronavirus Disease (COVID-19) Among Monks in Ubon Ratchathani Province. Journal of MCU Ubon Review. 2022;7(1):817-32. (in Thai)
12. World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2020.
13. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2020. Management System Development Group, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
14. Drauden G M, & Peterson N G. A domain sampling approach to job analysis. Test Validation Center. St. Paul, Minn. 1974
15. Lawshe CH. Statistical Theory and Practice in Applied Psychology. Personnel Psychology. 1969;22(2):117-24.
16. Duangkhae T. The relationship between health belief patterns and behavior to prevent disease transmission among household members of tuberculosis patients. (dissertation). Nakhon Pathom: Mahidol University; 2018. (in Thai)
17. Connelly EM. Impact of Human Performance on System Performance. Proceedings of the Human Factors Society Annual Meeting. 1987;31(6):240-37.
18. Maiman LA, & Becker MH. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. Health Education Monographs. 1974;2(4):336-53.
19. House J S. Work Stress and Social Support. Reading, Mass: Addison-Wesley.1981.
20. Watcharanurak P, & Klubklay A. Factors Influencing Preventive Behavior among Stoke-Risk Patients in Songkhla Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):217-33. (in Thai)

การพัฒนาและผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Development and Effects of Mindfulness-Based Art of Flower Arrangement Therapy Program on Hopelessness and Risk of Suicidal with Major Depressive Disorder

สว่างจิตร วสุวัต* สกาวรัตน์ พวงลัดดา
Sawangjit Wasuwat* Skaorat Puangladda
โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 11000
Srithanya Hospital, Nontaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และศึกษาผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง วิธีการพัฒนาโปรแกรมมี 5 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่างโปรแกรม 4) การตรวจสอบคุณภาพ 5) การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ เปรียบเทียบผลด้วยวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรตาม คือ ความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวัด คือ แบบประเมินความสิ้นหวัง และแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประเมินก่อน-หลัง และติดตามหลังการบำบัด พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายหลังบำบัด 1 และ 2 เดือน น้อยกว่าก่อนบำบัด แต่ความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกควรพัฒนาและเรียนรู้ให้สามารถนำโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัด เป็นแนวทางสำคัญในการลดความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: สติบำบัด, ศิลปะการจัดดอกไม้, ความสิ้นหวัง, ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

This research and development study aimed to develop a Mindfulness-Based Art of Flower Arrangement Therapy Program for Major depressive disorder and to study the results of the program using quasi-experimental research. The program development method consisted of 5 steps: 1) needs analysis, 2) conceptual framework determination, 3) program design and drafting, 4) quality control, and 5) program trial. The results were compared using a two-group quasi-experimental research design, measuring before and after the experiment. The dependent variables were hopelessness and suicide risk. The sample group consisted of 16 person purposive sampling in each group. The measurement instruments were a hopelessness

*Corresponding Author: E-mail: jitconc33@gmail.com

วันที่รับ (received) 15 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 มี.ค. 2568

and a suicide risk, pre-post, and followed up. It was found that both groups had less hopelessness and suicidal risk after 1 and 2 months of treatment, as well as both were significantly reduced in the study group than in the control group at a statistical significance level of .01 Recommendation: Mindfulness-Based Art of flower Arrangement Therapy Program is an important maneuver and should be trained to psychiatric nurses, Out-Patient Department to reduce hopelessness and risk of suicidal attempt in patients with depression illness.

Keyword: Mindfulness-Based Therapy, Art of Flower Arrangement, Hopelessness, Risk of Suicidal, Major depressive disorder.

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) จากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าความชุกตลอดชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 2 ถึง 21 ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยมีอัตราสูงสุดที่พบบางประเทศในยุโรปและต่ำสุดบางประเทศในเอเชีย[1] โดยมีความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 60[2] สำหรับทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับในการอธิบายโรคซึมเศร้าคือ ทฤษฎีทางปัญญาของเบค (Beck's Cognitive Theory)[3,4] โรคซึมเศร้าเป็นโรคความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีลักษณะเป็นความคิดทางลบ และเกิดขึ้นอัตโนมัติ คือ ความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะครุ่นคิดอยู่กับความคิดลบของตนเอง จากการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการศึกษา พบว่า ความสิ้นหวัง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และเป็นตัวแปรกลางระหว่างอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย[5] สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ร้อยละ 55.0 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 95.0 มีความสิ้นหวังระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นมาตรฐานผลลัพธ์ของสภาการพยาบาล[6] ต่อไป

ในการรักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าร่วมกับจิตบำบัด เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค[7] สำหรับจิตบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยว่ามีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาจากทฤษฎีทางปัญญาของเบค[3] คือ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy : CT) ถือว่าเป็นคลื่นลูกที่หนึ่ง (First wave) ต่อมาได้มีการผสมผสานเทคนิคทางพฤติกรรมในการบำบัดจนมาใช้ คำว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งถือว่าเป็นคลื่นลูกที่สอง (Second wave)[4] มีการวิจัยเพื่อพิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบำบัดทั้งสองแบบเป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะพยายามแค่ไหน บางครั้งอาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เป็นอยู่นั้นได้ จึงมีการพัฒนาการบำบัดด้วยวิธีการสติบำบัด (Mindfulness based cognitive therapy: MBCT) นับว่าเป็นคลื่นลูกที่สาม (Third wave) ของการบำบัดทางปัญญา[4] ลักษณะสำคัญของการบำบัดแนวทางนี้คือ การเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับการยอมรับในสิ่งที่ที่เกิดขึ้น มากกว่าเนื้อหาของสิ่งที่คนคิด หรือการกระทำ การฝึกให้มีสติจึงช่วยให้เกิดการตะหนักรู้ การยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน[8,9] การฝึกสติช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจได้[10] ต่อมามีการพัฒนาสติบำบัดโดยบูรณาการร่วมกับวิธีการอื่น เช่น ศิลปะบนพื้นฐานสติบำบัด (Mindfulness-based art therapy: MBAT) เป็นการผสมผสานการฝึกสติมาใช้ในการทำกิจกรรมศิลปะ เช่น ศิลปะการระบายสี[11] สำหรับศิลปะที่นำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เช่น ศิลปะการจัดดอกไม้ เป็นทางเลือกที่สร้างสรรค์ที่สามารถผสมผสานการฝึกสติ ตั้งแต่การเลือกดอกไม้อย่างมีสติ การตัดแต่งดอกไม้แต่ละดอกอย่างมีสติ เพื่อสังเกตและตัดใบหรือดอกที่แห้งเหี่ยว หรือเสียหายอย่างมีสติ หรือตัดก้านให้สั้นลงอย่างมีสติเช่นเดียวกัน[12] นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ ประกอบกับศิลปะการจัดดอกไม้ เป็นศิลปะที่ไม่ต้องฝึกฝนจนเกิดทักษะ แค่นำความงามของธรรมชาติที่มีอยู่แล้วมาจัด เพื่อให้ความงามของดอกไม้ได้เปิดเผยความงามออกมา ให้ชื่นชมความงามได้อย่างเต็มที่[13] จากการศึกษาพบว่าจิตบำบัดบนพื้นฐานสติ ผลการบำบัดช่วยลดความความสิ้นหวัง[14] ลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย[15] การนำสติบำบัดมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้านอกจากช่วยลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ยังเป็นการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

โรงพยาบาลศรีธัญญา ให้ความสำคัญกับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามมาตรฐาน คือ รักษาด้วยยาและจิตบำบัด โดยมีการพัฒนาโปรแกรมสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยใน[16,17] ส่วนสติบำบัดแบบผู้ป่วยนอกนั้นดำเนินการตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นนักจิตบำบัดตามโปรแกรมสติบำบัด[9] ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยซึมเศร้ามารับการบำบัดไม่ต่อเนื่องถึงร้อยละ 70 และร้อยละ 65 เห็นว่าเหมาะสมน้อย เนื่องจากต้องเดินทางมาพบผู้บำบัดทุกสัปดาห์ รวมถึงปัญหาการลางาน และการเดินทาง จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ายังมีความแตกต่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการวิจัย กับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์จริงซึ่งยังเป็นช่องว่างของการวิจัย แต่อย่างไรก็ตาม สติบำบัดยังเป็นมาตรฐานจิตบำบัด ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรักษาด้วยยา[7] ทั้งนี้หากมีการนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป ต้องมีการลดช่องว่างดังกล่าวผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริง และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ3) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

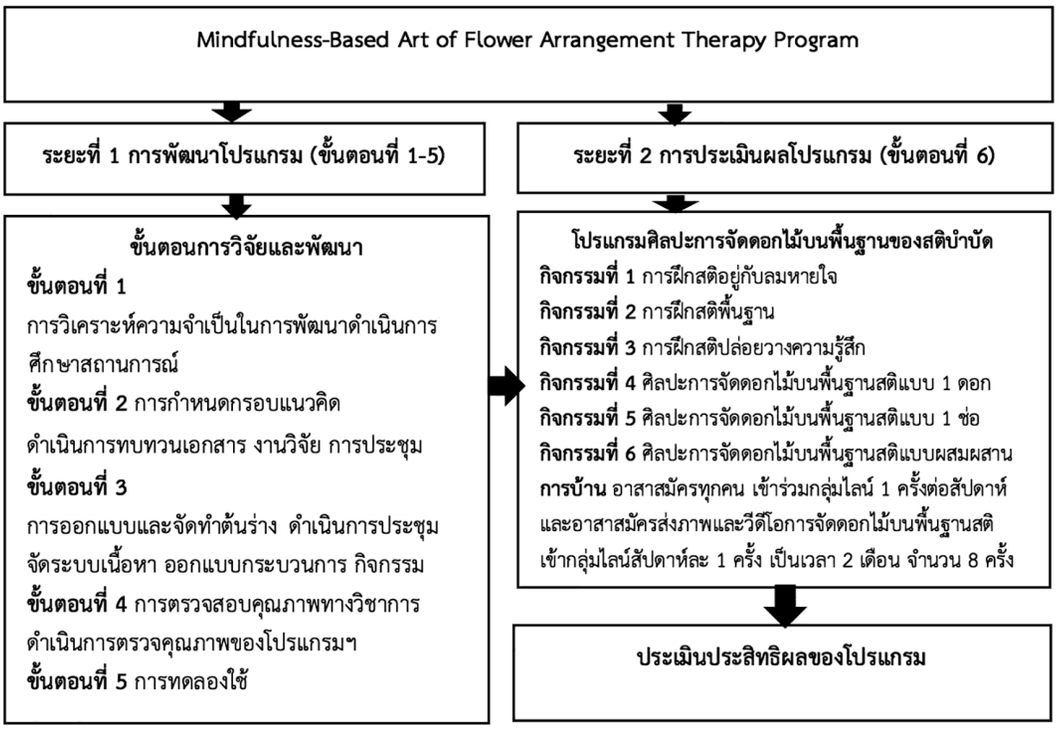
การพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัดเป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดต่างๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ 1) โรคซึมเศร้า[3] 2) สติบำบัด[8,9] 3) ศิลปะการจัดดอกไม้[13] และ 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา อธิบายเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

โรคซึมเศร้าเป็นความคิดผิดปกติ[3] ผลการวิจัยพบความสิ้นหวังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และเป็นตัวแปรกลางระหว่างซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย[5] ดังนั้นจำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาเพื่อลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การบำบัดโรคซึมเศร้าตามมาตรฐาน คือ การรักษาด้วยยาและจิตบำบัด[7] สำหรับจิตบำบัดที่มีประสิทธิผลและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน คือ สติบำบัด ช่วยให้เกิดการตะหนักรู้ การยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน[8,9] และมีการพัฒนาการบำบัดตามแนวทางนี้อย่างต่อเนื่อง เช่น ศิลปะบนพื้นฐานสติของบำบัด[11] ส่วนศิลปะที่นำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เช่น ศิลปะการจัดดอกไม้ เป็นศิลปะที่ไม่ต้องฝึกฝนจนเกิดทักษะ แค่นำความงามของธรรมชาติที่มีอยู่แล้วมาจัด เพื่อให้ความงามของดอกไม้ได้เปิดเผยความงามออกมาให้ชื่นชมความงามได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ[13] ผลการใช้สติบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าช่วยลดความสิ้นหวัง[14] ลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย[15] แต่ในทางปฏิบัติยังมีความแตกต่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการวิจัยกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นช่องว่างของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยสรุปดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง เป็นการกำหนดรายละเอียด จัดระบบเนื้อหา ออกแบบกระบวนการ กิจกรรม เพื่อจัดทำต้นร่าง ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ เป็นการตรวจคุณภาพของโปรแกรม ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้ และปรับปรุง

ระยะที่ 2 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 6 ของการวิจัยและพัฒนา เป็นการขยายผลการวางแผนการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก

เพื่อให้สามารถใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน และการประเมินผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงบรรยายเพื่อพัฒนาโปรแกรม ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญ เรื่อง สติบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ศิลปะการจัดดอกไม้ พยาบาลจิตเวช และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง และสมัครใจให้ข้อมูล ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 คน อาจารย์สอนศิลปะการจัดดอกไม้ 2 คน พยาบาลจิตเวช 6 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวทางการการสัมภาษณ์ เช่น ท่านคิดว่าสติบำบัดเป็นอย่างไร มีความเหมาะสมในการบำบัดซึมเศร้าอย่างไร อุปสรรคในการมารับการบำบัดมีอะไรบ้าง เป็นต้น และสนทนากลุ่ม เช่น แต่ละท่านมีประสบการณ์ในการทำสติบำบัดอย่างไร การทำบำบัดในผู้ป่วยซึมเศร้าของแต่ละท่านมีอุปสรรคอะไรบ้าง แต่ละท่านมีข้อเสนอแนะในการแก้ไข (Thematic analysis) อย่างไร เป็นต้น วิเคราะห์ขั้นตอนดำเนินการ 1) การวิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นในการพัฒนา โดยทบทวนเอกสารงานวิจัยทั้ง ในประเทศและต่างประเทศ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566–ธันวาคม 2566 2) การกำหนดกรอบแนวคิด คณะผู้วิจัยประชุมวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1) ในวันที่ 12 และ 14 ธันวาคม 2566 เพื่อสรุปข้อค้นพบจากการทบทวนเอกสาร และกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนา 3) การออกแบบและ จัดทำต้นร่างโปรแกรม โดยการ 3.1) สนทนากลุ่มพยาบาลจิตเวช 6 คน สัมภาษณ์ จิตแพทย์ 2 คน อาจารย์สอนศิลปะการจัดดอกไม้ 2 คน และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 6 คน ระหว่าง 17 พฤษภาคม 2567–31 พฤษภาคม 2567 3.2) ประชุมผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องสติบำบัด 1 คน จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1 คน พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมเรื่องสติบำบัด จำนวน 3 คน พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมศิลปะการจัดดอกไม้กลาง จำนวน 3 คน ระหว่างวันที่ 10–11 มิถุนายน 2567 เพื่อจัดทำต้นร่างโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการส่งต้นร่างโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดที่จัดทำขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพของเนื้อหา จำนวน 5 คน คำนวณหาค่าความสอดคล้อง IOC ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง 0.6–1.0 และปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5) นำโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัดไปทดลองใช้ศึกษานำร่อง 1 กลุ่ม จำนวน 4 คน ระหว่างวันที่ 14-15 กันยายน 2567 เพื่อดูความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง และปรับปรุง

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental designs) ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.xx-F3-.xx) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่างเดือน 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารหัสการวินิจฉัยโรค F32 - F34 2) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ระดับอาการซึมเศร้า ≤18 คะแนน ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 4) ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ≤16 คะแนน ประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม 5) คะแนนความสิ้นหวัง ≥ 9 คะแนน 6) มีความสามารถในการใช้เครื่องมือสื่อสารด้วยไลน์ การใช้มือถือบันทึกภาพเคลื่อนไหวและยินยอมติดต่อสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม

เกณฑ์การคัดออก 1) ระดับคะแนนอาการซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลงหลังการรักษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ 2) ไม่ร่วมมือหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 3) บกพร่องด้านภาษา พูดสื่อสารไม่เข้าใจ 4) มีโรคร่วมทางจิตเวช

การคำนวณขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มด้วยโปรแกรม G* Power (Version 3.1.9.7) Power ร้อยละ 99 ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล .5014 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 22 คน คำนวณอัตราการออกจากการวิจัยโดยประมาณร้อยละ 40 ในที่สุดได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน แบ่งเป็น 16 คนต่อกลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับวิธีมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched–pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1) เครื่องมือประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2) แบบประเมินความสิ้นหวังของแบค[18] จำนวน 20 ข้อ มีการนำมาใช้ในคนไทยมีค่าความเที่ยง .92 จำนวนคะแนนที่สูงกว่าบ่งบอกถึงความสิ้นหวังในระดับที่สูงขึ้น ในขณะที่คะแนนที่ต่ำกว่าบ่งบอกถึงความสิ้นหวังในระดับที่ต่ำกว่า มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน แบ่งออกเป็นระดับ ดังนี้ คะแนน 0–3 หมายถึง ปกติ คะแนน 4–8 หมายถึง สิ้นหวังเล็กน้อย คะแนน 9–14 หมายถึง สิ้นหวังปานกลาง คะแนน 15 ขึ้นไป หมายถึง สิ้นหวังอย่างรุนแรง 1.3) แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 แปลผลเป็นความเสี่ยงการฆ่าตัวตายโดยใช้คะแนนรวมทุกข้อ แบ่งคะแนนเป็นระดับดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีแนวโน้มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน คะแนน 1-8 หมายถึง มีแนวโน้มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย คะแนน 9-16 หมายถึง มีแนวโน้มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 17 หมายถึง มีแนวโน้ม ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง 1.4) โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดจากการพัฒนาโปรแกรมฯ ในระยะที่ 1

2) การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยเครื่องมือไม่มีการปรับแก้จึงไม่ได้หาค่าความเที่ยงซ้ำ ส่วนโปรแกรมมีการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณหาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้ระหว่าง 0.6–1.0 สำหรับผู้บำบัดตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยทั้งสองคนได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสนะตามแนวทางสติบำบัด และผ่านการอบรมศิลปะการจัดดอกไม้ระดับสูง โดยผู้วิจัยทั้งสองคนทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดทั้งหมดตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละเมื่อข้อมูลเป็นข้อมูลแจงนับ (Categorical data) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากเป็นข้อมูลต่อเนื่อง 2) เปรียบเทียบคะแนนความสิ้นหวัง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมโดยทดสอบค่าสถิติ Repeated measured ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยโดยนำเสนอโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.COA 028/2567 เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความยินยอมด้วยการลงลายมือให้ความยินยอมในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยระยะที่1 ลักษณะของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ลักษณะของโปรแกรมเป็นการบำบัดแบบกลุ่มปิด จำนวนสมาชิกต่อกลุ่ม 8 คน จำนวน 6 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมเวลาอยู่ระหว่าง 60 - 90 นาที ดำเนินการ 2 วัน แบ่งเป็น 3 กิจกรรมต่อวัน หลังจากนั้นนัดพบผู้บำบัดในไลน์กลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้บำบัดมี 2 คน คือ คณะผู้วิจัย โดยที่ผู้บำบัดต้องได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ และผ่านการอบรมศิลปวัฒนธรรมการจัดดอกไม้หลังโปรแกรมผ่านการตรวจสอบคณะผู้วิจัยนำไปทดลองใช้เพื่อทำความเข้าใจโปรแกรมในการปฏิบัติจริงทั้ง 6 กิจกรรม กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การฝึกสติอยู่กับลมหายใจ กิจกรรมที่ 2 การฝึกสติพื้นฐาน กิจกรรมที่ 3 การฝึกสติปล่อยวางความรู้สึก กิจกรรมที่ 4 ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติแบบ 1 ดอก กิจกรรมที่ 5 ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติแบบ 1 ช่อ กิจกรรมที่ 6 ศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติแบบผสมผสาน

2. ผลการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดต่อความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยมีดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 24.0 เพศหญิง ร้อยละ 75. อายุเฉลี่ย 30.44 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสดร้อยละ 75.0 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 81.3 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่กำลังศึกษา ร้อยละ 37.5 และระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 68.8 ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 18.8 เพศหญิง ร้อยละ 81.2 อายุเฉลี่ย 32.38 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 68.8 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 62.5 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 และระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 68.8 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด 1 เดือน		หลังบำบัด 2 เดือน		F	η_p^2
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ทดลอง	ความสิ้นหวัง	12.12	3.57	8.40	4.29	5.13	2.92	41.29**	0.59
ควบคุม	ความสิ้นหวัง	12.69	2.89	11.81	2.76	10.56	1.59		

หมายเหตุ **p<.01; ค่า Levene's test ก่อนบำบัด หลังบำบัด ติดตามผล = 0.82 5.42 และ 0.02, ps>.05

จากตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสิ้นหวังของคนไข้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามระยะทั้ง 3 ระยะ (ก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตามผล) ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความสิ้นหวังทั้ง 3 ระยะมีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อพิจารณาจากทั้งความเบ้และความโด่ง คะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังระยะก่อนบำบัดของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน แต่คะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัดและติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก (η_p^2 = 0.59)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนบำบัด		หลังบำบัด 1 เดือน		หลังบำบัด 2 เดือน		F	η_p^2
		ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ทดลอง	ความเสี่ยงฯ	12.81	2.56	5.87	4.72	2.87	3.11	12.79**	0.31
ควบคุม	ความเสี่ยงฯ	12.81	3.51	12.62	2.99	11.19	2.95		

หมายเหตุ **p<.01; ค่า Levene's test ก่อนบำบัด หลังบำบัด ติดตามผล = 0.82 5.42 และ 0.02, ps>.05

จากตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามระยะทั้ง 3 ระยะ (ก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตามผล) ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายทั้ง 3 ระยะมีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อพิจารณาจากทั้งความเบ้และความโด่ง คะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระยะก่อนบำบัดของทั้ง 2 กลุ่มไม่ต่างกัน แต่คะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัดและติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก (η_p^2 = 0.31)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในกิจกรรมแต่ละข้อและวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6–1.0 เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะเป็นความคิดลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต[3] ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะครุ่นคิดอยู่กับความคิดลบของตนเอง การพัฒนาโปรแกรมต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการความคิดดังกล่าว รวมถึงสามารถใช้ได้จริงในสถานการณ์ของการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ลักษณะของโปรแกรมเป็นกลุ่มกลุ่มบำบัดแบบปิด ประกอบกับหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง นัดพบผู้บำบัดในไลน์ปิดเฉพาะสมาชิกกลุ่มเท่านั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อฝึกสติร่วมกัน การอภิปรายประสบการณ์การนำสติและศิลปะการจัดดอกไม้ ไปใช้ในการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา จึงช่วยให้เกิดปัจจัยการบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม[10] ส่วนการนำศิลปะที่นำมาใช้ในการฝึกสติช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกาย จิตใจ และเพลิดเพลิน[13] รวมถึงเป็นการบูรณาการการฝึกสติไปใช้ในการทำกิจกรรม เพื่อให้ฝึกทักษะการมีสติในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้น การมีสติจะช่วยควบคุมความคิดสิ้นหวัง และความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้น ประกอบกับปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้นในกระบวนการบำบัด ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนมุมมอง ยอมรับความจริงของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีทักษะในการดูแลตนเองต่อไป

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสิ้นหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัดและติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความสิ้นหวังของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก (η_p^2 = 0.59) อภิปรายได้ว่า จากความคิดลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตของผู้ป่วยซึมเศร้า[3] โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่มจึงช่วยให้เกิดปัจจัยการบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม[10] เช่น ความรู้สึกอันเป็นสากลจากการมีอาการซึมเศร้าเหมือนกัน ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง การมีความหวัง จากการที่เห็นคนอื่นดีขึ้น และความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของการรวมกลุ่มในครั้งนี้ เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสติมาใช้ในการทำกิจกรรมศิลปะช่วยให้ดีขึ้นได้[11,13] เช่นเดียวกันกับการนำมาใช้ลดการครุ่นคิดเกี่ยวกับความสิ้นหวังของผู้ป่วยซึมเศร้า[14] เพราะการฝึกให้มีสติช่วยให้เกิดการตะหนักรู้ การยอมรับตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน[8,9] ร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาโรคซึมเศร้า[7] ความสิ้นหวังจึงลดลงเพราะไม่ถูกรบกวนจากการครุ่นคิดด้านลบของตนเอง แม้ว่ากลุ่มควบคุมมีการลดลงของความสิ้นหวังเช่นเดียวกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีความสิ้นหวังลดลงมากกว่าทั้งในระยะเวลา 1 และ 2 เดือน หลังการทดลอง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัว

ตายก่อนบำบัด หลังบำบัด และติดตาม 1 เดือน และ 2 เดือน คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายทั้ง 3 ระยะ คะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังบำบัด และติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะในระดับมาก (η_p^2 = 0.31) อธิบายได้ว่า ความสิ้นหวังของผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงเป็น[5] ตัวแปรกลางระหว่างอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายดังนั้น เมื่อความสิ้นหวังของผู้ป่วยซึมเศร้าดีขึ้น[14] จึงส่งผลให้ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายดีขึ้นด้วย รวมถึง การบำบัดแบบกลุ่มช่วยให้เกิดปัจจัยการบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม[10] รวมถึง เป็นการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ารับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเองเช่นกัน แม้ว่ากลุ่มควบคุมมีการลดลงของความเสี่ยงการตัวตายเช่นเดียวกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงมากกว่าทั้งในเวลา 1 และ 2 เดือน หลังการทดลอง

สรุปได้ว่า ในการรักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานของโรงพยาบาลช่วยลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 1 และ 2 เดือน แต่การรักษาด้วยยากร่วมกับโปรแกรมศิลปะบนพื้นฐานสติบำบัด ช่วยลดความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดให้โปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด เป็นแนวทางสำคัญในการลดความสิ้นหวังและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ควรพัฒนาและเรียนรู้ให้สามารถนำโปรแกรมศิลปะการจัดดอกไม้บนพื้นฐานของสติบำบัด เป็นแนวทางสำคัญในการลดความสิ้นหวัง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่เพื่อให้เกิดประสิทธิผลพยาบาลจิตเวชต้องผ่านการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ ตามแนวทางสติบำบัดและศิลปะการจัดดอกไม้ จึงจะสามารถดำเนินงานตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ด้านวิชาการ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้น การศึกษาระยะต่อไปควรออกแบบการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการโปรแกรมเมื่อนำไปใช้ในบริบทจริงในการบูรณาการในระบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการคงอยู่ของการลดความสิ้นหวัง และลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของโปรแกรม

2. รวมถึงควรมีการศึกษาในด้านการป้องกันการกำเริบ และการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าว่าสามารถใช้ป้องกันการกำเริบ และการกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่

References

1. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, & Cervilla J. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020; 42(6): 657-72.
2. Ribeiro J, Huang X, Fox. & Franklin. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. The British Journal of Psychiatry. 2018; 212(5): 279–86.
3. Beck A. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row; 1967.
4. Pittayaratsathian N. Basic Skills in CBT. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai)
5. Chen X. & Li S. Serial mediation of the relationship between impulsivity and suicidal ideation by depression and hopelessness in depressed patients. BioMed Central Public health. 2023; 23(1): 1-8.
6. Announcement of the Nursing Council on Nursing Standards 2019 Government Gazette. 2019;136 (97):30.

7. Cipriani A, Salanti G, Furukawa T, Egger M, Leucht S, Ruhe H, ...& Geddes J. Antidepressants might work for people with major depression: where do we go from here?. The Lancet Psychiatry. 2018; 5(6): 461-63.
8. Segal V, Williams M, & Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second Edition. New York: Guilford Publications; 2018.
9. Wongphiromsant Y. Manual of Mindfulness base counseling. Bangkok: Beyond Publishing; 2020. (in Thai)
10. Nawai A, Phongphanngam S, Radabutr M, Saritdikul S, & Rearungchom T. The Effectiveness of Mindfulness Meditation in Relieving Chronic Pain in Older Adults: A Systematic Review. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 125-35. (in Thai)
11. Joshi A, Mehta S, Pande N, Mehta A, & Randhe, K. S. Effect of Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) on psychological distress and spiritual wellbeing in breast cancer patients undergoing chemotherapy. Indian journal of palliative care. 2021; 27(4): 552-60.
12. Davis B J. Mindful art therapy: A foundation for practice. Jessica Kingsley Publishers. 2015
13. Okada M. Daikorin: The flower arrangements of Mokichi Okada. Atami: MOA Foundation; 1998.
14. Aydin Ş, & Budak F. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Anxiety, Depression, and Hopelessness in Menopausal Women: An Experimental Study. Psychiatric Annals. 2023; 53(2): 83-94.
15. Chesin M, Brodsky B, Beeler B, Benjamin-Phillips C, Taghavi I, & Stanley B. Perceptions of adjunctive mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior among high suicide-risk outpatient participants. Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2018; 39(6): 451–60.
16. Puangladda S, Wasuwat S, & Budsuwan P. The Development of Mindfulness-Based Nursing Program for Major Depressive Disorder. Journal of Royal Army Nurses. 2023; 24(1): 432-40. (in Thai)
17. Puangladda S, Wasuwat S, Budsuwan P, Sukyirun P, & Jintapathanakit N. Effects of Mindfulness-Based Nursing Program on Rumination and Executives Function in Major depressive disorder. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2020; 24(2): 476-83. (in Thai)
18. Tangjitphakdisakun T. Factors related to self-esteem and hopelessness in children and adolescents who commit crimes in the Central Juvenile Observation and Protection Center. Master of Science Thesis in Clinical Psychology: Mahidol University; 2002. (in Thai)
19. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, & Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South-East Asia Journal Public Health. 2017; 6(1): 34–8.

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

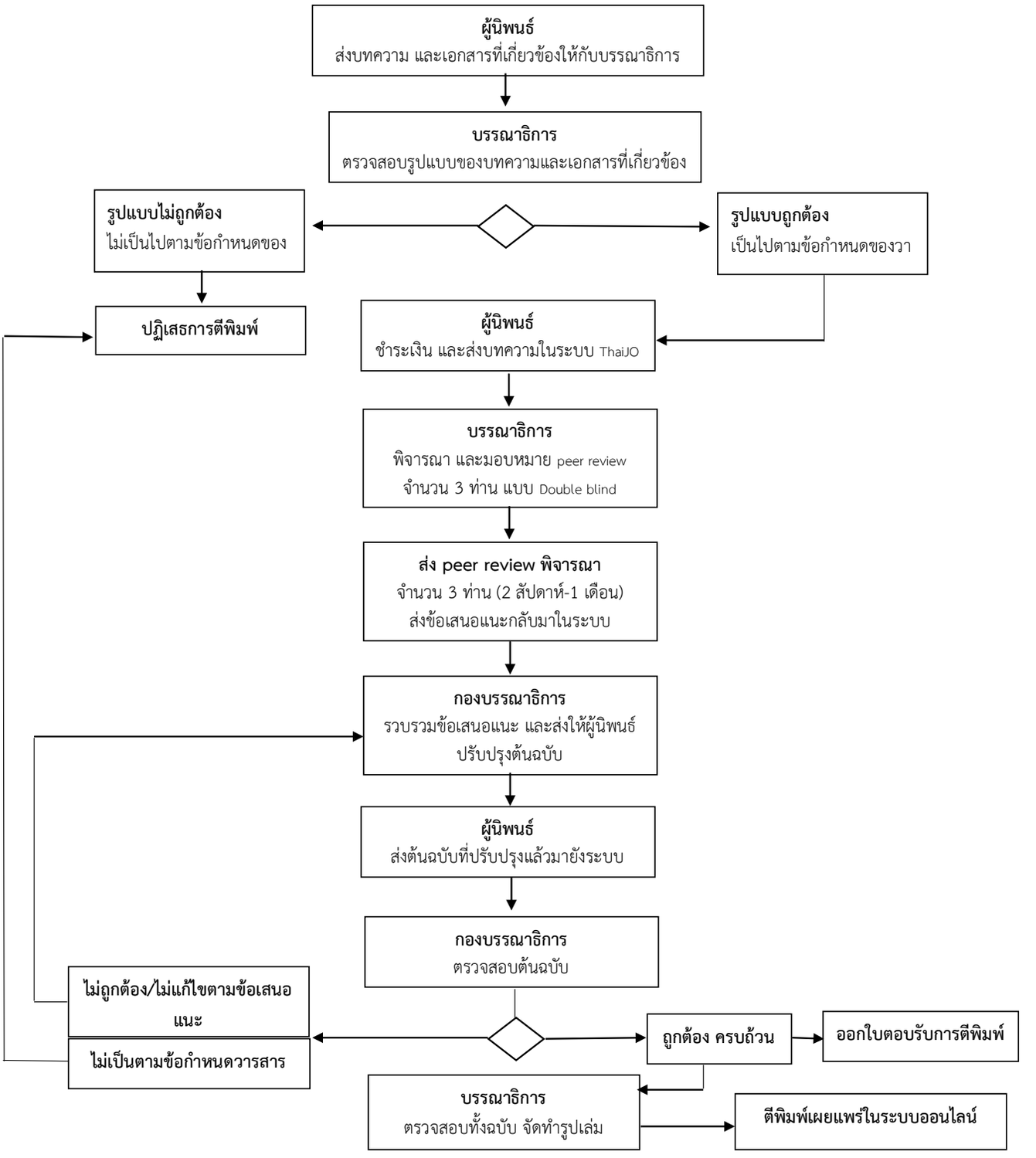
Author Surname Initials. Title. (dissertation/thesis). City: University; Year.

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 26 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568
Vol.26 No.1 January - April 2025

เจ้าของ
สมาคมพยาบาลทหารบก

Ownership
Royal Thai Army Nurses Association

คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

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.

Editorial Advisors

บรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ สมาคมพยาบาลทหารบก

Chief Editor
Saisamorn Chaleoykitti, R.N., M.N.S., Ed.D.

รองบรรณาธิการ
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร

Deputy of Editor
Pranee Onsri, R.N., M.S., Ed.D.

เลขาบรรณาธิการ
พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

Secretary
Nuntikan Klinchet, R.N., M.N.S.

กองบรรณาธิการ

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.ทิพย์ภัมพร 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	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	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	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	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