วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 Vol.26 No.2 May - August 2025

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ

- บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารจัดการและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัทธมน ทิพกร ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล
- มุมมองใหม่: การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย จุฬาพร ยาพรม นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ ภัทราภรณ์ ศรีพรมมา
- กระบวนทัศน์ทางจิตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโตของนักเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยุคการเปลี่ยนแปลงของโลก กรุณา วงษ์เทียนหลาย

บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พิมพ์ชนก ทองพรรณ ปิยะธิดา นาคะเกษียร กีรดา ไกรนุวัตร
- ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติ ของครู อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ชนม์นิภา ประดิษฐ สุนทร ศุภพงษ์
- การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีน แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พัชรีย์ภรณ์ ปรีชาชน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กุลชนา มีใจดี เนตรชนก ศรีทุมมา กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลบ้านโป่ง อัจฉรา พุทธา
- การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน รภัทภร เพชรสุข อารี ชีวเกษมสุข เพ็ญจันทร์ แสนประสาน
- ความสัมพันธ์ของคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พิชญา ชูสนุก รักชนก คชไกร เสาวรส มีกุศล
- การพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์การสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ศจีรัตน์ โกศล เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ณกมน มีธรรม ประจักร บัวผัน นครินทร์ ประสิทธิ์
- ผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ณัชภัคร ธนะภัสสร เบญญาภา พุทธอรุณ
- ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จตุพล ภูดวงดอก นุชรัตน์ มังคละคีรี เดชา ทำดี
- การพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สาธิตา สืบทายาท พรชัย จูลเมตต์ วัชรา ตาบุตรวงศ์
- ประสิทธิผลของโปรแกรม Back School เพื่อลดความปวดของหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี บัณฑิต ฉิมอำพันธ์ นันทพร ภัทรพุทธ ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ก้องเกียรติ วงศ์วังจันทร์ นครินทร์ ประสิทธิ์ ณฐกร นิลเนตร
- การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพ็ญศรี เอี่ยมศรี อารี ชีวเกษมสุข สุภมาส อังศุโชติ
- ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อติพร สิทธิมงคล สมบัติ สกุลพรรณ์ ภัทราภรณ์ ภทรสกุล
- อิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร อุมาพร สินปราณี ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง วรรณา พาหุวัฒนกร นพพร ว่องสิริมาศ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
- ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา สุกัญญา ทาโสด พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง วิลัยพร นุชสุธรรม วรุณี ไชยศิลป์
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม กาญฉัฐ จุฑาณิชญาณ์ นุชรัตน์ มังคละคีรี เสาวรส มีกุศล

- ประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง — รัชพร ศรีเดช สมคิด ปราบภัย ภูเบศร์ นภัทรพิทยาธร
- คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย — ธัญญธร ล้อมเมตตา สุรเดช สำราญจิตต์
- ความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงาน ในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย — อินทุอร หงษ์ศิริ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี
- ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม — จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์ สินีนาถ เกียรติอมรเวช มัลลิกา กิตติวีระพาณิชย์ ณัฐภัสอร ฟักแก้ว
- พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สู่โรคเบาหวานระยะสงบที่มารับบริการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก — สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล ธนพร แย้มศรี
- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย ของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี — เพ็ญพโยม เชยสมบัติ จินตนา สินธุสุวรรณ วิภวานี เผือกบัวขาว
- ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม — ฐานิตา พลชม นุชรัตน์ มังคละศิรี เสาวรส มีกุศล
- การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลให้บริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ — พัชรฉัตร ภูมิสถาน ภรรวษา จันทศิลป์ ศิณีนารถ กระพันธ์เขียว ปิยธิดา ทองสาร
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ — ถาวรีย์ แสงงาม ปัณณทัต บนขุนทด ณรงค์กร ชัยวงศ์ ณิชาภัทร มณีพันธ์ เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์
- การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยไทยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง — จารุวรรณ กฤตย์ประชา ตาณิกา หลานวงค์ เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว กรวิกา บวชชุม ประณีต ส่งวัฒนา
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี — ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์ พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ สุภาพ ขวัญพูล
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลบุตร และความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรก — กุสุมล แสนบุญมา เกศินี ไชยโม วนิดา ชวเจริญพันธ์ นวพร มามาก
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน — จรัญญา ดาก่ำ นภาเพ็ญ จันทขัมมา นงนุช วงศ์สว่าง
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล — อัจฉราพร ปิติพัฒน์ ชลินดา พัชรสุข สิริณัฏฐ์ โภคพัชญ์ภูเบศ ผกามาส ตงศิริ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ — จิตรา น้ำเหนือ ปริศนา อัครธนพล กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ — สุพิน สุโข ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์ เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ โสภา บุตรดา
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน — วิศนีย์ บุญหมั่น ไปยดา วิรัศมี นาฎอนงค์ แผงพงษ์
- ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ : การศึกษาย้อนหลัง 24 เดือน — นงนภัส เฉยเจริญ สิรีธร วิเชียรวรรณ์ ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล กฤษฎา มีมุข
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้ และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน — นวรัตน์ ใจกล้า วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ ศิวพร อึ้งวัฒนา
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในกลุ่มสตรีเปราะบางชาวมุสลิม อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี — ดวงกมล ปิ่นเฉลียว กาญจนา ศรีสวัสดิ์
- ผลการใช้โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์ ต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย — ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล นวลลออ ทวิชศรี
- ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา — ฟ้าสว่าง ฟองจำ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ ธีรพล ผังดี
- ผลของโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว — มัณฑนา สาขันธ์โคตร จินดารัตน์ ชัยอาจ จันทร์ฉาย โยธาใหญ่
- อิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ — จรรยา ชมชายผล เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย กาญจนา ศรีสวัสดิ์
- รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช — อรวรรณ โพธิ์ถาวร วิทยา ศรแก้ว สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ บุบผา รักษานาม รัตนา กรายแก้ว
- รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน — มณี ภาณุวัฒน์สุข ประวิทย์ ทองไชย ชญาภัค บุญสูตร
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ — วรรณพร จงชิดกลาง นรลักขณ์ เอื้อกิจ
- การวิเคราะห์นโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย — ชาตรี วงษ์แก้ว นงเยาว์ ศรีพรมสุข บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์ น้ำทิพย์ วิภาวิน
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง — สุพิชชา อร่ามทอง ณัฐกฤตา ศิริโสภณ ธริสรา จิรเสถียรพร

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 Vol. 26 No.2 May - August 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 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 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 บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารจัดการและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มุมมองใหม่: การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย กระบวนทัศน์ทางจิตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโตของนักเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยุคการเปลี่ยนแปลงของโลก

บทความวิจัย ได้แก่ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติ ของครู อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีน แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลบ้านโป่ง การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ความสัมพันธ์ของคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแล กับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร การพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์การสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ประสิทธิผลของโปรแกรม Back School เพื่อลดความปวดของหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สู่โรคเบาหวาน ระยะสงบที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลให้บริการเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลชัยภูมิ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยไทยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร และความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรก ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทาน ของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ : การศึกษาย้อนหลัง 24 เดือน ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มสตรีเปราะบางชาวมุสลิม อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการใช้โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์ ต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ผลของโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว อิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิเคราะห์นโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารจัดการและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1
พัทธมน ทิพกร ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร
พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล

มุมมองใหม่: การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย 10
จุฬาพร ยาพรม นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ,
ภัทราภรณ์ ศรีพรมมา

กระบวนทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโตของนักเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยุคการเปลี่ยนแปลงของโลก 18
กรุณา วงษ์เทียนหลาย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร 25
พิมพ์ชนก ทองพรรณ ปิยะธิดา นาคะเกษียร
กีรดา ไกรนุวัตร

ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติของครู อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 34
ชนม์นิภา ประดิษฐ สุนทร ศุภพงษ์

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีน แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง 43
พัชรีย์ภรณ์ ปรีชาชน
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร

ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง 52
กุลชนา มีใจดี เนตรชนก ศรีทุมมา กรรณิการ์
ฉัตรดอกไม้ไพร

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลบ้านโป่ง 61
อัจฉรา พุทธา

การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 70
รภัทภร เพชรสุข อารี ชีวเกษมสุข
เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

Contents

Chief Editorial

Perioperative Nursing Roles in Stroke Prevention and Management 1
Pattamon Tippakon Yananan Ratanatherawichian
Phongthara Vichitvejpaisal

New Perspective: Patients' Perceptions of Safety Culture 10
Chulaporn Yaprom Nunthida Chuamanochan
Pattaraporn Sripromma

The paradigm of Contemplative Education Enhance Growth Mindset among Baccalaureate Nursing Students in VUCA world 18
Karuna Wongtienlai

Predicting Factors of COVID-19 Preventive Behaviors on New Normal Life among People in Bangkok Metropolitan 25
Pimchanok Thongphan Piyatida Nakagasien
Kerada Krainuwut

The Prevalence and Factors Related to Voice Disorders Among Teachers in Muang District, Udonthani Province 34
Chonnipa Pradit Soontorn Supapong

Cost Analysis of Nursing Activities Using Lean Services at the Medical Clinic of the Out Patient Department in the Tertiary Hospital 43
Patchareeporn Preechachon
Phechnoy Singchungchai
Kannikar Chatdokmaiprai

Effects of Development of Supervision through GROW Coaching Model on Implementation of Nursing Process among Nurses at the Intensive Care Units in a Tertiary Hospital 52
Kulchana Meejaidee Netchanok Sritoomma
Kannikar Chatdokmaiprai

Effects of Self-Management Promotion Program using Line the Applicationon Self-Care Behaviors and Serum Phosphorus Levels of Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis in Ban Pong Hospital 61
Atchara Phutta

The Development of a Seamless Health Service Model forBreast Cancer Patients from Hospital to Community 70
Raphatphorn Petchsuk Aree Cheevakasemsook
Penchun Seanprasarn

สารบัญ

ความสัมพันธ์ของคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร
พิชญา ชูสนุก รักชนก คชไกร
เสาวรส มีกุศล 88

การพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์การสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ศจีรัตน์ โกศล เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร 79

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ณกมน มีธรรม ประจักร บัวผัน
นครินทร์ ประสิทธิ์ 96

ผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก
ณัชภัคร ธนะภัสสร เบญญาภา พุทธอรุณ 106

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จตุพล ภูดวงดอก นุชรัตน์ มังคละคีรี
เดชา ทำดี 115

การพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
สาธิตา สืบทายาท พรชัย จูลเมตต์
วัชรา ตาบุตรวงศ์ 124

ประสิทธิผลของโปรแกรม Back School เพื่อลดความปวดของหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี
บัณฑิต ฉิมอำพันธ์ นันทพร ภัทรพุทธ
ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์ 133

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
ก้องเกียรติ วงศ์วังจันทร์ นครินทร์ ประสิทธิ์
ณฐกร นิลเนตร 143

Contents

Development of an Organizational Learning Measurement Tool for First-Line Nursing Managers in Tertiary Hospitals
Sajeerat Kosol Phechnoy Singchungchai
Kannikar Chatdokmaiprai 79

The Relationship Between the Quality of Services Provided and the Level of Blood Pressure in Hypertensive Patients in Bangkok Metropolitan
Pichaya Choosanuk Rukchanok Koshakri
Saovaros Meekusol 88

Leadership Soft Skills and Organizational Climate Affecting The Knowledge Management of Health Personnel in Yasothon Provincial Public Health Office
Nakamon Meetham Prachak Bouphan
Nakarin Prasit 96

Results of Using Modified Early Warning Scores (MEWS) on The Incidence of Unplanned Transfer to CCU and ICCU in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention in Cardiac Catheterization Lab at Central Chest Institute of Thailand.
Nutchapuk Thanaphatsorn Benyapa Puthaaroon 106

Effect of Learning Experience Program on Knowledge and Care Practices in Patients with Uncontrolled Hypertension Among Village Health Volunteer
Jatupon Bhuduangdok Nutcharat Mangkarakeree
Decha Tamdee 115

Development of Cognitive Stimulation Program Integrated with Family Participation for Retarding Dementia in Hmong Older Adults
Sathita Suepthayat Pornchai Jullmate
Watchara Tabootwong 124

Effective of Back School Program to Decrease Low Back Pain and Increase Functional Capacity among Cardiac Catheterization Laboratory Personnel in a Hospital, Chonburi Province
Bandith Chimamphan Nantaporn Phatrabuddha
Srirat Lormphongs 133

Health Literacy and Administrative Factors Affecting the Coronavirus Disease 2019 Prevention and Control Performance of Village Health Volunteers at Muang District Chaiyaphum Province
Kongkiat Wongwangchan Nakarin Prasit
Nathakon Nilnate 143

สารบัญ

การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
เพ็ญศรี เอี่ยมศรี อารี ชีวเกษมสุข
สุภมาส อังศุโชติ 153

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อติพร สิทธิมงคล สมบัติ สกุลพรรณ์
ภัทราภรณ์ ภทรสกุล 162

อิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร
อุมาพร สินปราณี ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง
วรรณา พาหุวัฒนกร นพพร ว่องสิริมาศ
ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร 171

ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา
สุกัญญา ทาโสด พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง
วิลัยพร นุชสุธรรม วรุณี ไชยศิลป์ 179

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม
กาญฉัฐ จุฑาณิชญาณ์
นุชรัตน์ มังคละคีรี
เสาวรส มีกุศล 188

ประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง
รัชพร ศรีเดช สมคิด ปราบภัย
ภูเบศร์ นภัทรพิทยาธร 197

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
ธัญญธร ล้อมเมตตา สุรเดช สำราญจิตต์ 207

ความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย
อินทุอร หงษ์ศิริ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี 216

ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม
จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์ สินีนาถ เกียรติอมรเวช
มัลลิกา กิตติวีระพาณิชย์ ณัฐภัสอร ฟักแก้ว 225

Contents

The Development of a Nursing Documentation Model for Patients in Crisis, an Emergency Department of Bhumipol Adulyadej Hospital
Pensri Iemsri Aree Cheevakasemsook
Supamas Angsuchot 153

Mental Health Literacy and Psychological Distress Among Village Health Volunteers
Atiporn Sitthimongkhon Sombat Skulphan
Patraporn Bhatarasakoon 162

Influence of Age, Educational Level, Gestational Age, Number of Child Loss, and Marital Relationship on Grief of Women after Abortion
Umaporn Sinpranee Piyanun Limruangrong
Wanna Phahuwatanakorn Nopporn Vongsirimas
Dittakarn Boriboonhirunsarn 171

Personal Factors, Social Support with Mental Health Literacy among Vocational Students
Sukanya Tasod Pronpawee Keawmungmueang
Wilaiporn Nuchsutham Warunee Chaisin 179

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Behaviors in Early Adolescents with Over-Nutrition in Tha Uthen District, Nakhon Phanom Province
Kanyachat Chuthanitchaya
Nutcharat Mangkarakeree
Saovaros Meekusol 188

Experiences, Supportive Factors, and Strategies for Promoting Exercise Behaviors to Prevent Falls among the Elderly in Semi-Urban Communities
Rutshaporn Sridet Somkid Prabpai
Phubate Napatpittayatorn 197

Quality of Life of The Patients Undergoing One-Level Minimally Invasive Lumbar Spine Surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital
Thanyathorn Lometta Suradej Samranjit 207

The Prevalence of Burn-Out Syndrome and Its Associated Factors among Workers at a Sugarcane and Sugar Industry in Thailand
Inthuon Hongsiri Wiroj Jiamjarasrangsi 216

Effects of A Nursing Intervention to Control Phosphate in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial
Chanarpa Tanatumsatit Sininart Kiatamonwech
Mallika Kittivirapanit Natpatsaon Fugkaew 225

สารบัญ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สู่โรคเบาหวานระยะสงบที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก
สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล ธนพร แย้มศรี 234

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
เพ็ญพโยม เชยสมบัติ จินตนา สินธุสุวรรณ
วิภวานี เผือกบัวขาว 243

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
ฐานิตา พลชม นุชรัตน์ มังคละคีรี
เสาวรส มีกุศล 253

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลให้บริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ
พัชรฉัตร ภูมิสถาน ภรรวษา จันทศิลป์
ศิณีนารถ กระพันธ์เขียว ปิยธิดา ทองสาร 263

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
ถาวรีย์ แสงงาม ปัณณทัต บนขุนทด
ณรงค์กร ชัยวงศ์ ณิชาภัทร มณีพันธ์
เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ 272

การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยไทยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง
จารุวรรณ กฤตย์ประชา ตาณิกา หลานวงค์
เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว กรวิกา บวชชุม
ประณีต ส่งวัฒนา 281

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี
ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์
พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ
สุภาพ ขวัญพูล 290

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร และความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรก
กุสุมล แสนบุญมา เกศินี ไชยโม
วนิดา ชวเจริญพันธ์ นวพร มามาก 300

Contents

The Health Behaviors of Patients with Diabetes Type 2's towards Diabetes Remission Receiving Services from the Primary and Holistic Care Unit, Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province
Supaporn Tantinantrakun Thanaphon Yamsri 234

Development of a Strengthening Model for Saving and Spending Behavior of the Elderly, Na Wung Subdistrict, Mueang District, Phetchaburi Province
Penpayom Choeisombat Jintana Sinthusuwan
Wipavanee Phueakbuakhao 243

Effectiveness of a hypertension prevention program on hypertension prevention behaviors among a hypertension risk group, Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province
Tanita Ponchom Nutcharat Mangkarakeree
Saovaros Meekusol 253

Development and Effectiveness Evaluation of a One-Stop Cataract Surgery Nursing Service Model for Non-admitted Patients at Chaiyaphum Hospital
Patcharachat Phoomsathan Bhanwasa Jantasin
Sineenart Kraphankio Piyathida Thongsarn 263

Development of an Elderly Health Promotion Model Through Community Participation in Mueang District, Buri Ram Province
Thawaree Saengngam Punnathut Bonkhunthod
Narongkorn Chaiwong Nichaphat Maneepun
Penpis Nugoonsawat 272

Illness Perceptions in Thai Patients with Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Observational Study
Charuwan Kritpracha Tanika Lanwong
Phenpitcha Tinkaew Kornwika Buatchum
Praneed Songwathana 281

Development of a Care Model Psychiatric on High-Risk Substance Toward Violence by the Participation Process of Network Partners, Chanthaburi Province
Tipwimol Tungchutaweesub
Puttiporn Pongnanthakunkij
Supap kwanpoon 290

The Effects of Enhancing Self-Efficacy Program on Knowledge and Perceived Self-Efficacy in Child Care and Stress in Caring for the First Pregnancy
Kusumon Saenbunma Kesinee Chaiyamo
Wanida Chavachareanphun Navaporn Mamark 300

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 310
จรัญญา ดาก่ำ นภาเพ็ญ จันทขัมมา
นงนุช วงศ์สว่าง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล 320
อัจฉราพร ปิติพัฒน์ ชลินดา พัชรสุข
สิริณัฏฐ์ โภคพัชญ์ภูเบศ ผกามาส ตงศิริ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ 330
จิตรา น้ำเหนือ ปริศนา อัครธนพล
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 338
สุพิน สุโข ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์
เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์ โสภา บุตรดา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน 346
วิศนีย์ บุญหมั่น ไปยดา วิรัศมี
นาฏอนงค์ แฝงพงษ์

ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ : การศึกษาย้อนหลัง 24 เดือน 355
นงนภัส เฉยเจริญ สิรีธร วิเชียรวรรณ์
ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล กฤษฎา มีมุข

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน 364
นวรัตน์ ใจกล้า วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์
ศิวพร อึ้งวัฒนา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มสตรีเปราะบางชาวมุสลิม อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 374
ดวงกมล ปิ่นเฉลียว กาญจนา ศรีสวัสดิ์

ผลการใช้โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์ ต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย 383
ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล นวลลออ ทวิชศรี

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 394
ฟ้าสว่าง ฟองจำ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ
ธีรพล ผังดี

Contents

Effects of the Empowerment Program in Care Giver on Health literacy and Caring Behavior for Dependent Older Adults in the Community 310
Jaranya Dakam Napaphen Jantacumma
Nongnuch Wongsawang

Predicting Factors of Early Childhood Care Behaviors Among Caregivers 320
Audcharaporn Pitipat Chalinda Phatcharasook
Sirinut Bhokkhaphatbhubeth Phagamas Tongsiri

Relationship Between Health Belief Factors And Behavior Wound Care In The Elderly 330
Jitra Namnoer Prisana Akaratanapol
Kamontip Khungtumneam

The Health literacy and Factors Associated with the Health literacy of Relatives in Caring for Patients using Ventilators in the Medical Ward of Buriram Hospital 338
Supin Suko Thanyasiri Thanyasawad
Penpis Nugoonsawat Sopa Budda

Effects of Parent Training Program on Story Reading in Promoting Toddler Language Development 346
Wisanee Boonmun Paiyada Wirutsamee
Natanong Faengphong

Complication of Post Catheterization Transradial Artery: A 24-Month Retrospective Study 355
Nngnapas Cheyjarean Sireetorn Wichienwan
Teepatad Chintapanyakun Krissada Meemook

Effects of the Activity-based Learning Enhancing Program on Knowledge and Practices of Wounds First Aid Among Student Leaders 364
Navarut Jaikla Wilawan Tuanrat
Sivaporn Aungwattana

Effectiveness of a Participatory Learning Program in Coronavirus Prevention for Vulnerable Muslim Women in Pak kret district, Nonthaburi province 374
Duangkamol Pinchaleaw Kanjana Srisawad

Effects of the Internal Locus of Control Program and Emotion Control Skill Program on Psychological Trait and Violence Prevention Behaviors of Upper Elementary School Students 383
Thipkhumporn Keskomon Nuanla-or Thawitsri

The Effectiveness of A Safe Motorcycle Riding Behavior Promotion Program among High School Students in Mae Chai District, Phayao Province 394
Fasawang Fongcham Nutthakritta Sirisopon
Theerapon Phungdee

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว
มัณฑนา สาขันธ์โคตร จินดารัตน์ ชัยอาจ
จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ 403

อิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
จรรยา ชมชายผล เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย
กาญจนา ศรีสวัสดิ์ 411

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
อรวรรณ โพธิ์ถาวร วิทยา ศรแก้ว
สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ บุบผา รักษานาม
รัตนา กรายแก้ว 421

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน
มณี ภาณุวัฒน์สุข ประวิทย์ ทองไชย
ชญาภัค บุญสูตร 430

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
วรรณพร จงชิดกลาง นรลักขณ์ เอื้อกิจ 437

การวิเคราะห์นโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย
ชาตรี วงษ์แก้ว นงเยาว์ ศรีพรมสุข
บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์ น้ำทิพย์ วิภาวิน 445

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
สุพิชชา อร่ามทอง ณัฐกฤตา ศิริโสภณ
ธริสรา จิรเสถียรพร 458

Contents

Effect of the Patient and Family Centered Care Program on Family Caregivers' Confidence in Caring for Stroke Patients
Mounthana Sakuncote Jindarat Chaiard
Chanchai Yothayai 403

The Influence of Innovation Leadership Competencies of First Line Nursing Administrators and Climate for innovation on Job Satisfaction of Registered Nurses at a Tertiary Hospital in the Northeastern Region
Janya Chomchaipol Premruethai Noimuenwai
Kanjana Srisawad 411

Elderly Dependency Health Care Model in Community, Ban Jandee Sub-District Health Promoting Hospital, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province
Orawan Phothaworn Wittaya Sornkeaw
Sukhumaphorn Sriwisit Buppha Raksanam
Rattana Kraikeaw 421

Nursing Supervision Model for Pressure Ulcer Prevention in Patients at Risk of Pressure Ulcers at King Taksin Memorial Hospital
Manee Panuwatsuk Prawit tongchai
Chayapak Boonsut 430

Factors Related to Preventive Behaviors for Influenza Infection in Persons with Coronary Artery Disease
Wannaporn Jongchidklang Noraluk Ua-Kit 437

Analysis of Research Data Management Policies in Health Sciences at Thai Universities
Chatree Wongkaew Nongyao Nongyao Sripromsuk
Bordin Sapsomboon Namtip Wipawin 445

The Effectiveness of Telenursing Dietary Change Program for Elderly with Dyslipidemia
Suphitcha Aramthong Nutthakritta Sirisopon
Tharisara Chirasatienpon 458

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการบริหารจัดการและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Perioperative Nursing Roles in Stroke Prevention and Management

พัทธมน ทิพกร* ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล
Pattamon Tippakon* Yananan Ratanatherawichian Phongthara Vichitvejpaisal
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

บทความนี้ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในด้านการบริหารจัดการและการป้องกันเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เริ่มด้วยการแบ่งประเภท อุบัติการณ์ และทบทวนปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในช่วงการผ่าตัด ตลอดจนอาการแสดงที่สามารถตรวจพบได้ในห้องพักฟื้น โดยยกประเด็นความสำคัญของการประเมินและการค้นหารอยโรคแต่เนิ่นๆ นอกจากนี้บทความได้เน้นถึงความร่วมมือกับสหวิชาชีพ ในเรื่องเกณฑ์การปฏิบัติและกลยุทธ์ในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเสริมให้ผลลัพธ์ของการรักษาดียิ่งขึ้น โดยย้ำถึงความจำเป็นในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมในเชิงรุกเพื่อการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย ประกอบกับยังได้คำนึงถึงกระแสและแนวโน้มทางเทคโนโลยีในการจัดการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในช่วงการผ่าตัด ควบคู่ไปกับการเผชิญความท้าทายและโอกาสในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม

คำสำคัญ: พยาบาลห้องผ่าตัด, โรคหลอดเลือดสมองในช่วงการผ่าตัด, การบริหารจัดการโรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This review explores the multifaceted aspects of perioperative stroke management, focusing on the critical role of perioperative nurses in stroke prevention and intervention. Beginning with an overview of stroke types, incidence, and risk factors in the perioperative period, the review delves into the identification of stroke symptoms in the PACU, emphasizing the importance of early detection and assessment. Furthermore, it delves into existing stroke protocols, interventions, and management strategies, emphasizing the pivotal role of interdisciplinary collaboration in enhancing patient outcomes. Underscoring the necessity for ongoing education, awareness, and proactive involvement in stroke care initiatives within perioperative nursing practice. Additionally, emerging trends and technologies in perioperative stroke management are examined, alongside challenges and opportunities for enhancing the care of surgical patients. This comprehensive review provides insights, recommendations, and a call to action for advancing perioperative stroke care.

Keywords: Perioperative nursing, Perioperative stroke, Stroke prevention, Stroke management

Corresponding Author: Email: phongthara@gmail.com

วันที่รับ (received) 23 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ 5 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ 17 พ.ค. 2568

Introduction

The postoperative phase stands as a pivotal stage in patient care, symbolizing the shift from surgery to the PACU. In this critical setting, often referred to as the post-anesthesia care unit (PACU), patients undergo close monitoring as they awaken from anesthesia and regain consciousness. Despite remarkable strides in surgical techniques, complications such as stroke can still arise during this delicate period.[1] Stroke, marked by the sudden cessation of blood flow to the brain, presents significant risks in such circumstances. Factors contributing to these risks include postoperative hypoxemia, especially prevalent in respiratory-compromised patients, and hemodynamic instability, typified by fluctuating blood pressure and heart rate, particularly concerning in patients with underlying cardiovascular disease. Additionally, patients with a hypercoagulable state are predisposed to increased likelihood of cerebral artery blockage. Moreover, imbalances in fluid and electrolytes can further exacerbate these risks by affecting blood viscosity and heightening thromboembolic potential.[2]

This article aims to summarize current evidence and practices related to the perioperative nursing role in stroke patient care and to underscore the significance of understanding stroke protocols and interventions, particularly given stroke's potential as a complication in the PACU. Perioperative nurses, specializing in the care of surgical patients across the perioperative continuum, play a crucial role in ensuring patient safety and well-being. Their responsibilities span from preoperative preparation to intraoperative assistance and extend into the postoperative phase. In this critical period, perioperative nurses pivot their focus to vigilant monitoring of patients' vital signs, encompassing parameters such as blood pressure, heart rate, respiratory rate, and oxygen saturation. This meticulous observation aims to promptly detect any signs of complications or deterioration as patients recover from anesthesia and surgical interventions, highlighting the pivotal role of perioperative nurses in optimizing patient outcomes.

Understanding Stroke in the Perioperative Setting

Definition and Types of Strokes

A stroke, also known as a cerebrovascular accident (CVA), occurs when there is a sudden disruption of blood flow to the brain, resulting in damage to brain tissue. Strokes can be broadly categorized into two main types:[2]

1) Ischemic Stroke: This type of stroke occurs when a blood vessel supplying the brain becomes blocked or narrowed, leading to a reduction or cessation of blood flow to a specific area of the brain. Ischemic strokes account for the majority of stroke cases and can result from thrombotic or embolic occlusions of cerebral arteries.

2) Hemorrhagic Stroke: Hemorrhagic stroke occurs when a weakened blood vessel in the brain ruptures, causing intracerebral hemorrhage or subarachnoid hemorrhage. Hemorrhagic strokes are less common but tend to be more severe and associated with higher mortality rates.

Incidence and Prevalence of Stroke

While stroke is relatively rare in the immediate postoperative period, its incidence increases significantly in the days and weeks following surgery. Postoperative stroke can occur in patients undergoing various surgical procedures, including cardiac surgery, vascular surgery, neurosurgery, and major non-cardiac surgery.[2] The exact incidence and prevalence of postoperative stroke vary depending on factors such as patient demographics, comorbidities, surgical characteristics, and the type of anesthesia used. However, studies

have reported incidence rates ranging from 0.1% to 5% following major surgeries, with higher rates observed in specific patient populations, such as older adults and those with preexisting cardiovascular risk factors.[2] Postoperative stroke is associated with increased morbidity, mortality, and healthcare resource utilization, emphasizing the importance of early recognition and management in perioperative care.

Risk Factors for Stroke

Advanced Age: Older adults are at increased risk of stroke due to age-related changes in vascular structure and function, as well as a higher prevalence of comorbidities such as hypertension, diabetes, and atrial fibrillation.[3]

Cardiovascular Disease: Patients with a history of coronary artery disease, heart failure, valvular heart disease, and atrial fibrillation, are at an elevated risk of stroke due to underlying vascular pathology and prothrombotic states. Additionally, the presence of a patent foramen ovale (PFO) is associated with cryptogenic stroke and may also be linked to perioperative stroke. PFO could potentially serve as a mechanism for stroke following intraoperative venous air embolism or perioperative thrombosis.[3]

Hypertension: Elevated blood pressure is a significant risk factor for stroke, as it contributes to arterial wall damage, atherosclerosis, and increased susceptibility to thromboembolic events.[3]

Diabetes Mellitus: Diabetes is associated with endothelial dysfunction, accelerated atherosclerosis, and hypercoagulability, all of which increase the risk of stroke.[3]

Smoking: Tobacco use can promote vascular inflammation, endothelial dysfunction, and thrombosis, predisposing patients to atherosclerotic plaque formation and rupture.[3]

History of Prior Stroke: A history of stroke or transient ischemic attack (TIA) is consistently identified as a significant risk factor for perioperative stroke. The risk is highest within the first three months following a prior stroke, then gradually decreases, stabilizing around nine months post-stroke.[1]

Hyperlipidemia: Elevated levels of cholesterol and triglycerides contribute to atherosclerosis and plaque formation in cerebral arteries, increasing the risk of ischemic stroke.

Obstructive Sleep Apnea: These patients have an increased risk of stroke due to intermittent hypoxemia, hypercapnia, sympathetic activation, and endothelial dysfunction associated with sleep-disordered breathing.[1]

Coagulation Disorders: Inherited or acquired coagulation disorders, such as thrombophilia or anticoagulant therapy, can predispose patients to thromboembolic events, including ischemic stroke or hemorrhage.[1]

Surgical Factors: Certain surgical characteristics, such as prolonged operative duration, large blood loss, use of cardiopulmonary bypass, and positioning-related vascular compression, can increase the risk of perioperative stroke.[1]

Anesthesia-related Factors: Anesthetic agents and techniques may influence stroke risk by affecting cerebral blood flow, blood pressure regulation, and coagulation pathways. For example, hypotension, hypoxemia, hypercarbia, and cerebral vasodilation during anesthesia induction and maintenance can exacerbate cerebral ischemia or hemorrhage in vulnerable patients.[1]

Identifying Stroke in the PACU

Importance of Early Detection and Assessment

Early detection and assessment play a crucial role in stroke management. Prompt initiation of interventions, including neuroimaging

and consultation, can minimize brain damage and optimize outcomes. Early management in the PACU can mitigate complications such as recurrent ischemia and cerebral edema. Initiating rehabilitation interventions early aids in promoting recovery and maximizing functional outcomes. Implementing safety measures ensures patient safety, while timely communication and collaboration among healthcare team members coordinate comprehensive care and optimize patient outcomes.[1,2]

Signs and Symptoms of Stroke

Sudden Weakness or Paralysis: Patients may experience weakness or paralysis, typically on one side of the body, affecting the face, arm, or leg. This unilateral motor deficit is a hallmark feature of stroke.[1]

Speech Difficulties: Stroke can impair speech and language function, leading to slurred speech, difficulty finding words (aphasia), or inability to comprehend spoken language (receptive aphasia).[1]

Facial Droop: One side of the face may droop or appear asymmetrical, particularly when smiling or attempting to raise the eyebrows.[1]

Visual Disturbances: Stroke can cause visual disturbances, such as blurred vision, diplopia, or loss of vision in one or both eyes (amaurosis fugax).[1]

Altered Mental Status: Patients may exhibit confusion, disorientation, agitation, or loss of consciousness, indicating a disturbance in cognitive function.[1]

Severe Headache: A sudden, severe headache, often described as the worst headache of one's life, can occur in hemorrhagic strokes due to intracranial bleeding.[1]

Balance and Coordination Problems: Stroke-related deficits in balance and coordination may cause dizziness, vertigo, unsteady gait, or difficulty maintaining posture.[1]

Changes in Sensation: Patients may experience numbness, tingling, or loss of sensation in the face, arm, leg, or hemiparesis.[1]

Loss of Bladder or Bowel Control: In severe cases of stroke, patients may experience urinary or fecal incontinence due to impaired neurological control.[1]

Challenges in Diagnosing Stroke

Effects of Anesthesia: Residual effects of anesthesia, such as sedation, altered mental status, and impaired cognition, can mask or mimic stroke symptoms, making it difficult to differentiate between neurological deficits and drug-induced effects.[1,2]

Postoperative Confusion: Postoperative patients may experience confusion, agitation, or delirium as a result of anesthesia, pain medications, or surgical stress, complicating the assessment of neurological function and symptom interpretation.[1,2]

Limited Patient Interaction: Patients in the immediate postoperative period may be drowsy, disoriented, or unresponsive, limiting their ability to communicate symptoms or participate in neurological assessments effectively.[1,2]

Incomplete Medical History: Inadequate preoperative assessment or incomplete medical history may obscure preexisting neurological deficits or risk factors for stroke, leading to delayed recognition and diagnosis of stroke in the PACU.[1,2]

Time Sensitivity: Stroke is a time-sensitive emergency, and delays in diagnosis and intervention can have detrimental consequences for patient outcomes. The limited time window for administering thrombolytic therapy or performing endovascular interventions underscores the importance of early detection and assessment in the PACU. Thrombolytic therapy is typically recommended within four and a half hours from symptom onset, while endovascular interventions are recommended within six hours from symptom onset. However, certain patients may be

eligible for these interventions up to 24 hours after they were last known to be well.[1,2]

Preventive Strategies

Preoperative Assessment and Risk Stratification for Stroke

Medical History Review: Conduct a thorough review of the patient's medical history, encompassing cardiovascular risk factors such as hypertension, diabetes, and hyperlipidemia, alongside any prior history of stroke or TIA, atrial fibrillation, smoking habits, and other pertinent comorbidities.[1]

Medication Review: Scrutinize the patient's medication regimen for reconciliation, paying special attention to anticoagulants, antiplatelet agents, antihypertensives, and medications addressing comorbidities. Identify potential drug interactions or contraindications to specific perioperative interventions.[2]

Neurological Assessment: Perform a comprehensive evaluation of cognitive, motor, sensory, and speech/language functions, as well as cranial nerve integrity. This aims to uncover preexisting neurological deficits or risk factors for perioperative stroke.[1]

Cardiovascular Assessment: Evaluate cardiac rhythm (e.g., atrial fibrillation), presence of structural heart disease (e.g., valvular heart disease), history of myocardial infarction, congestive heart failure, or arrhythmias to gauge stroke risk and guide perioperative management.[1]

Imaging Studies: Consider obtaining brain computed tomography (CT) or magnetic resonance Imaging (MRI) scans for patients with a history of stroke, TIA, or significant neurological symptoms to assess for structural abnormalities or vascular lesions.[2]

Laboratory Investigations: Conduct a battery of tests including complete blood count, electrolyte panel, coagulation studies, renal function tests, and lipid profile to uncover underlying metabolic abnormalities or coagulation disorders potentially heightening the risk of perioperative stroke.[1]

Functional Assessment: Assess the patient's activities of daily living, mobility, and nutritional status to identify potential perioperative complications risks and facilitate optimized care planning and resource allocation.[2]

Psychosocial Assessment: Explore the patient's social support system, coping mechanisms, psychiatric history, and substance use to gauge readiness for surgery and to identify potential barriers to adherence to postoperative care instructions.[2]

Perioperative Optimization Strategies to Reduce Stroke Risk

Blood Pressure Management: Prioritize preoperative optimization of blood pressure to attain target levels and mitigate the risk of perioperative hypertension or hypotension, both of which can predispose patients to stroke.[4]

Cardiac Function Optimization: Implement comprehensive management of cardiac risk factors, including appropriate medical therapy, cardiac monitoring, and thorough perioperative cardiac risk assessment, especially for patients with existing cardiovascular disease or arrhythmias.[4]

Smoking Cessation: Advocate for smoking cessation before surgery to diminish the risk of perioperative cardiovascular complications and enhance overall cardiovascular health, recognizing smoking as a significant modifiable stroke risk factor.[4]

Glycemic Control Optimization: Tailor medication regimens, dietary adjustments, and vigilant blood glucose monitoring for diabetic patients to mitigate the risk of perioperative hyperglycemia, a contributor to heightened stroke risk.[4]

Venous Thromboembolism Prophylaxis: Employ both pharmacological and mechanical

prophylaxis methods to lower the risk of perioperative thromboembolic events, including stroke.[4]

Anticoagulation Management: Exercise meticulous perioperative management of anticoagulant therapy in patients with indications such as atrial fibrillation or venous thromboembolism, carefully balancing thromboembolism risk against the potential for perioperative bleeding complications.[4]

Fluid and Electrolyte Balance: Optimize fluid and electrolyte equilibrium through preoperative hydration, electrolyte supplementation, and continuous perioperative monitoring to avert dehydration, electrolyte imbalances, and hemodynamic instability.[4]

Temperature Regulation: Maintain normothermia via diligent perioperative temperature monitoring and appropriate temperature management strategies to prevent perioperative hypothermia, a factor associated with heightened risk of various perioperative complications, including stroke.[4]

Understanding Stroke Protocols and Interventions in Perioperative Nursing

Standardized Assessment Tools

Numerous professional organizations and expert consensus panels have crafted guidelines and protocols for stroke management across various healthcare settings.

American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA): This body has developed comprehensive guidelines for handling acute ischemic stroke, intracerebral hemorrhage, and subarachnoid hemorrhage. These guidelines prioritize timely evaluation, diagnostic imaging, acute treatment options, and secondary prevention strategies.

European Stroke Organisation (ESO): Offering evidence-based guidelines, the ESO covers acute stroke management, prehospital care, acute medical management, neuroimaging, reperfusion therapies, and post-stroke rehabilitation.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): NICE guidelines furnish recommendations for stroke diagnosis and management, encompassing acute assessment, thrombolysis, endovascular treatment, secondary prevention, and long-term rehabilitation.

Joint Commission Stroke Certification: The Joint Commission administers certification programs for stroke centers, evaluating adherence to specific performance measures and best practices in stroke care. These measures include rapid assessment, treatment protocols, and quality improvement initiatives.

Role of Perioperative Nurses in Stroke Management

Early Recognition and Rapid Response: Perioperative nurses play a crucial role in promptly identifying potential stroke symptoms such as sudden weakness, speech difficulties, or altered mental status. Upon suspicion, they initiate immediate monitoring of vital signs, ensuring airway patency and oxygenation. This includes activating a rapid response protocol, which involves notifying a multidisciplinary team, activating emergency services, and preparing for transfer to advanced care facilities.[5,6]

Supportive Care and Pain Assessment: Perioperative nurses provide essential supportive care to stroke patients, prioritizing tasks such as maintaining airway patency, optimizing oxygenation and ventilation, and ensuring effective pain management. They also monitor hemodynamic status and sympathetic activity to prevent complications such as aspiration pneumonia or pressure ulcers.[5]

Fluid and Electrolyte Management: Integral to stroke management, nurses closely monitor fluid intake, output, and serum

electrolyte levels to prevent complications such as hypovolemia, hemodynamic or metabolic instabilities, and electrolyte disturbances like hyponatremia or hypernatremia.[5]

Neurological Monitoring and Assessment: Utilizing standardized assessment tools like the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) or Glasgow Coma Scale (GCS), nurses evaluate various neurological functions including motor function, sensory perception, speech/language abilities, cranial nerve integrity, and level of consciousness. This assessment aids in determining the severity and progression of stroke symptoms.[5,6]

Preparation for Neuroimaging: Perioperative nurses prepare patients for emergent neuroimaging studies such as computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) of the brain. These imaging studies confirm the diagnosis, assess the extent of cerebral injury, and guide treatment decisions.[5]

Seizure Prophylaxis: Perioperative nurses administer antiepileptic drugs such as levetiracetam or phenytoin to high-risk post-stroke seizure patients, particularly in cases of hemorrhagic stroke or large hemispheric infarctions, to mitigate seizure risks.

Thrombolytic Therapy and Endovascular Thrombectomy: Nurses ensure adherence to eligibility criteria for administering tissue plasminogen activator (tPA) to dissolve blood clots and restore cerebral perfusion. Additionally, they facilitate endovascular thrombectomy procedures to remove occlusive thrombi from large cerebral arteries, aiming to restore blood flow and salvage brain tissue in patients with acute ischemic stroke and large vessel occlusions.[5]

Anticoagulation and Antiplatelet Therapy: Following established guidelines, nurses initiate anticoagulants such as heparin or low-molecular-weight heparin in acute ischemic stroke patients with cardioembolic or thromboembolic etiologies. They may also administer antiplatelet agents like aspirin or clopidogrel for stroke prevention in patients with a history of TIA, thus reducing the risk of recurrent thromboembolic events including venous thromboembolism (VTE) such as deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE).[5]

Rehabilitation and Patient Advocacy: Perioperative nurses actively engage in multidisciplinary stroke teams, collaborating with physical therapists, occupational therapists, and speech-language pathologists to implement individualized rehabilitation strategies. They encourage early mobilization and ambulation postoperatively to promote circulation, prevent venous stasis, and reduce the risk of VTE associated with stroke-related thromboembolic events. Additionally, nurses empower patients to actively participate in their care and recovery process.[7]

Case Study

A 65-year-old male with symptomatic coronary artery disease undergoes elective coronary artery bypass grafting (CABG) surgery. Upon recovery, he experiences sudden right-sided weakness, facial droop, and slurred speech, indicative of an acute ischemic stroke. Rapid response protocols are promptly initiated, and a neurological assessment reveals a NIH Stroke Scale score of 12. Emergent brain CT scan confirms a left middle cerebral artery (MCA) territory infarction, but the patient is deemed ineligible for thrombolytic therapy due to recent surgery, with endovascular thrombectomy not feasible within the time constraints. Blood pressure is controlled, and neuroprotective measures are initiated before transferring the patient to the stroke unit for further evaluation and management. Rehabilitation services are promptly initiated, and follow-up imaging shows mild improvement, leading to the patient's discharge home with residual

deficits.

This case underscores the critical importance of early recognition and activation of rapid response protocols, the necessity for timely neuroimaging to confirm diagnosis and guide treatment decisions, and the challenges inherent in managing acute stroke in the perioperative setting, particularly regarding the limitations of thrombolytic therapy and endovascular interventions. It also highlights the significance of interdisciplinary collaboration and coordination of care to optimize patient outcomes.

Future Directions and Challenges

Trends in Stroke Management

Contemporary stroke care is witnessing transformative advancements. Telemedicine and remote monitoring technologies allow real-time assessment of stroke patients, facilitating prompt consultation with specialists. Artificial Intelligence (AI) aids in stroke detection and treatment decisions, promising personalized care. Telestroke networks extend specialized care to underserved areas. Advanced neuroimaging modalities offer insights into stroke pathophysiology. Neuroprotective therapies and remote rehabilitation services enhance patient outcomes.[8]

Challenges in Stroke Care and opportunities for Improvement

Despite progress, challenges persist. Limited awareness among healthcare providers may lead to delayed diagnosis. Geographic disparities and resource limitations hinder access to specialized care, especially in rural regions. Issues with thrombolytic therapy and neurological confounders complicate perioperative stroke management. Inadequate training and healthcare system fragmentation exacerbate these challenges.

Opportunities abound for enhancing perioperative stroke care. Developing risk prediction models tailored to perioperative patients could improve preventive strategies. Integrating multimodal neuroimaging techniques promises better stroke assessment. Quality improvement initiatives and patient-centered outcomes research are crucial. Health information technology solutions and healthcare system integration initiatives can streamline workflow and improve care coordination.

Conclusion

Ischemic stroke and hemorrhagic stroke represent the primary types of stroke, each demanding distinct pathophysiological understanding and management strategies. Within the perioperative period, stroke poses a significant concern, necessitating swift recognition, thorough assessment, and immediate intervention to mitigate neurological impairment and enhance patient outcomes. Perioperative patients face heightened stroke risks due to factors such as anesthesia, surgical procedures, and underlying health conditions. Guidelines and protocols offer evidence-based frameworks for managing stroke in perioperative settings, stressing the importance of interdisciplinary teamwork, prompt assessment, and timely treatment. Perioperative nurses are pivotal in preventing and managing strokes during the perioperative phase, playing a crucial role in early identification and intervention in PACU. Their duties encompass neurological assessments, vital sign monitoring, rapid response coordination, and interdisciplinary collaboration. Active involvement in quality improvement and research is vital for advancing perioperative stroke care. Therefore, it’s imperative for nurses to remain vigilant, informed, and proactive in stroke prevention and management. Continuous education and awareness efforts are essential for enhancing proficiency in recognizing, assessing, and intervening in strokes effectively.

By staying updated and honing skills, perioperative nurses significantly contribute to improving perioperative stroke care and patient well-being.

References

1. Vlisides PE, & Moore LE. Stroke in surgical patients. Anesthesiology. 2021;134(3): 480-92.
2. Benesch C, Glance LG, Derdeyn CP, Fleisher LA, Holloway RG, Messé SR, et al. Perioperative neurological evaluation and management to lower the risk of acute stroke in patients undergoing noncardiac, nonneurological surgery: a scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association. Circulation. 2021;143(19): e923-46.
3. 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)
4. Marcucci M, Chan MTV, Smith EE, Absalom AR, & Devereaux PJ. Prevention of perioperative stroke in patients undergoing non-cardiac surgery. Lancet Neurology. 2023;22(10): 946-58.
5. Power M, Bentley C, & Benesch C. Nurse's role in perioperative neurological evaluation and management to lower the risk of acute stroke in patients undergoing noncardiac, nonneurological surgery. Journal of Perianesthesia Nursing. 2022;37(6): 751-9.e1.
6. Snavely J, & Thompson HJ. Nursing and institutional responsibilities for in-hospital stroke. Stroke. 2023;54(11): 2926-34.
7. Doungchan N, Singprasert p, Throngthieng W, Wanchai A, Sutthilak C, & Banlengchit S. Stroke in older people and guidelines for strengthening caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 20-8. (in Thai)
8. Worthmann H, Winzer S, Schuppner R, Gumbinger C, & Barlinn J. Telestroke networks for area-wide access to endovascular stroke treatment. Neurological Research and Practice. 2023;5(1): 1-12.

มุมมองใหม่: การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย

New Perspective: Patients' Perceptions of Safety Culture

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

บทคัดย่อ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยนั้น จำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐาน ในการดูแลที่มีข้อมูลที่หลายมุมมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลมุมมองใหม่ในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งพบปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย โดยภาครัฐได้ดำเนินการกำหนดนโยบายต่างๆ ซึ่งส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของบุคลากร ซึ่งยังขาดมุมมองหนึ่งที่เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งวัฒนธรรมความปลอดภัยในที่นี้มีความหมายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองร่วมถึงการดูแลจากบุคลากรสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความต้องการและสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินในการดูแลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ความรู้สึกปลอดภัย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม การสื่อสารกับผู้ป่วยทีมดูแล การจัดการบริหารงานบุคลากร ดังนั้นการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงต้องมุ่งเน้นการสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วย บุคลากร ไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้เห็นความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์กับผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องเข้าใจและรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมุมมองดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัย, การรับรู้ของผู้ป่วย, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

Abstract

The development of effective and safe patient care requires the establishment of standards in care with data from multiple perspectives. The objective is to present new perspectives on patients' perceptions of safety culture, which has found patient safety problems. The government has implemented various policies that promote patient safety by studying patient safety culture policies related to personnel work, which still lacks one perspective on patient perception from the patient's perspective. Safety culture here means what patients value in self-care and care from health personnel from the patient's perspective. Patients need and reflect on what patients evaluate in the care of the medical personnel team, feelings of safety, patient information sharing, teamwork, communication with patients, care teams, and personnel management. Therefore, promoting a safety culture must focus on raising awareness among patients and personnel at the same time to see the importance of patient safety. The information is useful for Nursing Administration,

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

วันที่รับ (Received) 7 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 พ.ค. 2568

Nurses, and Nursing researchers is necessary to understand and perceive information related to this perspective to improve the quality of care for patients.

Keywords: Safety Culture, Patients' Perceptions, Patient safety

บทนำ

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพอย่างยั่งยืน มีหลักการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมร่วมกันของบุคลากรในองค์กรที่ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดเป็นวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นการป้องกันความผิดพลาดแทนที่จะมุ่งโทษบุคคลเมื่อเกิดข้อผิดพลาดขึ้นการพัฒนาและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาลไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการเรียนรู้จากความผิดพลาด การปรับปรุงกระบวนการทำงาน และการสร้างความไว้วางใจระหว่างบุคลากรและผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยที่ทุกองค์กรด้านสุขภาพต้องให้ความสำคัญและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยอย่างแท้จริง

ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าความปลอดภัยในผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญ สำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายและแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[1,2] โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกได้กำหนด เป้าหมายคือ "เพื่อให้บรรลุการลดอันตรายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยทั่วโลก" ซึ่งจากสถิติข้อมูลพบว่าข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 10 ราย ได้รับอันตรายจากการดูแลผู้ป่วย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปีเนื่องจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย และในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางผู้คนมากถึง 4 ใน 100 คนเสียชีวิตจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย[1,3]

นอกจากนี้การรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นการแปลความหมายของผู้ป่วยต่อการดำเนินการเพื่อป้องกันหลีกเลี่ยง ลดผลกระทบและเยียวยาผู้ป่วยจากอันตรายการบาดเจ็บ และความเสียหายที่เกิดขึ้น จากการเข้ารับบริการสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพและประมวลการรับรู้นั้น เป็นความเข้าใจเฉพาะบุคคล แสดงออกมาเป็นความคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในผู้ป่วย[4] วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยส่งผลลัพธ์ต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับต่ำ อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความผิดพลาดทางการแพทย์ตามมาได้[5,6] การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก

ความหมายและความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety Culture) หมายถึง พฤติกรรมของคนในองค์กรที่แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เกี่ยวกับความปลอดภัย ในบริบทของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังหมายถึง การรับรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับทัศนคติค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรมการปฏิบัติที่แสดงออกโดยอัตโนมัติในการจัดการด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย[7] ดังนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยส่งผลลัพธ์ต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับต่ำ อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความผิดพลาดทางการแพทย์ตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษา[8] แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วยเพื่อที่จะส่งเสริมคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญอย่างมากและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจของประชาชนต่อการให้การบริหารในโรงพยาบาล[5]

จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการและสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินในการดูแลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ความรู้สึกปลอดภัย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม การสื่อสารกับผู้ป่วยทีมดูแล การจัดการบริหารงานบุคลากร ขอยกตัวอย่างพฤติกรรมความปลอดภัยในการบริการพยาบาล ได้แก่ วัฒนธรรมความปลอดภัย "การล้างมืออย่างถูกวิธี ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค" จากการที่พบว่าบุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นพาหะสำคัญ

ในการทำให้เกิดอันตรายในโรงพยาบาลจากการนำเชื้อโรคแพร่กระจายจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งได้อย่างรวดเร็วและทำให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาลเป็นอย่างมากทั้งด้านผู้ป่วยและทรัพย์สินของโรงพยาบาล จึงมีการรณรงค์สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยล้างมือเมื่อออกและเข้าทุกครั้ง ในการเข้าออกหอผู้ป่วยหรืออาคารของโรงพยาบาลสำหรับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการบริการพยาบาลมีอยู่เป็นจำนวนมากและเกี่ยวข้องกับบุคคลต่างๆ จำนวนมากน้อยต่างกันแต่อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมความปลอดภัยทุกเรื่องย่อมเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยและคุณภาพการบริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย[9]

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาและธำรงรักษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลทุกแห่ง การศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในต่างประเทศและในประเทศไทย จึงเป็นสิ่งจำเป็นทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในต่างประเทศ

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยได้กลายมาเป็นหัวใจสำคัญของการวัดผลการดำเนินงานของระบบสุขภาพและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยมีงานวิจัยในต่างประเทศที่สนใจในมุมมองของผู้ป่วย โดยพบว่าประสบการณ์การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพการดูแลของสถานพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันคือการดูแลช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ โดยเป็นการสร้างการมีคุณค่าในตัวเอง ในการตอยสนองต่อปัญหาที่ด้านคุณภาพ ความปลอดภัย หรือประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและแสดงความคิดเห็นในเรื่องความปลอดภัยมากขึ้น เช่น สำหรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ให้การรักษาทำการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริง ย่อมสามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลได้แต่ประเด็นดังกล่าวมีข้อจำกัดจากสภาพอาการของผู้ป่วย จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยพบว่า การได้รับคำแนะนำและการวัดประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยตระหนักว่า ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลสำคัญ และการรับรู้ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆ ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบอกได้ว่าพวกเขารู้สึกว่าตนเองได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพหรือไม่ หรือได้รับข้อมูลที่มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายเพียงใด โดยข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยสามารถมีได้ตั้งแต่ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมผ่านการสัมภาษณ์หรือกลุ่มสนทนา (focus groups) ไปจนถึงชุดข้อมูลเชิงปริมาณขนาดใหญ่ที่ได้จากการสำรวจแบบมาตรฐาน การวัดประสบการณ์ที่รายงานโดยผู้ป่วยโดยตรงจะเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่มีความสำคัญและสามารถประเมินการรับรู้ต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยได้อย่างต่อเนื่อง[10]

พยาบาลควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลรักษาและความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ความเครียดและภาระงานที่มากของพยาบาลมักส่งผลให้ความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของทั้งสองฝ่ายนั้นเป็นไปได้ยากหรือลดลง ซึ่งในปัจจุบันการเพิ่มความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอาจยังไม่เพียงพอ จากการศึกษาจึงพบว่าควรจัดให้มีพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการออกแบบกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อเพิ่มสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง[11]

นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสะท้อนประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมาเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยได้อย่างครอบคลุม จากการศึกษาพบว่ามีแบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย (Patients' Perceptions of Safety Culture scale (PaPSC scale))[12] ที่สรุปประเด็นสำคัญในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยสรุปได้ ดังนี้

1. ความรู้สึกปลอดภัย (Feeling safe)
   โดยมีหัวข้อในการประเมินได้แก่
   1.1 ตลอดระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยต้องรู้สึกว่าอยู่ใน "มือที่สะอาด" ของพยาบาล

1.2 ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด

2. การส่งต่อของข้อมูลที่ราบรื่น (Information flow)

โดยมีหัวข้อในการประเมินได้แก่

2.1 การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่น

2.2 แพทย์ได้รับข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติทางการแพทย์ในปัจจุบันอย่างครบถ้วน

2.3 พยาบาลได้รับข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติทางการแพทย์ในปัจจุบันอย่างครบถ้วน

2.4 หลังจากการเปลี่ยนเวร พยาบาลมีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

3. การทำงานเป็นทีม (ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ) (Teamwork (within/between specialty areas)

โดยมีหัวข้อในการประเมินได้แก่

3.1 แพทย์และพยาบาลทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างดี

3.2 มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ (วอร์ดอื่นๆ, แผนกเอ็กซเรย์, แผนกกายภาพบำบัด ฯลฯ) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Communication with patients)

โดยมีหัวข้อในการประเมินได้แก่

4.1 ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลการรักษาของตนเองอยู่เสมอ

5. การสื่อสารภายในทีมดูแล (Communication in the care team)

โดยมีหัวข้อในการประเมินได้แก่

5.1 พยาบาลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระทุกครั้ง หรือแจ้งข้อมูลได้ตลอดเวลา เมื่อพบความผิดปกติของผู้ป่วย

6. จำนวนของบุคลากร (Staffing)

โดยมีหัวข้อในการประเมินได้แก่

6.1 มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและเพียงพอ

การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมุ่งเน้นไปที่การประเมินจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่พยายามสร้างมุมมองจากผู้ป่วยในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย สู่มุมมองวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้เกิดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจากความคิดเห็นของผู้ป่วยจากการที่พยาบาลได้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล เกิดความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ในโรงพยาบาล และอีกทั้งทำให้มองเห็นถึงปัญหาด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยในช่วงอยู่โรงพยาบาลอีกด้วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และมีประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลตามแผนการรักษา ทำให้ความปลอดภัยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น[13]

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเทศไทย

มีงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ โดยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในไทยย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2558-2568) ในฐานข้อมูลทางวิชาการพบว่ามีรายงานเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยส่วนใหญ่กล่าวถึงมุมมองในส่วนของบุคคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก มีงานวิจัยบางส่วนที่มีการศึกษาในผู้ป่วยดังนี้ ศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับมาก การป้องกันการติดเชื้อแก่บุคลากรทางสุขภาพรวมถึงผู้ป่วยและญาติมีการการล้างมือของผู้ที่เข้ามาในอาคารของโรงพยาบาล เป็นการดำเนินการที่อาจทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก[4] นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการล้างมือในระดับสูง และมีทัศนคติในระดับดี แต่ระดับการปฏิบัติยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อยระหว่างความรู้กับทัศนคติ ($r = .366$, $p < .01$) และระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ($r = .121$, $p < .05$) ขณะที่ทัศนคติไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือ ($r = .03$) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 44 ปี การศึกษาระดับประถมเป็นสัดส่วนสูงสุด และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการล้างมือจากบุคลากรทางการแพทย์ราวสองในสาม[13] อย่างไรก็ตาม

ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ตระหนักถึงบทบาทของตนในการป้องกันการติดเชื้อจากข้อมูลดังกล่าวผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงให้เพื่อเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คือ จัดเตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ปรับปรุงอาคาร สถานที่ให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย พบว่ายังขาดศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาลและศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในมุมมองของบุคลากรสุขภาพอื่น ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการทำวิจัยในลำดับต่อไป[4] การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมุ่งเน้นการสร้างความตระหนักแก่บุคลากรเพื่อให้เห็นความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและอีกหนึ่งการศึกษาพบว่างานบริการสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผลจากค่านิยม เจตคติ การรับรู้ สมรรถนะ พฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มคน ซึ่งกำหนดความมุ่งมั่นวิถีการทำงานและความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรสุขภาพ การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องศึกษา[14]

จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่กล่าวถึงความปลอดภัยในมุมมองของผู้ป่วยยังมีไม่มากนัก และยังไม่พบงานวิจัยที่ให้ความสำคัญในเรื่องความต้องการหรือความคิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเทศไทย จากการค้นคว้าส่วนใหญ่เกี่ยวกับความปลอดภัยเรื่องการลดการแพร่กระจายเชื้อโดยการล้างมือ

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ในปัจจุบันความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลสุขภาพ การรักษาที่มีคุณภาพและปลอดภัยไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังสร้างความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพอีกด้วยการเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญสาธารณสุขที่ทุกประเทศกำลังเผชิญ เนื่องจากมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มสูงเรื่อย ๆ มีผู้ป่วยเสียชีวิต[15] นอกจากนี้จากการศึกษาการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในด้านการติดต่อสื่อสารและความเป็นหุ้นส่วน การดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลมีอำนาจในการทำนายการรับรู้ความปลอดภัยในโรงพยาบาลของผู้ป่วย[16]

ในบทความวิชาการนี้ขอยกตัวอย่างแนวทางการส่งเสริมเรื่องการทำความสะอาดมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อที่ดีที่สุดและง่ายที่สุดที่พบในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เกิดขึ้นอย่างมากในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อคือป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย บุคลากรและญาติผู้ป่วยรวมถึงสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาล ซึ่งการติดเชื้อเป็นผลกระทบไปสู่ความทุกข์ทรมาน ความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่าย และการแพร่กระจายของเชื้อโรค การปนเปื้อนเชื้อจุลชีพบนมือและอุปกรณ์สิ่งแวดล้อม ความคงทนของเชื้อจุลชีพเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อม ตลอดจนคุณสมบัติของการล้างมือด้วยน้ำสบู่ สบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อและการถูมือด้วยน้ำยาล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เรื่องความสะอาดของมือจึงเป็นมาตรการที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ

เชื้อจุลชีพที่พบบนผิวหนังแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เชื้อจุลชีพที่อยู่ชั่วคราว (transient flora) โดยมักได้เชื้อจุลชีพนี้มาจากการสัมผัสตัวผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเชื้อ เชื้อจุลชีพนี้มักเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) เชื้อจุลชีพประจำถิ่น (resident flora) เป็นจุลชีพที่อาศัยอยู่ชั้นผิวหนังที่ลึกลงไปในส่วนของหนังแท้จนถึงต่อมต่างๆของผิวหนังและสามารถเจริญเติบโต แบ่งตัวได้พบว่าประมาณร้อยละ 10-20 อยู่ตามร่องของผิวหนัง สามารถกำจัดออกได้ยากโดยการล้างด้วยน้ำและสบู่ ต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อจึงสามารถลดจุลชีพนี้บนมือได้ เชื้อประเภทนี้ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลน้อย จะก่อโรคเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องระบบภูมิคุ้มกัน หรือ มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกาย นอกจากอาจยังมีการปนเปื้ อนจุลชีพในสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย พบว่า มีการปนเปื้อนเชื้อของเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนเก้าอี้ผู้ป่วย ราวกั้นเตียง มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญที่สุดคือ การล้างมือ เนื่องจากมีหลายการศึกษาที่พบว่าการล้างมือที่ถูกต้องทำให้อัตราการติดเชื้อลดลง

หลักการทำความสะอาดมือ ควรทำการล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการต่างๆ หลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของผู้ป่วย และหลังถอดถุงมือทุกครั้ง ซึ่งการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือสบู่ผสม

น้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นวิธีที่ใช้ในกรณีที่มือเปื้อนสิ่งสกปรกที่เห็นได้ชัดและเช็ดมือให้แห้งด้วยกระดาษเช็ดมือที่สะอาดแล้วใช้กระดาษเช็ดมือปิดก๊อกน้ำเพื่อไม่ให้มือสัมผัสกับก๊อกน้ำ ถ้าใช้เวลาในการล้างมือนานยิ่งมีโอกาสกำจัดเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือมาก ถ้าล้างมือนานอย่างน้อย 30 วินาที จึงสามารถทำลายเชื้อจุลชีพบนมือได้ ในปัจจุบันเพื่อเพิ่มโอกาสให้ล้างมือมากขึ้น คือ มีวิธีการล้างมือโดยไม่ใช้น้ำ โดยการถูมือด้วยน้ำยาล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์(Alcohol-based hand rubs) เพราะแอลกอฮอล์ที่ใช้ทำความสะอาดมืออยู่ในรูปสารละลายน้ำ มีฤทธิ์ทำลายเชื้อจุลชีพได้ดีและเร็ว รวมทั้งเชื้อรา ไวรัส และเชื้อดื้อยา วิธีการ คือ ใช้น้ำยาถูมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์นี้ลงบนมือประมาณ 3-5 มิลลิลิตร หรือถูมือนานประมาณ 20-30 วินาที[17,18] ตามขั้นตอนการล้างมือจนมือแห้ง จึงสามารถฆ่าเชื้อได้

จะเห็นได้ว่าข้อมูลเรื่องการทำความสะอาดมือจะเป็นสิ่งส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

การนำข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยไปปรับใช้

สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล

1. ควรมีการกำหนดนโยบายการส่งเสริมการสื่อสารที่เปิดเผยและโปร่งใส ส่งเสริมให้พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา อธิบายขั้นตอนการรักษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และตระหนักในวัฒนธรรมความปลอดภัยร่วมกันทั้งในส่วนของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย

2. ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ ล้างมือเพื่อป้องกันการติดเชื้ออยู่เสมอและมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการสำรวจความพึงพอใจและความรู้สึกปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้คลอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1. ควรตระหนักในวัฒนธรรมความปลอดภัยในมุมมองของผู้ป่วย

2. ควรตระหนักถึงข้อมูลพื้นฐาน/ความต้องการและความคิดเห็นของผู้ป่วย

3. ควรมีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยการถามความคิดเห็นเพื่อประเมินความคลาดเคลื่อนที่เป็นไปได้ และขอให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยในการปฏิบัติที่ปลอดภัย จนเป็นวัฒนธรรม

สำหรับผู้วิจัยทางการพยาบาล

1. นักวิจัยควรทำการศึกษาเพิ่มเติม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย การรับผู้เกี่ยวกับเมื่อความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัย ความรู้สึกเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งอาจต้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาในการเป็นกระบวนการวิจัยในการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบต่อไป ซึ่งควรจะต้องศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยและในบริบทต่างๆ แตกต่างกันออกไป

2. นักวิจัยควรทำการศึกษาและทำวิจัยข้อมูลเกี่ยวกับการใช้แบบวัดการรับรู้ของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย (PaPSC scale) ในบริบทของประเทศไทยเพิ่มเติม

3. นักวิจัยควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในส่วนของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

บทสรุป

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยได้รับความสำคัญมากขึ้นในช่วง 10–20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะจากแรงผลักดันของหน่วยงานกำกับดูแล เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ซึ่งได้ส่งเสริมให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสร้างระบบที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างจริงจัง จากการผลักดันระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการกำหนดนโยบายระดับประเทศ นโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลถูกบรรจุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับบทความนี้ผู้เขียนได้ข้อเสนอมุมมองของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในบริบทของประเทศไทยพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อ

การดูแลตนเองร่วมถึงการดูแลจากบุคลากรสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความต้องการและสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินในการดูแลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ความรู้สึกปลอดภัย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยการทำงานเป็นทีม การสื่อสารกับผู้ป่วยทีมดูแล การจัดการบริหารงานบุคลากร เนื่องจากการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับต่ำ อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความผิดพลาดทางการแพทย์ตามมาได้ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ประโยชน์และมุมมองใหม่ที่ได้จากเสนอบทความนี้จะทำให้เห็นวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยในบริบทต่างๆ ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยต้องๆ เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการสร้างความเข้าใจ ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องใหม่ในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรวมถึงญาติและผู้ดูแลในการรับรู้เกี่ยวเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

References

1. Yaprom C, & Chuamanochan N. Patient Safety Competency: Nursing Care for Prevention with Catheter-Associated Urinary Tract Infection for New Graduated Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2024; 25(3): 10-8. (in Thai)
2. Chaleoykitti S, & Kamprow P. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2014; 15(20): 66-70. (in Thai)
3. Albsoul RA, Alshyyab MA, Hughes JA, Jones L, & FitzGerald G. Examining the reasons for missed nursing care from the viewpoints of nurses in public, private, and university hospitals in Jordan: Cross-sectional research. Collegian. 2023; 30(1): 110-8.
4. Fookham S, Abhicharttibutra K, & Siripattarakul SC. The Perceptions of Safety in Inpatients of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2021; 27(1): 76–91. (in Thai)
5. Kaewsomsee S, Wattayu N, & Suwonnaroop N. Factors Related to Nursing Practice for Patient Safety of Registered Nurses in Community Hospitals, Phetchabun Province. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017; 29(3): 101-12. (in Thai)
6. Sngounsiritham U. Management for Creating Safety Culture in Nursing Service. Nursing Journal. 2011; 38(3): 168-77. (in Thai)
7. Satyawanit B, Khamyu A, & Pongjaturawit Y. Patient safety culture as perceived by professional nurses in university hospitals in the Eastern region [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University;2017. (in Thai)
8. Chuaytawee J, & Songthai N. Factors Influencing Nurse' Perception on Patient Safety Culture in The Community Hospitals, Phitsanulok Province. Journal of Nursing and Health Science. 2017; 11(3): 42-51. (in Thai)
9. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). HA UPDATE 2020. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization);2020. (in Thai)
10. Jamieson GK, Corazza, I, Coletta L, & Allin S. The Uses of Patient Reported Experience Measures in Health Systems: A Systematic Narrative Review. Health policy. 2023; 128(1): 1-10.
11. Bishop AC, & Macdonald M. Patient Involvement in Patient Safety: A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions. Journal of Patient Safety. 2017; 13(2): 82-7.

12. Clara M, Beate B, Martina K, Daria L, Hardy M, & Tanja M. Assessing Patients' Perceptions of Safety Culture in the Hospital Setting: Development and Initial Evaluation of the Patients' Perceptions of Safety Culture Scale. Journal of Patient Safety. 2020; 16(1): 90-7.
13. Samattanet T, Picheansathian W, & Viseskul N. Knowledge, attitude and practice of hand hygiene among hospitalized patients. Nursing Journal Chiang Mai University. 2019; 46(3): 25-37. (in Thai)
14. Kamsawang N, Supamanee T, & Jitpakdee B. Perception of Registered Nurses Towards Patient Safety Culture. Buddhachinaraj Medical Journal. 2017; 34(3): 33-41. (in Thai)
15. Janatolmakan M, & Khatony A. Explaining the experience of nurses on missed nursing care: a qualitative descriptive study in Iran. Applied Nursing Research. 2022; 63:151542.
16. Thungjaroenkul P, Abhicharttibutra K, Kamsawang N, & Suwannasuan W, The Influence of Patient-Centered Care on Patients' Perceived Safety in Hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 14(1): 107-20. (in Thai)
17. World Health Organization (WHO). Global report on infection prevention and control. Geneve: WHO Document Productive Service;2022.
18. Malathum K, & Skuntaniyom S. Hand hygiene technical reference manual. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University;2024. (in Thai)

กระบวนทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษาเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต ของนักเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยุคการเปลี่ยนแปลงของโลก

The paradigm of Contemplative Education Enhance Growth Mindset among Baccalaureate Nursing Students in VUCA world

กรุณา วงษ์เทียนหลาย*
Karuna Wongtienlai*
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10600
Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok Thailand 10600

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนทัศน์ทางจิตตปัญญาศึกษา เสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโตของนักเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งในการพัฒนานักเรียนพยาบาลทหารเรือให้มีกรอบแนวคิดแบบเติบโต โดยใช้กระบวนการทางจิตตปัญญา 3 รูปแบบ คือ 1) การใช้สติ (Mindfulness) 2) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) และ 3) สุนทรียสนทนา (Dialogue) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงตนเอง 3 ขั้น คือ 1) ขั้นตระหนักรู้ 2) ขั้นเปลี่ยนแปลง 3) ขั้นพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โดยนักเรียนพยาบาลพยาบาลจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 3-4 คน ใช้เวลาบนหอผู้ป่วย 2 สัปดาห์/กลุ่ม พบว่า นักเรียนพยาบาลทหารเรือเกิดความตระหนักรู้ ความเข้าใจตนเองมากขึ้น รับรู้ได้ถึงอุปสรรคปัญหาในการสื่อสารกับตนเอง กับบุคคลใกล้ตัว ทัศนคติเชิงบวกที่เพิ่มขึ้น มีความกล้าสอบถามพี่พยาบาลในทีม กล้าให้ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตในการพยาบาลพื้นฐาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมกลุ่มร่วมกับอาจารย์พยาบาลและครูนิเทศประจำหอผู้ป่วย อย่างมีความสุข ความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : กระบวนทัศน์, จิตตปัญญาศึกษา, กรอบแนวคิดแบบเติบโต, พยาบาลศาสตรบัณฑิต

Abstract

This article aims to develop a paradigm in contemplative education to foster a growth mindset among students enrolled in the Bachelor of Nursing Science program. The development of naval nursing cadets with a growth mindset was promoted through three contemplative practices: (1) mindfulness, (2) deep listening, and (3) dialogue. These practices were employed to assess personal transformation in three stages: (1) awareness, (2) transformation, and (3) continuous development. The target group consisted of third-year naval nursing cadets enrolled in the Pediatric and Adolescent Nursing Practicum course, who underwent clinical training in the Pediatric Intensive Care Unit at Somdech Phra Pinklao Hospital, Royal Thai Navy Medical Department. Sixty nursing cadets participated, divided into groups of 3–4, each group completing a two-week clinical rotation in the unit.

Corresponding Author: *Email : khunkaruna.w@gmail.com

วันที่รับ (Received) 5 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ก.ค. 2568

The assessment results revealed that the students gained greater self-awareness and understanding, as well as insights into the challenges of self-communication and communication with others. They exhibited an increase in positive attitudes, demonstrated more confidence in asking questions to nursing team members, and were more willing to provide basic nursing care to critically ill pediatric patients—such as inserting orogastric (OG) tubes and cleaning umbilical lines. The students also actively participated in group discussions with nursing instructors and clinical supervisors with joy and enthusiasm, ultimately gaining confidence and demonstrating improved quality in their clinical nursing practice.

Keywords: Paradigm, Contemplative Education, Growth mindset, Baccalaureate Nursing Students

บทนำ

ปรากฏการณ์ในการขับเคลื่อนจากเปลี่ยนแปลง ทั้งในส่วนของโรคอุบัติใหม่ การล้ำสมัยของ AI (Artificial Intelligence) โดยทำให้เกิดพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนของ มนุษย์ต่อการล้ำสมัยของเทคโนโลยีอย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ต่อเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่สร้างขึ้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของสินค้าและบริการที่ประสบความสำเร็จในยุคนี้ คือ สินค้า หรือบริการที่ลูกค้า หรือผู้รับบริการเลือกใช้แล้วคิดว่าตอบโจทย์ความต้องการของตนเองได้ ทำให้การใช้ชีวิต ของตนเองง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นสถาบัน การศึกษา ไม่ว่าจะขนาดใดก็ตาม รวมไปถึงบุคลากรอาจารย์พยาบาล นักเรียนพยาบาล และบุคลากรสนับสนุน ในสถาบันการศึกษา จะต้องตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลง หมั่นเรียนรู้พัฒนาตัวเองและต้องเตรียมตัวให้พร้อมกับการทำงานในอนาคต การจัดการเรียนการสอนในยุค VUCA world (Volatility, Uncertainty, Complexity and Ambiguity) World ต้องมีการเปลี่ยนแปลงทัศนะจากกระบวนทัศน์แบบดั้งเดิม (Tradition Paradigm) ไปสู่กระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้เทคโนโลยีในอดีตที่ผ่านมา ส่งผล กระทบต่อการบริหารจัดการสถานการศึกษา อาทิ วิทยาลัยพยาบาล เป็นอย่างมาก ผู้บริหารสถานศึกษา อาจารย์ผู้สอนวิทยาลัยพยาบาล มีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนทัศนคติ และแนวคิดการบริหารของตนเองให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งนี้เพื่อให้สถาบันการศึกษามีความทันสมัยสามารถบริหารจัดการสถานศึกษาได้อย่างมีคุณภาพในทุก ๆ ด้านในหน่วยงานทางการศึกษาทุกแห่งหันมาเรียน ในระบบออนไลน์มากขึ้น ผู้สอนทำงานทางไกลมากขึ้น การนำเทคโนโลยีเข้ามามี ส่วนร่วมในการเรียนการสอน ส่งผลให้เกิดการปรับตัว การแก้ปัญหา การเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในการเรียนการสอนเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทั้งในส่วนของ ผู้สอน นักเรียนพยาบาล อดีตผู้อำนวยการ NUS Centre for Future-ready Graduates และผู้ก่อตั้งบริษัท Forest Wolf ประเทศสิงคโปร์ ให้ความเห็นไว้ว่า เมื่อกล่าวถึงเรื่องความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี คนทั่วไปมักนึกถึงโลกภายนอก โดยตนเองมักจะลืมนึกถึง “เทคโนโลยีภายในตัวเอง” ว่าไม่ได้อัพเกรดซอฟต์แวร์ภายในของตนเองนานเพียงใดแล้ว[1] ซึ่งหมายถึงความตระหนักรู้เกี่ยวกับตัวเอง และทัศนคติมุมมองเกี่ยวกับโลกภายนอก โดยสิ่งที่แสดงออกมา คือ ทักษะความชำนาญ ภายใต้การมีกรอบแนวคิด (mindset) เป็นส่วนสนับสนุน และส่วนสุดท้ายที่ใหญ่ที่สุดคือ การตระหนักรู้ การรู้จักตัวตน ซึ่งสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถก้าวผ่าน ปัญหา อุปสรรค กับการปรับเปลี่ยนของสังคม รวมถึงเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

การเน้นให้นักเรียนพยาบาลได้พัฒนาทักษะที่ทำให้เกิดการสำรวจตนเองภายใน การตระหนักรู้ และเข้าใจผู้อื่น ความเชื่อมโยงของมนุษย์กับชุมชน สังคม และโลก จนสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของตนเองสู่ความเอื้ออาทรในการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นภายใต้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized care) เป็นบริการที่เน้นการให้คุณค่ากับบุคคล ยอมรับความต้องการพื้นฐานและบริบทของบุคคล[2] มีการบริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ สามารถแก้ปัญหาได้ทันท่วงทีด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ การนำการสื่อสารเชิงจิตปัญญาบูรณาการร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน การให้นักเรียนพยาบาลได้เรียนรู้การฟัง การสะท้อนคิดนักเรียนพยาบาล การสนทนากลุ่ม นำสู่ข้อสรุป คือ “เปิดใจเรียนรู้ ใส่ใจรับฟัง อยู่ร่วมกิจกรรม สะท้อนตนและปรับตัว” สอดคล้องกับ

การศึกษา การให้บริการของนักเรียนพยาบาลด้วยความเป็นมนุษย์ พบว่าการให้การบริการที่คำนึงถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์นั้น เป็นการปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลบนพื้นฐานของความเข้าใจความเหมือน และความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละบุคคล โดยมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดกรอบแนวคิดแบบเติบโต[3]

ยุคการเปลี่ยนแปลงโลก VUCA world

ยุค VUCA เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นผู้นำที่เสนอโดยศาสตราจารย์ Warren Gamaliel Bennis และ Burt Nanus ต่อมาถูกนำไปใช้ สำหรับนักศึกษาทหารใน U.S. Army War College ในการกล่าวถึงสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ความผันผวน และคลุมเครือที่ยากจะอธิบาย เริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้นในวงการอื่น ๆ และเริ่มแพร่หลายในวงกว้าง และได้ยินกันบ่อยมากขึ้นนับตั้งแต่ปี 2020 เป็นต้นมา ในปีที่ผ่าน ๆ มา โลกเผชิญกับเหตุการณ์และความเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็น COVID 19 ที่ทำให้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป New Normal ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเพื่อการอยู่รอด และอาจคนส่วนใหญ่ก็เริ่มจะคุ้นชินกับ New Normal จนกลายเป็นวิถีชีวิตประจำวัน การเข้ามาของ Generation ใหม่ๆ ที่ได้นำสู่ความคิดใหม่ ๆ และวัฒนธรรมการทำงานรูปแบบใหม่ๆเข้ามาด้วย รวมไปถึงการเข้ามาของเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ได้เข้ามา Disruption ซึ่งในเวลาต่อมา VUCA ก็เริ่มแพร่หลายมากขึ้นในวงการอื่น ๆ ด้วย เพื่ออธิบายสถานการณ์ที่ยากจะอธิบาย คาดเดาไม่ได้และไม่แน่นอน[4] 4 ประเด็น 1) Volatility (ความผันผวน) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในด้านเทคโนโลยี นโยบายการศึกษาหรือแม้แต่ความต้องการของตลาดแรงงาน ส่งผลต่อสถาบันการศึกษาพัฒนาหลักสูตรการศึกษาให้มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วเพื่อตอบสนอง 2) Uncertainty (ความไม่แน่นอน) ความยากในการคาดการณ์ เทรนของเทคโนโลยีในอนาคต เช่น อาชีพใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอาจยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อสถาบันการศึกษาจะต้องสร้างหลักสูตรที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่ท้าทาย 3) Complexity (ความซับซ้อน) ส่งผลต่อสถาบันการศึกษาให้เร่งปรับปรุงระบบการศึกษาให้ทันสมัยมีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ทรัพยากร นโยบาย สถานภาพเศรษฐกิจ และ 4) Ambiguity (ความคลุมเครือ) ส่งผลต่อสถาบันการศึกษาพัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์การศึกษา ซึ่งความคลุมเครือนี้ส่งผลให้มีความยากในการวัดและประเมินผลลัพธ์การสร้างเกณฑ์มาตรฐานให้สามารถวัดได้ ประเมินผลได้อย่างแท้จริง และนักเรียนพยาบาลสามารถตรวจสอบผลการเรียนได้ตลอดเวลา

ดังนั้น ในการเตรียมความพร้อมของการจัดการเรียนการสอนที่ทันต่อยุค VUCA ที่มีการแปรเปลี่ยนรวดเร็ว พยากรณ์ได้ยาก การจัดการเรียนการสอนต้องมีรูปแบบที่ง่ายและชัดเจน โดยมีเป้าหมายให้นักศึกษาเกิดจิตสำนึกจากการเปลี่ยนแปลงภายใน สู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายนอกที่แสดงถึงการเห็นคุณค่าผู้อื่น ความเอื้อเฟื้อ ความเมตตาด้วยหัวใจที่ใคร่ครวญภายใน สู่การดูแลผู้อื่นด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ทฤษฎีบุคลิกภาพของมนุษย์

มีแนวคิดหลายแนวคิดที่แสดงถึงบุคลิกภาพของมนุษย์

1. แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) ของ Sigmund Freud เชื่อว่ามนุษย์มีสัญชาตญาณ (Instincts) 2 ชนิด ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดคือสัญชาตญาณในการดำรงชีวิต (Life Instinct : Eros) และสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct: Thanatos)[5] ประกอบด้วย 1) อิด (id) การสนองความต้องการของตนเองตามหลักการ แห่งความพอใจ (Pleasure Principle) โดยที่ไม่คำนึงถึงเหตุผล และความถูกต้อง ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมที่ไม่มีการควบคุม การยับยั้งชั่งใจ ไม่มีสติ 2) อีโก้ (Ego) การปฏิบัติการภายใต้หลักการใช้ชีวิตแห่งความจริง (Reality Principle) เพื่อเปลี่ยนรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมให้เหมาะสม ที่เรียกว่ากลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) และ 3) ซุปเปอร์อีโก้ (Super Ego) การควบคุมการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ โดยยึดหลักค่านิยมของสังคม (Value Principle) ที่ขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดูจาก พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล และบุคคลใกล้ชิด

2. แนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) ที่ได้รับการยอมรับอย่างมากคือ Maslow Hierarchy of Need แนวคิดนี้เชื่อเรื่องคุณค่าของการให้ความเคารพโดยปราศจากเงื่อนไขต่อคนอื่น โดยเชื่อในเรื่องแรงจูงใจ และลำดับขั้นของการสนองความต้องการ คือเมื่อสามารถสนองความต้องการในระดับล่างได้แล้ว ก็ต้องการสนองความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ ของ Maslow (Maslow’s Hierarchy of Need) เกิดจากแนวความคิดของ

Maslow ที่มองว่ามนุษย์แต่ละคนมีความต้องการที่จะสนองความต้องการให้กับตนเองเป็นหลัก[6] ต้องได้รับความพึงพอใจจากความต้องการพื้นฐานหรือต่ำสุด จึงจะผ่านขึ้นไปยังความต้องการขั้นสูงตามลำดับมีการจัดแบ่งออกไป 5 ระดับชั้น คือ 1) ความต้องการทางร่างกาย (physiological needs) คือ ความรู้สึก ต้องการพื้นฐานของร่างกายซึ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอด 2) ความต้องการด้านความปลอดภัยและมั่นคง (security or safety needs) คือ ความรู้สึกภายในที่มีความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเมื่อมนุษย์สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายได้แล้ว มนุษย์ก็จะเพิ่มความต้องการในระดับที่สูงขึ้นต่อไป 3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (belonging and love needs) คือ ความรู้สึกต้องการที่จะเป็นที่รักของผู้อื่น และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยความต้องการในขั้นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลต้องการได้รับความรักและความเป็นเจ้าของ โดยการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น 4) ความต้องการการยกย่อง (esteem needs) เป็นระดับความต้องการที่เริ่มเป็นรูปธรรม คือ ความรู้สึกต้องการที่จะมองตนเองว่ามีคุณค่าสูง ได้รับการเคารพยกย่องจากทั้งตนเองและผู้อื่น หรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นความต้องการได้รับการยกย่องนับถือและสถานะจากสังคม และ 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (self-actualization) คือ ความต้องการที่จะรู้จักและเข้าใจตนเองตามสภาพที่แท้จริง เพื่อพัฒนาชีวิตของตนเองให้สมบูรณ์ เป็นความต้องการสูงสุดของแต่ละบุคคล

ดังนั้น การเข้าใจในบุคลิกภาพ และความต้องการของมนุษย์ จะทำให้อาจารย์พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของนักเรียนพยาบาล เพื่อให้นักเรียนพยาบาลได้ตระหนักรู้ในความเป็นจริงด้วยตนเองให้เกิดการยอมรับการแก้ไขปัญหา นำสู่การดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้อง และมีการพัฒนาตนเองได้ในระดับจิตใจสู่การพัฒนาตนเองที่แสดงออกตามพฤติกรรมได้อย่างมีคุณภาพในสังคม

การพัฒนากรอบแนวคิดแบบเติบโต

ปัจจุบันประเทศที่พัฒนาให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการศึกษา กุญแจสำคัญในการปฏิรูปการศึกษา คือ การพัฒนาผู้สอน ให้มีคุณภาพในด้านความรู้ทั้งในด้านวิชาการ ความสามารถในการจัดกระบวนการเรียนรู้ พร้อมที่จะพัฒนาตนเอง สำคัญที่สุด คือการพัฒนานักเรียนพยาบาลให้สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ เป็นผลทำให้ประเทศฟินแลนด์ สามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว จะเห็นได้ว่าการให้การพัฒนานักเรียนพยาบาลให้มีกรอบแนวคิดที่งอกงาม ส่งผลทำให้นักเรียนพยาบาลเกิดกรอบแนวคิดในการเรียนรู้ (Learning mindset) ตลอดเวลา เน้นการศึกษากรอบแนวคิดแบบเติบโต (growth mindset) จำเป็นต่อการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์เป็นอย่างมาก การมีกรอบแนวคิดที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อคุณลักษณะ และทัศนคติที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันมากมายหลายประการ โดยผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นข้อมูลกรอบแนวคิดมีความสัมพันธ์กับการทำงานของสมองและการพัฒนาของสมองเป็นอย่างดี การให้กำลังใจ คำชมเชย การสร้างแรงบันดาลใจ การส่งเสริมให้นักเรียนพยาบาลมีความกล้าเผชิญความท้าทาย ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นแนวคิดนำสู่การปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนากรอบแนวคิดแบบจำกัดให้เป็นกรอบแนวคิดแบบเติบโตได้เป็นอย่างดี[7]

การพัฒนาระบบการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งยกระดับมาตรฐานการศึกษา หรือยกระดับคุณภาพชีวิตนักเรียนพยาบาล โดยเริ่มจากการพัฒนาตัวนักเรียนพยาบาลตั้งแต่วัยเด็กทารก จนกระทั่งเติบโตขึ้นผู้ใหญ่ ให้เป็นผู้รู้จักเรียนรู้สามารถพัฒนาการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการเผชิญปัญหา อุปสรรค ได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของการศึกษา และเรื่องส่วนตัวอื่น ๆ ทั้งที่กำลังเผชิญได้อย่างดี มีการนำกรอบแนวคิด (mindset) มาใช้ในระดับการศึกษา พบว่า ที่มีกรอบแนวคิดแบบเติบโต (growth mindset) จะมีความกระตือรือร้นใส่ใจกับงานที่ทำ ชอบพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ ที่ท้าทาย สนุกกับการแก้ปัญหา สนุกกับการเรียนรู้ และมักประสบความสำเร็จกับสิ่งที่ทำเพราะเชื่อว่าตนเองมีความสามารถสร้างได้ จึงตั้งใจทำงานเต็มที่และพร้อมเรียนรู้ กล้าที่จะก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคที่เผชิญ สิ่งสำคัญ ในการพัฒนาความตั้งใจการทำงาน คือ วิธีการสร้าง พัฒนา กระบวนการเติบโตทางความคิด (Growth mindset) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ จึงเป็นเรื่องที่มีสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างเทคนิควิธีการสร้างสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต ไปใช้การพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของนักเรียนพยาบาลทั้งในรายบุคคล รายกลุ่ม จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง[8]

การสื่อสารเชิงจิตตปัญญาในการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโตของนักเรียนพยาบาล

การบูรณาการกับการจัดการเรียนรู้ ในการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ของนักเรียนพยาบาลทหารเรือชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จากการเตรียมวิชา พบว่า นักเรียนพยาบาลมีความกังวลต่อการฝึกในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างสูง อาจารย์พยาบาลผู้นิเทศประจำหอผู้ป่วยจึงได้นำ “กระบวนทัศน์เชิงจิตปัญญาเพื่อเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต” โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมด้านการจัดการเรียนสอนเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงจิตตปัญญาในการดำเนินงานซึ่งขั้นตอนในการพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดกรอบแนวคิดแบบเติบโต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) ขั้นตระหนักรู้ 2) ขั้นเปลี่ยนแปลง 3) ขั้นพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[9]

1. ขั้นตระหนักรู้ ขั้นการวางแผนและออกแบบดำเนินกิจกรรมตามสภาพปัญหาและความต้องการ ให้เหมาะสมกับความพร้อมและบริบทของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ โดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจาก อาจารย์นิเทศประจำหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม คือ ผู้สอน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และนักเรียนพยาบาล โดยมี 2 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: การเน้นนักเรียนพยาบาลตระหนักรู้ในการเป็นเจ้าของการเรียนรู้

การเน้นนักเรียนพยาบาลได้ตระหนักรู้ถึงการเป็นเจ้าของรายวิชา ในการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) ความรู้สึกเป็นเจ้าของการเรียนรู้ (Learning Ownership) เป็นหลักการพื้นฐานของการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) ซึ่งเป็นพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจภายในจากความต้องการของตนเอง[8] เมื่อนักเรียนพยาบาลเกิดแรงจูงใจภายใน รู้สึกเป็นเจ้าของรายวิชา สำคัญที่สุด คือ ผู้สอนจะเปิดโอกาสให้นักเรียนพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายของนักเรียนพยาบาลเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ อย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้ การใช้สติ (Mindfulness) เมื่อเกิดความขุ่นมัวในใจ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจ ค่อย ๆ สังเกตใจตนเอง มีการเรียนรู้ในการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) ถึงสิ่งที่ผู้สอนชี้แจง เพื่อนในกลุ่มเสนอแนะ ถึงความต้องการของคนในกลุ่ม และสุนทรียสนทนา (Dialogue) ในการเสนอแนะอธิบาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของวิชาอย่างแท้จริง

องค์ประกอบที่ 2: ให้นักเรียนพยาบาลตระหนักรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่นในการร่วมกันออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้

การออกแบบการเรียนรู้ในการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) เน้นให้นักเรียนพยาบาลได้ออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความแตกต่างและความสนใจของนักเรียนพยาบาลทหารเรือ การส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ให้รู้สึกมีความท้าทาย (Challenging to Learn) ทั้งในรายกลุ่ม และรายบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างมากสำหรับนักเรียนพยาบาลที่จะประสบความสำเร็จตามช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งหมายถึงการเรียนรู้จะต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถและท้ายทายความสามารถของนักเรียนพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน ทำให้นักเรียนพยาบาลมีความเผชิญความกล้าในการเรียนรู้ที่แปลกใหม่ และมีความแตกต่างจากการเรียนรู้แบบเดิม ๆ สำคัญ ผู้สอนควรเน้นออกแบบการเรียนรู้ในสิ่งที่นักเรียนพยาบาลสนใจ และสร้างความท้าทายด้วยวิธีการแบบใหม่ให้นักเรียนพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ถึงวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน

2. ขั้นเปลี่ยนแปลง เป็นการดำเนินการตามที่ได้วางแผนและออกแบบตามความตระหนักรู้ของตนเอง สมาชิกในกลุ่ม และอาจารย์พยาบาลผู้ดูแล โดยมี 2 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 3: การจัดกระบวนการเรียนรู้เน้นการเปลี่ยนแปลงภายใน

การจัดกระบวนการเรียนรู้ในการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) เนื่องจากไม่มีการวัดที่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าใครมี Growth mindset หรือ Fixed mindset วิธีการตรวจสอบ Mindset ของตัวเองก็เป็นเพียงการอนุมานเอาจากการตอบสนองต่อปัญหาในด้านความคิดพฤติกรรมและอารมณ์ สิ่งสำคัญทุกครั้งที่พบกับเรื่องท้าทาย ปัญหา อุปสรรค และความผิดพลาด นักเรียนพยาบาลสามารถสังเกตความคิดของตัวเองและบอกอาจารย์พยาบาล ซึ่งจะเริ่มต้นกระบวนการเปลี่ยน Mindset ดังนี้ 1) เปลี่ยนความคิดแบบ Fixed Mindset ให้เป็น Growth Mindset ให้มองสิ่งที่เป็นปัญหา ลงมือทำจนสามารถก้าวผ่านไปได้ โดยมีอาจารย์พยาบาลเป็นผู้ช่วย 2) แปลงกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth Mindset)

ให้เป็นพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน (Growth Mindset Action) 3) ลงมือปฏิบัติตามพฤติกรรม กรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth Mindset) 4) ทบทวนความคิด หลังปฏิบัติตามกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth Mindset) ในทุกกระบวนการ อาจารย์ จะอยู่กับนักเรียนพยาบาลตลอดเวลา

องค์ประกอบที่ 4: การสะท้อนคิดให้ข้อมูลย้อนกลับ

การสะท้อนคิดให้ข้อมูลย้อนกลับในการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) เป็นการให้คำแนะนำ ในสิ่งที่นักเรียนพยาบาลได้กระทำ หรือปฏิบัติไป ข้อมูลย้อนกลับที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การเรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม มีประโยชน์ในการพัฒนาตนเองและเน้นที่ประสิทธิภาพของนักเรียนพยาบาล อีกทั้งเป็นการสอนให้นักเรียนพยาบาลได้เรียนรู้ถึงการยอมรับคำวิจารณ์ในสิ่งที่ตนเองได้ฟังแล้วไม่เห็นด้วย (criticism) สำคัญ อาจารย์พยาบาลจะต้องมีความตั้งใจฟัง ให้ข้อมูลในการสะท้อนคิดหรือข้อมูลย้อนกลับด้วยภาษาแห่งความเข้าใจ เพื่อให้นักเรียนพยาบาลตัดสินใจด้วยตนเอง ภายใต้การเรียนรู้ที่จะไม่ตัดสินใจให้ และไม่ใช้อคติส่วนตัวในการให้ข้อมลย้อนกลับ ตลอดจนการสอดแทรกการสร้างแรงบันดาลใจให้นักเรียนพยาบาลระหว่างการให้ข้อมูลย้อนกลับ และควรแสดงความยินดีต่อความสำเร็จ ถึงจะเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อยของนักเรียนพยาบาลก็ตาม ซึ่ง **กระบวนการให้ผลสะท้อนกลับ** เป็นการสะท้อนคิดให้ข้อมูลย้อนกลับ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นักเรียนพยาบาลรับผลสะท้อนกลับประเมินตนเองก่อน เช่น “ที่เพิ่งผ่านมานักเรียนรู้สึกอย่างไรบ้าง” “นักเรียนคิดว่ามีอะไรที่ทำได้ตามที่ตั้งใจไว้บ้าง” “มีอะไรที่ยังไม่แน่ใจ” “มีอะไรบ้างที่คิดว่าทำได้ดี” “ถ้าให้คะแนนตัวเองจาก 1-10 โดย 10 คือทำได้ดีทุกอย่างไม่มีที่ติ จะให้คะแนนตัวเองเท่าไหร่” “จากการให้คะแนนรู้สึกอย่างไรบ้าง”

ขั้นตอนที่ 2 อาจารย์พยาบาลสะท้อนกลับโดยเริ่มจากการใช้ อวจนภาษา และจึงกล่าวถึงสิ่งที่ทำได้ดีก่อน อาทิ ยิ้ม “นักเรียนทำ... ได้ดีมาก สมกับสิ่งที่นักเรียนได้บอกว่ามีการเตรียมตัวมาหลายวัน” และ “ตามที่นักเรียนคิดว่ายังให้คะแนนตัวเองไม่ดี ... ครูคิดว่า ครูเห็นถึงความตั้งใจของนักเรียน ซึ่งครูคิดว่า เพื่อน ๆ และพี่ ๆเห็นคล้าย ๆกัน .. ยิ้ม... ”

ขั้นตอนที่ 3 อาจารย์พยาบาลเสนอสิ่งที่ควรปรับปรุงหรือพัฒนา อาทิ “ตอนที่นักเรียนทำ...เพื่อนคิดว่าเพื่อนสามารถปรับตรงนี้โดยวิธีไหนบ้าง (ให้เสนอ)...” “นักเรียนทำ...ได้ดีแล้ว ถ้าลองทำ...เพิ่ม น่าจะช่วยให้มันดีขึ้นไปอีก” “นักเรียนรู้สึกอย่างไรบ้างคะ จากข้อเสนอแนะของเพื่อน ยิ้ม”

ขั้นตอนที่ 4 อาจารย์พยาบาล และนักเรียนพยาบาลให้ผลสะท้อนกลับ ช่วยกันสรุปอย่างเป็นรูปธรรมเป็นข้อ ๆ ในประเด็นที่สามารถปรับปรุงได้ อาทิ “เรามาช่วยกันสรุปประเด็นที่สามารถพัฒนาต่อได้อีกกันนะคะ 1. ... 2. ... 3. ... สุดท้ายใครมีข้อสงสัย หรืออยากถามอะไรเพิ่มเติมไหมคะ.”

3. ขั้นพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน โดยมี 1 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 5: การประเมินผลการเรียนรู้

การประเมินผลการเรียนรู้ในการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) เน้นการประเมินประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการการเรียนรู้ ผู้สอนและนักเรียนพยาบาลสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน ก่อนการฝึกขณะ และหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในกระบวนการประเมินผลการเรียนรู้ จะทำควบคู่ไปกับกระบวนการให้ผลสะท้อนกลับ นักเรียนพยาบาล สามารถถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ ส่วนอาจารย์พยาบาลให้ผลสะท้อนกลับ โดยไม่พยายามอธิบายแก้ตัวหรือปกป้องตนเอง เน้นการเปิดใจฟัง (open mind) การตั้งใจฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) การให้การสะท้อนคิดอย่างสร้างสรรค์ (creative Reflection) ภายใต้การมีสุนทรียสนทนา (Dialog) ในทุกขั้นตอนและกระบวนการเรียนรู้ ผลประเมินการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม อยู่ในระดับดีมาก นักเรียนพยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตมากขึ้น มีความสุข และต้องการเพิ่มระยะเวลาในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการฝึก สามารถฝึกปฏิบัติทักษะได้ภายใต้การดูแลของพยาบาลนิเทศประจำตึก และอาจารย์พยาบาลผู้นิเทศ ยอมรับการแลกเปลี่ยนของสมาชิกในกลุ่ม ตลอดจนมีการสื่อสารในด้วยความเข้าใจที่ดีมากขึ้น[10]

สรุปผล

การนำการสื่อสารเชิงจิตตปัญญา มาใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนของนักเรียนพยาบาล ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากการสร้างความตระหนักรู้ถึงความวิตกกังวลของตนเองภายใน การทำความวิตกกังวลของตนเองให้ลดลง โดยใช้การตั้งใจฟังเสียงภายในของตนเอง การฟังเสียงของอาจารย์พยาบาล เพื่อนสมาชิก

ในกลุ่มในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลฯ ตลอดจนการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี ในยุค VUCA world โดยผ่านกระบวนการ 3 ขั้นตอน ซึ่งนวัตกรรมการออกแบบการเรียนการสอน ทำให้นักเรียนพยาบาลสามารถรับรู้ถึงความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง เกิดกระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ทำเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาได้ เชื่อมโยงการเรียนรู้ของนักเรียนพยาบาล เกิดทักษะวิชาชีพ วิชาชีวิต แสดงถึงความเข้าใจบุคคลตรงหน้า[11] สิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ นำสู่การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมาตรฐานคุณภาพวิชาชีพทางการพยาบาล

References

1. Lim-Lange C. Future-ready Graduates - The Deep Human Approach. Presentation at the 8th annual Eurasian Higher Education Leaders' Forum (EHELF);2019;Nur-Sultan.
2. Inthana J, Srimahan K & Meeboonmak Y. Perception of humanized health service behavior among nursing students at Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, academic year 2019. J Res Health Promot Qual Life. 2019; 1(2):43-54. (in Thai).
3. Phanyingyok W, Sirichotirat N & Phruekkhaphinyo C. Development of nursing service through contemplative education at San Camillo Hospital, Ratchaburi Province. Journal Health Education. 2016;39(133):12-23 (in Thai).
4. Bennett N, Lemoine GJ. What VUCA really means for you. Harvard Business Rev. 2014;92(1): 27-29.
5. Freud S. Mourning and melancholia. In: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XIV (1914–1916): On the history of the psycho-analytic movement, papers on metapsychology and other works. London: Hogarth Press; 1917. p. 237–58.
6. Maslow AH. Toward a psychology of being. Princeton (NJ): D. Van Nostrand Company;1962.
7. Rungruang C & Chatchaem S. Growth mindset framework: A new approach to human potential development. Journal of Cognitive Science Research. 2016;14(1):1-13. (in Thai)
8. Dweck CS. Mindset: The new psychology of success. New York: Random House;2006.
9. Koetthip C. Research and development of a peace communication model based on contemplative education in schools under Pattani Primary Educational Service Area Office 1. Journal of Information and Learning.2022;33(2):84-97. (in Thai)
10. Hadar L, Ergas O, Alpert B, Ariav T. Rethinking teacher education in a VUCA world: Student teachers' social-emotional competencies during the COVID-19 crisis. European Journal of Teacher Education.2020;43(4):573-86.
11. Songprakun W, Yaowapanon N & Jaijoy K. Active learning for new generation nursing students: achieving competencies for newly graduated nurses. Journalof the Royal Thai Army Nurses.2025;26(1):1-9. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

Predicting Factors of COVID-19 Preventive Behaviors on New Normal Life among People in Bangkok Metropolitan

พิมพ์ชนก ทองพรรณ[*1] ปิยะธิดา นาคะเกษียร[1] กีรดา ไกรนุวัตร[2]
Pimchanok Thongphan[*1] Piyatida Nakagasien[1] Kerada Krainuwut[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม ประเทศไทย 73170
[1]Faculty of Nursing Mahidol University, Nakhon Pathom Thailand 73170
[2]วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120
[2]College of Nursing, Dhurakij Pandit University Bangkok Thailand 10120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของปัจจัยร่วมได้แก่ เพศ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้วิธีคำนวณของ W.G. Cochran ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวมทั้งหมด 428 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.8, 1 และ 1 ตามลำดับ) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 3) แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 97 ของประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดี และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 11.6

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19, ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องโรคโควิด-19, พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

Abstract

This research aimed to study the predictive factors, including gender, age, health literacy, and health beliefs, on COVID-19 prevention behavior in the new lifestyle of residents in Bangkok. The sampling was conducted using a simple random sampling method, and the sample size was determined by W.G. Cochran's (1953) formula, resulting in a total sample size of 428 participants. The quality of the instruments was verified (with the reliability of the questionnaires being 0.8, 1, and 1, respectively). Data were collected using questionnaires, consisting of 1) a personal information questionnaire, 2) a health literacy scale for COVID-19 prevention, and 3) a health belief scale and COVID-19 prevention behavior scale. The data were analyzed

Corresponding author: E-mail: pimchanokthongphan@gmail.com

วันที่รับ (Received) 30 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 9 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 15 ก.ย. 2567

using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. The results showed that 97% of the population had good COVID-19 prevention behavior. Additionally, the predictive factors collectively accounted for 11.6% of the variance in COVID-19 prevention behavior in the new lifestyle of Bangkok residents.

Keywords: Health literacy in COVID-19 preventive, Health beliefs in COVID-19 prevention, Preventive behaviours against COVID-19

บทนำ

โรคโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus disease-19) หรือที่เรารู้จักกันด้วยชื่อ "โควิด–19" เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เกิดการป่วยและเสียชีวิต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบทั่วโลกและในประเทศไทย พบอัตราการติดเชื้อโควิด - 19 มากที่สุดคือจังหวัด กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชาชนมากที่สุดในประเทศ การติดเชื้อโรคโควิด-19 ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พศ. 2562 ถึง พศ. 2567[1] ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน

จากสถานการณ์การติดเชื้อโรคโควิด-19 ยังพบประชาชนมีการติดเชื้อ ซึ่งพบการติดเชื้อในช่วงระลอกแรกของประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2563 ถึง 14 ธันวาคม 2563[2] พบว่าช่วงอายุ 20-29 ปี มีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุดถึงร้อยละ 27.4 และในช่วงการติดเชื้อโควิด-19 ระลอกสองในช่วงวันที่ 15 ธันวาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 จำนวน ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สูงสุดเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-29 ปี ถึงร้อยละ 29.9 ส่วนข้อมูลการติดเชื้อพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดในช่วงอายุ 20-29 ปี ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อวัยทำงานถึงร้อยละ 64.2[3] สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 พบว่าจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดคือกรุงเทพมหานคร มีผู้ติดเชื้อทั้งหมด 412,387 ราย และมีผู้เสียชีวิต 6,670 ราย[4] เนื่องจากกรุงเทมหานครมีประชากรหนาแน่น ทำให้ประชาชนมีการเดินทางเพิ่มขึ้น ทำให้การติดเชื้อโรคมีการแพร่กระจายสูง องค์การอนามัยโรคได้มีมาตรการให้ประชาชนปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่เรียกว่า "New Normal" หรือ วิถีชีวิตใหม่[4] หลังจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเรียนการสอนหรือการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้รัฐบาลต้องมีมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้นโดยให้ประชาชนทุกคน ป้องกันตนเองโดยปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่คือ การสวมหน้ากาก การล้างมือบ่อยๆ และการเว้นระยะห่างทางสังคม การติดต่อสื่อสารออนไลน์ ทำงานที่บ้านและหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด[5] การปฏิบัติตามมาตรการวิถีชีวิตใหม่นี้กลายเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่วิถีชีวิตใหม่ของประชาชนแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยต่างๆ เช่น ความรอบรู้ ความเชื่อ ความตระหนักรู้ การศึกษาและการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต่างกันจึงทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตใหม่ที่แตกต่างกัน ไม่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญในการป้องกัน โรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำปัจจัยต่างๆ มาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์หรือทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่ง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคล ในการมีพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม[6] ซึ่งพบการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ เพศและอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศชายเกี่ยวกับอาการของโรคโควิด-19 (95%CI : -0.122 - -0.021)[7] และอายุที่มากขึ้นส่งผลให้มีระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 เพิ่มขึ้น (95% CI : 6.79 - 30.48)[8] และพบว่าอายุและเพศหญิง[9] มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (β = -0.018, $p < .01$) และเพศหญิง (β = 0.144, $p < .01$) และปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลคือเพศและอายุมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด - 19 (β = 0.162, $p < .01$) และเพศ (β = -0.084, $p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในประชากรไทยได้ถึงร้อยละ 52[10] และยังพบว่าการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในประชากรผู้ใหญ่ในเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

โควิด-19 ที่มีความสำคัญทางสถิติ (p=0.022)[11] อีกทั้งยังพบว่าการศึกษาเพศและอายุในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .016)[12] และยังพบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 คือ การรับรู้เรื่องโรคโควิด-19 (p = 0.01) การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการเกิดโรคโควิด-19 (p = 0.02) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (p = 0.012)[12] พบว่าได้มีการนำปัจจัยต่าง ๆ มาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์หรือทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 แต่พบว่าการศึกษาในกรุงเทพมหานคร มีการศึกษาน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่พบการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด และส่วนใหญ่จะศึกษาเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่าง เช่น อสม. นักศึกษาพยาบาล อีกทั้งยังพบการศึกษาเพื่อทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคยังน้อย ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่ดีจะช่วยให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่ดีด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการวางแผนเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และโรคระบาดอื่นๆ ที่มีการแพร่ระบาดคล้ายคลึงกันในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการบริหารทางการแพทย์ ความเข้าใจและความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันโรคโควิด - 19 ทักษะในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ทักษะในการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ทักษะในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และความรู้ในการรับรู้ข่าวสารและข้อมูลเพื่อตนเองป้องกันโรคโควิด–19[13] ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพคือทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ส่งเสริมการเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลสุขภาพในการคงรักษาสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค[14] และปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้โอกาสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มองว่าความเชื่อของบุคคลนั้นมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและการจัดการโรค โดยนำปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศและอายุ ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย [15-17]

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานครและปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครอาศัยอยู่ใน 6 เขตการปกครอง ประกอบด้วยกลุ่มกรุงเทพกลาง กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงธนเหนือ กลุ่มกรุงธนใต้ และต้องเป็นผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครตั้งแต่มีการระบาดของสถานการณ์โรคโควิด-19 ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน[18] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน กำหนดความเชื่อมั่น (z) ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 มีค่าเท่ากับ 1.96 สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้อง

การศึกษา (p) = (0.5) และ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (d) = (.05) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นจำนวนทั้งหมด 428 คน ใช้วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง (Sample design) แบบหลายขั้นตอน (Multiple stage sampling) จากการแบ่งพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร เป็น 6 เขต ดำเนินการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากขึ้นมาสุ่มเลือกเขต 6 เขตและสุ่มเลือกชุมชนได้ 6 ชุมชน และคิดตามสัดส่วนของประชากรในชุมชนจากการสุ่มจากทะเบียนบ้าน ร้อยละ 10 ได้แก่ ชุมชนหน้าวัดมะกอกจำนวน 51 คน ชุมชนแย้มสรวล 68 คน ชุมชนคลองน้ำแก้ว 13 คน ชุมชนซอยรอดอนันต์ 7 78 คน ชุมชนวัดทองนพคุณ 164 คน และชุมชนศาลเจ้าแม่ทับทิม 54 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดความน่าจะเป็นแบบสัดส่วนกับขนาดซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ (ที่นำมาใช้ในการแปรผล) การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวและเป็นคำถามปลายเปิดแบบให้เติมข้อความ ประกอบด้วย จำนวนการฉีดวัคซีน รายได้ต่อเดือน อุปกรณ์การป้องกันตัวเอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดที่ แบ่งองค์ประกอบมาตรวัด 6 ด้าน[13] มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านการรู้เท่าทันการสื่อสารในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวนจำนวน 3 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 25 คะแนน คำถามแบบเลือกตอบในรูปแบบใช่หรือไม่ใช่ ตอบใช่ให้ 1 คะแนนและไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ซึ่งกำหนดเกณฑ์คะแนนอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-8 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 น้อย คะแนนอยู่ในช่วง 9-16 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 ปานกลาง และคะแนน 17 -25 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19[15-16] มี 6 ด้าน ทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ 5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 ข้อ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 ข้อ มาตรวัดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) น้อยที่สุด (2) น้อย (3) มาก และ (4) มากที่สุด คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน โดยคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์[17] คือ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 คะแนนอยู่ในช่วง 20 - 39 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 น้อย ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด -19 คะแนนอยู่ในช่วง 40 - 59 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ปานกลาง และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 คะแนนอยู่ในช่วง 60 - 80 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 4 คะแนน ช่วงคะแนนแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 12 - 48 คะแนน โดยคะแนนเป็น 3 ระดับ[17] ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 คะแนนอยู่ในช่วง 12 - 23 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 น้อย พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 คะแนนอยู่ในช่วง 24 - 35 คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด- 19 ปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 คะแนนอยู่ในช่วง 36 - 48 คะแนน แสดงถึง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.8 - 1 แล้วดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังได้รับการปรับปรุงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.764, 0.797 และ 0.811 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว รหัสโครงการ IRB-NS 2021/25.0706 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยรับขออนุญาตผู้นำชุมชนแต่ละแห่งเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลได้ในช่วงเวลา 08.00-16.00 น. โดยใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาชุมชนละ 5-15 วัน โดยเริ่มเก็บแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2565 ก่อนเก็บข้อมูลทำการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย เริ่มทำแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 65 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามจำนวน 30-45 นาที/คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนำเสนอด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล Kolmogorov-Smirnov Test ผลข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise liner regression analysis) สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยพิจารณาตัวแปรตามที่เป็นคะแนนรวมของพฤติกรรม ซึ่งจะถูกวัดในรูปแบบคะแนนรวม (continuous data) การวิเคราะห์พฤติกรรมที่มีช่วงแบ่งเป็นระดับ (categorical) จะใช้การวิเคราะห์เป็นระดับ (categorical)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 278 คน (ร้อยละ 65) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 39.5 ปี (SD = 39.65) อายุต่ำสุดอยู่ที่ 18 ปี อายุสูงสุดอยู่ที่ 59 ปี (Mean = 39.5, SD = 39.65) ดังตารางที่ 1

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 2.15 (Mean = 22, SD = 2.15) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงดังตารางที่ 1

3. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 65.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 6.05 (Mean = 65.20, SD = 6.05) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง แสดงดังตารางที่ 1

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 41.30 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 3.61 (Mean = 41.30, SD = 3.61) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงคะแนนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 428)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
เพศ	-	-	-
อายุ	39.50	40.68	-
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19	22.00	2.15	สูง
ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	65.20	6.05	สูง
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19	41.30	3.61	สูง

จากตารางที่ 1 ตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 39.5 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด - 19 และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 428)

ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอย	b	SE_b	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	1.997	.0.202		9.904	.000**
1. เพศ	0.053	0.029	0.53	1.148	No significant
2. อายุ	0.19	0.09	0.2	0.413	No significant
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19	.482	0.159	.138	3.032	.003**
4. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19	0.315	0.045	.316	6.941	.000*

$R = 0.348$; $R^2 = 0.116$; adjust $R^2 = 0.117$; $df_1 = 1$, $F = 9.194$

ค่า *p < .05 และ **p < .001

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่เหมาะสมในการทำนายพฤติกรรม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด–19 โดยมีความสามารถทำนายได้ร้อยละ 11.6 ($R^2 = 0.116$, adjust $R^2 = 0.117$) แสดงดังตารางที่ 2

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ก่อนการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise liner regression analysis) ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรต้น 2 ตัว คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 มาวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 11.6 ($R^2 = 0.116$,$df_1 = 1$, $F = 9.194$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้ คือ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 =1.997 + 0.482 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องโรคโควิด-19) + 0.315 (ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19)

การอภิปรายผลการวิจัย: ผู้วิจัยสรุปผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่เข้าสู่ชุมชนหรือพื้นที่สาธารณะ การล้างมือด้วยสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์เจลหลังจากสัมผัสสิ่งต่าง ๆ เช่น เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย หรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และเข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สามารถแพร่กระจายผ่านทางสารคัดหลั่งของร่างกาย เช่น ผ่านทางน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ และละอองฝอยจากผู้ป่วยที่ติดเชื้ออยู่แล้ว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด - 19 อยู่ในระดับดี[19-21] อีกทั้งการที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่อยู่ในระดับที่สูง มาจากการกระทำหรือการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือเกิดความเจ็บป่วยที่จะมีผลต่อตนเองหรือครอบครัว เกิดจากการที่บุคคลทักษะด้านการรู้คิด ทักษะทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลในการคิดวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูล สร้างความเข้าใจสามารถซักถามข้อมูลที่สงสัยและนำมาปรับใช้ในการเลือกตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 มาใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด -19 ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคโควิด-19 บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองอาจจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งถ้าเกิดโรคแล้วนั้นจะรุนแรงต่อชีวิต รับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกกรมในการป้องกันโรค ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมส่งผลให้ลดโอกาสการติดเชื้อหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโควิด-19

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ[19] เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและการรักษาสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ[20] เป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะสามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสารในรูปแบบวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิถีชีวิตใหม่ โดยสามารถอธิบายได้ว่าอาจเกิดจากสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ได้ทำให้ทุกคนมีการรับรู้แรงจูงใจหรือความสามารถในการเข้าถึง การนำเข้าข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และสามารถประเมินและประยุกต์ข้อมูลเหล่านี้ในการตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการป้องกันโรค ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจในการเลือกที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 คือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ การมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจในการป้องกันโรค ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคและการรับรู้สื่อในการป้องกันโรค เช่นการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายโรคโควิด-19 ที่เป็นมาตรฐานจากหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้งปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าความเชื่อเกี่ยวการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 [14] จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีขึ้น เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ตนเองตระหนักในการมีพฤติกรรมป้องกันโรค อีกทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค อีกทั้งต้องรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค หรือปัจจัยการกระตุ้นที่ทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามความเชื่อในการมีพฤติกรรมป้องกันโรค โดยแต่ละบุคคลต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค[13] สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคตามความเชื่อของตนเองได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่มีแนวคิดและความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.2 เพศและอายุ ไม่สามารถทำนายปัจจัยทำนายสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 วิถีชีวิตใหม่ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และผู้หญิงจำนวน 278 คน คิดเป็นร้อยละ 65 จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่ว่าเพศและอายุ[20] ไม่ได้เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพราะชายและหญิงมีการดูแลตนเองเหมือนกัน เช่นการสวมหน้ากาก การล้างมือ และการรักษาระยะห่างทางสังคม ทั้งนี้ในขณะที่ศึกษาวิจัยเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งนับเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่งพบการระบาดในประเทศไทยเป็นครั้งแรก จึงทำให้ประชาชนไม่ว่าจะเพศหญิงหรือเพศชาย จึงมีพฤติกรรมในป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ต่างกัน

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของว่าความรอบรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรค[20-21] เพื่อจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องและเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพในวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป และสาเหตุที่ค่า R^2 มีค่าน้อยแสดงว่าตัวแปรอิสระที่ใช้มีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้น้อย ซึ่งหมายความว่าไม่ได้สามารถทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีเท่าที่ควร ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามอาจจะไม่ชัดเจนหรือตัวแปรอิสระที่เลือกมาอาจไม่ใช่ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิธีแก้ไข คือการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อค้นหาตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคโควิด-19 เสนอว่าควรศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีประจำตัว หรือศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น ระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงนโยบายป้องกันทั้งในระดับหน่วยงานและชุมชน หรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเน้นการฝึกอบรมและให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

References

1. Triukose S, Nitinawarat S, Satian P, Somboonsavatdee A, Chotikarn P, Thammasanya T, et al. Effects of public health interventions on the epidemiological spread during the first wave of the COVID-19 outbreak in Thailand. PLOS ONE. 2021;16(2):e0246274.
2. Muralidar S, Ambi SV, Sekaran S, & Krishnan UM. The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2. Biochimie. 2020;179: 85-100.
3. Phansuma D, & Boonruksa P. Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among residents in Pru Yai sub-district, Muang district, Nakhon Ratchasima province. Srinagarind Medical Journal. 2021;36(5):597-604. (in Thai)
4. Sawangket A, Srinon R, Suwatanasawat W, & Chuawong P. Twenty first century skills of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. Thai Journal of Nursing. 2020;69(4):31-9. (in Thai)
5. Juntarawiwat T, & Baramee S. Factors predicting COVID-19 preventive behaviors among nursing students in a nursing college. Journal of Nursing Education. 2023;29(2):1-15. (in Thai)

6. Pinchoff J, Santhya KG, White C, Rampal S, Acharya R, Ngo TD, et al. Gender-specific differences in COVID-19 knowledge, behavior, and health effects among adolescents and young adults in Uttar Pradesh and Bihar, India. Public Library of Science. 2020;15(12):1-13.
7. Tadesse T, Tadesse A, Getasew A, Getabalew E, & Mamo E. Predictors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Practices Using Health Belief Model Among Employees in Addis Ababa, Ethiopia, 2020. Infection and drug resistance. 2020;13(null):3751-61.
8. Abrahim SA, Tessema M, Defar A, Hussen A, Ejeta E, Demoz G, et al. Time to recovery and its predictors among adults hospitalized with COVID-19: A prospective cohort study in Ethiopia. PLOS ONE. 2021;15(12):e0244269.
9. Hyun WI, Son YH, & Jung SO. Infection preventive behaviors and their association with perceived threat and perceived social factors during the COVID-19 pandemic in South Korea. Biomedical Science public health. 2022;22(1): 13-81.
10. Rojpaisarnkit K, Kaewpan W, Pengpid S, & Peltzer K. COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Thai population: a web-based survey. Frontiers in Public Health. 2022;10(1):1-7.
11. Yodmai K, Pechrapa K, Kittipichai W, Charupoonpol P, & Suksatan W. Factors associated with good COVID-19 preventive behaviors among older adults in urban communities in Thailand. Journal of Primary Care and Community Health. 2021;12(1):1-9.
12. Intanon C, & Manotone A. Factors affecting prevention behaviors related to COVID-19 infection among village health volunteers in Doi Luang District, Chiang Rai Province. Journal of Public Health and Health Sciences Research. 2024;6(1):151-63. (in Thai).
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12):2072-8.
14. Jaisupap P, & Sirinual S. Health belief model and preventive behaviors for coronavirus disease 2019 among secondary school students at Wiangsa district, Nan province. Academic Journal of Community Public Health. 2024; 10(1):93-104. (in Thai)
15. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior*. 1974;2(4):409-19.
16. Maiman LA, & Becker MH. The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. 1974;2(4):336-53.
17. Bloom BS, Hastings JT, & Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning.New York: McGraw-Hill; 1971.
18. Cochran WG. The Combination of Estimates from Different Experiments. Biometrics. 1954; 10(1):101-29.
19. Limkunakul C, Phuthomdee S, Srinithiwat P, Chanthanaroj S, Boonsawat W, & Sawanyawisuth K. Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 infection among healthcare workers by a health behavior model. Tropical Medicine Health. 2022;50(60):2-7. (in Thai)
20. Napattaradechanon K, Phattharasirisomboon P, & Pronlerttaveekun S. Factors influencing the prevention of COVID-19 infection among older adults in Chaiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1): 86-94. (in Thai)
21. Jumrongpeng J, & Kownaklai J. The Factors Related to COVID-19 Preventive Behaviors among Buddhist Monks in Muang District, Roi-Et. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):122-30. (in Thai)

ความชุกและปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติ ของครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

The Prevalence and Factors Related to Voice Disorders Among Teachers in Muang District, Udonthani Province

ชนม์นิภา ประดิษฐ* สุนทร ศุภพงษ์
Chonnipa Pradit* Soontorn Supapong
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยของภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะเสียงผิดปกติ Voice Handicap Index (VHI) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือสูงด้วยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.96 แบบประเมินประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครูจำนวน 373 คน โดยการสุ่มตามโรงเรียนแบบชั้นภูมิ พบว่าความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ที่ร้อยละ 25.7 โดยครูที่สอนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 63.6 ซึ่งสูงกว่าครูที่สอนเฉพาะระดับชั้นใดชั้นหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.032) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสียงผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การเป็นหวัดบ่อยครั้ง (Adjusted OR = 3.75, 95%CI: 1.74 - 8.10), สถานะโสด (Adjusted OR = 2.61, 95%CI: 1.51 - 4.52), การดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (Adjusted OR = 2.07, 95%CI: 1.21 - 3.54) และการมีประวัติเสียงผิดปกติในครอบครัว (Adjusted OR = 6.10, 95%CI: 1.60 - 23.27) ในทางตรงกันข้าม ครูที่รู้วิธีป้องกันเสียงผิดปกติมีโอกาสเกิดลดลง (Adjusted OR = 0.44, 95% CI: 0.26 - 0.76) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ที่ร้อยละ 25.7 โดยปัจจัยส่วนบุคคลและการมีความรู้ป้องกันเสียงแหบมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเสียงผิดปกติในครู

คำสำคัญ: ภาวะเสียงผิดปกติ, เสียงแหบ, ครู, ความชุก

Abstract

This study aimed to investigate the prevalence of voice disorders among teachers in Muang District, Udonthani Province, and to identify factors associated with the occurrence of voice disorders. The Voice Handicap Index (VHI), a 30-item questionnaire with high reliability (Cronbach's alpha = 0.96), was utilized to assess a sample of 373 teachers selected through stratified random sampling. The findings revealed that the prevalence of voice disorders among teachers in Muang District, Udonthani Province was 25.7%. Teachers who taught both primary and secondary levels had the highest prevalence at 63.6%, which was significantly higher than teachers who taught only primary or secondary level (p-value = 0.032). Factors which were significantly

Corresponding Author E-mail : kawfangch10@gmail.com

วันที่รับ (received) 2 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ม.ค. 2568

associated with voice disorders including frequent catching a cold (Adjusted OR = 3.75, 95%CI: 1.74 - 8.10), being single (Adjusted OR = 2.61, 95%CI: 1.51 - 4.52), occasional alcohol consumption (Adjusted OR = 2.07, 95%CI: 1.21 - 3.54), and a family history of voice disorders (Adjusted OR = 6.10, 95%CI: 1.60 - 23.27). On the contrary, teachers who know how to prevent hoarseness had a reduced risk (Adjusted OR = 0.44, 95%CI: 0.26 - 0.76). These findings indicate that personal factors and knowledge of voice preservation are significantly associated with the occurrence of voice disorders in teachers.

Keywords: voice disorders, hoarseness, teachers, prevalence

บทนำ

ครูเป็นหัวใจสำคัญของระบบการศึกษาและสังคมในทุกประเทศ โดยมีบทบาทในการสอนและพัฒนานักเรียนทั้งในด้านวิชาการและบุคลิกภาพ ครูต้องใช้เสียงในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้และทำให้ผู้เรียนเข้าใจบทเรียน ซึ่งการใช้เสียงตลอดวันทำให้ครูมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเสียงผิดปกติเมื่อเทียบกับอาชีพอื่นๆ การรักษาเสียงให้มีสุขภาพดีถือเป็นสิ่งสำคัญในคนทำงานที่มีการใช้เสียงเป็นหลัก เช่น ครู นักร้อง และเจ้าหน้าที่รับสายโทรศัพท์ให้บริการลูกค้า มีรายงานว่าผู้ที่ใช้เสียงในการประกอบอาชีพ มีอัตราการเกิดภาวะเสียงผิดปกติมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้เสียงในการทำงาน[1] เนื่องจากการใช้เสียงที่มากหรือการใช้เสียงที่ไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชีพครู ที่ต้องใช้เสียงในระหว่างวันเป็นเวลายาวนานกว่าอาชีพอื่น ๆ นั้น ทำให้มีความเสี่ยงในด้านปัญหาทางเสียง ซึ่งการเริ่มมีภาวะเสียงผิดปกติในครูนั้น ไม่เพียงก่อให้เกิดผลกระทบต่อครูในด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบกับชีวิตทางสังคมและชีวิตส่วนตัว หน้าที่การงาน และความสามารถในการสื่อสารของครูอีกด้วย[1] นอกจากนี้ภาวะเสียงผิดปกติยังส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือในกรณีที่ปัญหาทางเสียงไม่ดีขึ้นมีโอกาสทำให้ครูลาป่วยและลาออกมากขึ้น[2]

จากการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับ ความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครูมีผลการศึกษาค่อนข้างหลากหลายและแตกต่างกัน โดยมีความชุกของภาวะเสียงผิดปกติอยู่ในระว่าง 10-70% โดยอาการที่พบได้มีตั้งแต่ อาการเสียงแหบ ความไม่สบายในลำคอ เหนื่อยล้าในการออกเสียง อาการพูดไม่มีเสียง การอักเสบของกล่องเสียง ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติ ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ เพศหญิง[3-7] อายุที่มากขึ้นโดยมากพบในกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี[3,5] เชื้อชาติ[8] ประวัติเสียงผิดปกติของคนในครอบครัว อาการกรดไหลย้อน มีประวัติไข้หวัดมากกว่า 4 ครั้งต่อปี การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้นเป็นประจำ[9] อาการภูมิแพ้[7] การดื่มสุราสูบบุหรี่[6,9] การเรียนการใช้เสียงและการมีความรู้ด้านการใช้เสียง[4,10] ด้านปัจจัยด้านการทำงานที่ส่งผลต่อภาวะเสียงผิดปกติได้แก่ มีประวัติการสอนมากเป็นเวลามากกว่า 10 ปี[4] การขึ้นเสียงขณะสอน[1] การใช้เสียงที่ดังในห้องเรียน[6] จำนวนชั่วโมงที่สอน[6,10] วิชาที่สอน[6] จำนวนนักเรียนต่อชั้นเรียน[10] จำนวนชั่วโมงที่สอนต่อคาบเรียน[6,10] การใช้อุปกรณ์ขยายเสียง[8,10] การสอนในระดับชั้นประถมศึกษา[5] ซึ่งในอีกการศึกษาพบว่าพบภาวะเสียงผิดปกติในครูชั้นมัธยมศึกษามากกว่าชั้นประถมศึกษา[11] และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ทำงานที่ส่งผลต่อภาวะเสียงผิดปกติได้แก่ ระดับเสียงภายในห้องเรียน[6] เสียงรบกวนจากภายนอก[7] หมอกควัน[10] ความชื้นของอากาศในห้องเรียน[10] แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่าอายุ, จำนวนนักเรียน, จำนวนปีที่สอน, จำนวนชั่วโมงที่สอนต่อวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะเสียงผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11]

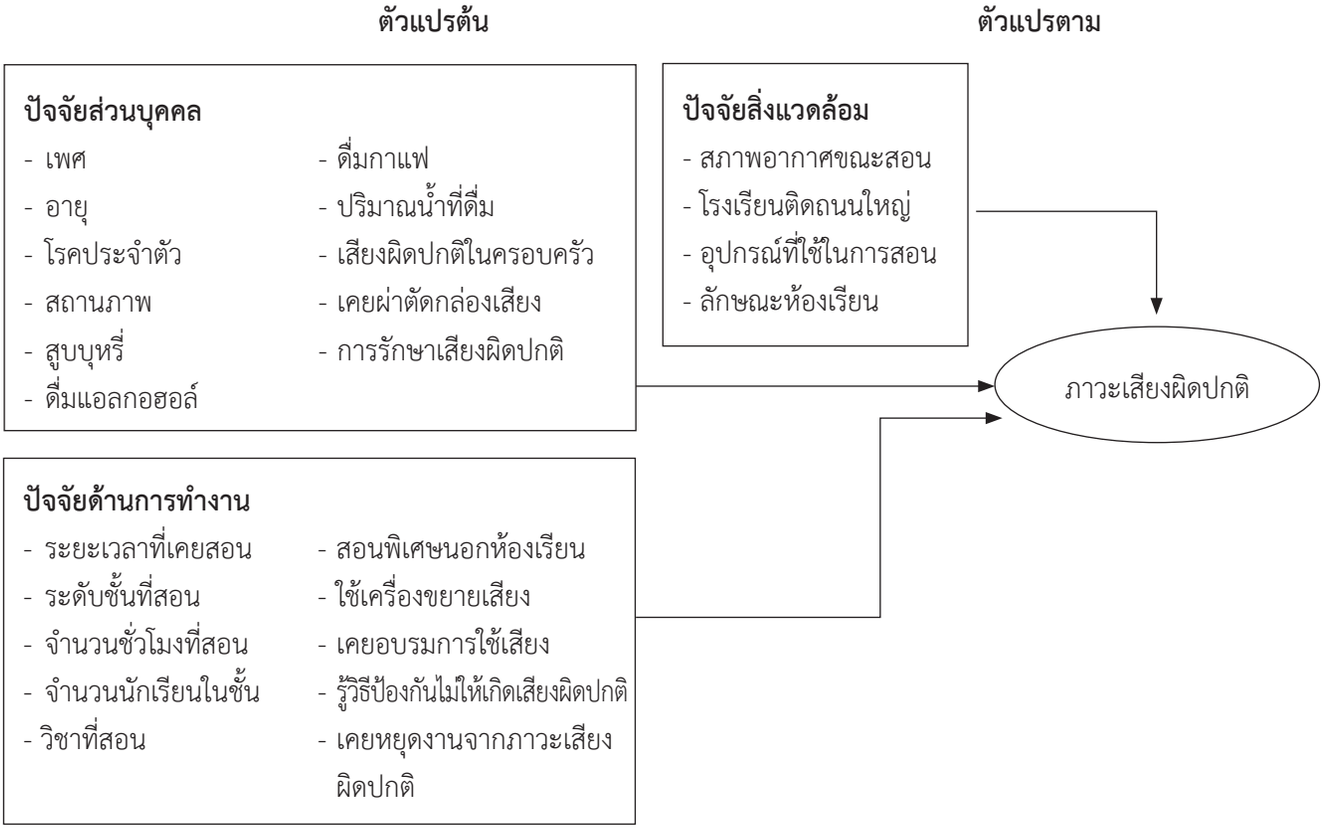
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาภาวะเสียงผิดปกติในครูไทยยังมีไม่มาก มีเพียงการศึกษาในกลุ่มครูโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบความชุกภาวะเสียงผิดปกติที่ 62.6%[12] โดยยังไม่พบการศึกษาอื่นที่ทำการศึกษาในกลุ่มครูที่ต่างจังหวัด ซึ่งมีจำนวนนักเรียนต่อชั้นเรียนภาระงาน และมีความเหลื่อมล้ำทางการศึกษามากกว่าในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีนักเรียนมากที่สุดในประเทศไทยที่ 3,200,000 คน และมีความเหลื่อมล้ำทางการศึกษามากที่สุด ส่งผลให้ครูในพื้นที่มีภาระงานสูง ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเสียงผิดปกติในครูชั้นประถมศึกษาและครูชั้นมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรที่ศึกษา ครูที่ทำการสอนในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดอุดรธานี จำนวน 117 โรงเรียน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ได้ใช้สูตรของ W.G. Cochran[13] เพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในกลุ่มครู ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 358 คน ทั้งนี้ หากทำการสำรวจครูจำนวนทั้งหมด 500 คน โดยคาดการณ์อัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่ร้อยละ 80 จะได้จำนวนครูที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 400 คน ซึ่งใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ตามสูตร

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนแรกในการศึกษานี้คือการรวบรวมข้อมูลจำนวนครูในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีครูทั้งหมด 1,894 คน จาก 117 โรงเรียน จากนั้นได้คำนวณสัดส่วนจำนวนครูในแต่ละขนาดของโรงเรียน เพื่อกำหนดจำนวนครูที่จะทำการสำรวจ โดยคาดว่าจะสำรวจครูทั้งหมดจำนวน 500 คน จึงได้แบ่งจำนวนครูที่จะทำการสำรวจตามขนาดของโรงเรียน โดยแบ่งออกเป็นครูในโรงเรียนขนาดเล็ก 152 คน (30.4%) โรงเรียนขนาดกลาง 158 คน (31.6%) โรงเรียนขนาดใหญ่ 50 คน (10%) และโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ 140 คน (28%)

ในขั้นตอนที่สอง ได้ทำการสุ่มเลือกโรงเรียนจากแต่ละขนาดโรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) เพื่อให้ได้จำนวนครูเท่ากับที่คำนวณในขั้นตอนแรก

โดยสุ่มเลือกโรงเรียนขนาดเล็กจำนวน 12 โรงเรียน โรงเรียนขนาดกลางจำนวน 6 โรงเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่ 1 โรงเรียน และโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ 1 โรงเรียน จากนั้นทำการเก็บข้อมูลจากครูทุกคนในโรงเรียนที่ถูกสุ่มเลือก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของครูในแต่ละขนาดโรงเรียนอย่างเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการทำงาน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการใช้เสียง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะเสียงผิดปกติ Voice Handicap Index จำนวน 30 ข้อ[14]

โดยใช้ค่าคะแนนผลรวม VHI > 13 เป็นตัวชี้ว่ามีภาวะเสียงผิดปกติ[15] แบบสอบถามฉบับภาษาไทยใช้วิธีการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Forward and Backward Translation)[15] มีความเที่ยงของแบบสอบถาม Cronbach's α coefficient = 0.96, intraclass correlation coefficient (ICC) = 0.843 ซึ่งถือว่ามีความถูกต้องและเชื่อถือได้ระดับดีมาก สามารถนำไปใช้ในการประเมินภาวะเสียงผิดปกติได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและติดต่อแต่ละโรงเรียนเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยมีข้อความเชิญชวนอาสาสมัคร ดังนี้ "ขอเชิญชวนอาสาสมัครครูโรงเรียนในจังหวัดอุดรธานี เข้าร่วมโครงการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเสียงผิดปกติในครูชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางป้องกันภาวะเสียงผิดปกติของครูในอนาคต" การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 10 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำเอกสารติดต่อไปที่ฝ่ายธุรการของแต่ละโรงเรียน ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงเรียนนั้น ๆ พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดในการขอทำการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB No. 0135/67 วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม 2567 - 13 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA 18 ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

การวิเคราะห์คะแนน VHI ถูกวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขณะที่การเปรียบเทียบระหว่างระดับชั้นที่สอนและขนาดของโรงเรียนใช้ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติ เนื่องจากตัวแปรเป็นแบบ Binary Outcome จึงใช้ Simple Logistic Regression และวิเคราะห์ปัจจัยร่วมกันด้วย Multiple Logistic Regression โดยใช้วิธี Backward Selection เพื่อควบคุมตัวแปรกวน พิจารณาจากตัวแปรที่มี p-value < 0.25 ผลการวิเคราะห์จะรายงานค่าความเสี่ยงอย่างหยาบ (Crude OR) และค่าความเสี่ยงที่ถูกปรับ (Adjusted OR)

ผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์ผลข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มที่มีภาวะเสียงผิดปกติและไม่มีภาวะเสียงผิดปกติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 373)

ปัจจัย	ภาวะเสียงผิดปกติ			
	มีภาวะเสียงผิดปกติ (n = 96)		ไม่มีภาวะเสียงผิดปกติ (n = 277)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ				
หญิง	66	(23.8)	211	(76.2)
ชาย	30	(31.3)	66	(68.8)
อายุ (ปี)				
21-30	21	(35.6)	38	(64.4)
31-40	27	(26.0)	77	(74.0)
41-50	21	(27.3)	56	(72.7)
51-60	27	(20.3)	106	(79.7)
อาการหรือโรคประจำตัว				
มี	53	(33.1)	107	(66.9)
ไม่มี	43	(20.2)	170	(79.8)
สถานะ				
แต่งงาน	33	(17.0)	161	(83.0)
โสด	52	(34.9)	97	(65.1)
หย่าร้าง	11	(36.7)	19	(63.3)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 373 คน พบว่า ครูเพศชายมีภาวะเสียงผิดปกติสูงกว่าเพศหญิง (31.3% เทียบกับ 23.8%) กลุ่มอายุ 21-30 ปี มีภาวะเสียงผิดปกติสูงสุด (35.6%) ขณะที่กลุ่มอายุ 51-60 ปี มีภาวะต่ำสุด (20.3%) ครูที่มีโรคประจำตัวพบภาวะเสียงผิดปกติสูงกว่าผู้ไม่มีโรค (33.1% เทียบกับ 20.2%) ครูโสดและหย่าร้างมีภาวะเสียงผิดปกติสูงกว่าครูที่แต่งงานแล้ว (34.9% และ 36.7% เทียบกับ 17.0%)

ตอนที่ 2 ผลการประเมินภาวะเสียงผิดปกติทั้งในด้านหน้าที่การงาน ด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ร่วมกับผลความชุกของภาวะเสียงผิดปกติ

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครู อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (n = 373)

	n	(%)
ผลการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะเสียงผิดปกติ Voice Handicap Index		
คะแนนรวมส่วนที่ 1 ด้านหน้าที่การงาน, Mean ± SD	4.82 ± 5.89	
(Min. – Max.)	(0 - 30)	
คะแนนรวมส่วนที่ 2 ด้านร่างกาย, Mean ± SD	4.27 ± 6.33	
(Min. – Max.)	(0 - 30)	
คะแนนรวมส่วนที่ 3 ด้านอารมณ์, Mean ± SD	2.38 ± 5.04	
(Min. – Max.)	(0 - 30)	
คะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมินภาวะเสียงผิดปกติ, Mean ± SD	11.47 ± 15.81	
(Min. – Max.)	(0 - 90)	
ความชุกของภาวะเสียงผิดปกติ		
มีภาวะเสียงผิดปกติ	96 (25.7)	
ไม่มีภาวะเสียงผิดปกติ	277 (74.3)	

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะเสียงผิดปกติ Voice Handicap Index (VHI) ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านหน้าที่การงาน ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์อยู่ที่ 4.82 ± 5.89, 4.27 ± 6.33 และ 2.38 ± 5.04 คะแนน ตามลำดับ โดยคะแนนรวมเฉลี่ยของ VHI เท่ากับ 11.47 ± 15.81 จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน และใช้เกณฑ์ VHI > 13 ในการระบุภาวะเสียงผิดปกติ พบว่าครูในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีความชุกของภาวะเสียงผิดปกติอยู่ที่ร้อยละ 25.7

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง โดยเทียบปัจจัยด้านต่าง ๆ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างระดับชั้นที่สอน และขนาดของโรงเรียน (n = 373)

ปัจจัย	ภาวะเสียงผิดปกติ				p-value†
	มีภาวะเสียงผิดปกติ (n = 96)		ไม่มีภาวะเสียงผิดปกติ (n = 277)		
	n	(%)	n	(%)	
ภาวะเสียงผิดปกติ	96	(25.7)	277	(74.3)	
ระดับชั้นที่สอน					
อนุบาล	5	(21.7)	18	(78.3)	0.032*
ประถมศึกษา	33	(26.0)	94	(74.0)	
มัธยมศึกษา	51	(24.1)	161	(75.9)	
สอนทั้งชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา	7	(63.6)	4	(36.4)	
ขนาดโรงเรียน					
โรงเรียนขนาดเล็ก	29	(25.0)	87	(75.0)	0.772
โรงเรียนขนาดกลาง	17	(21.8)	61	(78.2)	
โรงเรียนขนาดใหญ่	16	(28.1)	41	(71.9)	
โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ	34	(27.9)	88	(72.1)	

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05, †Chi-square test.

จากตารางที่ 3 ครูที่สอนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามีภาวะเสียงผิดปกติสูงสุดที่ร้อยละ 63.6 ซึ่งแตกต่างจากระดับชั้นอื่นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.032) ขณะที่อัตราความชุกระหว่างโรงเรียนขนาดต่างๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.772) โดยอยู่ในช่วงร้อยละ 21.8-28.1

ปัจจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression พิจารณาจากตัวแปรที่มี p-value < 0.25 นำเข้ามาใน model ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ (p-value=0.153) อายุ (p-value = .026) อาการหรือโรคประจำตัว (p-value = .005) เป็นหวัดเป็นประจำมากกว่า 4 ครั้งต่อปี(p-value<.001) และภูมิแพ้อากาศ (p-value=0.013) สถานะ (p-value = .001) การดื่มแอลกอฮอล์ (p-value = .001) ปริมาณน้ำที่ดื่มต่อวัน (p-value=0.067) ประวัติเสียงผิดปกติคนในครอบครัว (p-value=0.001) ประวัติเข้ารับผ่าตัดกล่องเสียง (p-value=0.075) ประวัติรักษาเกี่ยวกับภาวะเสียงผิดปกติ (p-value=0.001) ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ระดับชั้นที่สอน (p-value=0.008) สอนวิชาภาษาไทย (p-value=0.226) สอนวิชาภาษาอังกฤษ (p-value=0.172) การสอนพิเศษนอกห้องเรียน (p-value=0.166) รู้วิธีป้องกันไม่ให้เกิดเสียงผิดปกติ (p-value=0.166) และเคยหยุดงานเนื่องจากภาวะเสียงผิดปกติ (p-value0.002) และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการใช้เสียง ได้แก่ สภาพอากาศขณะสอน (p-value=0.118) และลักษณะห้องเรียนที่สอนประจำ (p-value=0.009) พิจารณาจากตัวแปรที่มี p-value < 0.25 ทั้ง 19 ตัวแปร ใช้วิธี Backward Selection เพื่อควบคุมตัวแปรกวน

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติในครูอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (n = 373)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)		Adjusted OR (95%CI)	
เป็นหวัดเป็นประจำมากกว่า 4 ครั้งต่อปี	4.28	2.15 - 8.53	3.75	1.74 - 8.10
สถานะ				
แต่งงาน	1.00	Reference	1.00	Reference
โสด	2.62	1.58 - 4.33	2.61	1.51 - 4.52
หย่าร้าง	2.83	1.23 - 6.49	2.71	1.07 - 6.86
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	1.00	Reference	1.00	Reference
ดื่มเป็นประจำ	1.10	0.42 - 2.89	1.41	0.49 - 4.05
ดื่มเป็นครั้งคราว	2.29	1.40 - 3.73	2.07	1.21 - 3.54
ประวัติเสียงผิดปกติคนในครอบครัว	7.06	2.12 - 23.49	6.10	1.60 - 23.27
รู้วิธีป้องกันไม่ให้เกิดเสียงแหบ	0.44	0.27 - 0.71	0.44	0.26 - 0.76
เคยหยุดงานเนื่องจากภาวะเสียงผิดปกติ	3.26	1.56 - 6.82	2.72	1.17 - 6.34

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ Multivariable analysis พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสียงผิดปกติในครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ การเป็นหวัดบ่อยครั้ง (Adjusted OR = 3.75, 95% CI: 1.74 - 8.10), สถานะโสด (Adjusted OR = 2.61, 95% CI: 1.51 - 4.52) หรือหย่าร้าง (Adjusted OR = 2.71, 95% CI: 1.07 - 6.86), การดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (Adjusted OR = 2.07, 95% CI: 1.21 - 3.54), ประวัติเสียงผิดปกติในครอบครัว (Adjusted OR = 6.1, 95%CI: 1.60 - 23.27) และการหยุดงานเนื่องจากภาวะเสียงผิดปกติ (Adjusted OR = 2.72, 95% CI: 1.17 - 6.34) ในทางตรงกันข้าม การมีความรู้ในการป้องกันเสียงผิดปกติเป็นปัจจัยป้องกัน (Adjusted OR = 0.44, 95% CI: 0.26 - 0.76)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่าครูในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีมีความชุกของภาวะเสียงผิดปกติอยู่ที่ร้อยละ 25.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่รายงานว่าความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครูอยู่ระหว่างร้อยละ 10-70 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครูในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครในปี 2554[12] ที่พบความชุกของภาวะเสียงผิดปกติอยู่ที่ร้อยละ 62.6 อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะที่ตั้งของโรงเรียนในกรุงเทพมหานครซึ่งมักตั้งอยู่ใกล้ถนนใหญ่ ทำให้มีเสียงรบกวนจากการจราจรเข้ามาในห้องเรียน ส่งผลให้ครูต้องใช้เสียงมากขึ้น นอกจากนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาเสียงในครูอาจเพิ่มขึ้น ทำให้พบความชุกของภาวะเสียงผิดปกติในครู อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จึงน้อยกว่าครูในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

จากการเปรียบเทียบภาวะเสียงผิดปกติในครูชั้นประถมศึกษาและครูชั้นมัธยมศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าครูที่สอนทั้งในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามีความชุกของภาวะเสียงผิดปกติสูงถึงร้อยละ 63.6 ซึ่งสูงกว่าครูที่สอนเฉพาะชั้นอนุบาล ประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.032) โดยครูที่สอนหลายระดับชั้นต้องใช้เสียงมากกว่าปกติ เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและการใช้เสียงให้เหมาะสมกับนักเรียนในแต่ละช่วงวัย ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระต่อกล่องเสียงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสียงผิดปกติ การใช้เสียงในระยะเวลานานและต่อเนื่องโดยไม่เพียงพอต่อการพักเสียง รวมถึงลักษณะการสอนที่แตกต่างกันระหว่างระดับชั้น อาจทำให้เกิดความเมื่อยล้าทางกล้ามเนื้อเสียงและส่งผลต่อความสามารถในการใช้เสียงอย่างมีประสิทธิภาพ การสอนที่แตกต่างกันในแต่ละระดับชั้นจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะเสียงผิดปกติของครู

ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติในครู อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าครูที่เป็นหวัดมากกว่า 4 ครั้งต่อปีมีโอกาสเกิดภาวะเสียงผิดปกติ 3.75 เท่า (Adjusted OR = 3.75, 95%CI: 1.74 - 8.10) เมื่อเปรียบเทียบกับครูที่ไม่ค่อยเป็นหวัด ในส่วนของสถานภาพการสมรส ครูที่โสดมีโอกาสเกิดภาวะเสียงผิดปกติ 2.61 เท่า (Adjusted OR = 2.61, 95% CI: 1.51 - 4.52) และครูที่หย่าร้างมีโอกาสเกิดเสียงผิดปกติ 2.71 เท่า (Adjusted OR = 2.71, 95% CI: 1.07 - 6.86) เมื่อเทียบกับครูที่แต่งงานแล้ว

สำหรับปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าครูที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราวมีโอกาสเกิดภาวะเสียงผิดปกติ 2.07 เท่า (Adjusted OR = 2.07, 95% CI: 1.21 - 3.54) เมื่อเทียบกับครูที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ครูที่มีประวัติเสียงผิดปกติในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะเสียงผิดปกติ 6.10 เท่า (Adjusted OR = 6.10, 95% CI: 1.60 - 23.27) ด้านประวัติการหยุดงานเนื่องจากภาวะเสียงผิดปกติ พบว่าครูที่เคยหยุดงานมีโอกาสเกิดภาวะเสียงผิดปกติ 2.72 เท่า (Adjusted OR = 2.72, 95% CI: 1.17 - 6.34)

ในครูที่มีความรู้เรื่องการป้องกันภาวะเสียงผิดปกติ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสียงผิดปกติลดลง 0.44 เท่า (Adjusted OR = 0.44, 95%CI: 0.26 - 0.76) เมื่อเปรียบเทียบกับครูที่ไม่มีความรู้ ซึ่งความรู้นี้อาจช่วยให้ครูสามารถใช้เสียงได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเสียงผิดปกติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษานี้พบครูที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเสียงผิดปกติ มีโอกาสเกิดภาวะ 0.44 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับครูที่ไม่มีความรู้ในเรื่องนี้ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยป้องกัน โดยหนึ่งในแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงคือ การใช้โปรแกรมสุขอนามัยเสียงเพื่อป้องกันภาวะเสียงผิดปกติในครู จากผลการศึกษาของ Ruotsalainen และคณะ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและใช้เสียงอย่างถูกวิธี[16] เช่น การฝึกหายใจด้วยหน้าท้อง การควบคุมระดับเสียง การควบคุมความดังของเสียง และการจัดเวลาพักเสียงระหว่างการสอน เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยป้องกันภาวะเสียงผิดปกติในครูได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมสุขภาพในอาชีพครู สามารถปรับใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของครูในการดูแลตนเอง[17] เช่น การจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้เสียงที่เหมาะสม การปรับสภาพห้องเรียน และการลดความเสี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เสียงเสียหาย ซึ่งจะช่วยลดปัญหาภาวะผิดปกติทางเสียงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการฝึกและฟื้นฟูเสียงในครูที่มีภาวะเสียงผิดปกติเพื่อประเมินประสิทธิภาพในระยะยาว และควรทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะสังคมและเศรษฐกิจต่างกันเพื่อเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสียงผิดปกติ

References

1. Akinbode R, Lam KB, Ayres JG & Sadhra S. Voice disorders in Nigerian primary school teachers. Occupational Medicine (London). 2014; 64(5):382-6.
2. Lee YR, Kim HR & Lee S. Effect of teacher's working conditions on voice disorder in Korea: a nationwide survey. Annals of Occupational and Environmental Medicine; 2018.
3. Roy N, Merrill RM, Thibeault S, Parsa RA, Gray SD & Smith EM. Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2014;47(2):281-93.
4. Da Costa V, Prada E, Roberts A & Cohen S. Voice disorders in primary school teachers and barriers to care. Journal of Voice. 2012;26(1): 69-76.
5. Leão SH, Oates JM, Purdy SC, Scott D & Morton RP. Voice problems in New Zealand teachers: a national survey. Journal of Voice. 2015; 29(5):645.e1-645.e13.
6. Alshuhayb BS, Alkhars AZ, AlMaghlouth MK, Alkhars FS, Alamer ZA, Alarfaj AA, et al. Voice disorders among teachers in Al-Ahsa, Eastern Region, KSA: vocal complaints, treatment-seeking behaviors, and knowledge of vocal care. Journal of Voice. 2022;36(1):1-8.

7. de Sousa E, Goel HC & Fernandes VLG. Study of voice disorders among school teachers in Goa. Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. 2019;71(4):679-83.
8. Moy FM, Hoe VC, Hairi NN, Chu AH, Bulgiba A & Koh D. Determinants and effects of voice disorders among secondary school teachers in Peninsular Malaysia using a validated Malay version of VHI-10. PLoS One. 2015; 10(11):e0141963.
9. Alrahim AA, Alanazi RA & Al-Bar MH. Hoarseness among school teachers: a cross-sectional study from Dammam. Journal of Family and Community Medicine. 2018;25(3):205-10.
10. Tao Y, Lee CT, Hu YJ & Liu Q. Relevant work factors associated with voice disorders in early childhood teachers: a comparison between kindergarten and elementary school teachers in Yancheng, China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(4):1-12.
11. Menon UK, Raj M, Antony L, Soman S & Bhaskaran R. Prevalence of voice disorders in school teachers in a district in South India. Journal of Voice. 2021;35(1):1-8.
12. Jansri U. Prevalence and factors related to voice disorders in teachers of Bangkok Metropolitan Schools. Thammasat Medical Journal. 2015; 15(3):1-10. (in Thai)
13. Cochran WG. Sampling Techniques. Cambridge: Harvard University; 1953.
14. Menon UK, Raj M, Antony L, Soman S & Bhaskaran R. Prevalence of voice disorders in school teachers in a district in South India. Journal of Voice. 2021;35(1):1-8.
15. Jaruchinda P & Suwanwarangkool T. Cross-cultural adaptation and validation of the Voice Handicap Index into Thai. Journal of the Medical Association of Thailand. 2015; 98(11):1199-208. (in Thai)
16. Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, Jauhiainen M & Verbeek JH. Interventions for preventing voice disorders in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;2015(8):CD006372.
17. Nguanboonnak B, Tobua S & Lapanachokdee W. The Development Of An Evaluation Model For Operation A Health Promotion School With Sustainable Participation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):74-83. (in Thai)

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีน แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Cost Analysis of Nursing Activities Using Lean Services at the Medical Clinic of the Out Patient Department in the Tertiary Hospital

พัชรีย์ภรณ์ ปรีชาชน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
Patchareeporn Preechachon Phechnoy Singchungchai* Kannikar Chatdokmaiprai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีนแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ประชากรเป้าหมายคือ รายงานต้นทุนของบุคลากรในคลินิกอายุรกรรม จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือรายงานต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูล เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือ มี 3 ชุด 1) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล 2) พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอก 3) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนตัวผลักดันกิจกรรม ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 0.8 ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีน(รวม73,109.55บาท) (LC:MC:CC=40.33:11.03:48.63) ต่ำกว่าการจัดบริการแบบปกติ (รวม80,261.74บาท) ซึ่งต่างกัน 7,152.19 บาท โดยพบว่าต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 117.27 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 2,436.98 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดคือกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน เท่ากับ 24,292.96 บาท รองลงมาคือกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจเท่ากับ 23,901.01 บาท เมื่อเปรียบเทียบ พบว่าต้นทุนการจัดบริการด้วยแนวคิดลีนต่ำกว่าการจัดการแบบปกติ

ผลวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยแนวคิดลีนสามารถลดต้นทุนในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการของกิจกรรมบริการอื่นๆ ในองค์กรต่อไป

คำสำคัญ : ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล, กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอก, คลินิกอายุรกรรม, แนวคิดลีน

Abstract

The objective of this descriptive research was to analyze the cost of nursing activities utilizing Lean services in the outpatient department of the medicine clinic. The target population was nursing personnel cost reports for 30 cases. The sample comprised nursing cost reports for 30 patients. The data was collected from January to March 2024. Three sets of instruments were used: 1) Nursing activity records, 2) Dictionary of outpatient nursing activities, and 3) Activity driver cost data records. The content validity index was 1.0, and the observation reliability was 0.8. The statistics used were frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that the total cost of nursing activities utilizing lean management was

Corresponding Author: *Email: phechnoy@gmail.com

วันที่ได้รับ (received) 1 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขสำเร็จ (received) 22 มิ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 มิ.ย. 2567

73,109.55 Baht (LC:MC:CC = 40.33 : 11.03 : 48.63) which was lower than the cost under regular management with a total cost of 80,261.74 Baht with a difference of 7152.19 Baht. The total cost per activity was 117.27 Baht, and the cost per case was 2,436.98 Baht. The highest cost was for activity management and support activities at a total of 24,292.96 Baht, followed by pre-examination nursing activities at 23,901.01 Baht. A comparison revealed that the cost of Lean management was lower than that of regular management.

The research results show that nursing activities using the lean concept could reduce operation costs. Therefore, administrators could apply the results as guidelines for further improving the process of other service activities within the organization.

Keywords: nursing service cost, outpatient nursing services, medical clinic, Lean concept

บทนำ

การบริหารจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นส่วนสำคัญของงานการพยาบาล (Nursing management for out patients) ซึ่งเน้นการนำหลักการและเครื่องมือ ทางการบริหารจัดการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ ในแผนกห้องตรวจโรคในเวลา การบริหารจัดการขององค์กรพยาบาล ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานการพยาบาล นั่นคือผู้รับบริการสุขภาพได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ป่วย ครอบครัว หรือสังคมตลอดจนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการที่ดีขึ้นในระยาว[1] การบริหารกิจกรรมทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก จึงเน้นการประเมิน ดูแลเฝ้าระวังให้ข้อมูล จัดลำดับความเร่งด่วน ของการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะเฉียบพลัน[2] เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2537[3] ร้อยละ 6.8 พ.ศ. 2550 ร้อยละ 10.7 พ.ศ. 2564 ร้อยละ 16.9 ของประชากร และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์(ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20) ภายในปี 2566 พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตในปัจจุบันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางและมีภาวะพึ่งพิงสูง สิ่งเหล่านี้กระทบต่อระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคทางอายุรกรรมเป็นสาเหตุหลักที่แพทย์ รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด[4] โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน[5] การจัดบริการสุขภาพในองค์กรพยาบาลจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและต้นทุน ที่เป็นตัวเงินและไม่เน้นตัวเงิน กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นการบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้มีสุขภาพดีและผู้มีปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ปรับพฤติกรรมและดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการบริการปรึกษาสุขภาพ[2] การบริหารจัดการที่มีคุณภาพมีผลต่อคุณภาพของชีวิต และสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยให้บรรลุคุณภาพการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังการตรวจ และกิจกรรมการบริหารและงานสนับสนุนการพยาบาลผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมปี พ.ศ. 2564, 2565, 2566 มีจำนวน 289 ราย, 345 ราย, 369 รายต่อวัน ระยะเวลารอคอย 255 นาที, 257 นาทีและ 254 นาที[6] ตามลำดับ มีจำนวนขั้นตอนรับบริการ 17 ขั้นตอน มีการใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลือง นอกจากนี้จำนวนผู้ใช้บริการรวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ต้นทุนสูงขึ้น ดังนั้น การให้บริการจึงต้องมีการค้นหาวิธีการเพื่อลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการบริหารจัดการแบบลีนเพื่อลดความสูญเปล่า จึงนำแนวคิดลีนมาปรับปรุงกระบวนการทำงานและวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในการจัดบริการแบบปกติและการจัดบริการแบบลีน

เพื่อแสดงให้เห็นถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งของผู้ใช้บริการและต้นทุนของโรงพยาบาลเพื่อให้กระบวนการทำงานเกิดประสิทธิภาพ

ทั้งนี้กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมยังไม่เคยคิดวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีนแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเพื่อสะท้อนให้เห็นต้นทุนที่แท้จริง เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูล การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลให้กับหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมแบบปกติ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกในคลินิกอายุรกรรม โดยการจัดบริการแบบลีน ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง แบบปกติกับการจัดบริการแบบลีน

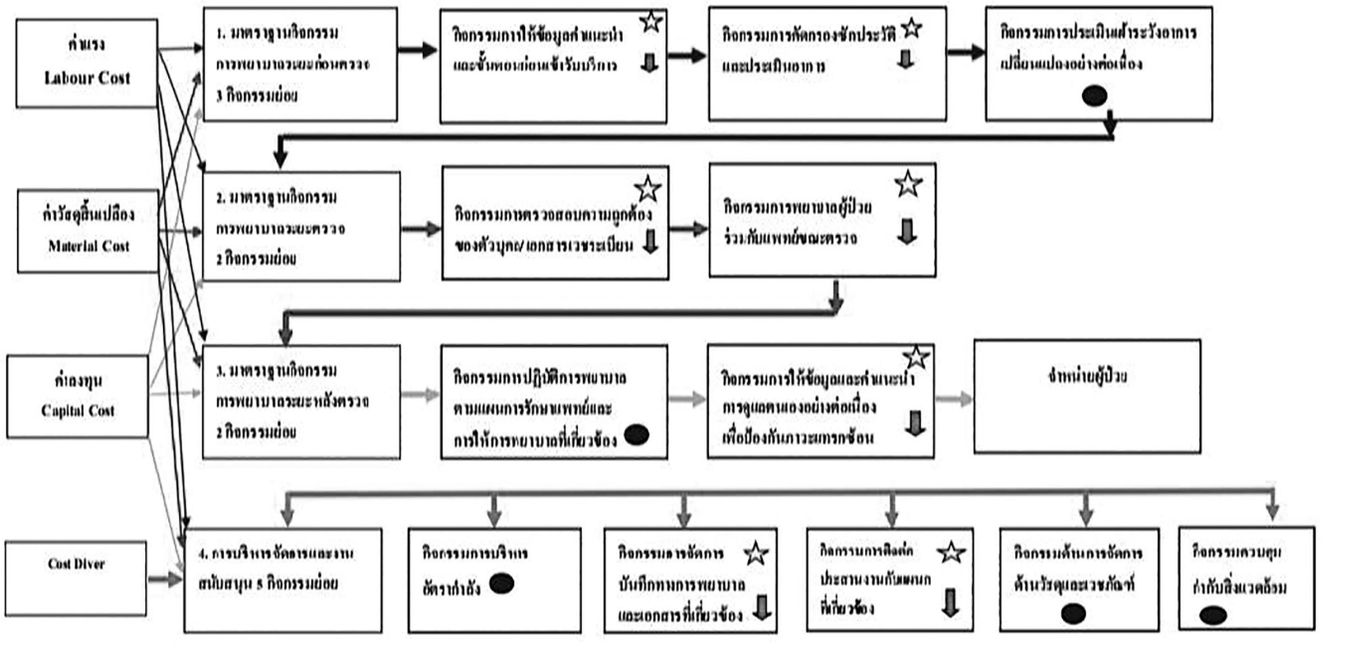
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC ของ Kapland และ Cooper[7] มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมกำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากร
2. ระบุตัวผลักดันทรัพยากรโดยให้บุคลากรเป็นส่วนค่าแรงตามสัดส่วนที่ใช้ในการปฏิบัติ
3. กำหนดผลผลิตและบริการของหน่วยงาน
4. กำหนดตัวผลักดันกิจกรรม

กรอบแนวคิดลีนของ Womack และ Jones[8] คือที่วิธีการที่มีการระบุคุณค่าการดำเนินงาน โดยการกำจัดความสูญเปล่า และทำให้กระบวนการทำงานเกิดประสิทธิภาพ ประกอบด้วยหลักสำคัญ 5 หลักการ

1) ระบุเน้นที่คุณค่า (Value)
2) การเขียนแผนผังสายธารคุณค่า (Value steam)
3) สร้างกระบวนการทำงานไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง (Flow)
4) การดึงคุณค่าความต้องการ (Pull system)
5) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ (perfection) ดำเนินการโดยใช้เครื่องมือคือ การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องโดยกำจัดกิจกรรมที่ไม่มีคุณค่าออกเพื่อให้จำนวนขั้นตอนระยะเวลาและข้อมูลเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก[9] ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Kaplan&Cooper), 1988;สภาการพยาบาล, 2563;สำนักการพยาบาล, 2551

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยการจัดบริการแบบลีนแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ 1) รายงานต้นทุนทั้งหมดของบุคลากรทางการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมจำนวน 30 ราย 2) รายงานต้นทุนของคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย คำนวณจำนวนตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป G* power10 กำหนดค่า Effect size = 0.60 ค่า power = 0.60 และค่า α = 0.05 และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ 10%11 คือ N1 = n/(1-d) เมื่อแทนค่าเท่ากับ 27/(1-0)ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองเลขที่ น.08/2566 วันที่ 10 มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอน ในการเก็บข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับรายได้ในช่วงเวลาที่ศึกษา และจับเวลาขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระหว่างการทำการศึกษา บุคคลากรทางการพยาบาลสามารถแจ้งยุติการสิ้นสุดการศึกษาได้ตลอดเวลา และข้อมูลทุกอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ หลังจากสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี เอกสารทางวิจัยจะถูกทำลาย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์จากการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกของ Bureau of Nursing[9] นำบูรณาการตามแนวคิดของ Kaplan และ Cooper[7] เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ชุด ประกอบด้วย

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรม ประกอบด้วยแบบบันทึกทั้งหมด 6 แบบฟอร์ม คือ 1) แบบฟอร์มบันทึกค่าแรง (labour cost) 2) แบบบันทึกค่าวัสดุ (material Cost) 3) แบบบันทึกค่าไฟฟ้า 4) แบบบันทึกค่าน้ำประปา 5) แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาวัสดุ (Capital cost) 6) แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่

เครื่องมือชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอ้างอิงกรอบมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของ Bureau of Nursing[9] ที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนตรวจ 2) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะตรวจ 3) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลหลังการตรวจ 4) มาตรฐานกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนบริการพยาบาล

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนตัวประกันกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์ต้นทุนของ Kaplan และ Cooper[7] สร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมด 2 แบบฟอร์ม ดังนี้

1. แบบฟอร์ม ABC 1 แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมสร้าง โดยการหาค่าเฉลี่ยเวลาจากผู้รับบริการที่คลินิกอายุรกรรมและบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 30 ราย โดยการสังเกตการปฏิบัติงานมาสร้างเป็นแบบการบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม

2. แบบฟอร์ม ABC 2 แบบบันทึกปริมาณกิจกรรมพยาบาลผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน นำมาคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 นำเครื่องมือแบบสังเกตปริมาณเวลา และแบบสังเกตปริมาณกิจกรรม มาคำนวณหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของการสังเกต (Inter-observer reliability) โดยผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยกระทำไปพร้อมกันและเป็นอิสระต่อกัน ทำการสังเกตและบันทึกเวลาการทำกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนสิ้นสุดกิจกรรมโดยที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำผลที่สังเกตได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของการสังเกต[10] ได้เท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการขอจริยธรรมสำหรับการวิจัยกับคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตศึกษาเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและบุคลากรทางการพยาบาลคลินิกอายุรกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ด้านการเงิน งานพัสดุจัดซื้อของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยคือ บุคลากรทางการพยาบาลคลินิกอายุรกรรมโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการลงบันทึกเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

2. ขั้นตอนการดำเนินการใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

2.1 เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) เก็บข้อมูลจากทะเบียนฐานข้อมูลบันทึกเงินเดือนและรายรับอื่น ๆ จากฝ่ายบัญชีและฝ่ายการเงินทะเบียนพัสดุจัดซื้อครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้าง และข้อมูลสถิติการใช้บริการคลินิกอายุรกรรมปีงบประมาณ 2567 เพื่อคำนวณต้นทุนค่าแรงของบุคลากรในคลินิกอายุรกรรม จำนวน 30 ราย

2.2 เก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective study) จากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการที่คลินิกอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา จำนวน 30 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. คำนวณหาต้นทุนค่าแรง โดยนำเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทนวิชาชีพ ค่าตอบแทนค่ารักษาพยาบาล นำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อนาที ต่อคน โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{ค่าแรงของบุคลากร (บาท/นาที)} = \frac{\text{ค่าแรงของบุคลากรรายบุคคล}}{\text{นาทีในการทำงาน (22 วัน x 8 ชั่วโมง x 60 นาที)}}$$

1.1 คำนวณค่าแรงแต่ละกิจกรรมการพยาบาลโดยนำค่าแรงต่อนาทีของบุคลากรแต่ละคนคูณกับเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลจะได้ค่าแรงแต่ละกิจกรรม

12. นำค่าแรงของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมมารวมกัน จะได้ค่าแรงรวมของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม

1.3 นำค่าแรงรวมของแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้มารวมกัน ได้เป็นค่าแรงทั้งหมดในการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม

2. การคำนวณหาต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองโดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมดรวมกัน

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง} = \frac{\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมทั้งหมด}}{\text{จำนวนครั้งกิจกรรมการพยาบาล}}$$

3. คำนวณหาต้นทุนค่าลงทุนโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลค่าลงทุนมานำมาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง โดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาของกรมบัญชีกลางดังนี้

$$\text{ค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{ราคาสินทรัพย์}}{\text{อายุการใช้งาน}}$$

4. คำนวณต้นทุนปันส่วน เป็นการคำนวณหาต้นทุนในกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เป็นการปันส่วนระบุตัวผลักดันแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การคำนวณต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยของตัวผลักดัน และนำต้นทุนจากการวิเคราะห์มาปันส่วนในกิจกรรมการพยาบาลหลัก

5. คำนวณหาต้นทุนรวมของกิจกรรมหลักทั้ง 4 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอก

6. คำนวณหาต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม เท่ากับผลรวมของต้นทุน แต่ละกิจกรรม 4 กิจกรรมของการพยาบาลผู้ป่วยนอก/จำนวนครั้งผู้รับบริการ

$$\text{ต้นทุนต่อกิจกรรม} = \frac{\text{ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม}}{\text{จำนวนครั้งของกิจกรรมการพยาบาล}}$$

$$\text{ต้นทุนต่อราย} = \frac{\text{ต้นทุนกิจกรรมรวม 4 กิจกรรมหลัก}}{\text{จำนวนผู้รับบริการ}}$$

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของต้นทุนรวม ค่าเฉลี่ย และร้อยละสำหรับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบปกติและแบบลีนแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (n=30)

องค์ประกอบของต้นทุน	รวม (บาท)		เฉลี่ย (บาท)		ร้อยละ		
	แบบปกติ	แบบลีน	แบบปกติ	แบบลีน	แบบปกติ	แบบลีน	ผลต่าง
ต้นทุนค่าแรง	33,984.90	29,488.15	1,132.83	982.93	42.34	40.34	+4496.75
ต้นทุนค่าวัสดุ	10,720.71	8,065.27	357.36	268.84	13.35	11.03	+2655.45
ต้นทุนค่าลงทุน	35,556.13	35,556.13	1,185.20	1,185.20	44.30	48.63	-
รวม	80,261.74	73,109.55	2,675.39	2,436.97	100	100	+7152.19

จากตารางที่ 1 พบว่า องค์ประกอบต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบปกติแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม มีค่าเท่ากับ 80,261.74 บาทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,675.39 บาท ต้นทุนที่มีค่าที่สูงที่สุดคือ ค่าลงทุน เท่ากับ 35,556,13 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,185.20 บาท รองลงมาคือต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 33,984.90 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,132.83 บาท ต้นทุนที่มีค่าต่ำที่สุดคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 10,720.71 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 357.36 บาท องค์ประกอบต้นทุนรวมสำหรับกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบลีนมีค่าเท่ากับ 73,109.55บาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,436.97 บาท ต้นทุนที่มีค่าที่สูงที่สุดคือ ค่าลงทุน เท่ากับ 35,556,13 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,185.20 บาท รองลงมาคือต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 29,488.15 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 982.93 บาท ต้นทุนที่มีค่าต่ำที่สุดคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 8,065.27 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 268.84 บาท

ตารางที่ 2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบปกติและแบบลีนแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (n = 30)

กิจกรรมหลัก		เวลาทำกิจกรรมเฉลี่ย (นาที)	จำนวนกิจกรร (ครั้ง)	เวลาทำกิจกรรมรวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าลงทุน (บาท)	ต้นทุนปันส่วน (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท)*	ต้นทุนต่อกิจกรรม (บาท)**	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ต้นทุนต่อราย (บาท)***	ผลต่างต้นทุนรวม
1. การพยาบาลระยะก่อนตรวจ	แบบปกติ	15.00	210	3450	9,090.90	2,966.21	2,670.73	12,088.23	26,816.07	127.70	893.86	33.41	839.86	+2,915.06
	แบบลีน	13.30	150	1950	7,749.60	2,003.53	2,373.63	11,744.25	23,901.01	159.34	796.70	32.69	796.70	
2. การพยาบาลระยะตรวจรักษา	แบบปกติ	5.00	120	900	2,691.50	1,694.98	1,526.13	6,907.56	12,820.17	106.83	427.34	15.97	427.34	+1,320.23
	แบบลีน	5.00	90	510	1,814.30	1,196.91	1,424.18	7,064.55	1,1499.94	127.78	383.33	15.73	383.33	
3. การพยาบาลระยะหลังตรวจ	แบบปกติ	10.00	120	1,500	4,593.50	1,694.98	1,526.13	6,907.56	14,722.17	122.68	490.74	18.34	490.74	+1,306.52
	แบบลีน	10.00	90	900	3,730.00	1,196.91	1,424.18	7,064.55	13,415.64	86.76	447.19	18.35	447.19	
4. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	แบบปกติ	26.67	309	7,050	17,609.00	4,364.56	3,929.79	-	25,903.35	83.88	863.44	32.27	863.44	+1,610.39
	แบบลีน	25.83	280	6,000	16,194.25	4,364.56	3,929.79	-	24,292.96	86.76	809.77	33.22	809.77	
รวม	แบบปกติ	54.97	759	12,900	33,984.90	10,720.72	9,652.78	25,903.35	80,261.74	105.75	2675.39	100	2675.39	+7,152.19
	แบบลีน	54.13	610	9,360	2,9488.15	7,406.85	9,652.78	24,327.13	73,109.55	117.27	24,36.98	100	2,436.98	

จากตารางที่ 2 พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบปกติโดยรวมเท่ากับ 8,0261.74 บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนกิจกรรมสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจ เท่ากับ 26,816.07 บาท (ร้อยละ 33.41) ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 127.70 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 893.86 บาท รองลงมาคือกิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนรวมเท่ากับ 25,903.35 บาท (ร้อยละ 32.27) ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 83.38 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 863.44 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลระยะตรวจ มีค่าต้นทุนกิจกรรมรวมเท่ากับ 12,820.17 บาท (ร้อยละ 15.97) ต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 106.83 บาท กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบลีนโดยรวมเท่ากับ 73,109.55 บาท พบว่ากิจกรรมที่มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสูงสุด คือ กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุน มีต้นทุนรวม 24,292.96 บาท (ร้อยละ 33.22) ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 86.76 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 809.77บาท กิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุดคือ กิจกรรมระยะตรวจรักษามีต้นทุนรวม 11,499.94บาท (ร้อยละ 15.73) ต้นทุนต่อกิจกรรม เท่ากับ 127.78บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 383.33 บาท

ตารางที่ 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยด้วยการจัดบริการแบบปกติและแบบลีน แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (n = 30) (ต่อ)

	แบบปกติ	แบบลีน	ผลต่าง
จำนวนกิจกรรมย่อย	12	12	0
จำนวนขั้นตอน	17	9	8
จำนวนครั้งการทำกิจกรรม	759	610	149
กิจกรรมระยะก่อนตรวจ	210 (330 ชั่วโมงนาที)	150 (2 ชั่วโมง 30 นาที)	60 (1ชั่วโมง)
กิจกรรมระยะตรวจ	120 (2 ชั่วโมง)	90 (1 ชั่วโมง 30 นาที)	30 (30นาที)
กิจกรรมระยะหลังตรวจ	120 (2 ชั่วโมง)	90 (1 ชั่วโมง 30 นาที)	30 (30นาที)
กิจกรรมการบริหารและสนับสนุน	309 (5 ชั่วโมง 9 นาที)	280 (4 ชั่วโมง 40 นาที)	29 (29นาที)
ระยะเวลาทำกิจกรรมรวม	10350 (172 ชั่วโมง 30 นาที)	9360 (156 ชั่วโมง)	990 (16 ชั่วโมง 30 นาที)
ระยะเวลาทำกิจกรรมรวม	250 (4 ชั่วโมง 10 นาที)	225 (3ชั่วโมง 45 นาที)	25 นาที
กิจกรรมระยะก่อนตรวจ	50 (50 นาที)	40 (40 นาที)	10 นาที
กิจกรรมระยะตรวจ	15 (15 นาที)	10 (10 นาที)	5 นาที
กิจกรรมระยะหลังตรวจ	25 (25 นาที)	20 (20 นาที)	5 นาที
กิจกรรมการบริหารและสนับสนุน	160 (2ชั่วโมง 40 นาที)	155 (2 ชั่วโมง 35 นาที)	5 นาที
ต้นทุนกิจกรรมรวม (บาท)	**8,0261.74**	**73,109.55**	**7,152.19**

จากตารางที่ 3 พบว่า ต้นทุน 4 กิจกรรมหลักการจัดบริการแบบลีนมีจำนวนขั้นตอน 9 ขั้นตอนน้อยกว่าการจัดบริการแบบปกติ 8 ขั้นตอน จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม 610 ครั้ง การจัดบริการแบบปกติจำนวนครั้งในการทำกิจกรรม 759 ครั้ง ระยะเวลารวมในการทำกิจกรรมของการจัดบริการแบบลีน 3 ชั่วโมง 45 นาที น้อยกว่าการจัดแบบปกติ 25 นาที ต้นทุนกิจกรรมรวมของการจัดการแบบลีน เท่ากับ 73,109.55 บาท ต้นทุนกิจกรรมรวมของการจัดการแบบปกติ เท่ากับ 8,0261.74 บาท ซึ่งต้นทุนกิจกรรมรวมของการจัดการแบบลีน น้อยกว่า 7,152.19 บาท

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมในการจัดบริการแบบปกติแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักมีต้นทุนเท่ากับ 80,261.74 บาท ปริมาณกิจกรรมย่อย 12 กิจกรรม 17 ขั้นตอน ระยะเวลาเท่ากับ 4 ชั่วโมง 10 นาที จำนวนกิจกรรม 759 ครั้ง เมื่อพิจารณาต้นทุนกิจกรรมหลักแต่ละกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจเท่ากับ 26,816.07 บาท เนื่องจากมีระยะเวลาการทำกิจกรรมเท่ากับ 50 นาที และมีจำนวนกิจกรรมเท่ากับ 210 ครั้ง ทำให้ต้นทุนสูง สอดคล้องตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุนทุกกิจกรรมมีต้นทุน ถ้ากิจกรรมมีปริมาณมากย่อมทำให้เกิดต้นทุนเพิ่มขึ้นและการใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลที่มากจะทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง[12]

2. ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกในคลินิกอายุรกรรมโดยการบริหารจัดการด้วยลีนในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่า

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก มีต้นทุนเท่ากับ 73,109.55 บาท มีปริมาณกิจกรรมย่อย 12 กิจกรรม 9 ขั้นตอน ระยะเวลาเท่ากับ 3 ชั่วโมง 45 นาที จำนวนกิจกรรมเท่ากับ 610 ครั้ง เมื่อพิจารณาต้นทุนกิจกรรมหลักแต่ละกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการบริหารจัดการและงานสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเท่ากับ 24,292.96 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 809.77 บาท เนื่องจากกิจกรรมมีขั้นตอนและระยะเวลาการทำกิจกรรมเท่ากับ 4ชั่วโมง 40 นาที จำนวนกิจกรรมเท่ากับ 280 ครั้ง ทำให้ต้นทุนสูงเป็นตัวผลักดันกิจกรรมทำให้ต้นทุนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Brimson[13] ที่กล่าวว่า กิจกรรมที่ใช้เวลานาน ต้นทุนจะสูง และตรงกับแนวคิดต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan และ Cooper[8] ที่ระบุว่า ตัวผลักดันต้นทุน หมายถึงปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม การปันส่วนต้นทุนกิจกรรมสู่ผลผลิตหรือ บริการ ดังนั้น กิจกรรมที่ใช้เวลามาก ต้นทุนจะสูง

3. เปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง แบบปกติกับการบริหารจัดการด้วยลีน พบว่า

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักแบบปกติมีต้นทุนเท่ากับ 8,0261.74 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 2675.39 บาทระยะเวลาดำเนินกิจกรรมเท่ากับ 4 ชั่วโมง 10 นาที จำนวนกิจกรรมเท่ากับ 759 ครั้ง และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลักของกิจกรรมการพยาบาลด้วยแนวคิดลีนมีต้นทุนเท่ากับ 73,109.55 บาท ต้นทุนต่อรายเท่ากับ 2,436.98 บาท ระยะเวลาเท่ากับ 3 ชั่วโมง 45 นาที จำนวนกิจกรรมเท่ากับ 610 ครั้ง จำนวนกิจกรรมลดลง 149 ครั้ง ระยะเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลลดลง 25 นาที ต้นทุนลดลง 7,152.19 บาท การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมสามาถลดขั้นตอนการทำงานได้จาก 17 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอนจาก 12 กิจกรรมย่อย โดยการรวมกิจกรรมไว้ในจุดบริการ รวมถึงการใช้อุปกรณ์สารสนเทศในการสื่อสารข้อมูล เป็นการลดจำนวนขั้นตอนเพิ่มคุณค่ากระบวนการทำงาน การนำแนวคิดลีนมาใช้ทำให้ลดระยะเวลา ลดต้นทุนและเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กระบวนการปฏิบัติงาน แนวคิดลีน คือ แนวคิดที่ช่วยให้มีวิธีการระบุคุณค่า ช่วยลำดับการดำเนินการสร้างคุณค่าที่ดีที่สุด ช่วยควบคุมดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ให้หยุดชะงัก การทำงานมีประสิทธิผลมากขึ้นเข้าใกล้การผลิตเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการได้มากยิ่งขึ้น[8]

จากการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลแบบปกติและแบบลีนพบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบปกติมีต้นทุนสูงกว่ากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกด้วยแนวคิดลีน เนื่องจากมีปริมาณกิจกรรมมากกว่าการใช้เวลามากกว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบปกติ กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนตรวจมีต้นทุนสูงที่สุด เนื่องจากมีจำนวนขั้นตอนและปริมาณกิจกรรมมาก 280 ครั้ง ทำให้ต้นทุนสูง “ทุกกิจกรรมมีต้นทุน ถ้ากิจกรรมมีปริมาณมากย่อมทำให้เกิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้น และการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มากจะทำให้ต้นทุนค่าแรงสูง[12]

จากผลการวิจัยเมื่อทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาในส่วนของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในการจัดบริการแบบลีนในบริบทผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงไม่มีข้อมูลที่จะนำมาเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมต่อรายได้

ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเพิ่มประสิทธิภาพองค์กรโดยการบริหารจัดการด้าน บุคลากร อาคารสถานที่ เวชภัณฑ์ การบริการจัดการในด้านต่าง ๆ รวมถึงการจัดการทรัพยากรด้านสาธารณูปโภค ให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุด ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เพื่อลดความสูญเปล่าเพิ่มกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญของการบริหารเวลาและจัดอัตรากำลัง ของบุคคลากรในหน่วยงานให้สอดคล้องกับการบริบทของงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้คิดเฉพาะต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วยเท่านั้น ไม่นำค่าสาธารณูปโภค ค่าแรงของบุคลากรและต้นทุนในส่วนอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลมาศึกษาวิจัย

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ วิเคราะห์ต้นทุนที่ได้จากองค์ประกอบของทรัพยากรที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมโดยมีหน่วยวัดคิดเป็นตัวเงินที่มีการจ่ายออกไป

3. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนมีความซับซ้อน เนื่องจากมีปัจจัยที่ต้องพิจารณาเช่น ค่าใช้จ่าย

ของทรัพยากรบุคคล ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทำวิจัยเชิงพัฒนาโดยใช้แนวคิดลีนกับต้นทุนในเรื่องการลดระยะเวลารอคอยเพราะระยะเวลารอคอยเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการบริการ

2. จากผลการศึกษานี้นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารต้นทุนที่เกี่ยวกับการวางแผนงบประมาณและการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยและกำหนดค่าตอบแทนบุคคลากรพยาบาล

References

1. Sukwinya Y. Development of a causal model for organizational effectiveness of the College of Nursing. Under the Ministry of Public Health. (Dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (in Thai)
2. Pimsung S, Kummabutr J, & Nirattharadron M. Effect of A Clinical Practice Guideline on Abdominal Pain Triage in An Outpatient. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 19 (Supplement): 99-108. (in Thai)
3. National Statistical Office. Population and Housing Census Report. Bangkok: National Statistical Office; 1994.
4. National Statistical Office. Report on the health situation of the elderly in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2017.
5. Wonganu A, & Utthiya P. Effect of Nurse Practitioner (NP) Intervention Program for elderly patients: Transitional Care from Hospital to Home. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 25(1): 76-85. (in Thai)
6. Medical Clinic of the Out Patient Department. Statistics on people receiving services in internal medicine clinics, 2021-2023. Chumphon: A Tertiary Hospital; 2023. (in Thai)
7. Kaplan RS, & Cooper R. Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press; 1998.
8. Womack JP, & Jones DT. Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. London: Simon & Schuster; 1996.
9. Bureau of Nursing. Nursing standards in hospitals (2nd revision). 3rd ed. Nonthaburi: Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2008. (in Thai)
10. Polit DF, & Hungler BP. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and utilization (8th ed) 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 anesthesia 2016;10(3):328-31. doi. org/10.4103/1658-354X.174918.
12. Singchangchai P. Health economics for health service. 5th ed. Songkhla: Chan Mueang Printing; 2016. (in Thai)
13. Brimson JA. Activity accounting: An activity-based costing approach. New York: John Wiley & Sons; 1991.

ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Effects of Development of Supervision through GROW Coaching Model on Implementation of Nursing Process among Nurses at the Intensive Care Units in a Tertiary Hospital

กุลชนา มีใจดี เนตรชนก ศรีทุมมา* กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
Kulchana Meejaidee Netchanok Sritoomma* Kannikar Chatdokmaiprai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ และศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ และ 3) การศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมปฏิบัติการ จำนวน 28 คน และบันทึกทางการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง 2) แบบประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางพยาบาล 3) แบบสอบถามการใช้กระบวนการพยาบาล ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0,1.0 และ 0.98 ตามลำดับและมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการใช้กระบวนการพยาบาลเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Wilcoxon matched - pairs signed-rank test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์ พบว่า การนิเทศแบบเดิมเป็นการอบรมก่อนปฏิบัติงานครั้งเดียวและไม่ต่อเนื่อง ไม่มีที่ปรึกษาช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ระยะที่ 2 การพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ กำหนดเป้าหมาย สถานการณ์ปัจจุบัน เลือก และสรุป จัดทำคู่มือการใช้กระบวนการพยาบาล ระยะที่ 3 ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลทุกด้านมีความสมบูรณ์และการใช้กระบวนการพยาบาลหลังได้รับการพัฒนาสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำ ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ไปใช้พัฒนาพยาบาลให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้

คำสำคัญ: การนิเทศ, โมเดลการโค้ชแบบโกรว์, กระบวนการพยาบาล, หอผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This participatory action research aims to develop GROW coaching model and study the results of development of supervision through GROW coaching model on implementation of nursing process among nurses at the intensive care unit in a tertiary hospital. The research method is divided into three phases:

Corresponding Author: *E-mail: netchanoks@christian.ac.th

วันที่รับ (received) 2 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ก.ค. 2567

1) analyzing the situation, 2) developing a supervision model based on the growth coaching model, and 3) studying the results of developing supervision according to the growth coaching model. The target group is the quality development team, operational team of 28 people, and nursing records. The research instrument include 1) a semi-structured interview form, 2) a nursing record completeness assessment form, and 3) a questionnaire about the use of the nursing process. This study had a content validity of 1.0,1.0,0.98 respectively. The reliability of the questionnaire on the Implementation of the nursing process was 0.97. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon matched-pairs signed-rank test. and content analysis.

The results of Phase 1 from the interviews revealed that the traditional supervision was a one-time, non-continuous pre-work training. There was advisor to help and give advice. Phase 2 development of supervision according to the GROW coaching model, setting goals, current situation, selecting, and finalizing the preparation of a manual for using the nursing process. Phase 3 study of the results of the development of supervision according to the GROW coaching model, which found that the use of the nursing process in every aspect was complete and the use of the nursing process was higher after development than before receiving the supervision development program according to the GROW coaching model is statistically significant ($p < .05$). In this research identified that nursing administrators can lead the results of developing supervision according to the GROW coaching model and can be used to develop nurses to use the nursing process in intensive care units.

Keywords: Supervision, GROW Coaching Model, Nursing Process, Intensive Care Units

บทนำ

การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ในการแก้ปัญหาและการคิดวิเคราะห์การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดคุณภาพ[1] ในทางปฏิบัติการดำเนินการตามกระบวนการนี้ต้องเผชิญกับความท้าทายมากมาย ด้วยความรู้ของความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและสามารถพัฒนากระบวนการพยาบาลให้ได้อย่างเหมาะสม[2] ซึ่งเป็นมาตรฐานการดูแลที่ช่วยพยาบาลในการตัดสินใจ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

การปฏิบัติการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการบริการพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักทุกประเภทที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่มีการใช้เทคโนโลยีสูงซึ่งมีอุปกรณ์ครบครันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสมัยใหม่[3] พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องใช้ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และได้รับการฝึกฝนทักษะพิเศษในการใช้เครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่ คุกคามชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุม

จากการประเมินสมรรถนะพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า 1) ขั้นตอนการประเมินสภาวะ ไม่ครบถ้วนตามเวลาจริง (Real time) การซักประวัติจากญาติไม่ครบถ้วน 2) ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล ไม่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การระบุปัญหาทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบันไม่ครบถ้วน 3) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลไม่ได้ปรับเปลี่ยนแผนตามอาการผู้ป่วย 4) ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ไม่สอดคล้องตามแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมที่มีการป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุม[4] และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลทางการพยาบาล เช่น การบันทึกทางการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ที่เป็นลายมืออ่านไม่ออก รวมถึงการขาด

ความตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดแรงจูงใจที่จะใช้กระบวนการพยาบาล[5] การนิเทศเป็นกิจกรรมสำคัญเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ [6]

การนิเทศงานมีหลายรูปแบบ สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชา สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลกำหนด เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ[7] คือ การโค้ช (Coaching) ซึ่งเป็นเครื่องมือของหลักการนิเทศในการพัฒนาทักษะผลการปฏิบัติงานของบุคคล รวมถึงการควบคุมคุณภาพการพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี[8] คุณลักษณะที่สำคัญของการโค้ช คือ มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้จากภายในตนเองและการแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจความจริงในปัจจุบันเป็นการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และพฤติกรรมด้วยวิธีคิดของบุคคลด้วยตัวเอง[9] รูปแบบการโค้ชที่นิยมใช้ในการโค้ชงาน คือ รูปแบบโกรว์ (GROW coaching model) ซึ่งเป็นวิธีการโค้ชในการแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยการใช้คำถามที่มีโครงสร้างอย่างรอบคอบในการสนทนาให้คิด มีการกำหนดเป้าหมายสถานการณ์ปัจจุบัน ทางเลือกในการสรุปตัดสินใจ[10] เพื่อกระตุ้นผู้รับโค้ชและเพิ่มศักยภาพภายในบุคคลผ่านการสนทนา เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ในเรื่องของการใช้กระบวนการพยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องของความเสี่ยงทางคลินิก ใช้ในหอผู้ป่วยทั่วไปและในโรงพยาบาลเอกชน แต่ยังไม่มีการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันรวมถึงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และพบการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศ เรื่องของการใช้ทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล การใช้บัตรดูแลที่เข้าถึงได้ และในส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาซอฟแวร์คอมพิวเตอร์สำหรับกระบวนการพยาบาล ในเรื่องการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ พบงานวิจัยที่เป็นกิจกรรมการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน และการนิเทศตามโมเดลการโค้ช แบบโกรว์ในสถานศึกษา ยังไม่มีการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งเป็นการพัฒนาบุคลากรให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ เพิ่มผลการปฏิบัติงาน และเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนารูปแบบการนิเทศที่ส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ก่อนและหลังการพัฒนานิเทศ

สมมติฐานการวิจัย

การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง หลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ หลังได้รับการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ สูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล[11] 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผลการพยาบาล และแนวคิดการนิเทศแบบโกรว์ของวิตมอร์[10] ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการโค้ช (Goal) การตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช (Reality) การค้นหาทางเลือก และกลยุทธ์หรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นทางเลือก (Option) และการสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย (Wrap-up) โดยดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติ[12] เพื่อนำมาสู่การการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ทีมพัฒนาคุณภาพ จำนวน 8 คน 2) ทีมปฏิบัติการ คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 คน และ3) เวชระเบียน จำนวน 60 ฉบับ ใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เก็บรวมรวมข้อมูลการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยหอวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่ง ศึกษาการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการสนทนากลุ่มแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางพยาบาล จำนวน 30 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้เสนอผลการศึกษาในระยะที่ 1 แก่ทีมพัฒนาและผู้ร่วมวิจัย ทำความเข้าใจสร้างข้อตกลงร่วมกัน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวางแผน (Planning) จัดทำรูปแบบการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ คือ จัดทำคู่มือการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์และคู่มือการใช้กระบวนการพยาบาล

การปฏิบัติการ (Acting) พัฒนาการนิเทศตามโมเดลการการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal) โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกันในเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล สถานการณ์จำลองการใช้กระบวนการพยาบาล การแก้ไขภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) การตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบัน (Reality) การใช้กระบวนการพยาบาลในปัจจุบันเป็นอย่างไร 3) การค้นหาทางเลือก (Option) ทำอย่างไรเพื่อให้การใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ 4) การสรุปร่วมกัน (Wrap-up) ระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการใช้กระบวนการพยาบาล

การสังเกต (Observing) วิเคราะห์และรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

การสะท้อนกลับ (Reflecting) ทบทวน ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการนิเทศจัดทำคู่มือการนิเทศและการใช้กระบวนการพยาบาล นำไปทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประเมินการใช้กระบวนการพยาบาล และประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองเลขที่ น.09/2566 ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2567 ซึ่งได้รับหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้วนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาเพื่อดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลจะปกปิดและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวคำถามสนทนากลุ่ม เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ข้อคำถามปลายเปิด ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ทั้งนี้มีค่า CVI =1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้รับการการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล[11] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตรวัดมี 5 ระดับทั้งหมด 52 ข้อ I-CVI เท่ากับ 0.80-1.00 และค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการใช้กระบวนการพยาบาล

เท่ากับ 0.97 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางพยาบาล[13] 19 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

การเก็บรวมข้อมูล /การวิเคราะห์ข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาลจากการสนทนากลุ่มและประเมินความสมบูรณ์บันทึกทางพยาบาล โดยสุ่มเวชระเบียน วันที่ 1-31 มกราคม 2567 จำนวน 30 ฉบับ ระยะที่ 2 การพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติร่วมกับการสังเกต และสะท้อนกลับ ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์และศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์การใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนาการนิเทศ

การพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ โดยแบ่งเป็น ระยะที่ 1, 2 ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

พบว่า การนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลแบบเดิม เป็นการอบรมก่อนปฏิบัติงานเป็นระบบพี่เลี้ยง ดังคำกล่าว “แต่ละแผนกอยากให้มีพี่เลี้ยงที่สามารถให้คำตอบในเรื่องกระบวนการพยาบาล หรือไม่อาจจะเป็นผู้ที่ให้คำตอบได้เวลาถามเรื่องนี้” ไม่มีการนิเทศที่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีที่ปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการใช้กระบวนการพยาบาล ดังคำกล่าว “โรงพยาบาลของเราน่าจะมีการนิเทศเรื่องที่เกี่ยวกับการพยาบาลในโรคที่น่าสนใจบ้างนะ” “อยากให้มีแผนการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชัดเจน กิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการใช้กระบวนการพยาบาล ให้คำปรึกษา สนับสนุนในเรื่องนี้” (พยาบาลคนที่ 4, 10 และ 7)

การประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ พบว่า ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สภาการพยาบาล กำหนด คือ ร้อยละ 80

ระยะที่ 2 การพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤต

การติดตามปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลโดยขั้นตอนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าต้องเขียนให้ตรงกับเกณฑ์ที่ลงบันทึกใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ดังคำกล่าวของพยาบาล ดังนี้ “เขียนไม่ชัดเจนหรือ ครอบคลุม และให้ดูรวม ๆ ว่าเวลาเขียนมันได้ใจความหรือเปล่าเวลามาดูย้อนหลังว่ามันมีอะไรเกิดขึ้นจะได้แก้ปัญหาได้หรือใช้เป็นหลักฐานได้” (พยาบาลคนที่ 1) 2) วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นจริงปัจจุบัน พบว่าจากสถานการณ์การใช้กระบวนการพยาบาลในการเขียนอาการสำคัญยังไม่ชัดเจนไม่ครบถ้วน การซักประวัติ การประเมินผลการพยาบาลไม่ครอบคลุม และไม่มีการใช้ภาษาเขียน ดังคำกล่าวของพยาบาล ดังนี้ “อาการสำคัญยังเขียนไม่ค่อยดี มีอาการสำคัญ แต่ไม่ลงเวลาในอาการสำคัญ” “เวลาเขียนบันทึกทางการพยาบาลยังใช้ภาษาพูดกันอยู่เลย” (พยาบาลคนที่ 1,3) 3) ทางเลือก พบว่าผู้รับการนิเทศต้องการให้มีการสอนแนะ โดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย อาทิ รูปแบบของวิดีโอ ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล การเขียนกิจกรรมการพยาบาล และตัวอย่างกรณีศึกษา ดังคำกล่าวของพยาบาล ดังนี้ “ต้องการให้มีการสอนในรูปแบบของวิดีโอ จะได้เก็บเอาไว้ดูได้จะได้ให้การพยาบาลครบองค์รวม สามารถดูได้เรื่อย ๆ” “อยากให้มีตัวอย่างสักอันในการเขียนกิจกรรมการพยาบาลไม่ต้องทุกโรคก็ได้” (พยาบาลคนที่ 8, 10) 4) การสรุปร่วมกันสิ่งที่นำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย พบว่าผู้นิเทศอยากให้มี การซักประวัติให้ครบกระบวนการ รวมทั้งเพิ่มตัวอย่างในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลและให้เขียนแยกสรุปเป็นข้อ ๆ แก้ไขการเขียนอาการสำคัญให้ครอบคลุมและเขียนให้ชัดเจนอ่านง่าย ดังคำกล่าวของพยาบาล ดังนี้ “ปรับแก้ไขช่วงเวลารับใหม่ให้เขียน Nurse note เอง ไม่ให้พยาบาลทีมอื่นมาเขียนให้เพราะการซักประวัติผู้ที่รับใหม่

จะทราบประวัติทำให้มีการเขียนได้ครบมากกว่า” “อยากให้มีตัวอย่างในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนไม่ต้องทุกโรคก็ได้” “อาการสำคัญเขียนไม่ดีต้องปรับให้ถูกต้องชัดเจนมากขึ้น” “ปรับลายมือให้เขียนให้ชัดเจนอ่านง่าย ครบทั้งนามสกุลและระบุตำแหน่ง” (พยาบาลคนที่ 2, 4, 5, 7)

สรุประยะที่ 2 ผลจากการพัฒนาการนิเทศทีมพัฒนาได้เข้าจัดทำตัวอย่างจากสถานการณ์จำลองเพื่อให้เห็นภาพชัดขึ้นในการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เป้าหมาย ประชุมทีมพัฒนาในการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการใช้กระบวนการพยาบาล 2) สถานการณ์ปัจจุบัน ที่ชัดเจนในการใช้กระบวนการพยาบาล 3) ทางเลือกในการเพิ่มรูปแบบของตัวอย่างการเขียนกิจกรรมการพยาบาล และกรณีศึกษา 4) สรุปในการเขียนข้อวินิจฉัยให้ถูกต้อง ครอบคลุมและเขียนให้อ่านง่าย ชัดเจน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการทำงานของพยาบาลโดยจัดทำคู่มือการและอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล นำแบบสอบถามมาทำการประเมินการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลหลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

ศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนาการนิเทศ แบ่งเป็นระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

คะแนนเฉลี่ยการใช้กระบวนการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ก่อนพัฒนา	2.94	0.43	ปานกลาง
หลังพัฒนา	4.52	0.43	มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาล ก่อนพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$=2.94, SD = 0.43) หลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$=4.52, SD = 0.43)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (n = 20) ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

การใช้กระบวนการพยาบาล	Mean rank	Sum of rank	Wilcoxon signed rank test	
			Z	P-value
หลัง > ก่อนการพัฒนา (Negative ranks)	.00	.00		
ก่อน > หลังการพัฒนา (Positive ranks)	10.50	210.00	-3.922	.000

ค่าเฉลี่ยของอันดับที่ผลต่างที่มีค่าเป็นลบ เท่ากับ .00 (Sum of rank = .00) และมีค่าเฉลี่ยของอันดับที่ผลต่างมีค่าเป็นบวก เท่ากับ 10.50 (Sum of rank=210 .00) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลหลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Z =-3.922, $p < .05$)

ตารางที่ 4 ร้อยละของการประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (n = 30)

การประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล	ก่อนพัฒนา (ร้อยละ)				หลังพัฒนา (ร้อยละ)			
	ถูกต้อง	ครบถ้วน	ชัดเจน	ได้ใจความ	ถูกต้อง	ครบถ้วน	ชัดเจน	ได้ใจความ
1. การประเมินสภาพ	75.16	74.89	75.39	72.00	80.22	84.16	83.38	82.06
2. การวินิจฉัย	72.75	72.80	72.08	71.66	84.85	84.08	82.33	81.91
3. การวางแผน	72.00	70.33	65.42	70.79	84.00	84.67	82.28	81.89
4. การปฏิบัติ	70.83	70.66	70.19	71.50	84.00	83.00	82.17	83.00
5. การประเมินผล	72.50	70.25	68.16	67.50	89.00	85.17	81.66	82.08

การประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาล พบว่า หลังพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ แต่ละรายด้านทุกด้านผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 80 มีการบันทึกครบถ้วน สมบูรณ์ ด้านที่มากที่สุด คือ การประเมินผลการพยาบาล อยู่ในช่วงร้อยละ 81.66-89.00 ด้านรองลงมา คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 81.91-84.85

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้รูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ 4 ขั้นตอน คล้ายกับการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในผู้บริหารทางการระดับต้น[8,9] แต่ต่างกันที่คู่มือการใช้กระบวนการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมา เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานและการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เกิดความเข้าใจในการใช้กระบวนการพยาบาล และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาผลการของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า ผลของการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล หลังการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์เป็นการพัฒนาส่งเสริมให้บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวก กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดความคิด ความเข้าใจและยอมรับประเด็นที่ตนเองต้องปรับปรุงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง แสดงถึงการปลดปล่อยศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคคลออกมาคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ศึกษา รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล พบว่า ทักษะการโค้ชที่สำคัญสำหรับกระบวนการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายของผู้รับการโค้ชส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพัฒนาผลการปฏิบัติงานของพยาบาลทักษะการโค้ชที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดึงศักยภาพภายในตัวบุคคลทั้งของตัวโค้ชและผู้ที่ได้รับการโค้ชออกมาได้จริง[14] ซึ่งเหมาะกับการนิเทศงานให้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อนำประเด็นไปปรับปรุงและการปฏิบัติงานในการใช้กระบวนการพยาบาลออกมาดี

การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วย พบว่า หลังการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อยู่ในระดับมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เพราะการได้รับการนิเทศการโค้ชแบบโกรว์ กำหนดเป้าหมายที่เป็นการเลือกตัดสินใจทบทวนสิ่งที่คุยกัน เพื่อให้ผู้รับการนิเทศคิดวิเคราะห์ และเป็นการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาในงานการที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับฟังปัญหา อุปสรรค ในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยและก้าวข้ามปัญหา อุปสรรค จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้กระบวนการพยาบาลหลังการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การประเมินภาวะสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การวินิจฉัยการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษา[15] พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทั้งโดยรวมและทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 ในขั้นรวบรวมข้อมูลอยู่ในระดับสูงขึ้น และ

ขั้นประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามระบบสากลพบว่าอยู่ในระดับต่ำ แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องทั้งหมดมาร่วมกันสร้างรูปแบบการนิเทศ โดยการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา และอุปสรรคเพื่อให้ได้รูปแบบการนิเทศที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท[6] ช่วยพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเรียนรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์อย่างมาก จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลในระบบบริการพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสายไหม มีการใช้กระบวนการพยาบาลทุกด้านอยู่ในระดับมาก[16] โดยให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมมีการสะท้อนการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง นำมาพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ สามารถนำไปใช้การใช้กระบวนการพยาบาลได้จริง โดยที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต นำรูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ 4 ขั้นตอน ไปใช้พัฒนาพยาบาลให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้

2. หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยวิกฤตสามารถนำการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ไปเป็นแนวทางกำหนดนโยบายการนิเทศพยาบาล ให้ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร

3. ผู้บริหารการพยาบาลฝ่ายวิชาการ จัดการอมรมเชิงปฏิบัติการการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ และให้ความรู้เกี่ยวกับโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ เพื่อให้พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการและรูปแบบการพัฒนาการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ

2. ควรมีการศึกษาการทำวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เพื่อต่อยอดความรู้โดยการเปรียบเทียบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

References

1. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M, Ebrahimpour Rezaei M, & Khalilzad MA. The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. Nursing Open. 2020; 7(1):42-57.
2. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Tabrizi FJ, Behshid M, & Lotfi M. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015;20(4):411-19.
3. Li Y, Zhou L & Wei Q. Value of Intensive Nursing Detail Management in Intensive Care Unit Nursing. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. eCAM. 2022.
4. Chaunpimai S & Krairiksh M. Factors Influencing the Application of the Nursing Process of Professional Nurses in Private Hospitals, Muang District, Nakornratchasima Province. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 37(2):190-98. (in Thai)
5. Panthasi P. Nursing Process & Function Health Pattern: Application in Clinical Practice. 30th ed. Bangkok: Phim Akson;2023.
6. Trongtokit C, Wichaikhum O & Abhicharttibutra K. Situation Analysis of Nursing Supervision Among Unoff icial-Time Nurse Supervisors, Operating Room, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Nursing Journal CMU.2020; 47(4): 252-65. (in Thai)

7. Homnan N. The Development Of Preventive Emergency Obstetric Clinical Supervision Model For Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(supplement):140-8. (in Thai)
8. Tharapaisansuk O, Hinjiranan S & Aree P. The effects of supervision through grow coaching model of first-line nurse managers at private hospitals. (thesis). Nakhon Pathom; Christian University; 2018. (in Thai)
9. Budsree R, Hinchiranan S & Meehanphong P. Effects of Supervision through GROW Coaching Model of First-Line Nurse Managers on Nursing Performance of Professional Nurses at a Private Tertiary Level Hospital in Bangkok. Christian University Journal. 2020;26(2):84-96. (in Thai)
10. Whitmore J. Coaching for performance: Growing Humance Potential and Purpose: the principles and Practice of Coaching and Leadership. London: Nicholas Brealey; 2010.
11. Iyer PW, Taptich BJ, & Bernocchi-Losey D. Nursing process and nursing diagnosis. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995.
12. Kemmis S, McTaggart R & Nixon R. The action research planner doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
13. Mingmitr S. The Development of a Nursing Record Model for the Delivery Room at Fort Suranari Hospital in Nakhon Ratchasima Province. (thesis). Nonthaburi; Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. (in Thai)
14. Promma S. A development of Coaching Skill Model for Nurse Leaders. Journal of the Rajabhat Rajanagarindra University. 2016; 11(2):354-68. (in Thai)
15. Rochanadit R. The Effect of the Use of Nursing Process Conference Focusing on NANDA-I, NOC and NIC Classification in Adult In-patients Toward Quality of Nursing Note. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):83-91. (in Thai)
16. Saeng-ubon K & Sitalanuchit M. Development of a Primary Nursing Service System in the Intensive Care Unit of Saimai Hospital. EAU Heritage Journal science and technology.2015; 9 (3): 208-17. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลบ้านโป่ง

Effects of Self-Management Promotion Program using Line the Application on Self-Care Behaviors and Serum Phosphorus Levels of Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis in Ban Pong Hospital

อัจฉรา พุทธา*
Atchara Phutta*
โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ประเทศไทย 70110
Ban Pong Hospital Ratchaburi Thailand 70110

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตทียม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1)โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส คุณภาพเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.98 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง (paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดน้อยกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือด ควรส่งเสริมการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, แอพพลิเคชั่นไลน์, โรคไตเรื้อรัง, ระดับฟอสฟอรัส, การฟอกเลือด

Abstract

A quasi-experimental, one-group pre-test post-test design was conducted to investigate the effects of a self-management promotion program using a LINE application on self-care behaviors and serum phosphorus levels in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis at Banpong Hospital. The sample consisted of 30 chronic kidney disease patients receiving hemodialysis at the Hemodialysis Center, Banpong Hospital, who met the specified criteria. The research instruments included: 1) a self-management

Corresponding Author: *E-mail: Atchao2521@gmail.com
ทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมัณฑารพ กมลาศน์

วันที่รับ (received) 28 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 เม.ย. 2568วันที่ตอบรับ (accepted) 26 เม.ย. 2568

promotion program using a LINE application, and 2) a self-care behavior questionnaire for phosphorus control, which had a content validity index of 0.98 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Descriptive statistics and inferential statistics (paired t-test) were used for data analysis.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group exhibited significantly better self-management behaviors for phosphorus control compared to before receiving the program ($p < .05$). Additionally, the experimental group had significantly lower serum phosphorus levels after the program compared to before ($p < .05$). These findings indicate that the self-management promotion program was effective in improving self-care behaviors and controlling serum phosphorus levels. Therefore, it is recommended to promote the application of this program in the care of patients with chronic kidney disease.

Keywords: Self-management, LINE application, Chronic kidney disease, Phosphorus level, Hemodialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญอันดับ 1 ใน 10 ของโลก[1] โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่า 3 เดือน จนไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ และเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้เพียงพอจนกระทั่งเกิดการคั่งของเสียในร่างกาย จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยบำบัดทดแทน ซึ่งในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี ค.ศ. 2020 ถึง ค.ศ. 2022 พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (kidney replacement therapy: KRT) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม จำนวน 92,676ราย 92,068 ราย และ 94,382 ราย ตามลำดับ[2] ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ในการบำบัด เมื่อภาวะที่ไตมีความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ จนมีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate: GFR) ลดลงจนระดับต่ำกว่า 15 ml/min/1.73 m^2 หรือไตเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD stage 5) แพทย์จำเป็น ต้องพิจารณาเริ่มการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ป่วย และมักเกิดการสะสมของสารเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย[3] จึงมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกายหลายด้าน เช่น อาการคันเนื่องจากการสะสมของฟอสฟอรัสในผิวหนัง การเกิดก้อนแคลเซียมในเนื้อเยื่อและท่อเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ ในรายที่รุนแรง จะมีอาการหายใจลำบาก ซึมลง หมดสติ หรือชักเกร็งได้[2] และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น[1] จะเห็นว่าภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย ดังนั้นการควบคุมระดับฟอสฟอรัสที่เหมาะสมจึงสำคัญอย่างมาก

การควบคุมระดับของฟอสฟอรัสในในผู้ป่วยไตเรื้อรังนั้นสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดเป้าหมายของระดับฟอสฟอรัสก่อนฟอกเลือดคือ 2.7–4.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[3] ซึ่งการป้องกันการคั่งของฟอสฟอรัส ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง 2) การรับประทานยาจับฟอสฟอรัส (Phosphate binder) และ 3) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างสม่ำเสมอ นับเป็นความท้าทายในการทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเกณฑ์นี้[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองช่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังเช่นการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัส พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรม[4] และมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A–4 ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตและพฤติกรรมการดูแลตัวเอง รวมถึงอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง[5] ซึ่งการมีความรู้ ความเชื่อที่ถูกกต้องเหมาะสม และผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีการกำกับตนเองสูงจะมีความสามารถในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา[4]

การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ความรู้และศักยภาพจัดการกับโรคของตนเองร่วมกับการใช้เทคโนโลยี[6] เป็นสิ่งที่

ท้าทายในปัจจุบัน เนื่องจากประเทศไทยก้าวเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งมีการใช้เทคโนโลยีในด้านสุขภาพมากขึ้น จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2562 แอพพลิเคชั่นที่คนไทยนิยมใช้มากที่สุดคือแอพพลิเคชั่นไลน์ (ร้อยละ 98.54)[4] การศึกษาโดยใช้แอพพลิเคชั่นเหล่านี้ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี[7] ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)[8] ได้ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยผ่านกระบวนการ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง ซึ่งการจัดการตนเอง เป็นการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตนเองให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน[7] ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการควบคุมฟอสฟอรัสด้านการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง การรับประทานยาจับฟอสฟอรัส และการมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 4 - 24 สัปดาห์ โดยมีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพประกอบ คู่มือและวีดีโอ ร่วมกับการติดตามประเมินผลเป็นระยะ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาจัดทำส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงสำคัญคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ประสบปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับฟอสฟอรัสสูงเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 56, 57 และ 58 คนตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีระดับฟอสฟอรัสมากกว่า 5 mg/dl มีร้อยละ 48.21, 49.12 และ 51.72 ตามลำดับ10 ส่งผลให้ตัวชี้วัดของหน่วยไตเทียมไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหานี้ ได้แก่ การขาดความร่วมมือในการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส (ร้อยละ 51) การไม่ควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง (ร้อยละ 40) และการขาดความสม่ำเสมอในการมาฟอกเลือด (ร้อยละ 28)[10] นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและรูปแบบการให้ความรู้เดิมที่เป็นแผ่นพับและคำอธิบายจากบุคลากรพยาบาลไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยจดจำไม่ได้[10] อีกทั้งยังขาดแนวทางการให้ความรู้ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี[5] โรงพยาบาลบ้านโป่งต้องรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโป่ง[10] ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ความรู้และศักยภาพในการจัดการโรคของตนเองจะช่วยพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหน่วยไตเทียม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย และการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมุ่งให้บริการที่มีคุณภาพ จึงสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการนำแอพพลิเคชั่นไลน์มาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่ได้ เพื่อช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในด้านการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส การมารักษาด้วยการฟอกเลือดเครื่องไตเทียมอย่างสม่ำเสมอ มีการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสอยู่ในระดับปกติ โดยหวังว่าจะนำผลจากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมุติฐาน

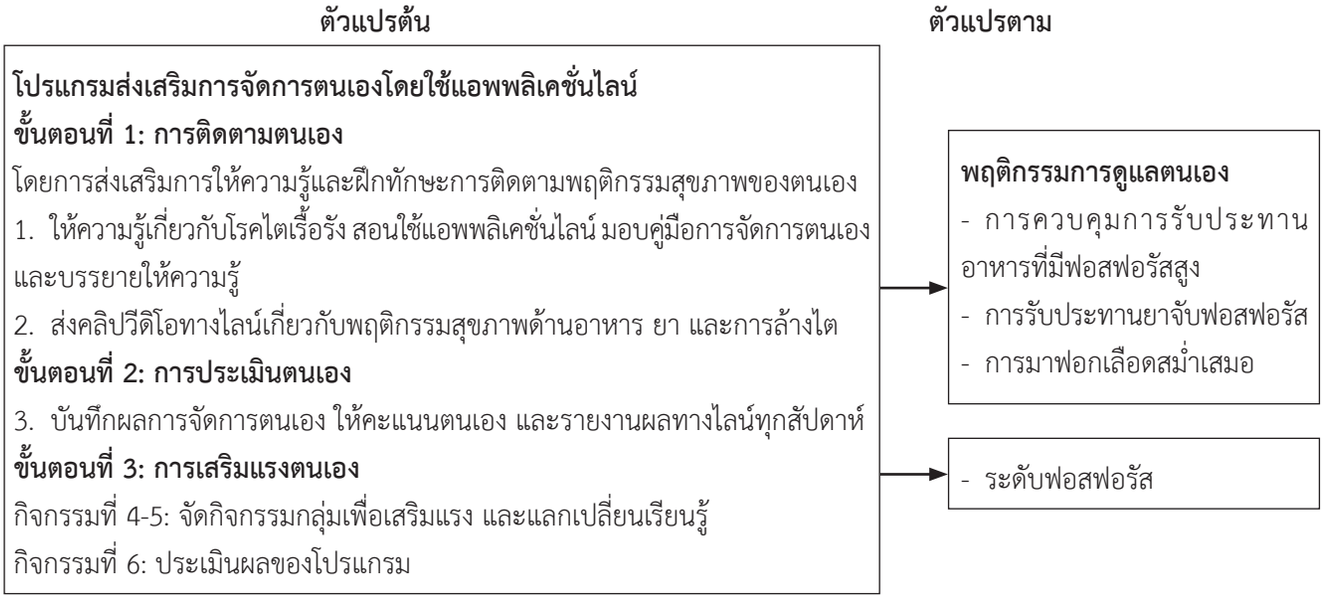
1. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

2. หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดน้อยกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง[9] โดยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงนั้น เป็นภาวะเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา และจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองที่บ้านร่วมกับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร่วมกับเทคโนโลยีแอพพลิเคชั่นไลน์บนอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยผู้วิจัยใช้เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง เพื่อติดต่อสื่อสารรับและส่งข้อมูลในรูปแบบของคลิปวีดิโอ ข้อความเป็นประโยคที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการส่งข้อความที่เป็นความรู้เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเองเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง 2) การประเมินตนเองเพื่อประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมาย 3) การเสริมแรงตนเองเพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

โดยผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ (LINE) เพื่อใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส และระดับฟอสฟอรัสในเลือด โดยการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง การรับประทานยาจับฟอสฟอรัส การมาฟอกเลือดสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตทียม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567–ตุลาคม 2567

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.40 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของหทัยรัตน์

จีนเท่ห์ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอินทร์บุรี ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่าง 26 ราย เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[11] จึงได้กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria) 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลบ้านโป่ง 3) มีภาวะฟอสฟอรัสในเลือดมากกว่า 5.5 mg/dl ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น 5) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถติดต่อผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ (LINE) ได้ และมีเกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะไม่สมดุลของระบบไหลเวียน หรือเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แพทย์มีคำสั่งยกเลิกการรับประทานยาจับฟอสฟอรัส เสียชีวิต ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีโทรศัพท์ เกณฑ์ยุติการวิจัย คือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ พัฒนาตามแนวคิด[9] ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน: การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง (10 ข้อ) 2)การรับประทานยาจับฟอสฟอรัส (7 ข้อ) และการมาฟอกเลือดสม่ำเสมอ (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย มีการแปลความหมายระดับคะแนนเป็น 3 อันตรภาคชั้น ตามเกณฑ์[12] คือ กลุ่มที่ 1 ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 หมายถึง ระดับ พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสต่ำ กลุ่มที่ 2 ค่าคะแนน 48.01-63.9 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสปานกลาง กลุ่มที่ 3 ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 64 หมายถึง ระดับ พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง เลขที่ 009/2567E ลงวันที่ 25 กันยายน 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตทียม โรงพยาบาลบ้านโป่งโดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมการจัดการตนเองการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและผู้ถูกวิจัยตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Pre - test)

3. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การติดตามตนเอง

กิจกรรมที่ 1: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สอนใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ มอบคู่มือการจัดการตนเอง และบรรยายให้ความรู้ (1 ชั่วโมง) (สัปดาห์ 1-2)

กิจกรรมที่ 2: ส่งคลิปวีดิโอความรู้ทางไลน์ เรื่องเกี่ยวกับอาหาร ยา และการล้างไต (สัปดาห์ 3, 5, 10 ครั้งละ 1 ชั่วโมง)

↓

ขั้นตอนที่ 2: การประเมินตนเอง (สัปดาห์ 2-12)

กิจกรรมที่ 3: บันทึกผลการจัดการตนเอง ให้คะแนนตนเอง และรายงานผลทางไลน์ทุกสัปดาห์ (3 ชั่วโมง)

↓

ขั้นตอนที่ 3: การเสริมแรงตนเอง

กิจกรรมที่ 4-5: จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมแรง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สัปดาห์ 5, 9 ครั้งละ 1 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 6: ประเมินผลของโปรแกรม และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสและระดับฟอสฟอรัสในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ 12 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส และระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 53.37 ปี (SD=15.54) ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.7 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 36.7 สำหรับบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุนในพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส ส่วนใหญ่เป็นพี่น้อง/ผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 60

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือดมามากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.66 โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการฟอกเลือด 5.80 ปี (SD=6.26) สาเหตุของโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากโรคเก๊าส์ คิดเป็นร้อยละ 56.7 ด้านความถี่ในการฟอกเลือด ส่วนใหญ่ฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.43 ครั้ง (SD=0.50) และทุกรายใช้ระยะเวลาฟอกเลือดครั้งละ 4 ชั่วโมง ด้านค่าความเพียงพอในการฟอกเลือด พบว่าส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 93.3 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับการได้รับยาจับฟอสฟอรัส ส่วนใหญ่ได้รับยาแคลเซียมคาร์บอเนต คิดเป็นร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาวิตามินดี คิดเป็นร้อยละ 76.7

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้สถิติ Paired t-test (n =30)

พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		Mean diff	t	p-value
	M ระดับ	SD	M ระดับ	SD			
1. การควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง	29.30 ปานกลาง	2.19	36.80 สูง	3.31	7.50	16.43	<.001
2. การรับประทานยาจับฟอสฟอรัส	20.60 ปานกลาง	0.80	26.60 สูง	1.20	6.00	13.15	<.001
3. การมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ	8.40 ปานกลาง	1.20	10.20 สูง	1.47	1.80	3.94	<.001

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 30)

ระดับฟอสฟอรัสในเลือด (mg/dL)	M	SD	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	5.10	0.19	8.45	<.001*
หลังใช้โปรแกรม	4.77	0.15		

ตารางที่ 2 พบว่าหลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของระดับฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมนี้พัฒนาตามแนวคิดการจัดการตนเอง[8] ร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) ผ่านกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ คู่มือการจัดการตนเอง และการควบคุมอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง รวมถึงการรับประทานยาและการฟอกเลือดสม่ำเสมอ (สัปดาห์ที่ 1-2) ผู้ป่วยได้รับคู่มือและคลิปวิดีโอผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ (สัปดาห์ที่ 3, 7, 10) ช่วยให้ทบทวนและปฏิบัติได้เหมาะสมยิ่งขึ้น 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับฟอสฟอรัส และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สัปดาห์ที่ 5 และ 9) โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ[5,6,7] ที่ใช้โปรแกรมการสอนแบบรายบุคคลด้านการควบคุมอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร่วมกับสื่อต่างๆ และการติดตามประเมินผล ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับฟอสฟอรัสดีขึ้น

2. ระดับฟอสฟอรัสในเลือด หลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัส ผู้ป่วยมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมมีการติดตาม (monitor) ระดับฟอสฟอรัสในเลือดทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ระดับฟอสฟอรัสและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้โปรแกรมนี้ส่งเสริมการติดตามตนเองที่ถูกต้องผ่านคู่มือและคลิปวิดีโอที่ส่งทางแอพพลิเคชั่นไลน์ (สัปดาห์ที่ 3, 7 และ 10) รวมทั้งจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สัปดาห์ที่ 5 และ 9) เพื่อกระตุ้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำไปสู่การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการสรุปประเด็นปัญหาพร้อมแนวทางแก้ไข โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและเสริมแรง (Self-reinforcement) ผ่านการชื่นชมและให้กำลังใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ[4,6,9] ที่พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยลดระดับฟอสเฟตในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการนำแอพพลิเคชั่นไลน์มาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่ได้ ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสอยู่ในระดับปกติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. หน่วยไตเทียม ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการติดตามและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และเน้นให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมฟอสฟอรัส และสามารถเข้ามาศึกษาความรู้ซ้ำๆ ได้บ่อยได้ตามเวลาที่สะดวก

2. พยาบาลหน่วยไตเทียม ควรได้รับการส่งเสริมความรู้ และฝึกทักษะเพิ่มเติมในเรื่องของทฤษฎีการจัดการตนเอง สามารถนำโปรแกรมมาใช้ในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัย โดยออกแบบวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลองเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ขยายผลต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางหน้าท้อง เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมฟอสฟอรัสที่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้สะดวกขึ้น

References

1. World Health Organization. Global status report on kidney disease 2023. Geneva: WHO; 2023.
2. Bureau of Information, Office of the Permanent Secretary for Public Health. Report on chronic kidney disease situation in Thailand 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021.
3. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2021.
4. Damas J, & Fernandes V. Assessment of Fluid Status in Dialysis: Clinical Importance and Diagnostic Tools. Portuguese Journal of Nephrology & Hypertension. 2022;36(2): 115–20.
5. Rastogi A, Bhatt N, Rossetti S, & Beto, J. Management of hyperphosphatemia in hemodialysis patients. Thai Journal of Nursing Council. 2020;35(4):90-104.
6. Sritakaew N, Meesomsak N, Thohinung U, & Rojanaprasert P. The Effectiveness of Applications on Promoting the Growth and Development of Infants Born Prematurely after Discharge from the Hospital for Caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(3):285-93. (in Thai)
7. Ajprajun P, Chantasiri W, & Sunthornchai S. Effects of dietary phosphorus control promotion program for chronic kidney disease patients receiving hemodialysis. Journal of Health Promotion and Environmental Health Regional Health Center 9. 2024;18(1):401-6.

8. Kanfer FH, & Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergaman Press; 1991.
9. Sa-ngrattanapiman K, Arsa K, & Khiewchaum R. The Effects of a Self-Management Program in Chronic Kidney Disease Stages 3A to 4 Patients on Knowledge, Self- Management Behaviors, and Glomerular Filtration Rate. Journal of Nursing and Public Health Research. 2024 ;4(1):1-15.
10. Quality Development Committee of Hemodialysis Unit, Banpong Hospital. Quality data summary of hemodialysis unit in Banpong Hospital (2020-2022) [Unpublished document]. Ratchaburi: Special Treatment Nursing Department, Nursing Mission Group, Banpong Hospital; 2022.
11. Gray JR, Grove SK, & Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
12. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay Company; 1975.

การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

The Development of a Seamless Health Service Model for Breast Cancer Patients from Hospital to Community

รภัทภร เพชรสุข*[1] อารี ชีวเกษมสุข[1] เพ็ญจันทร์ แสนประสาน[2]**
Raphatphorn Petchsuk*[1] Aree Cheevakasemsook**[1] Penchun Seanprasarn[2]
[1]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี ประเทศไทย 12160
[2]School of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani Thailand 12160

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่ง พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ด้านโครงสร้าง มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ สื่อสารประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัด มีภาระงานมาก ด้านกระบวนการ มีขั้นตอนดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแต่ยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อ การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม และด้านผลลัพธ์ มีความพึงพอใจไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นพัฒนาบนพื้นฐานศึกษาสถานการณ์ร่วมกับบูรณาการแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และประเมินคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียนซึ่งเน้นบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมร้อยละ 91.90

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ, โรคมะเร็งเต้านม, โรงพยาบาลสู่ชุมชน

Abstract

The objectives of this Qualitative research aimed: to analyze situation of a health service model of a cancer hospital, to develop a seamless health service model for breast cancer patients from Hospital to Community, and to evaluate the appropriateness of the developed model. The key informants were purposively selected and divided into two groups: the healthcare team and patients and caregivers. The research instruments included two sets: a question guideline for focus group discussions, and an

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

วันที่รับ (received) 19 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ธ.ค. 2567

assessment form for evaluating the appropriateness of the seamless healthcare service model for breast cancer patients from hospital to community. Both instruments were validated for content accuracy by five experts. The research findings revealed as follows. The current situation of the healthcare service model for breast cancer patients in a cancer hospital could be there were policies aligned with the healthcare service development plan and tertiary care processes. Communication and coordination were facilitated by technologies but they lacked consistency and continuity. Health personnel were limited, and staff at sub-district hospitals were also overburdened with a heavy workload. There were procedures for patient care during hospitalization and after discharge, but there was a lack of a seamless care approach. Post-discharge patient follow-up was not comprehensive. The developed seamless healthcare service model consisted of structure and process aspects were developed based on situation exploration and the integration of two key concepts of seamless healthcare services and Donabedian's quality of care evaluation. Finally, the developed seamless healthcare service model demonstrated an appropriateness rate of 91.90%.

Keywords: Model development, Seamless health service model, Brest cancer, Hospital to community

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเน้นการขยายการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิ และการให้บริการในระดับโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ การบริการสุขภาพของประเทศไทยที่เผชิญกับความท้าทายเรื่องคุณภาพการบริการรักษาสุขภาพ จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการมากขึ้น ทั้งนี้จากการที่ประชาชนใช้บริการโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดความแออัดในโรงพยาบาล รอคอยแพทย์นาน ใช้เวลาในการเดินทางมาพบแพทย์ การบริการสุขภาพที่ผ่านมายังขาดความต่อเนื่องในการดูแล การประสานงานสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย มุ่งเน้นเป้าหมาย "ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็งประเทศไทยแข็งแรง" ขับเคลื่อนนโยบายด้วยการเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน เจ็บป่วยได้รับการรักษา ส่งต่อ "พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพไร้รอยต่อ" เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกันทั้งภาครัฐทุกสังกัด[1,2] มีการนำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาใช้ในการบริการสุขภาพเพื่อทำให้การดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการมีความต่อเนื่องราบรื่น ปลอดภัย จากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี[3] และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[4] นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ มาใช้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยมีเพียง 2 เรื่อง ได้แก่ เรื่องปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ[5,6] และเรื่องความท้าทายระหว่างระบบการดูแลปฐมภูมิและทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวาน[7] งานที่เป็นบทความวิชาการมี 1 เรื่อง ได้แก่ การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อในยุควิถีปกติใหม่: สิ่งที่ท้าท้ายทีมสุขภาพ[8] ที่กล่าวถึงแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าท้ายทีมสุขภาพในปัจจุบันเนื่องจากปัญหาของระบบการบริการที่ยังมีสิ่งที่ต้องปรับปรุงหลายประการและความเสี่ยงที่สำคัญของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปที่บ้านหรือจากบ้านไปโรงพยาบาล ดังนั้นการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเป็นแนวคิดที่น่าสนใจสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่สถานบริการสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของ คนไทย โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 112,392 คนต่อปี มีแนวโน้มป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[9] การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปัจจุบันมีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง จัดบริการนี้ตามยุทธศาสตร์

ของแผนบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งปี 2561-2566[3,9] และจากข้อมูลการประเมินผลโครงการและสถิติ[10] พบว่าผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการล่าช้า การรักษาไม่ต่อเนื่อง จากการทบทวนรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งปัจจุบัน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในช่วงของการพัฒนาระบบการดูแล มีเฉพาะในบางพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลยังไม่มากนัก ยังไม่มีส่วนกลางในการรับผิดชอบและประสานงาน ดำเนินงานเป็นแบบแยกส่วน ยังไม่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างสถานบริการสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการดูแลหลายแห่งส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งยังขาดแคลนแพทย์ที่จะรับผิดชอบด้านนี้โดยตรงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องรับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีเพียงคนเดียวในโรงพยาบาล[11,12] การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสำคัญโดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการผ่าตัด และการติดตามทางโทรศัพท์จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมได้มากขึ้น[13,14] ซึ่งไม่พบรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ

โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การบริการดูแลรักษาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจำแนกตามภูมิลำเนา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุด และมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวนสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งทั้งหมด[15] จึงเป็นความท้าทายของผู้บริหารและทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาประยุกต์ใช้ในการบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบไร้รอยต่อ และผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมพบจำนวนมากเป็นอันดับแรกของโรคมะเร็ง ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแบบไร้รอยต่อขึ้น โดยใช้แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ลดขั้นตอนการส่งต่อ ลดอัตราการรับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและลดต้นทุนค่าเสียโอกาส โดยมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการ มีเครือข่ายในการให้บริการ มีระบบการส่งต่อและการประสานงานที่มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่มีการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อนี้จะเกิดปัญหาขั้นตอนการส่งต่อยุ่งยาก เกิดปัญหาการรอคอยการดูแลรักษา เกิดความแออัดของสถานพยาบาล และการดูแลรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมุ่งที่จะพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ โดยใช้แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการบริการทางสุขภาพแบบไร้รอยต่อโดยเฉพาะด้านโรคมะเร็งอย่างเป็นรูปธรรม มีเพียงนโยบายและสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มีกรอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องเท่านั้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 2 ประการ ได้แก่ แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแล[16] ซึ่งมี 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เนื่องจากแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาองค์ประกอบของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ และแนวคิดการดูแลแบบ ไร้รอยต่อ[17,18] ใช้ในการพัฒนาโครงสร้างของรูปแบบเนื่องจากมีวัตถุประสงค์เชื่อมโยงการบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และฟื้นฟูสุขภาพ โดยส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายหน่วยงานนอกโรงพยาบาล ชุมชน บ้าน โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งต่อ เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ ทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน ที่สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูล และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 6 คน รวม 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questionnaires) และเครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่เอกสาร 23/2565 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้วจึงได้ยื่นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พร้อมทั้งดำเนินการขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เลขที่เอกสาร อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๔๓ ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เมื่อได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันโรงพยาบาลแห่งหนึ่งหมายเลขทะเบียนโครงการวิจัยของคณะกรรมการฯ เลขที่เอกสาร LEC 6607 ลงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566 ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย พิทักษ์สิทธิ์โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและการบันทึกเทปทุกครั้งของการสนทนากลุ่ม ด้วยการลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการให้ความยินยอมหรือถอนตัวจากการวิจัยและการตอบสนทนากลุ่มได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนา ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูล การเปิดเผยจะแสดงในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งปัจจุบันของโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นอย่างไร และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ เป็นการศึกษาบริบทหน่วยงานและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา งานวิจัย รวมถึงทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พัฒนาเครื่องมือ และติดต่อประสานงานขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 2) ระยะพัฒนารูปแบบ เป็นการติดต่อผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เตรียมการเพื่อการสนทนากลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาการบริการสุขภาพ ร่างรูปแบบและทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ และ 3) ระยะประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ 1) ขออนุญาตวิจัยในโรงพยาบาล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) พัฒนาเครื่องมือวิจัย 3) ขออนุญาตหน่วยงานดำเนินการวิจัย และยื่นเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอผ่านประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์เมื่อได้รับอนุมัติแล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบัน

2. ระยะพัฒนารูปแบบ 1) ติดต่อผู้ร่วมสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยและบทบาทของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 2) เตรียมการสนทนากลุ่ม

ได้แก่ เนื้อหา ผู้วิจัยฝึกการสนทนากลุ่ม เตรียมผู้ร่วมสนทนา อุปกรณ์ สถานที่ 3) สนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 4) ร่างจัดทำรูปแบบ นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปรูปแบบ 5) ทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านและนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ระยะประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ 1) แจ้งขอความร่วมมือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 2) แจกแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น 3) นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

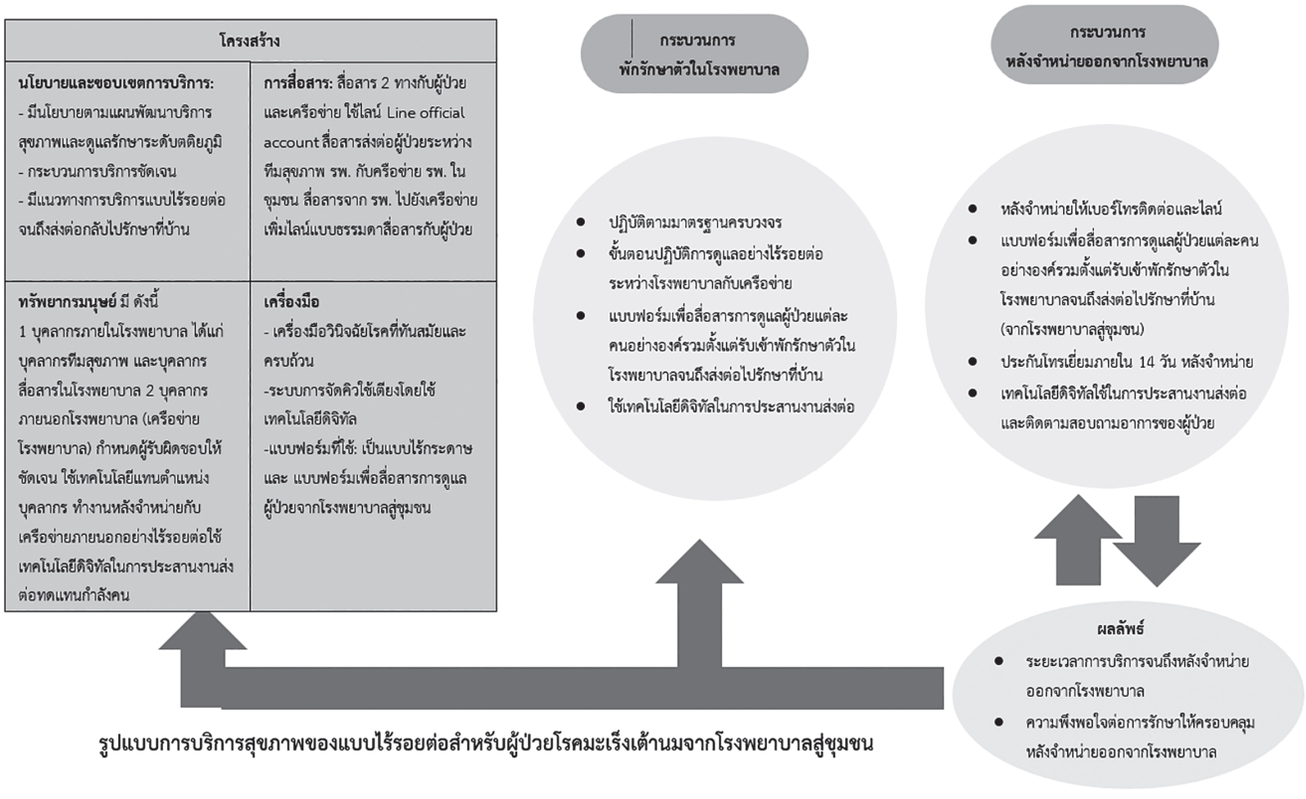
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ดังต่อไปนี้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล และรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ ส่วนแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ คำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด เข้าสูตรของ The Agree Collaboration 2001[19]

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่าทีมสุขภาพ จำนวน 8 คน เป็นแพทย์รักษาโรคมะเร็ง 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 5 คน อายุ อยู่ระหว่าง 49–55 ปี ระดับการศึกษาจบระดับปริญญาตรี จำนวน 5 คน และระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน ทีมสุขภาพทุกคนมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 16 – 26 ปี พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง และผู้ใช้บริการ จำนวน 6 คน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 3 คน และญาติผู้ป่วย 3 คน อายุอยู่ระหว่าง 18–76 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 จนถึงระดับปริญญาโท และญาติผู้ป่วยทุกคนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

จากผลการวิเคราะห์ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ มีรายละเอียด ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง มี 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) นโยบายและขอบเขตการบริการ พบว่า มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ มีเพียงการส่งต่อแต่ไม่มีการกำหนดแนวทางการบริการแบบไร้รอยต่อฯ ระบบการส่งต่อยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีเตียงจำกัด (2) การสื่อสารกับผู้ป่วยและเครือข่าย พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเครือข่ายของโรงพยาบาลผ่านระบบ Thai COC/Smart COC ตามเขตสุขภาพ แต่ไม่มีระบบประสานงานกับเครือข่ายหลังจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (3) ทรัพยากรมนุษย์ พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัด พยาบาลประสานงานส่งต่อมี 1 คน ไม่มีแอดมินรับผิดชอบแอพพลิเคชัน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภาระงานมาก ไม่มีเทคโนโลยีที่ทดแทนกำลังคน และ (4) เครื่องมือทางการแพทย์และแบบฟอร์มที่ใช้ เครื่องมือทางการแพทย์ทันสมัย แบบฟอร์มที่ใช้เป็นแบบไร้กระดาษ 2) ด้านกระบวนการ มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานครบวงจรโดยผ่านแบบฟอร์มแบบไร้กระดาษ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้ และ (2) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่า มีประกันการโทรเยี่ยมภายใน 14 วัน หลังจำหน่าย การติดตามไม่ทั่วถึงจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง และ 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ มีความพึงพอใจต่อการรักษาแต่ไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย

ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ด้านการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ดังนี้



รูปแบบการบริการสุขภาพของแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จำแนกตามรายการประเมิน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

ตาราง คะแนนของความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจากการประเมิน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 14)

มิติของการประเมิน	กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		ความเหมาะสม(ร้อยละ)
	ทีมสุขภาพ	ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล	
1. ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ	100.00	100.00	100.00
2. ด้านการนำรูปแบบไปใช้	100.00	100.00	92.06
3. ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ	100.00	100.00	91.07
4. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ	100.00	100.00	89.88
5. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย	100.00	100.00	89.68
6. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	100.00	100.00	88.69
รวม	100.00	100.00	91.90

จากตาราง พบว่า ความเหมาะสมของรูปแบบโดยรวมมีคะแนนเท่ากับร้อยละ 91.90 มิติของการประเมินกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คะแนนประเมินโดยรวม (ร้อยละ) ทีมสุขภาพ (ร้อยละ) ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ร้อยละ) 1. ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ 100.00 100.00 100.00 2. ด้านการนำรูปแบบไปใช้ 100.00 100.00 92.06 3. ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ100.00 100.00 91.07 4. ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 100.00 100.00 89.88 5. ด้านขอบเขตและเป้าหมาย 100.00 100.00 89.68 6. ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 100.00 100.00 88.69 รวม 100.00 100.00 91.90 เมื่อพิจารณาคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามรายการประเมิน

รายด้านและโดยรวม จากผลการประเมินความเหมาะสมทั้ง 6 ด้าน พบว่า ด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านการตรวจสอบความเป็นอิสระ (ร้อยละ 100) รองลงมาด้านการนำรูปแบบไปใช้ (ร้อยละ 92.06) และด้านความเข้มแข็งในการพัฒนารูปแบบ (ร้อยละ 91.07)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล สรุปเป็นประเด็น 3 ประการ ดังนี้ ด้านโครงสร้าง มีนโยบายตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพและกระบวนการดูแลรักษาระดับตติยภูมิ มีเครื่องมือทันสมัยครบถ้วน สื่อสารและประสานงานด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยแต่ไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง บุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาลมีจำกัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็มีภาระงานมาก ด้านกระบวนการ ได้แก่ มีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ มีการประเมินระยะเวลาขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการรักษาแต่ไม่ครอบคลุมหลังจำหน่าย ปัญหาของรูปแบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่พบ ด้านโครงสร้าง การสื่อสารและประสานงานไม่เป็นแนวเดียวกันและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีการกำหนดโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน บุคลากรทีมสุขภาพมีจำกัด ยังไม่มีการกำหนดบุคลากรทีมสุขภาพผู้รับผิดชอบที่ดำเนินการอย่างชัดเจน ไม่มีการกำหนดแนวทางอย่างชัดเจน อาจเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการพัฒนาการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ด้านกระบวนการ พบว่าหลังจำหน่ายยังขาดแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลกำลังดำเนินการพัฒนาการบริการสุขภาพอยู่จึงยังขาดแนวทางที่ชัดเจน การติดตามผู้ป่วยไม่ทั่วถึงจากการขาดเจ้าหน้าที่และการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี[3] ยุทธศาสตร์ ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้นำแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมาใช้ในมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นความท้าทายของทีมสุขภาพโรงพยาบาลที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพตามบริบทในปัจจุบัน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[15,16] การดูแลที่ไร้รอยต่อพบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรในการดูแลซ้ำ และจากบทความ[8] ที่กล่าวถึงแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริการสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าท้ายทีมสุขภาพในปัจจุบัน ส่วนด้านกระบวนการที่มีปัญหาอาจเนื่องจากยังอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา การกำหนดด้านโครงสร้างยังไม่ชัดเจนจึงส่งผลให้ด้านกระบวนการไม่ชัดเจนไปด้วย ส่วนด้านผลลัพธ์นั้นเป็นผลจากการดำเนินการตามกระบวนการ จึงทำให้การประเมินระยะเวลาการให้บริการกับความพึงพอใจยังไม่ครอบคลุมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะนี้เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ทราบสถานการณ์การบริการสุขภาพและเสนอแนวทางแก้ไขข้อจำกัดของรูปแบบการบริการสุขภาพเดิมทั้ง 3 ด้าน 2) แนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การประสานงาน ส่งต่อชัดเจน ช่วยแก้ไขประเด็นปัญหาการติดตามผู้ป่วย ขาดแคลนบุคลากร นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ และ 3) การแก้ไขปัญหาดังกล่าวสอดคล้องวิสัยทัศน์โรงพยาบาล “โรงพยาบาลมะเร็งที่ทันสมัยเป็นเลิศด้านการแพทย์ บริการอย่างครบวงจรด้วยพลังเครือข่ายที่ประชาชนเชื่อมั่นและวางใจ” สอดคล้องกับแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ[17,18] ที่ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เป็นการบริการสุขภาพโดยการเปลี่ยนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้านไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย มีเป้าหมายคือการระบุวิธีที่จะเพิ่มการปรับปรุงสูงสุดในผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย รวมถึงมีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์[18] ได้ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อ: การเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยอย่างปลอดภัยจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายให้มากที่สุด แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะแรกคัดเลือกผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล นำข้อมูลมาเตรียมการวางแผนการจำหน่าย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การวินิจฉัย ระยะเวลาการเข้าพัก อาการเป็นตัวทำนายที่สอดคล้องกันมากที่สุด ประเด็นที่สำคัญคือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ดูแล และระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน ได้มีการปรับปรุงการสื่อสาร และการประสานงานในการดูแลและติดตามที่ดีขึ้น อีกทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[4]

มีแนวคิดว่าเป็นระบบที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามรักษาและฟื้นฟูสภาพ จากทีมสหวิชาชีพ เลื่อนไหลไปอย่างราบรื่น ไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัด รูปแบบนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่ศึกษาการดูแลที่ไร้รอยต่อ: ความท้าทายระหว่างระบบการดูแลปฐมภูมิและระบบการดูแลทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าการดูแลแบบไร้รอยต่อจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรที่หายากในการดูแลซ้ำโดยไม่จำเป็น การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อครั้งนี้ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล ผู้ให้บริการ และการดูแลช่วงเปลี่ยนผ่านที่ครอบคลุมเป็นสิ่งสำคัญจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อความปลอดภัย การดูแลอย่างต่อเนื่องประสบความสำเร็จ

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย[5,6] ศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบ ไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ พบปัจจัย ได้แก่ การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การจัดการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรมเป็นสิ่งสำคัญ และอันดับที่สาม ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ คือ การกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน (ร้อยละ 89.28) อาจเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบซึ่งยังไม่ได้ลงรายละเอียดถึงการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพด้านโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ มีอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำรูปแบบนี้ไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2. นำรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ และโรคอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และประเมินความเหมาะสม แต่ยังไม่มีการนำไปใช้จริง จึงควรมีการนำไปศึกษาวิจัยต่อเนื่องในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และศึกษาตัวแปรตามเชิงปริมาณในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

2. การวิจัยครั้งนี้ มีเพียง 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งต่อไป โดยควรมีพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3. การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการวิจัยที่นำไปใช้ในโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

References

1. Charnvirakul A. Bureau of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Policy Communication Meeting of the Ministry of Public Health for the Fiscal Year 2023.
2. Sahamethapat N. A seamless service network helps patients with complex and high-mortality diseases access treatment quickly. Scientific Conference of Directors of Regional and General Hospitals; 2015. (in Thai)
3. Charnvirakul A. Bureau of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. National Strategic Plan for 20 years. 2018.
4. Supachutikul A. Hospital and Health Service Standards 4th ed. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2019.
5. Saenprasarn P, Watradul D, Techangkoon L, Pidsart N. Factors supporting seamless care in the cardiovascular nursing network. Journal Card Thoracic Nursing. 2017; 28(2):154-67. (in Thai)

6. Saenprasarn P. Thai Cardio-Thoracic Nurses' Association. Summary of the ongoing project to develop capacity and strengthen the network of patients and at-risk groups for cardiovascular diseases. Nonthaburi: Printing House; 2012. (in Thai)
7. Hill J. Seamless care: The challenge between primary and secondary care systems. Journal of Diabetes Nursing. 2005;9(4):139-44.
8. Petchsuk R & Cheevakasemsuk A. Seamless health service in the era of the new normal: Challenges for healthcare teams. Journal of Nursing and Health Innovation. 2024;1(1):28-40. (in Thai)
9. Karnchanapimai S. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Cancer statistics. 2018.
10. Imsamran W. Committee for the Development of Health Services Responding to Major Health Issues (Cancer Branch). Guidelines for the development of cancer health services. Cooperative of Thailand Printing House; 2013.
11. Phokphlakorn P. Palliative care models in Thailand. Journal of Nursing, Ministry of Public Health. 2017; 26(3):40-51. (in Thai)
12. Sawaddeenarunart W, Thaneerat A & Wisettharn T. Development of palliative care models for end-stage cancer patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Journal of Nursing, Ministry of Public Health. 2015;25(3):144-56. (in Thai)
13. Songwatthanayuth P, Polin S & Naimkerd P. Development of breast cancer preventive behaviors among women in Phetchaburi province. Journal Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3):423-32. (in Thai)
14. Srisangchot W & Nanthaitaweekul P. The effect of continuous care on body image among women after breast cancer mastectomy. Journal Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3): 331-8. (in Thai)
15. Rojanametheen J. Cancer Registry Unit. Cancer statistics at a cancer hospital in 2022. Digital Medical Group, Health System Development Division, a cancer hospital, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
16. Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press. 2003.
17. Spehar AM, Campbell RR, Cherrie CC, Palacios P, Scott D, Baker JL, et al. Seamless care: Safe patient transitions from hospital to home. Advances in Patient Safety. 2005;9(1):79–98.
18. Spehar AM, Campbell RR, Cherrie C, Palacios P, Scott D, & Baker JL. Seamless care: Safe patient transitions from hospital to home. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, editors. Advances in patient safety: From research to implementation. Vol 1: Research findings. 2005
19. Brower C. M. Medical Research and Technology Assessment Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Evaluation of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II); 2005.

ความสัมพันธ์ของคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร

The Relationship Between the Quality of Services Provided and the Level of Blood Pressure in Hypertensive Patients in Bangkok Metropolitan

พิชญา ชูสนุก รักชนก คชไกร* เสาวรส มีกุศล
Pichaya Choosanuk Rukchanok Koshakri* Saovaros Meekusol
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์คุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือระดับความดันโลหิต โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร เพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี ในชุมชน 12 แห่ง ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 137 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม - สิงหาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามคุณภาพการได้รับการบริการดูแลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการดูแลต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.536, -.402$ และ $-.464$, $p < .01$ ตามลำดับ) ($r = -.289, -.221$ และ$-.321$, $p < .01$ ตามลำดับ) สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพการบริการดูแล, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ระดับความดันโลหิต

Abstract

This research was a descriptive correlational study of quality variables of care service process and blood pressure levels of hypertensive patients in Bangkok. To study the relationship of the quality of receiving care services that consist of health promotion. prevention of complications and continuation of care with health outcomes, including blood pressure levels Using Donabedian's quality of care concept, the samples were patients with hypertension in Bangkok. Both males and females, aged 18 years and over, not limited to blood pressure levels, who have been admitted to the public health center for at least 1 year in 12 communities, totaling 137 cases using a simple random sampling method. Data were collected between March 2022 and

Corresponding Auther: *Email: rukchanok.kos@mahidol.edu

วันที่ได้รับ (received) 2 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ส.ค. 2567

August 2022 using questionnaires, namely the general information questionnaire and the quality of receiving care services for hypertension. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation was analyzed by Pearson's correlation coefficient.

The results showed that receiving health promotion care services complication prevention and continuous care care was significantly negatively associated with systolic and diastolic blood pressure levels (r = -.536, -.402 and -.464 , p < .01 respectively) (r = -.289, -.221 and -.321, p < .01 respectively) can be used as basic information to develop guidelines for improving the quality of service provision in the care of hypertension patients for better efficiency and effectiveness.

Keywords: Quality of care, Hypertension patients, Blood pressure levels

บทนำ

ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยการบริการดูแลที่มีคุณภาพ การให้บริการที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น[1] เนื่องจากคุณภาพการดูแลจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น[2] อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังมีคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังพบว่าไม่ดีเท่าที่ควร โดยที่โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และยังพบผู้ป่วยผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลสถิติในภาพรวมของประเทศไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปี 2559 - 2561 เท่ากับ 12.05, 13.07 และ 13.13 ตามลำดับ[3] และจากข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 เป็น 1,353.01 นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 25.4 ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 3.3) จากนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นร้อยละ 76.8 และยังพบว่า 5 ใน 10 คนของผู้สูงอายุ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯครั้งที่ 5 ปี 2557 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4[4]

รายงานเบื้องต้นข้อมูลด้านสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายของคนกรุงเทพมหานคร[5] และรายงานจากระบบ BMA Home Ward Referal ปี 2560 – 2562 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 11,262, 8,904, และ 8,651 ตามลำดับ นอกจากนั้นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562 - 2563 ความชุกโรคความดันโลหิตสูงกระจายตามภาค พบว่าภาคกลาง ภาคเหนือ และกรุงเทพมหานครมีความชุกสูงที่สุดใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 27.2 – 27.54 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความต้องการการได้รับบริการจึงมีมากขึ้น

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ต้องอาศัยการบริการดูแลที่มีคุณภาพ การให้บริการที่มีคุณภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น การศึกษาเรื่องคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นระบบควรพิจารณาตั้งแต่โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี[2] ในการประเมินคุณภาพในการบริการดูแล โดยมีการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของสามองค์ประกอบคือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโครงสร้าง

ตามแนวคิดของ Donabedian มักไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากปัจจัยด้านโครงสร้างเป็นปัจจัยที่กำหนดกระบวนการบริการดูแล ไม่ได้ส่งผลโดยตรงถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ[2] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะกระบวนการ การได้รับการบริการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีตัวแปรหลายตัวส่งผลต่อคุณภาพการบริการ แต่เป็นการศึกษาในต่างจังหวัด ที่มีระบบการดูแลต่างจากกรุงเทพมหานครและยังไม่มีการศึกษาในกรุงเทพมหานคร อีกทั้งยังไม่พบรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการบริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในกรุงเทพมหานครผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการดูแลต่อเนื่องที่อ้างอิงถึงมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขและแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กับระดับความดันโลหิต โดยผลของงานวิจัยในครั้งนี้จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องกับระดับความดันโลหิต เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น

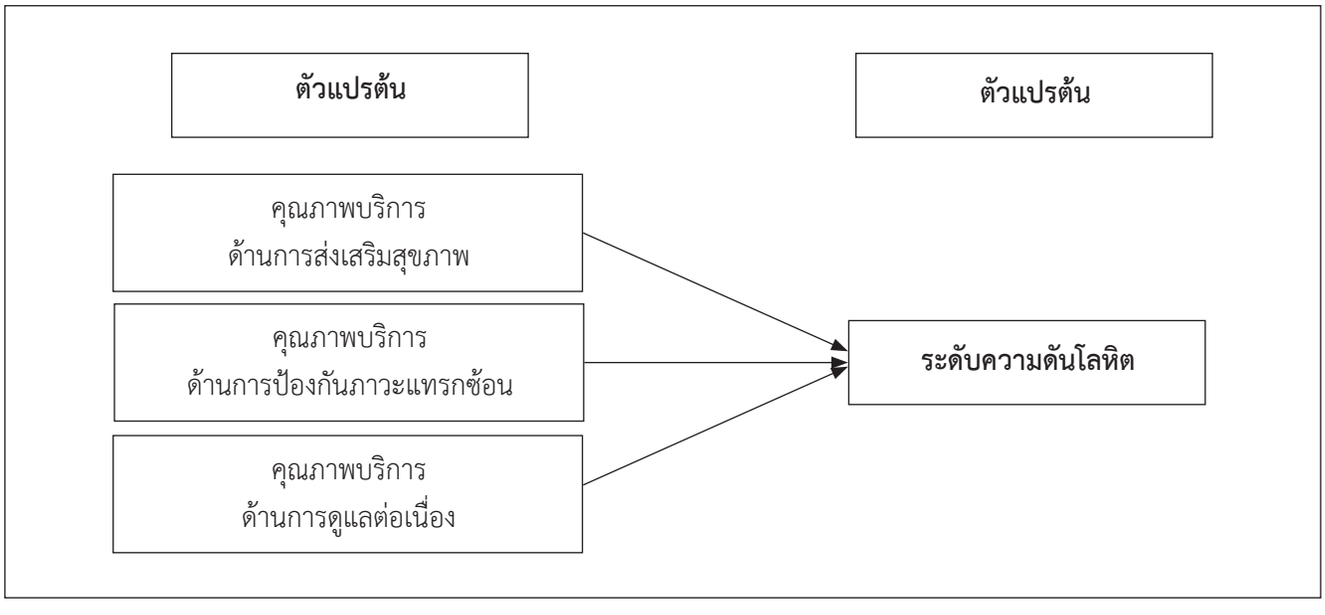
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการดูแลต่อเนื่องกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive study) ของตัวแปรคุณภาพการด้านกระบวนการบริการในการดูแลที่ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร จำนวน 137 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานครทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดระดับความดันโลหิตที่เข้ารับการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนจำนวน 12 แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าตัวแปร α = .05, Power = 0.9, r = - 0.247 จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัดเชียงขวางประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดย เวียงมร ปัทมวงศ์ษา, ดรุณี รุจกรกานต์ และอภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2558) คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 137 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน แบ่งเขตการปกครองเป็น 6 กลุ่ม สุ่มเลือกด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ ได้กลุ่มละ 2 เขต สุ่มชุมชนด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เขตละ 1 ชุมชน ได้ 12 ชุมชน สุ่มประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และเลือกแบบโควตาให้ได้ตามจำนวนในแต่ละชุมชน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับการรักษาที่ศูนย์ บริการสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี การได้ยินปกติ
3. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือหายใจเหนื่อยหอบ (เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามคุณภาพการได้รับบริการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด การได้รับการนัดหมายพบแพทย์และรับยา การปรับ/เปลี่ยนยาความดันในระยะ 6 เดือน ลักษณะการประกอบอาชีพ การดูแลสุขภาพและน้ำหนัก/ส่วนสูง/เส้นรอบเอว จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการได้รับการบริการดูแลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2563 โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณภาพการได้รับการบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ (ข้อ 1-11) เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ใน 1 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับการได้รับบริการดูแลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ ได้รับคำแนะนำในการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เรื่องโรค การรับประทานอาหาร การจำจัดปริมาณเกลือ การออกกำลังกาย อารมณ์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การรับประทานยารวมถึงการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่า CVI เท่ากับ 0.91 และค่า KR-20 เท่ากับ .83

2. แบบสอบถามคุณภาพการได้รับการบริการดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 11 ข้อ (ข้อ 12-22) เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ใน 1 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับการได้รับบริการดูแลในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การได้รับบริการวัดความดันโลหิต ซักประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนทุกครั้งที่ไปรับบริการ การตรวจเลือดประจำปีเพื่อประเมินการทำงานของไต ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ตรวจไขมันในเลือด (Lipid Profile) และการตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไตร่วมด้วย การตรวจเอกซเรย์ปอด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การคัดกรองการสูบบุหรี่ รวมถึงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า KR-20 เท่ากับ .75

3. แบบสอบถามคุณภาพการได้รับการบริการดูแล

ด้านการดูแลต่อเนื่อง จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 23-29) เป็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ใน 1 ปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับการได้รับบริการดูแลในด้านการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ และได้รับการบันทึกผลการตรวจรักษาในสมุดบันทึกประจำตัวโรคความดันทุกครั้ง การได้รับใบนัดและได้รับการชี้แจงในการนัดหมายเพื่อติดตามการมาตรวจในครั้งถัดไป มีการติดตามจากเจ้าหน้าที่หากผู้ป่วยไม่ไปรับยาตามกำหนดนัดหมาย และมีการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่กำหนดไว้ รวมถึงการชี้แจงเกี่ยวกับระบบส่งต่อไปโรงพยาบาลหากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยมีค่า CVI เท่ากับ 0.86 และค่า KR-20 เท่ากับ .69

โดยข้อคำถามในแต่ละข้อจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ ได้รับบริการ/ใช่ (เท่ากับ 1 คะแนน) และ ไม่ได้รับบริการ/ไม่ใช่ (เท่ากับ 0 คะแนน) การแปลผลคือ คะแนนของกระบวนการบริการจะอยู่ในช่วง 0 -29 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่าได้รับการบริการดูแลที่มีคุณภาพในระดับสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่าได้รับการบริการดูแลที่มีคุณภาพในระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารหมายเลข IRB-NS2021/39.2610 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 และหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ โดยไม่ต้องอธิบายถึงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่างๆที่ผู้วิจัยได้รับในครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไปอภิปราย หรือตีพิมพ์เผยแพร่จะเป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของผลงานวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเผยแพร่ชื่อและนามสกุล เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากขออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอย่างละเอียด และให้ตอบแบบสอบถาม คุณภาพการได้รับการบริการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1 จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 2 จำนวน 29 ข้อ รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม และจะใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด และนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการได้รับบริการดูแลกับระดับความดันโลหิต

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 137 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.5 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 54.0 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.9 ด้านภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 91.2 ด้านการปรับ/เปลี่ยนยาเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านโดยส่วนใหญ่ไม่ปรับ/เปลี่ยนยาร้อยละ 89.8 ด้านลักษณะการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 62.8 ด้านการดูแลสุขภาพพบว่า มีการจำกัดเกลือในอาหารร้อยละ 51.8 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 87.6 ไม่ดื่มสุรา/เบียร์ร้อยละ 84.7 มีการดื่มชา กาแฟร้อยละ 62.0 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 58.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 41.6 ไม่ควบคุมน้ำหนักร้อยละ 56.2 และควบคุมน้ำหนักร้อยละ 43.8 มีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองร้อยละ 51.1 และไม่วัดความดันโลหิตด้วยตนเองร้อยละ 48.9

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 33-88 ปี อายุเฉลี่ย 65.81 ปี (S.D. = 11.06) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-46 ปี เฉลี่ย 9.93 ปี (S.D. = 7.09) ระยะเวลาที่ได้รับการปรับ/เปลี่ยนยา อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน เฉลี่ย 2.88 เดือน (S.D. = 0.67) ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง15.57 kg/m2 – 44.08 kg/m2 เฉลี่ย 25.77 kg/m2 (S.D. = 4.73) รอบเอว อยู่ระหว่าง 60 cm. – 132 cm. เฉลี่ย 89.33 cm. (S.D. = 11.14)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการบริการดูแล จำแนกตามการได้รับบริการดูแล

การได้รับการบริการดูแลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	คะแนนเต็ม	Mean (SD)	Range	
			Max	Min
การได้รับการบริการดูแลรวมทุกด้าน	29	21.68 (7.00)	29	5
การได้รับบริการดูแลการส่งเสริมสุขภาพ	11	8.74 (2.83)	11	3
การได้รับบริการดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	11	7.89 (2.97)	11	1
การได้รับบริการดูแลต่อเนื่อง	7	5.04 (2.10)	7	1

จากตาราง พบว่า การได้รับบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องกับระดับความดันโลหิต พบค่าเฉลี่ยของการได้รับบริการดูแลรวมทุกด้านเท่ากับ 21.68 ค่าเฉลี่ยของการได้รับบริการดูแลการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 8.74 ค่าเฉลี่ยของการได้รับบริการดูแลการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 7.89 ค่าเฉลี่ยของการได้รับบริการดูแลต่อเนื่องเท่ากับ 5.04

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	Mean (SD)	Range	
		Max	Min
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก(SBP)	138 (14.06)	187	108
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก(DBP)	81 (9.86)	100	52

ระดับความดันโลหิต พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 138 mmHg. ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 81 mmHg.

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ของคุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการดูแลต่อเนื่องและการได้รับการบริการดูแลรวมทุกด้านกับระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของคุณภาพกระบวนการบริการในการดูแลของตัวแปรที่ศึกษากับระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 137)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก			ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก		
	Pearson Correlation(r)	Sig. (1-tailed)	ระดับความสัมพันธ์*	Pearson Correlation(r)	Sig. (1-tailed)	ระดับความสัมพันธ์*
1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	-.536**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง	-.289**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
2. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	-.402**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง	-.221**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
3. ด้านการดูแลต่อเนื่อง	-.464**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง	-.321**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
4. การได้รับการบริการดูแลรวมทุกด้าน	-.526**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง	-.307**	< .01	ความสัมพันธ์ระดับต่ำ

** $p < .01$

จากตาราง พบว่า ความสัมพันธ์ของคุณภาพการได้รับบริการดูแลของตัวแปรที่ศึกษากับระดับความดันโลหิตผลการวิเคราะห์พบว่า การได้รับการบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการดูแลต่อเนื่องและการได้รับการบริการดูแลรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบหรือมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.536, -.402, -.464 และ -.526 ตามลำดับ p < .01) และการได้รับการบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการดูแลต่อเนื่องและการได้รับการบริการดูแลรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบหรือมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.289, -.221, -.321 และ -.307 ตามลำดับ p < .01)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์พบว่า คุณภาพด้านกระบวนการบริการในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลต่อเนื่องกับระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.536, -.402 และ -.464 , p < .01 ตามลำดับ) (r = -.289, -.221 และ-.321, p < .01 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า การได้รับการบริการดูแลที่มีคุณภาพสูงจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการบริการดูแลที่มีคุณภาพต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง (คะแนน เท่ากับ 8.74 จาก 11 คะแนน) เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยด้านการส่งเสริมสุขภาพได้รับการบริการดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่หมุนเวียนกันมาให้สุขศึกษาในแต่ละกิจกรรมในช่วงเช้าของทุกวันก่อนเริ่มทำการตรวจรักษา และยังมีพยาบาลให้คำแนะนำ (Exit Nurse) ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะไปรับยากลับบ้าน นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยไปรับยายังได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องจากเภสัชกรทุกครั้ง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (r = -.247) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (r = - .270) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)[6] และการศึกษาในเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความรู้มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (p < .05)[7] มีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับโปรแกรมฯ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)[8] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิพบว่าระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[9]

ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับซักประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อน การวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่ไปรับบริการ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง/การดูแลตนเอง การคัดกรองการสูบบุหรี่ การตรวจคัดกรอง CVD Risk โดยพยาบาลประจำคลินิก การตรวจเลือดประจำปีโดยแพทย์ เป็นต้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนพบว่าหลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. (อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์) สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05)[10] และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 Self ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมฯ 1) มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2ส. ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับบริการปกติ 2) มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถในตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการ

ปกติและ 3) มีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการตามปกติ ($p < .05$)[11] และการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่พบว่า ระดับความดันซิสโตลิกเป็นข้อมูลส่วนบุคคลตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 1.2 ($p<.05$)[12]

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของการได้รับการบริการด้านการดูแลต่อเนื่องค่อนข้างสูง (5.04 คะแนน จาก 7 คะแนน) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับบริการทางด้านนี้น้อยกว่าการได้รับบริการด้านอื่นๆ แต่กลับมีความสัมพันธ์เป็นรองจากการได้รับบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้รับบริการดูแลต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้น เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองและทำให้มีความต้องการที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดีขึ้นรวมถึงการบันทึกผลการตรวจรักษาในสมุดประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองในเรื่องของการควบคุมตนเองทั้งในเรื่องของน้ำหนักตัว และระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเกิน 1 เดือน โดยการติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[13] และการศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[14] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตที่บ้านแบบบูรณาการต่อค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตลดลง ($p < .05$)[15]

ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการบริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพสูงจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับปกติสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยข้างต้น แสดงให้เห็นถึงบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในเรื่องของความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและคุกคามต่อสุขภาพ ความสามารถในการให้คำแนะนำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมถึงบทบาทในการประสานงานกับสหวิชาชีพภายใต้กรอบแนวคิด[2] ในองค์ประกอบเรื่อง กระบวนการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ในการมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพการได้รับการบริการดูแลยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรมีการออกแบบรูปแบบในการให้ความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค เช่น การพัฒนาโปรแกรมประยุกต์สำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ และควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในเรื่องของการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเน้นการสร้างเครือข่ายและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการให้บริการ โดยเฉพาะการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่สะดวกแก่การเข้าถึงและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรตามด้านผลลัพธ์อื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน LDL-C เป็นต้น เพื่อเพิ่มการประเมินด้านผลลัพธ์ในการให้การบริการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรขยายพื้นที่ในการศึกษาที่มีบริบทแตกต่างกันภายใต้กรอบแนวคิดของ Donabedian เพื่อจะได้ทราบว่าโครงสร้างแบบใด หรือการบริการแบบใดมีผลต่อคุณภาพการบริการและนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบคุณภาพในการให้การบริการดูแล และหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลที่เหมาะสมและดียิ่งขึ้น

3. ควรมีการวิจัยเชิงพัฒนาต้นแบบโดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียนให้ครบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่

โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์มาเป็นต้นแบบในการออกแบบสถานบริการสาธารณสุข ศูนย์การแพทย์ของกรุงเทพมหานครเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

References

1. Sinsap N. & Chuwattanapakorn T. Effects of a Tang Wai dance and exercise program on blood pressure levels in elderly people with high blood pressure. Kuekarun Journal 2016; 23(1): 73-86.
2. Donabedian A. An Introduction to quality assurance in health care (3ed). New York: Oxford university press; 2005.
3. Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics 2019. Bangkok: Sam Charoen Phanit Printing (Bangkok) Co., Ltd.; 2019.
4. Ekkaphakorn W. Report on the 6th survey of Thai people's health by physical examination, 2019-2020. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2021.
5. Tangjitkamon S, Thamroj N, & Phaloprakan C. Preliminary report on health information for people in Bangkok. Bangkok: I Printing Color (Thailand) Co., Ltd.; 2016.
6. Pathamawongsa W, Rujakornkarn D, & Wongpiriyayotha A. relationship between knowledge Self-care behavior and blood pressure of patients with idiopathic hypertension receiving services at Xiangkhouang Provincial Hospital, Lao People's Democratic Republic. Journal of Nursing and Health Sciences 2018; 38(2): 43-53.
7. Li H, Wei X, & Wong MCS. Changes of the perceived quality of care for older patients with hypertension by community health centers in shanghai. BioMed Central family practice. 2017;18(1):1-7
8. Sittisart V, Meethip S, & InJeen J. The Effectiveness of a Health Promoting Behavior Program for Elderly with High Blood Pressure at Banklong Sub District Health Promoting Hospital, Phitsanulok. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2019;29(1):153-65. (in Thai).
9. Charoenpong C, Nititham A, Teravechcharoenchai S, & Chaleoykitti S. 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).
10. Ngonsamrong C, & Salawonglak T. The potential development of self-care in Elderly with hypertension to prevent complication in Thongchainau Sub-District, Pakthongchai District, Nakhon Ratchasima Province. Rajapruek Journal. 2019;17(1):102-10. (in Thai).
11. Waenkaew N, Burilert O, & Chuesathuchon C. Effectiveness and results of a health behavior change program based on the 3 Self principles combined with social support on health behavior of patients with high blood pressure. 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital. Journal of Public Health Research Ubon Ratchathani Rajabhat University 2019; 8(2): 98-110.
12. Tepsuriyanont S. Medication adherence behavior among hypertensive adult patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(3): 115-22. (in Thai).
13. Sawekwan J, Amnatsatsue K, & Kerdmongkol P. Effects of a continuing care program for older adults with concontrolled hypertension. Journal of Public Health Nursing. 2020;33(1): 152-70. (in Thai).
14. Terathongkum S, Prasatkaew N, & Maneesriwongul W. Effects of a home visiting program combined with telephone follow-up on health behavior and health status of people with uncontrolled high blood pressure. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(3): 356-71. (in Thai).
15. Akaratanapol P, Deenan A, & Srisuriyawate R. The Effectiveness of The Integrated Home-Based Program on Blood Pressure, Body Fat Percentage And Eating Behavior among Uncontrolled Hypertensive Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;19 (Supplement):39-49. (in Thai).

การพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์การสำหรับผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Development of an Organizational Learning Measurement Tool for First-Line Nursing Managers in Tertiary Hospitals

ศจีรัตน์ โกศล* เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
Sajeerat Kosol* Phechnoy Singchungchai Kannikar Chatdokmaiprai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73120
Faculty of Nursing Christian University of Thailand Nakorn Pathom Thailand 73120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์การสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 311 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามภูมิภาค (One stage cluster random sampling) และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .93 ใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีแวริแมกซ์

ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบแบบวัดการเรียนรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีจำนวน 2 องค์ประกอบ โดยมีค่าไอเกนตามเกณฑ์ (Eigen value = 1.541- 8.638) และค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .30 ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้จริงเกี่ยวกับสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรม (มี 6 ตัวชี้วัด) และองค์ประกอบที่ 2 ด้านการแบ่งปันความรู้และสารสนเทศเพื่อสร้างงานวิจัย นวัตกรรม (มี 3 ตัวชี้วัด) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .31 ถึง .84 ค่าความแปรปรวนสะสมร้อยละ 63.62 ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีเครื่องมือที่น่าเชื่อถือเพื่อวัดการเรียนรู้ในองค์กรนำสู่การพัฒนานวัตกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิ

คำสำคัญ: การเรียนรู้ในองค์กร, ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น, โรงพยาบาลตติยภูมิ

Abstract

The purposes of this research were developed and factor analysis of a tool to measured organizational learning for First-line Managers in tertiary hospitals. The Samples was 311 First-line Nurse Managers in tertiary hospitals. Multistage random sampling was used , First using cluster sampling by region and using simple sampling to included sample. Research instrument was a questionnaire including 16 items. Content validity was confirmed by a panel of 5 experts. The CVI was equal to .87. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of .93. Data were analyzed by using principal component factor analysis. The orthogonal varimax rotation was applied.

Corresponding author: *E-mail: k.sajeerat@gmail.com

วันที่รับ (received) 13 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ส.ค. 2567

The major findings were as found that the final organizational learning in nursing organization tool in tertiary hospitals have eigen value according to criteria include two components as followed 1) Understanding information innovation and research (6 items) and 2) Sharing knowledge and information (3 items). Factor loading was .31 to .84. The total variance accounted for was 63.62%.

First line managers can used organizational learning tool to evaluated and development guideline to used information to building innovation and research in nursing organization

Keywords: Organizational learning, First line managers, Tertiary Hospitals

บทนำ

องค์กรพยาบาลมีความสำคัญในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อเป็นแกนหลักสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ[1] ผู้บริหารในองค์กรพยาบาลจึงต้องนำแนวคิดเชิงนวัตกรรม วิจัย และสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ[2] โดยเฉพาะองค์กรพยาบาล ที่เน้นการเรียนรู้ในองค์กร (Organizational Learning) มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงานโดยเป็น กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้และสารสนเทศของสมาชิก ทำให้เกิดการสร้างงานวิจัย และนวัตกรรมใหม่ๆ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[3,4] โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เน้นการพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพด้วยงานวิจัย สารสนเทศและนวัตกรรมในการบริการ และความรู้ด้านวิชาการที่ทันสมัย ผู้นำจึงจำเป็นต้องนำแนวคิดใหม่เกี่ยวกับการเรียนรู้ในองค์กรมาใช้ในการบริหารองค์กร เพื่อเพิ่มคุณค่าและมูลค่าในการบริหารจัดการนำไปสู่ประสิทธิภาพการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น[5] องค์กรพยาบาลที่มีหน้าที่หลักในการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพด้วยการ สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการสร้างผลงานการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาบริการพยาบาล[1] ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจึงมีบทบาทในการบริหารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กรเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ๆ[6] นำไปสู่นวัตกรรมในการจัดบริการทางการพยาบาลทำให้เกิดประสิทธิภาพและความสำเร็จอย่างยั่งยืนขององค์กร[5] ดังการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาล เช่นการจัดอบรม การจัดทำคู่มือให้ความรู้ ส่งผลให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น[7,8] สามารถก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา[9] จากทบทวนแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรสุขภาพพบว่าไม่เพียงแต่ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเชิงคลินิกเท่านั้น แต่การเรียนรู้ในองค์กรของบุคลากรสุขภาพยังเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการอีกด้วย[10]

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการเรียนรู้ในองค์กรมีความสำคัญในทุกองค์กรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการใช้องค์ความรู้มีความซับซ้อนในการให้บริการสุขภาพและการให้บริการพยาบาล[11] ดังเช่นองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านบริหาร บริการ และวิชาการตลอดเวลาและเป็นองค์กรเน้นการพัฒนาด้านการดูแลสุขภาพด้วยงานวิจัย การบริการและความรู้ด้านวิชาการผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องนำแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กร มาใช้ในการบริหาร เพื่อให้เกิดความคิดใหม่ๆ นำไปสู่ประสิทธิภาพการบริการที่ดีขึ้น[12] จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการให้ความหมายของการเรียนรู้ในองค์กรยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการใช้แบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณ แต่ยังไม่มีการพัฒนาแบบวัดเต็มรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในด้านการบริหารทางการพยาบาลขององค์กรพยาบาลในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีเครื่องมือสำหรับวัดการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาล สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่มีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถประเมินการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาลได้

จากการทบทวนแบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 9 เรื่อง ทุกเรื่องเป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยส่วนใหญ่ใช้ในภาคการศึกษา จำนวน 5 เรื่อง ในองค์กรสุขภาพ 2 เรื่อง และเป็นภาคธุรกิจ จำนวน 1 เรื่อง และพบว่ามีการใช้แนวคิด การเรียนรู้ในองค์กรค่อนข้างหลากหลาย และไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น แนวคิดการเรียนรู้ในองค์กร มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การทดลอง การค้นหาความเสี่ยง และการสร้าง

สัมพันธภาพกับองค์กรภายนอก[13] ในขณะที่แบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรสุขภาพและองค์กรพยาบาลทั้ง 2 เรื่องใช้แนวคิดของฮูเบอร์[14] ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ การแสวงหาความรู้ การอธิบายความรู้ การแพร่กระจายความรู้ และการสั่งสมความรู้ในองค์กร นอกจากนี้การให้ความหมายของการเรียนรู้ในองค์กรยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และยังขาดความชัดเจน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในบริบทองค์การสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีเพียงการใช้แบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรในเชิงคุณภาพและยังขาดแบบวัดในเชิงปริมาณ แต่ยังไม่มีการพัฒนาแบบวัดเต็มรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในด้านการบริหารทางการพยาบาลขององค์กรพยาบาลในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีเครื่องมือสำหรับวัดการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาล สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่มีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถประเมินการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาลได้

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรของฮูเบอร์ เนื่องจากมีความเหมาะสมตามบริบท และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจร่วมกับแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยของ เบิร์นสและโกรฟ[15] โดยหวังว่าจะได้แบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือและมีความตรงเชิงโครงสร้างในการประเมินหรือวัดการจัดกระบวนการการเรียนรู้ในองค์กรเพื่อประเมินศักยภาพในการบริหารการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์การสำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดที่ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎี ข้อค้นพบจากการศึกษา เอกสารตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการใช้แนวคิดของฮูเบอร์อย่าง แพร่หลาย รวมทั้งมีการใช้ในการวัดการเรียนรู้ในองค์กรสุขภาพ และองค์กรพยาบาล ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเลือกใช้แนวคิดการเรียนรู้องค์กรของฮูเบอร์[14] มาเป็นหลักในการพัฒนาเครื่องมือ โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) 2) ด้านการอธิบายความรู้หรือสารสนเทศ (Knowledge or Information Interpretation) 3) ด้านการแพร่กระจายความรู้ (Distribution) และ 4) ด้านการสั่งสมความรู้ในองค์กร (Organization memory) ผู้วิจัยนำองค์ประกอบนี้มาพัฒนาแบบวัดตามแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือของเบิร์นสและโกรฟ[15]

วิธีการดำเนินวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลตติยภูมิ 35 แห่ง[16] มีขนาดประชากรจำนวนทั้งสิ้น 1,332 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวคิดการพัฒนาแบบวัดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างตามหลักการขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ อย่างน้อยประมาณ 20 เท่าของข้อคำถามหรือจำนวนตัวแปรที่สังเกตได้ แต่อย่างน้อยต้องมีจำนวน 100 ตัวอย่าง เพื่อไม่ให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำเกินไป[17] โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ที่ยอมรับได้อยู่ในระดับดีถึงดีมาก คือ 100-250 ราย ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 ราย และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของจำนวนตัวอย่าง (Dropout rate) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อัตราการสูญหายของตัวอย่าง ร้อยละ 10[18] การวิจัยนี้จึงได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 331 ราย ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Single stage Cluster sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลของแต่ละภูมิภาคและเลือกจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละภาคจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) รวม 7 แห่ง ดังนี้ ภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง ภาคกลาง 1 แห่ง ภาคตะวันออก 1 แห่ง ภาคตะวันตก 1 แห่ง และภาคใต้ 1 แห่ง และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คือการจับฉลาก แบบไม่ใส่คืน จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับการกลับคืน จำนวน 325 ฉบับ จาก 331 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.19 และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลพบว่าเหลือแบบสอบถามจำนวน 311 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.95

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการเรียนรู้ในองค์กร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การบริหารหอผู้ป่วย การฝึกอบรมด้านการบริหาร การอบรมด้านนวัตกรรม และการสร้างผลงานนวัตกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเรียนรู้ในองค์กรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือตามแนวคิดเบิร์สนและโกรฟ[15] มีขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดแนวคิดทฤษฎีในการสร้างเครื่องมือและกำหนดนิยามศัพท์ของแนวคิดและแจกแจงคุณลักษณะขององค์ประกอบโดยผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรของฮูเบอร์[14] มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การแสวงหาความรู้ (2) การอธิบายความรู้ (3) การแพร่กระจายความรู้ และ (4) การสั่งสมความรู้ในองค์กร ของตัวแปรที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม

2) การสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ

3) กำหนดรูปแบบการวัดตัวแปร ผู้วิจัยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert scale วัด 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

4) เชิญผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถาม ผู้วิจัยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เลขาธิการสภาการพยาบาล และ อาจารย์ผู้นิเทศด้านการบริหารการพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพร้อมกับโครงร่างฉบับย่อ และแบบฟอร์มการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหารวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการส่งเอกสารกลับคืน จากผู้ทรงคุณวุฒิถึงผู้วิจัย หลังจากได้รับข้อคิดเห็น ผู้วิจัยวิเคราะห์และพิจารณาความตรงของข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index: CVI) เท่ากับ .87 ถือว่าเป็นเครื่องมือเป็นไปตามเกณฑ์[19]

5) นำเครื่องมือไปทดสอบเบื้องต้นโดยทดลองใช้กับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

6) วิเคราะห์และพิจารณาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาตร เท่ากับ .90 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

7) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปเก็บข้อมูลจริง และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis)

8) วิเคราะห์และพิจารณาความเที่ยงของแบบสอบถามอีกครั้ง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .92 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่โครงร่างวิจัย น.02/2566 ชื่อโครงการวิจัย โมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร กับบรรยากาศนวัตกรรมและผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลตติยภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนและได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 7 แห่ง ผู้วิจัยได้ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยให้ผู้ประสานงานการวิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้นซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา ซึ่งการปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยรักษาความลับของแบบสอบถามของกลุ่ม ตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้กลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามในซองเปล่าส่งกลับคืนโดยตรงให้กับผู้วิจัยแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัยและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ มาตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Percentage, Mean, S.D.) 2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยการสกัดปัจจัย ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก ซึ่งใช้วิธีการหมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธโกนอลด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax) โดยกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า .30 โดยก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

2.1 การทดสอบสอบลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล (Normality) พิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบเส้นตรง) และค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ -42 ค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ .038 และทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov test p = 0.061 แสดงว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 การตรวจสอบข้อมูลที่มีค่าห่างจากค่าส่วนใหญ่มากเกินไป (Outlier) และทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ และโดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง + 3

2.3 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนี Kaiser - Mayer – Olkin (KMO) พบว่า มีค่าเท่ากับ .953 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไควสแควร์ ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ 3208.87 มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 สรุปได้ว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมของข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ[20]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.40 มีประสบการณ์การบริหารหอผู้ป่วยในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 91 และส่วนใหญ่ได้รับการอบรมด้านการบริหารทางการพยาบาล ร้อยละ 82.10

2. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง จากวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยพิจารณาค่าไอเกนมากกว่า 1 พบว่า มี 2 องค์ประกอบ และมีค่าสะสมของความแปรปรวนสะสมเท่ากับร้อยละ 63.620 หลังจากการหมุนแกน มีจำนวน 9 ตัวแปร ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ คือองค์ประกอบที่ 1 ความรู้จริงด้านสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรม (จำนวน 6 ตัวชี้วัด) องค์ประกอบที่ 2 การแบ่งปันความรู้และสารสนเทศเพื่อสร้างสรรค์วิจัย นวัตกรรม (จำนวน 3 ตัวชี้วัด) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนองค์ประกอบ ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของความแปรปรวน

องค์ประกอบ	จำนวนตัวแปร	ค่าไอเกน (Eigenvalue) (ค่า≥1)	ร้อยละของความแปรปรวน (% of variance)	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (% of variance cumulative)
องค์ประกอบที่ 1	6	8.638	53.987	53.987
องค์ประกอบที่ 2	3	1.541	9.633	63.620

เมื่อพิจารณาจัดข้อความเข้าองค์ประกอบโดยใช้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่สูงที่สุด สามารถจัดเข้าได้ 2 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากการหมุนแกนองค์ประกอบด้วยวิธีแวริแมกซ์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ	
		1	2
1	การสนับสนุนการเรียนรู้นวัตกรรมทั้งภายใน และภายนอกองค์กร	.812	
2	การกำหนดนโยบายการแบ่งปันความรู้ด้านการวิจัยและนวัตกรรม	.844	
3	การส่งเสริมนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพใหม่ๆ	.740	
4	การสร้างบรรยากาศการเข้าถึงความรู้และสารสนเทศ	.818	
5	การอธิบายสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับ วิจัย และนวัตกรรม	.839	
6	การเพิ่มพูนความรู้โดยคำนึงถึงพื้นฐานของสมาชิก	.817	
7	การสนับสนุนการแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศเพื่อสร้างวิจัย นวัตกรรม		.818
8	การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่างสมาชิก		.838
9	การกำหนดกระบวนการแบ่งปันความรู้ของสมาชิกทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน		.363

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาจัดข้อความเข้าองค์ประกอบโดยใช้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่สูงที่สุด หลังสกัดองค์ประกอบมีการจัดกลุ่มตัวแปรและแสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงตามน้ำหนักองค์ประกอบ ได้ 2 องค์ประกอบ จำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 มี 6 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6) และองค์ประกอบที่ 2 มี 3 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 7, 8 และ 9) และทุกข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 30 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาความคล้ายกลึงกันของตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ตั้งชื่อตัวแปรใหม่ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้จริงด้านสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรม องค์ประกอบที่ 2 การแบ่งปันความรู้และสารสนเทศเพื่อสร้างสรรค์วิจัยนวัตกรรม

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้พบว่า แบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้จริงด้านสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรม (จำนวน 6 ตัวชี้วัด) องค์ประกอบที่ 2 การแบ่งปันความรู้และสารสนเทศเพื่อสร้างสรรค์วิจัย นวัตกรรม (3 ตัวชี้วัด) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์ประกอบการเรียนรู้ในองค์กรของฮูเบอร์[14] โดยเมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบที่ 1 จากแบบวัดที่พัฒนาขึ้นพบว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดของฮูเบอร์ในองค์ประกอบที่ 1 ชื่อการแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) คือ การแสวงหาความรู้ ทั้งจากการประสบการณ์ การอบรมทั้งภายนอกและภายใน องค์กร เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสารสนเทศ และเกิดความรู้จริงในด้านวิจัย นวัตกรรม และองค์ประกอบที่ 2 ชื่อ การตีความความรู้และสารสนเทศ คือ การอธิบายความรู้หรือสารสนเทศให้แก่สมาชิกคนอื่นในองค์กรให้เข้าใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการวิจัยและสร้างนวัตกรรมในการจัดบริการสุขภาพใหม่ๆ[3] ในส่วนขององค์ประกอบที่ 2 การแบ่งปันความรู้และสารสนเทศเพื่อสร้างสรรค์วิจัย นวัตกรรม มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบที่ 3 ของฮูเบอร์ คือการแบ่งปันความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่นเดียวกับแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรที่เป็นกระบวนการที่ให้สมาชิกได้แบ่งปันความรู้จากประสบการณ์และจากการอบรมเพื่อให้เกิดการสร้างสรรค์งานวิจัย และนวัตกรรม[21] เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่สรุปองค์ประกอบของการเรียนรู้ในองค์กร แบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การสร้างความมุ่งมั่นในการจัดการและการเสริมพลังอำนาจ มิติที่ 2 การทดลองสิ่งใหม่ มิติที่ 3 การค้นหาความเสี่ยง และการรับความเสี่ยง มิติที่ 4 การเปิดกว้างและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก และ มิติที่ 5 การถ่ายทอดและบูรณาการ[13] พบว่ามีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากทำการศึกษาในองค์กรที่แตกต่างกันทำให้องค์ประกอบที่ได้มีความแตกต่างกันตามบริบทขององค์กร

เมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการศึกษาการพัฒนาแบบวัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้จัดการพยาบาล โดยนิยามเกี่ยวกับการเรียนรู้ในองค์กรว่า

เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ใหม่ๆ[22] เป็นการพัฒนาแบบวัดประกอบด้วย การแสวงหาความรู้ การอธิบายความรู้ การแพร่กระจายความรู้ และการสั่งสมความรู้ในองค์กร แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาแบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรยังมีความหลากหลายทางด้านแนวคิดและโดยส่วนใหญ่ใช้กลุ่มตัวอย่างด้านการศึกษาและนิยามการเรียนรู้ในองค์กรว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้และแก้ไขข้อผิดพลาด[11] เช่น การศึกษาการพัฒนาแบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรในกลุ่มครูโรงเรียนมัธยมตามแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรประกอบด้วยความมุ่งมั่นในการบริหารองค์กร การมีวิสัยทัศน์กว้าง การทดลอง และการส่งต่อความรู้นำไปใช้จริง[23] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พัฒนาแบบวัดตามแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรของครอสซอน และคณะประกอบด้วย การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การสร้างกระบวนการรับรู้ การรับฟังความรู้ที่เป็นจริง และการชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง[24] พบว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปประเมินการเรียนรู้ในองค์กรและพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารองค์กรเพื่อให้เกิดนวัตกรรมได้[25]

จะเห็นได้ว่าวัฒนธรรมบริบทของแต่ละองค์กรที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ รูปแบบการให้บริการ การศึกษาของบุคลากร รวมทั้งความซับซ้อนของการให้บริการ ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการให้คำนิยาม มุมมองและรูปแบบของการเรียนรู้ในองค์กรตามบริบทนั้น[26]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผู้บริหารในองค์การพยาบาลควรนำเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์กรที่น่าเชื่อถือและมีความตรงเชิงโครงสร้างในการพัฒนาครั้งนี้ ไปเป็นเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาลเพื่อใช้ประเมินด้านความรู้จริงและการแบ่งปันสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรมได้อย่างมีความตรงเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลสอดคล้องตามนโยบายของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำเครื่องมือวัดการเรียนรู้ในองค์กรในครั้งนี้ไปทดสอบด้วยสถิติองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อยืนยันความสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ในองค์กร และควรมีการศึกษาความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) ของแบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรที่สร้างขึ้นกับตัวแปรอื่นๆ เพื่อให้ได้แบบวัดที่มีคุณภาพมากขึ้น

2. ควรนำแบบวัดการเรียนรู้ในองค์กรในครั้งนี้ไปศึกษาเชิงสาเหตุกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในองค์กรพยาบาลเพื่อขยายความรู้ต่อไป

References

1. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. Role and Responsibility of Nurses. Nonthaburi: Suetawan Printing; 2023. (In Thai)
2. Oeij PR, Dhondt S, & Mcmurry AJ. Workplace Innovation, The Challenge of Disruptive Transition. Northhamton: Edward Elgar Publishing; 2023.
3. Argyris C, & Schon D. Organization Learning: A theory o action perspective, Reding, Mass: Addison Wesley; 2012.
4. Chadwick IC, & Raver JL. Motivating Organizations to Learn: Goal Orientation and Its Influence on Organizational Learning. 2015; 41(3): 1-12.
5. Stoffers J, Eringa K, Niks J, & Kleefstra A. Workplace innovation and Organizational performance in the hospitally industry. Sustainability. 2021; 13: 1-13.
6. Yan Z, Wang T, Chen Y, & Zhang H. Knowledge sharing in online health communities. Information & Management. 2022; 53(5): 643-53.
7. 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)

8. Kajonjaroenkul W, Chaiyasak K, Thongchip P, Thepchana N, & Chaikate K. Development of Nursing Management Model To Prevent and Control Infection in Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2024; 25(1): 441-8. (in Thai)
9. Karanika-Murray M, & Weyman A. Optimising workplace interventions for health and well-being. International journal of workplace health management.2022; 6(2): 104-17.
10. Lyman B, Jacobs J, Hammond E, & Gunn M. Organizational Learning in hospitals: A realist review. Journal of Advanced Nursing. 2019; 75(11): 1-26.
11. Mahmood S, & Khattak MA. The role of transformational leader in developing knowledge culture in public sector hospitals. International Journal of Organizational Leadership.2017;6(4): 511-24.
12. Chadwick IC, & Raver JL. Motivating organizations to learn: Goal orientation & influence organizational learning. Journal of Management. 2015; 41(3): 957-86.
13. Chiva R, & Alegre J. Organizational Learning Capability and Job Satisfaction: an Empirical Assessment in the Ceramic Tile Industry British Journal of Management. 2009;20:323-40.
14. Huber G P. Organizational learning: The contributing processes and the literatures. Journal of Organization Science.1991; 2(1): 88-115.
15. Burns N, & Grove SK. (2001). The practice of Nursing Research: Conduct, critique and utilization. 4th ed.. Philadelphia: W.B. Saunders.; 2010
16. Health Administration Division Ministry of Public health. Health Service System in Thailand. Bangkok: Printed by; 2023.
17. Hair JF., Black WC, Babin BJ, & Anderson RE. Multivariate data analysis. 7thed. New York: Pearson; 2010.
18. Gupta KK. Attri JP. Singh A, Karu H , & Karu G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi J Anaesth. 2016; 10(3): 328-31.
19. DeVellis RF. Scale Development: Theory and Application. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012.
20. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Psychology press; 2013.
21. Akrofi S. Evaluating the effects of executive learning and development on organizational performance implications for developing senior manager. International Journal of Training and Development. 2016; 20(3): 177-99.
22. Ishii K, Takemura Y, & Ichikawa N. Relationship between the components of nurse managers' Transformational leadership and organizational learning subprocesses in a hospital. Journal of Nursing management. 2020; 30(18): 1-14.
23. Guta AL. Measuring organizational learning. Journal of Management & Marketing. Challenges for the Knowledge Society. 2015; 9(3): 253-82.
24. Crossan M, Lane H, & White R. An Organizational learning framework: from intuition to institution. Journal of Academy of Management Review. 1999;24(3): 522-37.
25. Yavas T, & Celik V. Organizational learning: A scale development study. Cypriot Journal of Educational Sciences.2020;15(4): 820-33.
26. Hanson J, Niqab M, & Bangert A. Determination and Validation of the Organizational Learning Capabilities' Scale in Educational Institutes in Pakistan. Journal of Education and Educational Development. 2021;8(2): 270-95.

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

Leadership Soft Skills and Organizational Climate Affecting The Knowledge Management of Health Personnel in Yasothon Provincial Public Health Office

ณกมน มีธรรม ประจักร บัวผัน* นครินทร์ ประสิทธิ์
Nakamon Meetham Prachak Bouphan* Nakarin Prasit
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสุนทรียทักษะ ภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำนวน 143 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.98 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและ การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ระดับบรรยากาศองค์การ และระดับการจัดการความรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัว ประกอบด้วย บรรยากาศองค์การมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ บรรยากาศองค์การมิติ ความเสี่ยง และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการสอนงาน สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้ร้อยละ 80.2

คำสำคัญ : สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ, บรรยากาศองค์การ, การจัดการความรู้

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study leadership soft skills and organizational climate affecting the knowledge management of health personnel in Yasothon provincial public health office, Thailand. The Sample size was health personnel in Yasothon provincial public health office, 143 people. The quantitative data was collected by using questionnaires and collecting qualitative data was collected by using In-Depth interview guidelines that examined and verified by the three experts for content validity. The item objective congruence (IOC) was more than 0.50 for each items and Cronbach's Alpha Coefficient was 0.98. Data analysis was performed by using descriptive and inferential statistics, including Pearson correlation coefficient and stepwise multiple linear regression. The qualitative data, content analysis was performed. The results showed that the overall level of leadership soft skills, organizational climate and knowledge management were at a

Corresponding Author : *E-mail : bprach@kku.ac.th

วันที่รับ (Received) 3 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 19 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 ก.ค. 2567

high level. Four variables composed of organizational climate performance standards, leadership soft skills planning and organization, organizational climate risk, and leadership soft skills teaching affected and could jointly predict the knowledge management of health personnel in Yasothon provincial public health office at 80.2%

Keywords: Leadership Soft Skills, Organizational Climate, Knowledge Management

บทนำ

ปัจจุบันอิทธิพลของโลกาภิวัฒน์ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้องค์ความรู้ต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล โดยใครก็ตามที่รู้จักใช้ความรู้ให้เกิดประโยชน์ จะนำมาซึ่งความสำเร็จในทุก ๆ ด้าน ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 11 กำหนดไว้ว่า “ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ในองค์การ เพื่อให้เป็นองค์การแห่งการเรียนรู้อยู่เสมอ โดยต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสารในด้านต่าง ๆ แล้วนำมาประมวลผลให้เกิดความรู้ สามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องพัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนทัศนคติของข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง ในสังกัดให้เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ และมีการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้สอดคล้องกับการบริหารราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ตามพระราชกฤษฎีกานี้”[1] และในคู่มือการดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในหมวดที่ 3 ข้อ 3 ยังได้ระบุไว้เช่นกันว่า “ในการบริหารราชการแนวใหม่ส่วนราชการจะต้องพัฒนาความรู้ความเชี่ยวชาญให้เพียงพอแก่การปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว[2] ดังนั้นองค์การจำเป็นจะต้องมีการจัดการความรู้ เนื่องจากความรู้เปรียบเสมือนสินทรัพย์ที่มีค่ามากต่อองค์การ ซึ่งกระบวนการการจัดการความรู้มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การบ่งชี้ความรู้ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3) การจัดความรู้ให้เป็นระบบ 4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5) การเข้าถึงความรู้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ 7) การเรียนรู้[3]

การจัดการความรู้จะประสบความสำเร็จได้นั้น สุนทรียทักษะภาวะผู้นำจะสามารถนำพาองค์การสู่กระบวนการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นความสามารถและทักษะของผู้บริหารในการส่งเสริมกระตุ้นให้บุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน เกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์การ ซึ่งสุนทรียทักษะภาวะผู้นำประกอบด้วย 8 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม 2) ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร 3) ทักษะด้านการเป็นผู้นำ 4) ทักษะด้านการคิดริเริ่ม 5) ทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ 6) ทักษะด้านการนำเสนอ 7) ทักษะด้านการสอนงาน 8) ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง[4] นอกจากปัจจัยสุนทรียทักษะภาวะผู้นำแล้ว บรรยากาศองค์การเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของสภาพแวดล้อมภายในองค์การ ซึ่งบุคลากรสามารถรับรู้ปัจจัยต่าง ๆ ภายในองค์การที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานและมีผลต่อการจัดการความรู้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ 1) มิติความรับผิดชอบ 2) มิติความอบอุ่น 3) มิติการสนับสนุน 4) มิติการให้รางวัล 5) มิติความขัดแย้ง 6) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน 7) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 8) มิติความเสี่ยง[5]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 155 คน[6] ประกอบด้วยกลุ่มงานทั้งหมด 13 กลุ่มงาน พบว่ามีการดำเนินการจัดการความรู้ 2 กลุ่มงาน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ซึ่งการดำเนินการยังไม่เป็นระบบที่สมบูรณ์ เนื่องจากมีข้อจำกัด คือ ภาวะวิกฤตของโรค COVID-19 จึงไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากร ไม่มั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ต่อกัน รวมถึงความร่วมมือของบุคลากรบางคนที่มีความเชี่ยวชาญ ยังไม่มากนักและบุคลากรบางคนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการจัดการความรู้ในองค์การ[7] จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เพื่อให้ทราบสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สามารถนำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรให้เป็นองค์การที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

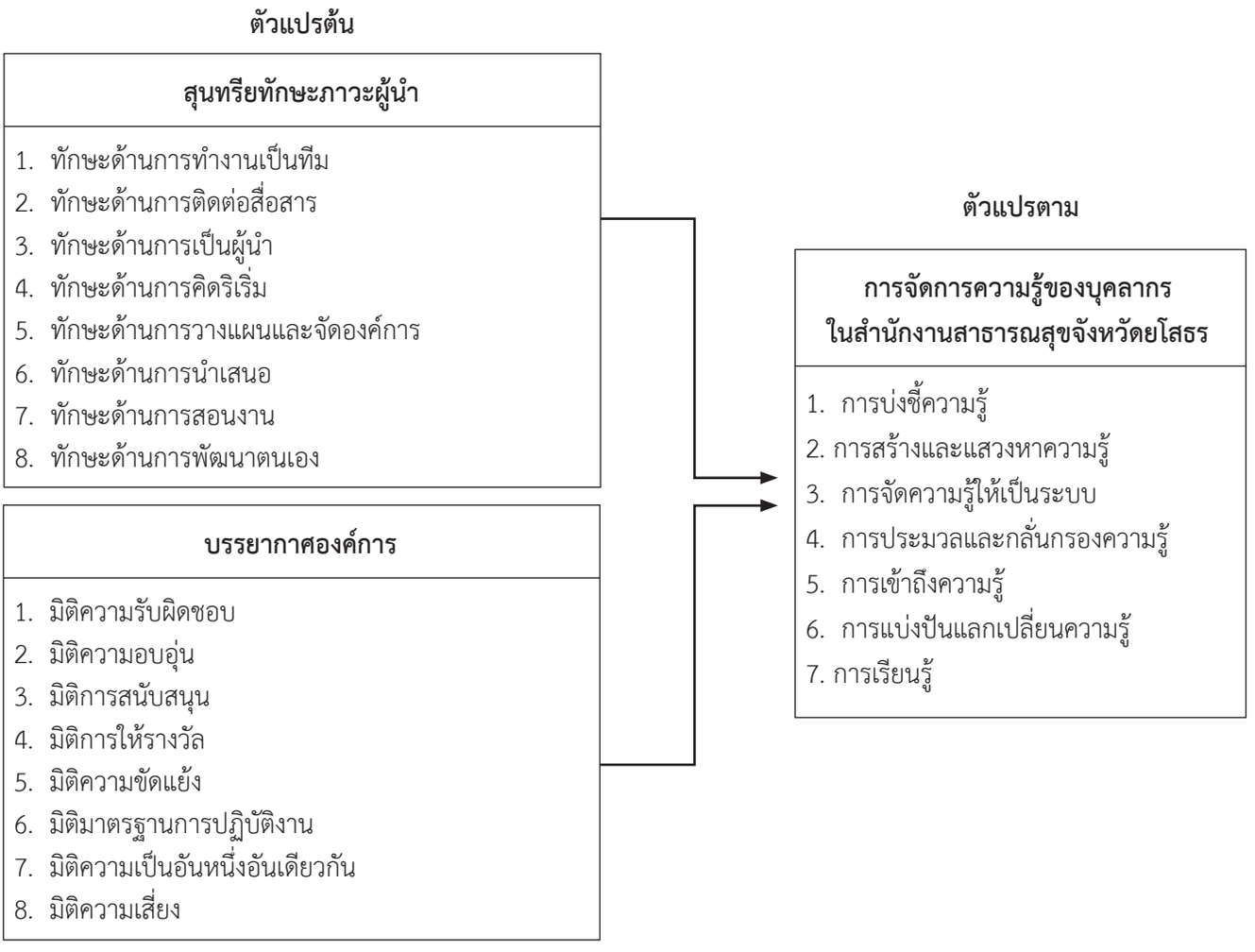
เพื่อศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สมมติฐานการวิจัย

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การมีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้พิจารณานำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการวิจัย โดยมีตัวแปรควบคุม คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ตัวแปรต้น คือ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ[4] และบรรยากาศองค์การ[5] ในส่วน ตัวแปรตาม คือ การจัดการความรู้[3] มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เรื่อง สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร



แผนภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study Research) ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำนวน 155 คน[6] โดยใช้สูตรการคำนวนขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน[8] คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad N = \frac{\lambda (1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A.}} + w$$

ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน[9] ผลจากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 101 ตัวอย่าง กรณีตอบแบบสอบถามพบว่า บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีจำนวน 155 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 143 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 92.26 ส่วนกลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูล เรื่องการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้ดีที่สุด (Key Informants) รวมทั้งสิ้น 14 คน โดยคัดเลือกจากผู้บริหารที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการความรู้ จำนวน 1 คน บุคลากรตัวแทนจาก 13 กลุ่มงาน กลุ่มงานละ 1 คน จำนวน 13 คน ซึ่งต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1) เป็นผู้มีประสบการณ์โดยปฏิบัติงานในกลุ่มงานนั้น 10 ปี ขึ้นไป

2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องการจัดการความรู้

3) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับกลุ่มงานนั้น ๆ ให้บุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ โดยผ่านการเป็นวิทยากรมาแล้ว จำนวน 5 ครั้ง ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของบุคคลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลเป็นการรักษาความลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2566 เลขที่ HE662231

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 127 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ[4,10,11] จำนวน 40 ข้อ ส่วนที่ 3 บรรยากาศองค์การ[5,10,12] จำนวน 40 ข้อ ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร[3,11] จำนวน 35 ข้อ ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำนวน 3 ข้อ โดยส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ[13] ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) โดยมีคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ส่วนที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจความถูกต้อง ความตรง (Validity) พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 รวมถึงการตรวจสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน เนื่องจาก มีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 ด้านสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ เท่ากับ 0.96 ด้านบรรยากาศองค์การ เท่ากับ 0.97 และด้านการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์สาธารสุขจังหวัดยโสธร ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย นำแบบสอบถาม และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใส่ซองปิดผนึกจ่าหน้าซองถึงอาสาสมัครในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรโดยตรง ในการส่งแบบสอบถามกลับนั้นให้ใส่ซองปิดผนึกที่ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถามหย่อนลงในกล่องเพื่อความเป็นอิสระในการส่งคืนแบบสอบถามและเป็นความลับ ส่วนการสัมภาษณ์ เชิงลึกได้ระบุรายละเอียดวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นสถานที่ที่ตัวผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกสะดวก มีความเป็นส่วนตัวไม่เปิดเผยตัวตน โดยขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียง ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ใช้หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ระดับบรรยากาศองค์การ และระดับการจัดการความรู้ และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1[14] และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 73.4 อายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.93 ปี (S.D. = 10.72 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 63 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 สำเร็จการศึกษาในระดับ ปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานบริหารทั่วไปมากที่สุด จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 รายได้มากที่สุดอยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท/เดือน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 32,444.19 บาท (S.D. = 17,054.98 บาท) มีค่ามัธยฐาน 27,000.00 บาท รายได้ต่ำสุด 9,000.0 บาท/เดือน รายได้สูงสุด 79,939.0 บาท/เดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มากที่สุด คือ ระยะเวลา 1- 5 ปี จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 42.0 มีค่ามัธยฐาน 10.00 ปี จำนวนปีต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 45 ปี ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้มากที่สุด จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรู้ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1 ครั้ง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 มีค่ามัธยฐาน 2.00 ครั้ง จำนวนครั้งน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุด 20 ครั้ง

2. ระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมสุนทรียทักษะภาวะผู้นำอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D. = 0.58) รองลงมา คือ ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.63) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะด้านการสอนงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D. = 0.72) รองลงมา คือ ทักษะด้านการคิดริเริ่ม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D. = 0.63) ตามลำดับ

3. ระดับบรรยากาศองค์การของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ มิติความอบอุ่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.71) รองลงมา คือ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.72) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D. = 0.76) รองลงมา คือ มิติความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.71) ตามลำดับ

4. ระดับการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมการจัดการความรู้อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การสร้างและแสวงหาความรู้ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.70) รองลงมา คือ การเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D. = 0.72) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D. = 0.69) รองลงมา คือ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D. = 0.73)

5. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.830,

p-value<.001) ส่วนบรรยากาศองค์การ พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.833, p-value<.001)

6. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ประกอบด้วย ทักษะด้านการทำงานเป็นทีม ทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร ทักษะด้านการเป็นผู้นำ ทักษะด้านการคิดริเริ่ม ทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ ทักษะด้านการนำเสนอ ทักษะด้านการสอนงาน ทักษะด้านการพัฒนาตนเอง และบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย มิติความรับผิดชอบ มิติความอบอุ่น มิติการสนับสนุน มิติการให้รางวัล มิติความขัดแย้ง มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติความเสี่ยง กับตัวแปรตาม คือ การจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ ทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีผลต่อตัวแปรตาม รายละเอียดดังตาราง

ตาราง แสดงค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ตัวแปร	B	95% CI	Beta	T	p-value	R	R^2	R^2 adj	R^2 change
1. บรรยากาศองค์การ มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.284	0.173 - 0.395	0.321	5.042	<.001	0.799	0.638	0.635	-
2. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการวางแผน และจัดองค์การ	0.277	0.170 - 0.385	0.297	5.090	<.001	0.866	0.750	0.746	0.112
3. บรรยากาศองค์การ มิติความเสี่ยง	0.204	0.110 - 0.297	0.244	4.304	<.001	0.884	0.782	0.777	0.032
4. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสอนงาน	0.184	0.088 - 0.281	0.209	3.778	<.001	0.896	0.802	0.796	0.020
ค่าคงที่ 0.133, F = 139.926, p-value<.001, R = 0.896, R^2 = 0.802, R^2 adj = 0.796									

p-value<.001

จากตาราง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ บรรยากาศองค์การมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน (R^2 = 0.638, p-value<.001) สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ (R^2 = 0.112, p-value<.001) บรรยากาศองค์การมิติความเสี่ยง (R^2 = 0.032, p-value<.001) และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการสอนงาน (R^2 = 0.020, p-value<.001) จึงกล่าว ได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้ร้อยละ 80.2 (R^2 = 0.802, p-value<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร คือ

บรรยากาศองค์การมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ บรรยากาศองค์การมิติความเสี่ยง และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการสอนงาน สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้ ร้อยละ 80.2 (R^2 = 0.802, p-value<.001) อธิบายได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรจำเป็นจะต้องมีแนวทาง และจัดทำคู่มือตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและทันสมัยเหมาะสมกับบริบท นำสู่การปฏิบัติได้จริง มีการสื่อสารมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด จะส่งผลให้บุคลากรทุกคนมีการจัดการความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การมิติมาตรฐานการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[10,15,16] อย่างไรก็ตามการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานนั้น มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละองค์การและนโยบายของผู้บริหาร อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรให้แตกต่างกันไปด้วยเช่นกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การมิติมาตรฐานการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[17] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าหน่วยงานยังต้องการการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและทันสมัย เนื่องจากนโยบายการปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลงทุก ๆ ปี ประกอบกับภาระงานที่มากและมาตรฐานที่ทำไว้ไม่ค่อยได้มีการทบทวนให้ทันสมัย หรือบางงานมีการทบทวนให้ทันสมัยแต่ขาดการนำไปใช้ ดังนั้น ในแต่ละกลุ่มงานจึงควรมีการทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นปัจจุบันทุกปี และเมื่อมีบุคลากรเข้ามาประจำการใหม่ควรมีการปฐมนิเทศและชี้แจงมาตรฐานการปฏิบัติงานที่บุคลากรคนนั้นรับผิดชอบให้ชัดเจน นอกจากนี้บรรยากาศองค์การมิติความเสี่ยง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร เนื่องจากสามารถลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและความเสียหายขณะปฏิบัติงานได้ การที่องค์การมีการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดีและครอบคลุมทุกปัญหา จะส่งผลให้บุคลากรมีการจัดการความรู้ที่ดีและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น[5] สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การมิติความเสี่ยงมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[12,16,18] อย่างไรก็ตามการจัดการความเสี่ยงของแต่ละองค์การอาจมีความแตกต่างกันไปตามนโยบายของผู้บริหาร และตามสภาพปัญหาที่พบ ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดและความเสียหายที่แตกต่างกันไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การมิติความเสี่ยงไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[17] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บุคลากรบางส่วนขาดการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เนื่องจากเรื่องความเสี่ยงไม่ได้เป็นโจทย์ในการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม ทำให้การบริหารความเสี่ยงขององค์การยังมีน้อย ดังนั้นในการทำแผนพัฒนาองค์การควรส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนความเสี่ยง เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การเช่นกัน เพราะเป็นทักษะที่ใช้ในการจัดการความรู้ได้เป็นอย่างดี บุคลากรต้องมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในระยะยาวและระยะสั้น ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และรู้จักรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน ซึ่งการวางแผนที่ชัดเจนจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4] สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[11,19,20] อย่างไรก็ตามทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การขึ้นอยู่กับสมรรถนะของตัวบุคลากรเอง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการจัดทำแผนขององค์การมีความแตกต่างกันไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[21] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บุคลากรยังต้องการพัฒนาในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในระยะยาวขององค์การก่อนเริ่มปฏิบัติงาน เนื่องจากนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงตามผู้บริหาร และการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในการจัดทำแผน ดังนั้น หน่วยงานควรมีเวทีสื่อสารสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่ออธิบายถึงตัวชี้วัดต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจตรงกัน และควรจัดทำแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรด้วย และนอกจากนี้สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการสอนงานก็จัดเป็นทักษะที่สำคัญในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติงาน ซึ่งองค์การจะต้องจัดอบรมให้กับบุคลากร โดยการสนับสนุนให้บุคลากรในกลุ่มงานต่าง ๆ ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และถ่ายทอดความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งเสริมให้บุคลากร

ศึกษาต่อในเรื่องที่ถนัด และมีความสนใจ และประเมินผลประสิทธิภาพการทำงานเป็นระยะเพื่อนำมาสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งทักษะด้าน การสอนงานสามารถทำให้บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้[4] สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสอนงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[10,18,22,23] อย่างไรก็ตามบุคลากรในองค์การของแต่ละพื้นที่นั้น มีทักษะด้านการสอนงานที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งความแตกต่างในนโยบายของผู้บริหารและงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทักษะด้านการสอนงานไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข[24] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บุคลากรยังต้องการการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้บุคลากรศึกษาต่อในสาขาที่สนใจและเป็นที่ต้องการของหน่วยงาน ดังนั้น หน่วยงานควรมีการสำรวจความต้องการรายบุคคลว่ามีความต้องการที่จะศึกษาต่อในสาขาอะไรและหน่วยงานมีความต้องการในสาขาใดและนำมาวางแผนร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากรเป็นภาพรวมขององค์การต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ควรส่งเสริมสนับสนุน บรรยากาศองค์การ มิติมาตรฐานการปฏิบัติงานโดยมีการทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงานให้ชัดเจน และทันสมัยทุกปี มีนโยบายให้ทุกกลุ่มงานชี้แจงมาตรฐานการปฏิบัติงานให้ชัดเจนแก่บุคลากรที่เข้ามาประจำการใหม่ และมิติความเสี่ยง โดยควรกำหนดเรื่องความเสี่ยงไว้ในแผนการพัฒนาองค์การและส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากบุคลากรในทุกระดับ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะภาวะผู้นำ โดยเฉพาะ ทักษะด้านการวางแผนและจัดองค์การ ควรมีเวทีสื่อสารสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่ออธิบายถึงตัวชี้วัดต่าง ๆ อย่างละเอียด รวมทั้งควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องของการจัดทำแผนด้วย และทักษะด้านการสอนงาน ควรมีการสำรวจความต้องการรายบุคคลว่ามีความต้องการที่จะศึกษาต่อในเรื่องอะไร เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในองค์การต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข

References

1. Royal Decree on Principles and Procedures for Good Government Administration, B.E. 2003, amended (No. 2). Bangkok: Office of System Development, Models and Structures (S.P.O.); 2019.
2. Institute for the Promotion of Good Governance. Manual explaining the procedures in accordance with the Royal Decree on Criteria and methods for good governance, 2003. Bangkok: Office of the Public Sector Development Commission; 2003.
3. National Productivity Institute. Knowledge management From theory to practice. 3rd ed. Bangkok: Jirawat X. Press; 2006.
4. Crosbie R. Learning the Soft Skills of Leadership. Industrial and Commercial Training 2005; 37(1): 45-51.
5. Litwin GH, & Stringer RA. Motivation and Organizational Climate.Boston: Division of research Harvard University; 1968.
6. Human Resource Management Group Yasothon Provincial Public Health Office. Public health personnel database, Yasothon Province. Yasothon: Yasothon Provincial Public Health Office; 2023a.
7. Human Resource Management Group Yasothon Provincial Public Health Office. Summary of the results of operations of the Human Resources Management Group for the year 2022. Yasothon: Yasothon Provincial Public Health Office; 2023b.

8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hill Seale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
9. Srisongmuang P, & Bouphan P. Motivation and Organizational Climate Affecting the Knowledge Management of Personnel at the 7th Office of Disease Prevention and Control, Khon Kaen Province. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies) 2018; 18(2): 83-9. (in Thai)
10. Deeponkrang N, Bouphan P, & Phimha S. Leadership Soft Skills and Organizational Climate Affecting The Performance of Dentists at Community Hospitals in Nakhon Ratchasima Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research 2020; 20(2): 72-83. (in Thai)
11. Kromsang P, Jutarosaga M, Bouphan P, & Phimha S. Personal characteristics and leadership soft skills affecting the knowledge management of public health officers in Udon Thani provincial public health office. Journal of Medical and Public Health Region 4 2023; 13(3): 101-7. (in Thai)
12. Changsri N, & Bouphan P. Critical Success Factors and Organizational Climate Affecting the Quality of Working Life of Public Health Technical Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals in Sakon Nakhon Province. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies) 2021; 21(2): 171-8. (in Thai)
13. Chantrasuwan S, & Buatuan S. Social sciences research methodology. Khon Kaen: Department of sociology and anthropology, Faculty of humanities and social sciences, Khon Kaen University; 2004. (in Thai)
14. Elifson K. Fandamental of social statistic. International edition. Singapore: McGraw-Hill; 1990.
15. Chanbai B, & Sriruacha C. Personal attributes and organizational climate influencing drugmanagement and pharmaceutical care of health officers at sub-district health promoting hospital in Nong Khai province. the 7th Office of Disease Prevention and Control, Khon Kaen Province 2018; 25(2): 71-7. (in Thai)
16. Prasit N, & Bouphan P. Motivation and Organizational Climate Affecting Surveillance and Rapid Response Performance of Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Nakhon Ratchasima Province. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies) 2018; 18(2): 72-7. (in Thai)
17. Intaram P, & Bouphan P. The Organizational Climate and Key Success Factors affecting the Performance of Public Health Technical Officers at Sub-District Health Promoting Hospital in Maha Sarakham Province. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies) 2022; 22(2): 206-12. (in Thai)
18. Langkaew N, & Sriruecha C. Organizational Climate and Organizational Support Affecting the Performance of Service Quality Criteria of Public Health Personnel at Sub-district Health Promotion Hospitals in Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2021; 15(38): 694-9. (in Thai)
19. Charoenkhun S, & Sriruecha C. Leadership Soft Skills Affecting Performance for Competencies Achievement of Sub-District Health Promoting Hospital Directors in Khon Kaen Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research 2020; 13(3): 69-77. (in Thai)

20. Khottha K, & Sriruecha C. Leadership Soft Skills of Assistant District Health Officers as a Factor in the Performance in Achievement Motivation (8th Health Region). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017; 4(Special edition): 273-91. (in Thai)
21. Pengthong C, Senahad N, Prasit N, & Phimha S. Leadership Soft Skills and Administrative Factors Affecting the Prevention and Control of Opisthorchiasis among Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research 2023; 23(2): 235-46. (in Thai)
22. Aunthakot K, Bouphan P, & Phimha S. Key Success Factors and Leadership Soft Skills to the Project Evaluation of Sub-District Health Promoting Hospital Directors in Kalasin Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research 2019; 12(2): 7-18. (in Thai)
23. Theerachol S, & Sresuda W. 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)
24. Moungnin S, Prasit N, Phimha S, Senahad N, Kongsrima S, Phanyotha S, & Nilnate N. Leadership Soft Skills and Organizational Climate Affecting the Performance of Thai Traditional Medicine and Integrated Medicine of Public Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province. Regional health promotion center 9 journal 2023; 17(3): 936–51. (in Thai)

ผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โดยไม่ได้วางแผน ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยาย หลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก

Results of Using Modified Early Warning Scores (MEWS) on The Incidence of Unplanned Transfer to CCU and ICCU in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention in Cardiac Catheterization Lab at Central Chest Institute of Thailand.

ณัชภัคร ธนะภัสสร* เบญญาภา พุทธอรุณ
Nutchapuk Thanaphatsorn* Benyapa Puthaaroon
สถาบันโรคทรวงอก นนทบุรี ประเทศไทย 11000
Central Chest Institute, Nonthaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างรูปแบบเดิมกับการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 160 ราย กลุ่มละ 80 ราย 1) กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) 2) กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) 2) แบบบันทึกอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Chi Square test และ Fisher's Exact test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองพบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 6 ราย ร้อยละ 7.5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งพบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 15 ราย ร้อยละ 18.7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มีประสิทธิภาพในการใช้ประเมินผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต, หัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ, หอผู้ป่วยวิกฤต, หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

Corresponding Author: *E-mail: Kitiyaporn44@gmail.com

วันที่รับ (Received) 3 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 23 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 1 มิ.ย. 2567

Abstract

This study aims to compare the outcomes of using traditional assessment methods versus the Modified Early Warning Score (MEWS) in predicting unplanned transfers to CCU and ICCU, in patients undergoing PCI in Cardiac Catheterization Lab at Central Chest Institute of Thailand. This study is quasi-experimental. Research conducted with a selected sample group of 160 people was divided into two groups: an experimental group using MEWS assessment and monitoring guidelines, and a control group using conventional assessment, each with 80 participants. The research instruments included MEWS guidelines and a structured record format for unplanned transfers to CCU and ICCU. Data analysis used descriptive statistics, Chi-Square tests and Fisher's Exact test.

The findings of the outcomes revealed that the experimental group experienced incidents of transfer to CCU and ICCU in 6 cases (7.5%). This was significantly lower than the control group, experienced incidents of transfer to CCU and ICCU in 15 cases (18.7%), with a statistically significant difference ($P < .05$). From the study, it is evident that Modified Early Warning Score guidelines effectively monitor postoperative patients after PCI before they deteriorate.

Keywords: Modified Early Warning Score (MEWS), Percutaneous coronary intervention (PCI), Coronary Care Unit (CCU), Intermediate Coronary Care Unit (ICCU)

บทนำ

สถานการณ์ประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรไทย โดยพบอัตราตายเป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอักเสบ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 29.9 ในปี 2558 เพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ในปี 2562 ในจำนวนนี้ปัญหาที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease; CAD) เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 470 รายต่อวัน และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน และมีความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.4 และกลุ่มเสี่ยง 4.3 ล้านคน[1] ซึ่งหากพบรอยตีบในหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention; PCI) หากรอยตีบอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญและรุนแรงอาจต้องผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass graft; CABG) การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายกว่าการผ่าตัด ไม่ต้องดมยาสลบและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาพักฟื้นภายในโรงพยาบาลสั้นมาก ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1-2 วัน[2]

การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงโดยการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (Invasive procedure) ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia), ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (Cardiac tamponade), ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden cardiac arrest), ภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือด (Embolism), โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Ischemic stroke), ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Heart failure) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[3] ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง และให้การพยาบาลทั้งระยะก่อน ขณะและหลังการทำหัตถการ ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย (Patient safety goal) ระบุว่าสถานพยาบาลต้องมีการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย หาวิธีการหรือเครื่องมือช่วยเหลือพยาบาลในการติดตามอาการผู้ป่วย มีระบบการเฝ้าระวัง (Monitoring system) อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนและสร้างความมั่นใจให้พยาบาลใช้ประเมินอาการและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อ

เป็นแนวทางในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตได้ แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Modified early warning scores system; MEWS) เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง[4] ช่วยให้สามารถแบ่งระดับความรุนแรง นำไปสู่การตัดสินใจให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย มากที่สุด[5] โดยการประเมินผู้ป่วยทั้งหมด 7 ค่าองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระดับความรู้สึกตัว (Conscious level) 2) ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) 3) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) 4) อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) 5) อัตราการหายใจ (Respiration rate) 6) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) และ 7) ปริมาณปัสสาวะ (Urine output) โดยแต่ละองค์ประกอบมีการแบ่งระดับการให้คะแนน หากมีคะแนนสูงมากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับและให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด นำไปสู่การตัดสินใจในการรักษา เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันสถานการณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต[6] และยังช่วยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย[7,8]

สถาบันโรคทรวงอก เป็นสถาบันเฉพาะทางที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด มีแพทย์และบุคลากรที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผู้รับบริการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนมาก จากสถิติปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,108 ราย บางรายมีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension), โรคเบาหวาน (Diabetes), ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia), โรคไตวาย (Renal failure), โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ร้อยละ 4.76, ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (Cardiac tamponade) ร้อยละ 0.32, ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden cardiac arrest) ร้อยละ 0.18, ภาวะแพ้สารทึบรังสี ร้อยละ 0.27, ภาวะหัวใจล้มเหลว (Hearth failure) ร้อยละ 0.36, ผู้ป่วยหลังทำหัตถการต้องย้ายไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 2.85, ย้ายไปยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 1.96 และเสียชีวิต ร้อยละ 0.24[9] จากสถิติผู้ป่วยย้ายเข้าไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการจำนวนเตียง ในหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตที่มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มาปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่ทำหัตถการ ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยแบบเชิงรุก สามารถที่จะใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทันเวลาก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพและผู้ป่วยปลอดภัย ลดอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

คำถามการวิจัย

1. แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอกหรือไม่

2. ผลลัพธ์การใช้แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างรูปแบบเดิมกับการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน แตกต่างกันหรือไม่

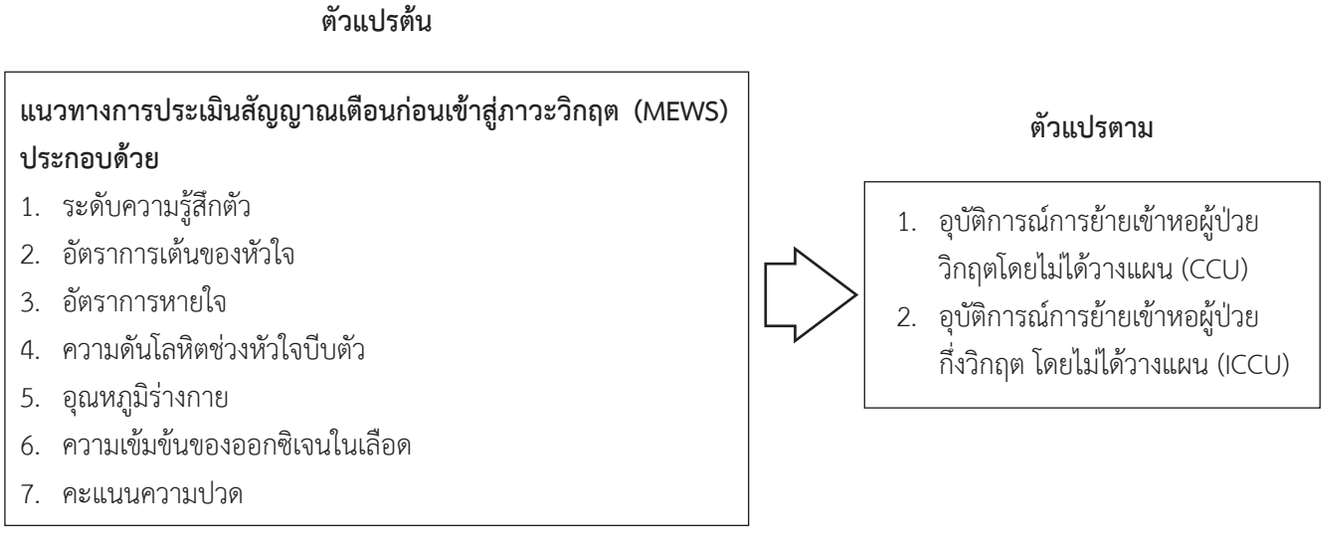
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างรูปแบบเดิมกับการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) โดยดัดแปลงมาจากระเบียบปฏิบัติ (QUALITY PROCEDURE; QP) ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก เรื่อง แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

(MEWS) ประกอบด้วย 8 ค่าองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระดับความรู้สึกตัว (Neurological) 2) ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) 3) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) 4) อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) 5) อัตราการหายใจ (Respiration rate) 6) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) 7) ปริมาณปัสสาวะ (Urine output) และ 8) คะแนนความปวด (Pain score)10 เพื่อให้เข้ากับบริบทในการนำมาประเมินผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งระยะเวลาในการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ เฉลี่ย 2-3 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงได้ตัดในส่วนการประเมินปริมาณปัสสาวะ (Urine output) ใน 4 ชั่วโมงออก ดังนั้น MEWS ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จะประกอบด้วย 7 ค่าองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2) ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว 3) อัตราการเต้นของหัวใจ 4) อัตราการหายใจ 5) อุณหภูมิร่างกาย 6) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 7) คะแนนความปวด ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างรูปแบบเดิมกับการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) และการเฝ้าระวังผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 - มิถุนายน 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 - มิถุนายน 2566

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power[11] ค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 อิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .60 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 80 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไป นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบัน โรคทรวงอก 2) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี วัดจากการตอบคำถาม รับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล 3) เป็นผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 - มิถุนายน 2566

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว อัตราการกรองของไต (e-GFR) ค่าการทำงานของไต (Cr) ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด (INR) ความเข้มของเลือด (Hct) ระดับโปตัสเซียมในเลือด (K) การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction; LVEF) และ Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) Risk Score

ส่วนที่ 2 แบบประเมินแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ประกอบด้วยทั้งหมด 7 ค่าองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2) ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว 3) อัตราการเต้นของหัวใจ 4) อัตราการหายใจ 5) อุณหภูมิร่างกาย 6) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 7) คะแนนความปวด แต่ละองค์ประกอบ มีคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนเต็ม เท่ากับ 21 คะแนน หากมีคะแนนสูงมากขึ้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นและให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด

ส่วนที่ 3 แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามผลการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) ดังนี้

1) MEWS SCORE เท่ากับ 1-2 คะแนน : ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 10 นาที

2) MEWS SCORE เท่ากับ 3-4 คะแนน : ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 5 นาที และรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษาหรือให้ยาตามความเหมาะสม

3) MEWS SCORE เท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน : ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 3-5 นาที รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาตัดสินใจการรักษาให้ทันท่วงที เตรียมอุปกรณ์และยาสำหรับการช่วยชีวิตไว้ให้พร้อมใช้ และพิจารณาสำรองเตียงกับหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ประกอบไป

1) ผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ

2) เกิดภาวะแทรกซ้อน (Complication) พิจารณาการรักษาและการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย

3) พบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องเฝ้าระวังในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต

4) พบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องเฝ้าระวังและให้การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามผลการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) และแบบบันทึกอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของเนื้อหาในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 ท่าน และแพทย์อายุรกรรมหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity; CVI) เท่ากับ 0.94 ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดลอง (Try Out) กับผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เตรียมความพร้อมพยาบาลในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก โดยได้นำเสนอให้ที่ประชุมหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาล 1 วัน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) และวิธีการใช้แบบประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถที่จะใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้วิจัยและทีมดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างจนครบตามกำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบบันทึกอาการสำคัญผู้ป่วยวิกฤตของสถาบันโรคทรวงอก (รูปแบบเดิม) เพื่อสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการทำหัตถการ

ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 - มีนาคม 2566 และใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในกลุ่มทดลอง เพื่อสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 - มิถุนายน 2566 มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาในห้องตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยและทีมดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการแนะนำตัวทำความรู้จักกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกลัวของผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงเริ่มเกริ่นนำเข้าเรื่องอาการความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ การรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ผู้ป่วยลงชื่อรับทราบ

2.2 ผู้วิจัยและทีมดำเนินการจะเริ่มเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหลังทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบบันทึกอาการสำคัญผู้ป่วยวิกฤต ของสถาบันโรคทรวงอก (รูปแบบเดิม) ในกลุ่มควบคุม และใช้แนวทาง การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในกลุ่มทดลอง ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน มีทั้งหมด 7 ค่าองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว 2) ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว) 3) อัตราการเต้นของหัวใจ 4) อัตราการหายใจ 5) อุณหภูมิร่างกาย 6) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 7) คะแนนความปวด โดยแต่ละองค์ประกอบมีการแบ่งระดับการให้คะแนน หากมีคะแนนสูงมากขึ้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นและให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก เลขที่ สธ 0316/CVL.1/159/2565 ลงวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2565 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย

ข้อมูลและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยที่มารับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ เพศ อายุ โรคที่แพทย์วินิจฉัย โรคประจำตัว จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ ตำแหน่งของเส้นเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อยู่ในกลุ่มที่สูงอายุ โดยมีช่วงอายุ 60-74 ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 45-59 ปี พบว่าทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ มีการตีบของเส้นเลือดหัวใจมากที่สุดคือ จำนวน 3 เส้น รองลงมาตีบ จำนวน 2 เส้น และน้อยที่สุดคือตีบ จำนวน 1 เส้น และตำแหน่งของเส้นเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ จะทำหัตถการในตำแหน่ง LAD รองลงมาคือตำแหน่ง RCA และทำในตำแหน่ง LM น้อยที่สุด ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (แสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้ MEWS

อุบัติการณ์	ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ		ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต		χ^2	P-Value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
ใช้ MEWS (n = 80)	74	92.5	65	81.3	4.440	.035*
ไม่ใช้ MEWS (n = 80)	6	7.5	15	18.7		

* Significant at p < .05

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่นัดมาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหน่วยงานตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มละ 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลอง (ใช้ MEWS) พบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 6 ราย ร้อยละ 7.5 โดยย้ายไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 3 ราย และย้ายไปยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวน 3 ราย น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ไม่ได้ใช้ MEWS) ซึ่งในกลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 15 ราย ร้อยละ 18.7 โดยย้ายไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 9 ราย และย้ายไปยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวน 6 ราย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05)

ผลการเปรียบเทียบค่าระดับคะแนน MEWS ในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (n = 80 ราย) (แสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนน MEWS ในกลุ่มทดลอง (จำนวนผู้ป่วย 80 ราย) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน

ระดับคะแนน MEWS	ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ		ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต		χ^2	P-Value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
1 - 4 คะแนน	74	92.5	-	-	80.000	< .001*
≥ 5 คะแนน	-	-	6	7.5		

* Significant at p < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าระดับคะแนน MEWS ในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 80 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าระดับคะแนน MEWS เท่ากับ 1-4 คะแนน สามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจหลังทำหัตถการได้จำนวน 74 ราย ร้อยละ 92.5 ผู้ป่วยที่มีค่าระดับคะแนน MEWS ≥ 5 คะแนน ต้องถูกย้ายเข้าไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน จำนวน 6 ราย ร้อยละ 7.5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีค่าระดับคะแนน MEWS ≥ 5 คะแนนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต โดยไม่ได้วางแผนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน MEWS ≤ 5 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .001) การนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่

ภาวะวิกฤต (MEWS) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก โดยประเมินจากค่าระดับคะแนนรวม MEWS หากพบว่ามีค่าระดับคะแนน MEWS ที่สูงมากขึ้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้น และได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันเวลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์ การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต โดยไม่ได้วางแผนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ที่ได้รับการประเมินอาการโดยใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) พบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 6 ราย ร้อยละ 7.5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (รูปแบบเดิม) ซึ่งพบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต จำนวน 15 ราย ร้อยละ 18.7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05) ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เป็นแนวทางที่ดี เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยแบบเชิงรุก ดักจับอาการผิดปกติ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต และช่วยลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน สอดคล้องกับการศึกษาของ[12] ที่ศึกษาผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ พบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แนวทางการประเมินสัญญานเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ที่พบอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .01) แสดงให้เห็นว่าแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) เป็นเครื่องมือที่ดี มีคุณภาพ เหมาะสมที่บุคลากรพยาบาลจะนำมาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ เพื่อสามารถที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ[6] ที่พบว่าแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ช่วยในการประเมินผู้ป่วยที่ทำหัตถการในห้องตรวจสวนหัวใจ และให้การพยาบาลได้ปลอดภัยอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มีความปลอดภัยหลังทำหัตถการมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) นอกจากนี้ผลการวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่าค่าระดับคะแนน MEWS ที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์ต่ออุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่าระดับคะแนน MEWS ที่น้อย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ[13] พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ที่มีระดับค่าคะแนน MEWS ที่สูงขึ้น พบอุบัติการณ์การย้ายไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .001) ดังนั้นการนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วย โดยประเมินจากระดับค่าคะแนน MEWS หากพบว่าระดับค่าคะแนน MEWS ที่สูงมากขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะวิกฤต บุคลากรพยาบาลจะต้องเพิ่มความถี่ในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลาตามแนวทางที่กำหนด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่รุนแรง ซึ่งทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนได้

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มีประสิทธิภาพในการดูแลเฝ้าระวังอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ช่วยให้บุคลากรพยาบาลมีเครื่องมือ (แนวทาง) ที่เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยแบบเชิงรุก สามารถดักจับอาการผิดปกติ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต และทำให้มีข้อมูลในการ

วางแผนให้การดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ในห้องตรวจสวนหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น และสามารถลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤต โดยไม่ได้วางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) และการเฝ้าระวังผู้ป่วยในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเฝ้าระวังอาการการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ต่ออุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ในผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยอายุกรรมหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก

References

1. Office of the National Economic and Social Development Council, Ministry of Public Health, Mahidol University. Thailand Health Promotion Strategy 2011 - 2020. (in Thai).
2. Sanseang B. Nursing care for patients undergoing cardiac catheterization and coronary angiography. In: Limamnuaiporn S, et al. editors. Nursing practice for adults critical care in Thailand: Khon Kaen: Klungnava Printing & Publishing; 2013. (in Thai).
3. Means G, End C, & Kaul P. Management of percutaneous coronary intervention complications. Current treatment options in cardiovascular medicine. 2017.
4. Xie X, Huang W, Liu Q, Tan W, Pan L, Wang L, Zhang J, Wang Y, & Zeng Y. Prognostic value of modified early warning score generated in a Chinese emergency department: a prospective cohort study. British Medical Journal. 2018 8(12) : 024120.
5. Institute for Healthcare Improvement. Early warning systems: score cards that save lives. 2011.
6. Chuaychang S. Effects of using the assessment of the modified early warning signs (MEWS) in the assessment and monitoring change symptom of patients in cardiac catheterization lab, Trang hospital. Thai Journal of Cardio Thoracic Nursing. 2018;29(1):72-83.
7. Nunthaitawekul P, Dangdomyuit P, Preerapong P, Rabama J, & Sakorn P. Care Need among to patients with Coronary Artery Disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2):169-77. (in Thai).
8. Muksiritipanun B, & Monthaisong D. Factors related to quality of life in patients with diabeticretinopathy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 395-404 (in Thai).
9. Statistical Division, Central Chest Institute of Thailand, PCI statistics 2021. (in Thai).
10. Nursing care Guidelines for assessment and management of patients using modified early warning score (MEWS) quality procedure. Nursing Mission Group, Central Chest Institute of Thailand. 2022. (in Thai).
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
12. Ritklar L. The results of using the evaluation form for early warning signs on unplanned ICU admission and mortality rate in internal medicine ward at Thammasat University Hospital. Thammasat University Hospital Journal. 2016;1(1):5-12. (in Thai).
13. Montenegro SM, & Miranda CH. Evaluation of the performance of the modified early warning score in a Brazilian public hospital. Revista brasileira de enfermagem. 2019;72(6):1428-34.

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Effect of Learning Experience Program on Knowledge and Care Practices in Patients with Uncontrolled Hypertension Among Village Health Volunteer

จตุพล ภูดวงดอก[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี*[1] เดชา ทำดี[2]
Jatupon Bhuduangdok[1] Nutcharat Mangkarakeree*[1] Decha Tamdee[2]
[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000
[1]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University,
Nakhon Phanom, Thailand, 48000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai,Thailand, 50200

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง คือโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มี 4 ขั้นตอน 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Independent test และ Pair t-test

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้สามารถส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ อสม. นำไปพัฒนาเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงประสบการณ์, การปฏิบัติการดูแล, โรคความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design was aimed at studying the

*Corresponding Author: E-mail: nutcharat@npu.ac.th

วันที่รับ (Received) 22 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 26 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 ก.ย. 2567

effects of an experiential learning program on knowledge and care practices for patients with uncontrolled hypertension among village health volunteers (VHVs). The sample was 60 village health volunteers divided into an experimental group of 30 village health volunteers and a control group of 30 village health volunteers. The instruments used in the study consisted of: 1) the instrument used in the experiment, which was an experiential learning program; 2) data collection instruments consisting of a hypertension knowledge test form and a questionnaire on care practices for hypertensive patients. The instruments had reliability scores of 0.98, 0.89, and 0.94, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and reference statistics consisting of independent t-test and paired t-test.

After receiving the program, the experimental group had higher mean scores for knowledge score and care practices for patients with hypertension than before the experiment ($p < .001$). Furthermore, the experimental group had higher mean scores for knowledge and care practices for patients with hypertension than the control group with statistical significance ($p < .001$).

This experiential learning program was able to promote village health volunteers' knowledge about the disease and care for hypertensive patients. Public health personnel can use the program to perform work involving care for patients with uncontrolled hypertension.

Keywords: learning experience; knowledge and care practices; Uncontrolled Hypertension; village health volunteers

บทนำ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 คิดเป็นประมาณ 13.8 ล้านคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงมากกว่าภูมิภาค อื่นๆ ซึ่งประมาณร้อยละ 25.00 ของโรคความดันโลหิตสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และจากรายงานของสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2565 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 307, 401 และ 336 คิดเป็น 19.33, 25.19 และ 21.09 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในปี พ.ศ. 2565 ถึง ร้อยละ 51.12 และจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มากถึงร้อยละ 91.11 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พบร้อยละ ร้อยละ 35.4 (เป้าหมาย >ร้อยละ 50) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตามมา[1]

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยพบว่าส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหารไม่สามารถที่จะเลือกรับประทานอาหารได้ เนื่องจากต้องรับประทานอาหารที่ครอบครัวเป็นผู้ปรุงให้ ซึ่งส่วนใหญ่การประกอบอาหารจะเป็นรสเค็ม และนิยมใช้ผงชูรสปริมาณมาก ขาดการออกกำลังกายรับการรักษาไม่ต่อเนื่องและอ้วน[2,3] ด้านผู้ดูแลและชุมชน พบว่ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย เนื่องจากบริบทด้านการดูแลที่จำเพาะเจาะจง ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค มีกิจกรรมการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในพฤติกรรมการปฏิบัติตัว 3 อ. 2 ส. เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากทราบวิธีการดูแลตนเอง แต่นำมาสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม[4]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใกล้ชิด

กับประชาชนมากที่สุด อสม. ที่ต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ทักษะ เพื่อเป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการอบรมเพื่อพัฒนาให้ความรู้โดยวิธีการสอน ร่วมกับการอภิปรายหรือสาธิต ทำให้ผู้เรียนมีความรู้การปฏิบัติถูกต้องกว่าเดิม สำหรับการสอนโดยการใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นกลวิธีหนึ่งที่พบว่าสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีการผสมผสานวิธีการสอน ทั้งการบรรยาย การอภิปรายและการสาธิต มีการให้ผู้เรียนร่วมแสดงความคิดเห็น และการปฏิบัติ ตลอดจนกิจกรรมการจัดการเรียนรู้[5]

การศึกษาครั้งนี้มุ่งผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ Kolb's Model[6] ของ อสม. ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนโดยใช้ฐานของครอบครัวที่มีผู้รับบริการทุกกลุ่มวัย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างครอบคลุม และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ อสม. ความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้สนใจศึกษาเกี่ยวกับผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ อสม. ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นำไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

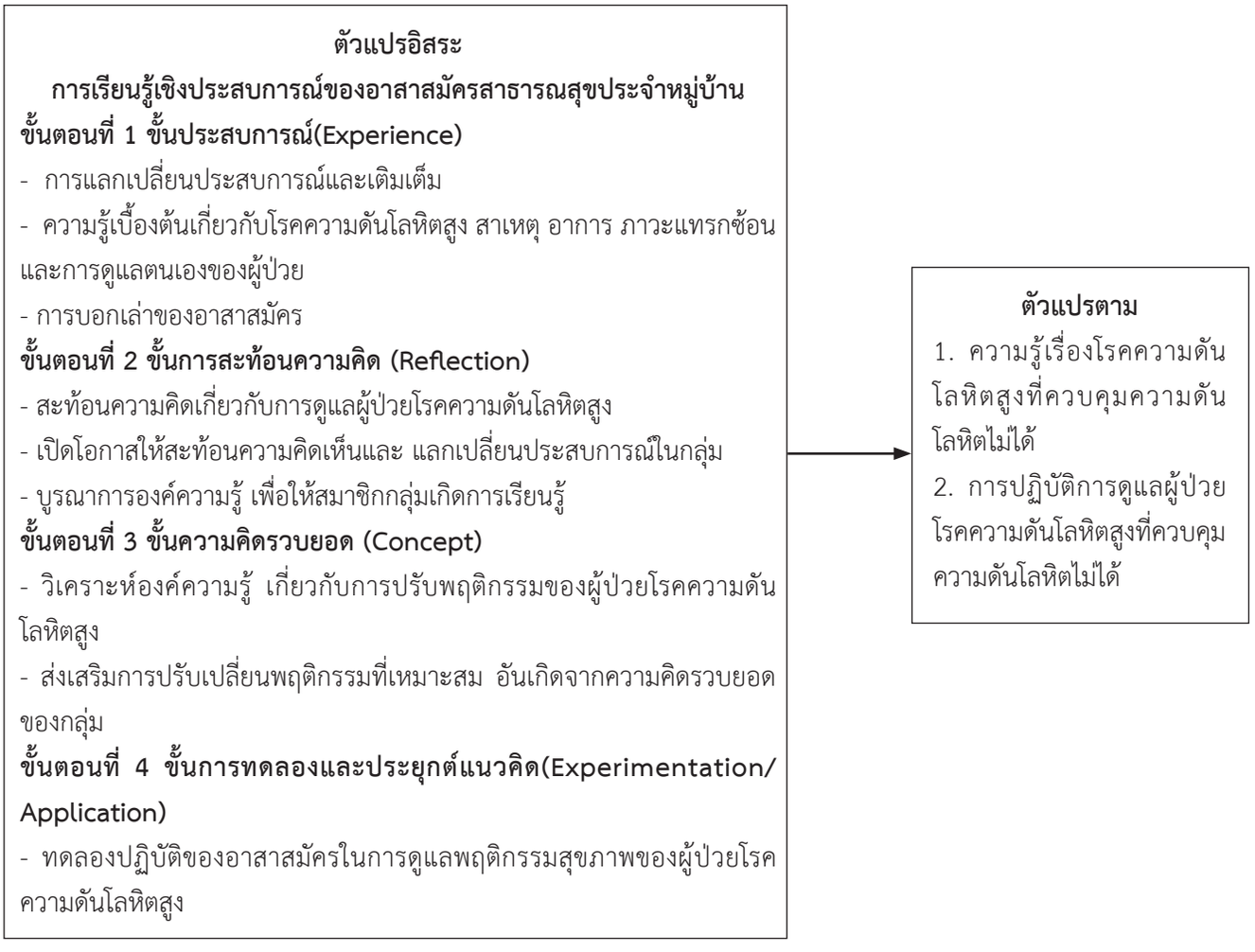
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ของกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของ อสม. โดยโคล์บเชื่อว่า Kolb's Model[6] เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ยึดอาสาสมัครเป็นศูนย์กลาง เกิดมาจากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้มีกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของตัวเองซึ่งมีกระบวนการ ในการศึกษาครั้งนี้มีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และกระบวนการกลุ่ม (Group process) มีการสนทนากลุ่มเป็นการจัดการความรู้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นด้วยวิธีการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม มารวบรวมข้อมูล สรุป วิเคราะห์ และดำเนินการจัดกลุ่มเสวนา โดยการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการศึกษา ดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) ขั้นตอนสะท้อนความคิด 3) ขั้นตอนสร้างความคิดรวบยอด และ 4) ขั้นตอนทดลองและประยุกต์ใช้ดังแผนภาพ ที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย2 ส่วนคือ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามทฤษฎีของโคล์บ Kolb's Model (David A. Kolb, 1991)

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยโคล์บเชื่อว่า Kolb's Model 6 ได้เสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ ทั้งนี้ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้ในการให้โปรแกรมทดลองจริง 1) แผนกิจกรรมโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ อสม. 2) แผนการสอนโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ อสม. 3) คู่มือโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ อสม. 4) สื่อความรู้ เป็น Power point เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และ5) ใบงานตามแผนการสอนโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ อสม.

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ภายในบ้านหลังเดียวกัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบนำมาหาความเชื่อมั่น

ของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cornbrash's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น 0.94

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) การงดหรือลดการสูบบุหรี่ 5) การรับประทานยา และ 6) การมาตรวจตามนัด ซึ่งแบบทดสอบมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือวัดเป็นความถี่ของการปฏิบัติตัวของ อสม. ต่อสัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ทุกวัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างน้อย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติปานกลาง คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง คือ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่ปฏิบัติเลย คือ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมได้เลย โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก คะแนนรวมทั้งหมด 75 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 15 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 75 คะแนน โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติที่ดี

จากเกณฑ์ดังกล่าว จึงแบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน แบ่งได้ดังนี้

กระตุ้นเตือนในระดับมาก	มีคะแนนอยู่ที่ 55-75 คะแนน
กระตุ้นเตือนในระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ที่ 35-54 คะแนน
กระตุ้นเตือนในระดับน้อย	มีคะแนนอยู่ที่ 15-34 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหมายเลขอนุญาตเลขที่ HE198/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 212 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Alpha = .05, Power = .80, Effect size = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน drop-out rate ของงานวิจัยเชิงทดลองพบประมาณ 20% เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวจากงานวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 20% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้7 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกกลุ่มละ 10 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองและเข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) และ กลุ่มทดลอง (n=30) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่จำกัดเพศ 3) สามารถใช้มือถือ หรือแอปพลิเคชั่นบนมือถือได้ 4) ไม่จำกัดการศึกษา แต่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 5) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ที่ศึกษา 6) เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ตลอดทั้ง 8 สัปดาห์ เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) มีปัญหาเรื่องของการสื่อสารอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ 1) ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 70 ของกิจกรรมในโปรแกรม 2) ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลการประเมินผลในระยะสิ้นสุดโครงการ 3) ผู้เข้าร่วมโครงการขอถอนตัวออกจากกระบวนการในระยะใดระยะหนึ่งของการเข้าร่วมโครงการ อย่างน้อย 1 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการดำเนินการวิจัย

หลังจากคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นัดประชุมชี้แจงกับอาสาสมัคร เพื่อขอความยินยอม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับจากการวิจัยนี้ พร้อมนัดวัน เวลา สถานที่ในการขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขอความยินยอมในการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเก็บแบบทดสอบความรู้ก่อนการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 2) ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว จำนวน 15 ข้อ โดยกลุ่มทดลองในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 และกลุ่มเปรียบเทียบในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรื่องเล่า เร้าพลัง (ระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเติมเต็มความรู้) สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 2 ร่วมคิด ช่วยแก้ (ระยะการสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 3 จากความรู้เดิม เพิ่มเติมความรู้ใหม่ (ระยะการสร้างความคิดรวบยอด)สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 4 องค์ความรู้ สู่การปฏิบัติ (ระยะการทดลองปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว) สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมครั้งที่ 5 เล่าสู่ฟัง เติมพลังต่อไป (ระยะการประเมินผล) สัปดาห์ที่ 8

กลุ่มเปรียบเทียบ

การจัดกิจกรรมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มเปรียบเทียบ จะมีการจัดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (Standard Care) ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square's test หรือ Fisher's extract test และ Independent test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t test

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน เป็นเพศหญิง 53 คน ร้อยละ 88.33 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 90.00

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่ม

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทีคู่อิสระ (independent t -test)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
ก่อนการทดลอง	7.93	4.23	8.87	3.31	.63
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูง	11.37	1.97	11.67	1.92	
คะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	40.80	10.93	36.70	10.46	

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทีคู่อิสระ (independent t -test) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
หลังการทดลอง	9.63	4.55	16.13	4.72	<.001
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูง	13.23	2.72	12.48	2.62	
คะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	61.27	6.45	39.73	13.30	

มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูง	11.37	1.97	13.23	2.72	<.001
คะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	40.80	10.93	61.27	6.45	<.001

ระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าภายหลังการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นตามสมมติฐานเนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ Kolb's Model[6] โดยมุ่งเน้นการเพิ่มความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทำให้เกิดการเรียนรู้ ได้ทดลองปฏิบัติจริง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อีกทั้งสามารถทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทางด้านความคิด เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจในการเรียน มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถนำไปใช้จริง[8]

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นตามสมมติฐานเนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ซึ่งมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ตามแนวคิดการเรียนรู้เชิง

ประสบการณ์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) “เรื่องเล่าเร้าพลัง” เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการเรียนรู้ ผ่านการเล่าเรื่อง แบ่งปันประสบการณ์และเติมเต็มความรู้ใหม่โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ใหม่ ๆ 2) “ร่วมคิด ช่วยแก้” เป็นกระบวนสะท้อนคิดและอภิปราย โดยการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย เป็นการพัฒนาทั้งด้านความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้[9,10] 3) “จากความรู้เดิม เพิ่มเติมความรู้ใหม่” เป็นกระบวนการสร้างความคิดรวบยอดช่วยให้กลุ่มทดลองประยุกต์ใช้ความรู้ได้ง่ายขึ้น[11,12,13] 4) “องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ” โดยกลุ่มทดลองมีการทดลองปฏิบัติจริงและประยุกต์ใช้ความรู้จากประสบการณ์เดิมและความรู้ใหม่ในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้เกิดความสนใจและมีความสนุกสนานในการทำกิจกรรม เกิดความคิดสร้างสรรค์ ความเข้าใจ มีการเรียนรู้ผ่านเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงหรือสถานการณ์ที่เหมือนจริง เพื่อฝึกฝนการแก้ไขปัญหา และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[14,15] และ 5) “เล่าสู่กันฟัง เติมพลังต่อไป”โดยการสรุปและอภิปรายผลของการดำเนินกิจกรรมเพื่อขยายผลให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ให้เพิ่มขึ้นทั้งหมด

ดังนั้น ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ Kolb’s Model[6] พบว่าภายหลังดำเนินโปรแกรม กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งนับว่าเป็นโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จและเหมาะสมกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

ควรมีการประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ Kolb’s Model ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและจะเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายผลพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในทุกหมู่บ้าน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มนี้เป็นแกนนำในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อไป

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases DoDCMoPH. Guidelines for the prevention and control of non-communicable diseases for public health officials: National Office of Buddhism Printing House; 2022. (in Thai)
2. Egkantrong P, Chittchang U, Sirichakwal P, Kriengsinyos W. Sodium content of popular local recipes in Northeast Thailand. Journal of Health and Education. 2018;24(2):6-17. (in Thai)
3. Kongkeaw N, Chaikhan A, Suwankhong D, Boonrod T. Effect of food consumption modification through DASH diet program amongst risk group to prevent hypertension, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science of Thailand. 2022;31(6):1008-18. (in Thai)
4. Bunchai T. Food consumption behavior and blood pressure level among hypertensive patients received services in Maetang Hospital, Chiang Mai Province [master’s thesis]. Chiang Mai: Graduate School Chiang Mai University; 2017. (in Thai)
5. Chanthapreeda N. Manual for village health volunteers. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2015. (in Thai)
6. Kolb JA. Relationships between leader behaviors

and team performance in research and nonresearch teams: University of Denver; 1991.
7. Srisathitnarakun B. Nursing research methods. 5th ed. Bangkok: Andi Intermedia; 2010. (in Thai)
8. Petmaneechote K, Pongpumma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2021;31(3):28-41. (in Thai)
9. Siriprapapol S, Panprasert S, Didsaprae S. Development of a care system for patients with cerebrovascular disease, type of hemorrhage in the brain from high blood pressure, Somdej Phra Phuttha Lert La Hospital. Journal of promoting teaching and learning efficiency. 1999;8(3):25-32. (in Thai)
10. Sarakshetrin A, Tongpeth J, Daungchan C. Effectiveness of a health promotion program combined with self-management support on self-management behavior and clinical outcomes of patients with type 2 diabetes and controlled high blood pressure. Journal of Health Science of Thailand. 2023;32(2): 299-311. (in Thai)
11. Saiprom O, Udom P, Iamkongsi S. A study of the ability to think collectively, academic achievement and attitude towards science using the 4 MAT learning cycle teaching method of primary school students in the year 2018. Academic Services Journal, Prince of Songkla University. 2009;20(2). (in Thai)
12. Pranat Thian Sri. Effects of using the 5W 1H questioning technique in the media of film for learning on the ability to think analytically and in summative thinking of students in the 5th and 6th grades of primary school, Chulalongkorn Demonstration School. University Primary Division: Research Report. Faculty of Education, Chulalongkorn University, 2016. (in Thai)
13. Kaewseekhao S. Development of a model for controlling blood pressure levels in patients with high blood pressure to prevent cerebrovascular disease in Ban Keng Subdistrict, Mueang District, Maha Sarakham Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2024;8(16): 320-330. (in Thai)
14. Meethip N, Tumdee D, Bhuddhirakkul P. Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. Nursing Journal CMU. 2016;43(5):104-15.
15. Konthongtom T, Nookong A, Sangperm P. Effects of weight control program on eating and physical activity behaviors among school-aged children with overweight. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2018;30(2):28-40. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

Development of Cognitive Stimulation Program Integrated with Family Participation for Retarding Dementia in Hmong Older Adults

สาธิตา สืบทายาท* พรชัย จูลเมตต์ วัชรา ตาบุตรวงศ์
Sathita Suepthayat* Pornchai Jullmate Watchara Tabootwong
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand, 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง 543 ราย เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในชุมชน 6 ราย เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ระยะที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้รับจากการวิเคราะห์ได้นำมาใช้พัฒนาโปรแกรม และนำโปรแกรมไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรม โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง 3 ราย สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ 3 ราย และเจ้าหน้าที่ในชุมชน 2 ราย วิเคราะห์ข้อมูล ผู้สูงอายุด้วยสถิติพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ถูกนำมาวิเคราะห์

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า 1) ผู้สูงอายุในจังหวัดตากและจังหวัดเพชรบูรณ์มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 266 และ 199 ราย ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ พบว่า ไม่มีรูปแบบการดูแลเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 2) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 14 กิจกรรม จัดกิจกรรมละ 45-60 นาที 2 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ เพื่อชลอภาวะสมองเสื่อม และ 3) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งได้จริง

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง, การกระตุ้นการรู้คิด, ครอบครัว

Abstract

The aim of this study is to develop and study the feasibility of applying the program to Hmong older adults with dementia. The research process consisted of three phases. First phase, 543 Hmong older adults were surveyed and screened about dementia using Thai Mental State Examination (TMSE). Additionally, six community officials were interviewed regarding models of dementia care and prevention. Second phase, researcher reviewed literature and relevant research. Analyzed data were used to create and develop programs, as well as the developed program was consulted with professionals. Third phase, feasibility testing of program was conducted with 3 Hmong older adults, 3 their family members, and 2 community officials. Descriptive statistics were used for data analysis, and qualitative data from interviews was analyzed.

Corresponding Author: *E-mail: sathita.phong@gmail.com

วันที่รับ (received) 7 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 มี.ค. 2568

The results of the research manifested that 1) older adults in Tak and Phetchabun provinces had dementia 266 and 199 respectively. Nonetheless, community officials explained that they did not have the model of the care and prevention for older adults with dementia. 2) The program was developed and divided into 14 activities. Each activity was performed for 45 to 60 minutes, two times a week as seven weeks totals to retarding dementia 3) The program developed can be effectively used with the Hmong older adults.

Keywords: Dementia, Older adult, Hmong, Cognitive stimulation, Family

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในทุก ๆ 20 ปี[1] ในประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 651,950 คน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573[2] ภาวะสมองเสื่อมพบสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการฝ่อตัวของเซลล์สมองตามกระบวนการชรา ทำให้เซลล์สมองเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่[3] เช่นเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งย่อมมีการเกิดภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีเอกลักษณ์ทางภาษาพูด ประเพณีวัฒนธรรม และการละเล่น ทำให้มีอุปสรรคในการดูแล อีกทั้งการขาดแคลนบุคลากรทำให้การดูแลไม่ครอบคลุมด้านการป้องกันหรือชะลอสมองเสื่อม และไม่มีรูปแบบการดูแลที่เฉพาะจง หากผู้สูงอายุไม่ได้รับป้องกันส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ส่วนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจทำให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้กับความสามารถเชิงปฏิบัติลดลง มีภาวะพึ่งพิงหรือเป็นภาระแก่ผู้ดูแล[4]

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงควรได้รับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยาเพื่อชะลอสมองเสื่อมและได้ผลจำกัด[5] ซึ่งแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมได้แนะนำการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือกระตุ้น การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ การรักษาที่เน้นการกระตุ้น การรักษาที่เน้นพฤติกรรม การรักษาที่เน้นผู้ดูแล และการรักษาที่เน้นการรู้คิด เป็นต้น[6] การฝึกสมรรถภาพสมองเพื่อชะลอการถดถอยของการรู้คิด ควรใช้การรักษาที่เน้นการรู้คิด (cognition-oriented) แบบการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation) เป็นวิธีกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ รอบตัว เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดทุกด้าน[7] การกระตุ้นการรู้คิดจึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการเพิ่มการรู้คิดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม[8]

การบำบัดด้วยกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation therapy: CST) พัฒนาโดย Spector ปี ค.ศ. 2018 ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ 3 หลักการ คือ การรับรู้ความเป็นจริง (Reality Orientation therapy) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) และการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Multi-sensory stimulation) ออกแบบกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม จัดกิจกรรม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นการรู้คิดหรือช่วยให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดีขึ้น[9] พบว่า การทำกิจกรรมช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง และช่วยให้สมองหลั่งสารนิวโรโทรฟินส์ ช่วยให้เซลล์ประสาททำงานดีขึ้น และช่วยปรับสมดุลของ neurotrophic factors ในสมอง และสามารถคงไว้ซึ่งการทำงานของสมอง หลังจากการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงมีการรู้คิด ความจำและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น[10]

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 80 มีญาติเป็นผู้ดูแลหลักเพื่อให้การดูแลที่บ้าน[3] นั่นหมายถึงสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) ของ Schepp ที่กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in information sharing) 2) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำของผู้สูงอายุ (Participation in routine care) 3) การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล (Participation in technical care) และ 4) การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล (Participation in decision making)[11]

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความทรงจำ มีอารมณ์หรือพฤติกรรมเปลี่ยน มีความสามารถในเชิงปฏิบัติลดลง ทำให้ญาติหรือครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล และการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีประสิทธิภาพควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล[3,4] อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อนำไปสู่รูปแบบการดูแล และป้องกันหรือชะลอสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector ปี ค.ศ. 2018 และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp ปี ค.ศ. 1995 มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง โดยภาวะสมองเสื่อมเป็นผลจากการสูญเสียหน้าที่ของเซลล์สมอง ซึ่งการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่มีการผสมผสานหลักการรับรู้ความเป็นจริง การรำลึกถึงความหลัง และการกระตุ้นประสาทสัมผัส ช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง และช่วยให้สมองหลั่งสารนิวโรโทรฟินส์ ช่วยให้เซลล์ประสาททำงานดีขึ้น ร่วมกับได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวระหว่างทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทำให้สามารถทำกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลการดูแล การร่วมแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม และได้มีการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่สอดคล้องกับบริบทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีการฝึกการใช้สมองเป็นประจำ เพื่อนำไปสู่การชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสมองเสื่อม รูปแบบการดูแลและป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ความชุก รูปแบบการดูแล และป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและนำข้อมูลมาใช้พัฒนาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีช่วงอายุ 60-80 ปี ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 ได้จำนวน 543 คน โดยใช้วิธีการสุ่มเลือก 2 จังหวัดที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ม้งอาศัยอยู่ ได้เป็นจังหวัดตากและเพชรบูรณ์ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) และบุคลากรสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 6 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับรูปแบบการดูแล และป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อม จากผลการสำรวจ พบว่า มีอายุเฉลี่ย 67.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.70) ไม่ได้เข้ารับการศึกษา (ร้อยละ 84.20) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.51) และจากการทำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) ของผู้สูงอายุในจังหวัดตาก จำนวน 331 คน พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 266 คน (ร้อยละ 80.36) และในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 212 คน พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 199 คน (ร้อยละ 93.87) จากปัญหาภาวะสมองเสื่อมที่พบดังกล่าว เจ้าหน้าที่ในชุมชนให้ข้อมูลว่า บุคลากรมีน้อยหรือการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นไปที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหลัก ทำให้ไม่ครอบคลุมการคัดกรองและไม่ได้มีโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่เจ้าหน้าที่ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารและรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและมีอาการติดเตียง ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้รับการคัดกรองหรือไม่ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น จึงส่งผลให้การดำเนิน

ของโรครุนแรงเพิ่มขึ้นและนำไปสู่ระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อม

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม

โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างและพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาและสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการศึกษาจากตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยจากฐานข้อมูลวิชาการทั้งในและต่างประเทศ สามารถสรุปได้ดังนี้

1) กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สามารถสรุปได้ว่า เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการกระจายทั่วไปบนที่สูงหรือเชิงเขา และที่ราบต่ำในประเทศไทย ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่มีการใช้ภาษาม้งเป็นหลัก ไม่ได้เข้ารับการศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก มีประเพณี วัฒนธรรม ภาษาและการละเล่นที่เป็นเอกลักษณ์[12]

2) แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector ค.ศ. 2018 สามารถสรุปได้ว่า เป็นกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดทั้งหมด 14 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมได้มีการผสมผสานระหว่างหลักการการรับรู้ความเป็นจริง การรำลึกถึงความหลัง และการกระตุ้นประสาทสัมผัส ใช้เวลากิจกรรมละ 45 นาที 2 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ มีหลักการสำคัญ (Key principles) ในการประยุกต์ใช้ทั้งหมด 18 ข้อ และมีแนวทางการประยุกต์แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดกับวัฒนธรรมอื่น 5 ขั้นตอน[9]

3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp ค.ศ. 1995 สามารถสรุปได้ว่า เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งหมด 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล[11]

ขั้นที่ 2 นำผลการสังเคราะห์มากำหนดกรอบในการสร้างโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยนำแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดมากำหนดแนวทางการพัฒนากิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ร่วมกับนำวัฒนธรรม ประเพณี ภาษาและการละเล่นของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมาผสมผสานเข้ากับ 14 กิจกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากำหนดแนวทางให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุระหว่างดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและเมื่อกลับบ้าน เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้มีการกำหนดหลักการ วัตถุประสงค์ อุปกรณ์ เอกสาร/สื่อ และการประเมินผลการใช้โปรแกรม

ขั้นที่ 3 นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน และอาจารย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง 2 ท่าน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและนำส่งคู่มือและแผนการจัดกิจกรรมที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์ หลักการ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้จัดกิจกรรม ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในชุมชนตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ทำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนน ≤14 คะแนน จำนวน 3 ราย สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ราย และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบบันทึกข้อเสนอแนะ และแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว

3. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) ใช้สำรวจภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไปและนำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนหรือในคลินิก ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะสมองเสื่อม

4. แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน ≤14 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) และแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ผู้วิจัยไม่ได้นำไปทดลองใช้ เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งมีค่าความเที่ยงและความตรงเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดอยู่แล้ว

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยรหัส G-HS088/2566 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 โดยทำการประสานงานกับผู้นำชุมชน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้วจึงให้ลงนามยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ พบว่า ควรปรับเวลาในกิจกรรมที่ 4 และ 11 เป็น 60 นาที นอกจากนี้ควรปรับชื่อกิจกรรมภาษาม้งให้มีความถูกต้อง ควรให้ผู้สูงอายุทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ควรระบุสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ให้ชัดเจน และดูแลความปลอดภัยในระหว่างทำกิจกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้วัดสัญญาณชีพและประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนทำกิจกรรม ในระหว่างดำเนินกิจกรรมมีผู้ช่วยวิจัยช่วยดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และได้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขชื่อกิจกรรมภาษาม้ง มีการระบุสื่อ/อุปกรณ์ในคู่มือการจัดกิจกรรม และปรับเวลาจัดกิจกรรมเป็น 45-60 นาที เพื่อให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 กิจกรรมในโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว จากผลการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดของ Spector และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp ร่วมกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้สามารถพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ซึ่งได้มีการจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรม แผนการจัดกิจกรรม และสมุดบันทึกการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน โดยโปรแกรมใช้รูปแบบในการจัดกิจกรรมเหมือนกันทั้ง 7 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมความพร้อม เป็นการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ สื่อ สถานที่ และให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมดูแลในกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่ทำประจำของผู้สูงอายุ (Participation in Routine Care) เป็นการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยารักษาโรคประจำตัว การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด การนอนหลับ และการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ผู้วิจัยจัดขึ้น

2) ระยะดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เป็นการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม

14 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมมีการผสมผสานระหว่างหลักการรับรู้ความเป็นจริง การรำลึกถึงความหลัง การกระตุ้นประสาทสัมผัส และภาษา ประเพณี วัฒนธรรม การละเล่นของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งเข้าด้วยกัน จัดกิจกรรมละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง การจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเปิดกลุ่ม 10 นาที ช่วงดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด 25-35 นาที และช่วงปิดกลุ่ม 10-15 นาที ร่วมกับให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีส่วนร่วมดูแลในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Participation in Technical Care) โดยการให้ความช่วยเหลือหรือให้กำลังผู้สูงอายุในระหว่างทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมมีดังนี้

1. Physical games: “ป๋อป๊อซี๊ตื๋อ (Pov pob sib tws)” หรือ “ลูกช่วงเสี่ยงทาย”

2. Sounds: “ซั๊วตื๋อปัวเป๊า (Suab twg puas paub)” หรือ “เสียงใดใครรู้”

3. Childhood: “เป๊เตาอัวซี (Peb tau ua si)” หรือ “นึกดูเคยเล่น”

4. Food: “ด๊าจีปัวก๊า (Dab tsi puas qab)” หรือ “อิ่มเอมรสดี”

5. Current affairs: “ย่าเชี๊ยนู๊น่อ (Zaj tshiab hnub no)” หรือ “เรื่องใหม่วันนี้”

6. Faces/scenes: “เฌอย๊อเจ่อมู (Chaw nyob txawv mus)” หรือ “ที่อยู่แปลกไป”

7. Word association: “ตื๋อลูป้าหั่ว (Twv lus pajhuam)” หรือ “ภาพใบ้สุภาษิต”

8. Being creative: “จ่ออัวคองเฮี๊ย (Rov ua khoom hiab)” หรือ “ประดิษฐ์ของเล่น”

9. Categorising objects: “เที๊ยย้อตี้จอ (Tias yog tib cos)” หรือ “จัดเป็นหนึ่งเดียว”

10. Orientation: “สาฌ้อเฌอย๊อ (Xav txog chaw nyob)” หรือ “นึกเกี่ยวถึงบ้าน”

11. Using money: “เจ้อจ้อเง้ยเจี้ย (Txawj coj nyiaj txiag)” หรือ “จัดการเงินทอง”

12. Number games: “สิเคี้ยตูเล้ (Sim kiam tus lej)” หรือ “มาลองเกมส์เลข”

13. Word games: “อัวเตตื๋อลู (Ua tes twv lus)” หรือ “เสกท่าใบ้คำ”

14. Team quiz: “มูอัวตี๊ป๊า (Mus ua tib pab)” หรือ “ทำงานเป็นทีม”

3) ระยะหลังทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด เป็นการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวเมื่อกลับบ้าน โดยผู้วิจัยโทรแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in Information Sharing) วิธีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อชะลอสมองเสื่อมกับสมาชิกในครอบครัวและให้ข้อมูลการดูแลเพิ่มเติมตามที่ต้องการหรือบกพร่องหลังจากทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์เสร็จสิ้น และการให้ข้อมูลกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ถัดไป เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) ในการเข้าร่วมกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและการดูแลผู้สูงอายุ

2. ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง โดยผลการทดลองใช้โปรแกรมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 คน มีอายุระหว่าง 64-72 ปี (Mean = 67.67, SD = 4.04) เป็นเพศหญิง 2 คน (ร้อยละ 66.7) และเพศชาย 1 คน (ร้อยละ 33.3) ผู้สูงอายุทั้ง 3 คน ไม่มีโรคประจำตัวและไม่ได้เข้ารับการศึกษา มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว 2 คน (ร้อยละ 66.7) และเป็นบุตรชาย 1 คน (ร้อยละ 33.3) สำหรับการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดผู้สูงอายุมีความเห็นว่า มีความสนุกสนาน ไม่ได้ทำให้เครียดหรือกังวลมาก กิจกรรมมีความยากและง่ายสลับกัน อีกทั้งมีความเกี่ยวข้องกับการละเล่น ประเพณี วัฒนธรรม วิถีชีวิต และภาษาม้ง ทำให้รู้สึกคุ้นเคยและรู้สึกชอบเพราะได้นึกถึงเรื่องราวที่ผ่านมาและทำให้รู้สึกมีความสุข นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ได้เข้าสังคม ได้มีเพื่อนใหม่ และทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน แต่มีกิจกรรมต่อจิ๊กซอว์ที่ไม่เคยเล่น เมื่อผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนหรือสาธิตวิธีการเล่นให้ดู ก็สามารถทำตามได้ และมีบางสุภาษิตที่ไม่เคยได้ยินอาจเพราะในวัยเด็กมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมดี ไม่ได้ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า และการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวระหว่างทำกิจกรรมทำให้คลายความกังวลและมีความมั่นใจ ส่วนการดูแลจากครอบครัวเมื่ออยู่บ้าน การพูดคุยและทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดตามคำแนะนำทำให้ครอบครัวได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น

2.2 สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สำหรับการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่

สนุกสนาน มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มชาติพันธุ์ม้งทำให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจได้ง่าย และสามารถทำกิจกรรมได้โดยไม่ต้องกังวล นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้วิธีการกระตุ้นการรู้คิดจากผู้วิจัย และได้รับข้อมูลการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจและเห็นความสำคัญการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แต่เมื่อกระตุ้นการรู้คิดขณะอยู่บ้านส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต บางทีผู้สูงอายุก็ร้องไห้เพราะรู้สึกว่าเรื่องราวในวัยเด็กหรือที่ผ่านมาเป็นเรื่องเศร้า ก็พยายามปลอมใจและชวนให้พูดถึงเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขแทน ส่วนเวลาในการจัดกิจกรรมพบว่ามีความเหมาะสมดี แต่การทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ทำให้สมาชิกในครอบครัวบางรายไม่สามารถมาร่วมได้ครบทั้งหมดเนื่องจากต้องทำไร่ จึงควรเลือกช่วงเวลาที่พักหรือช่วงเวลาที่สะดวก

2.3 เจ้าหน้าที่ในชุมชน สำหรับกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบว่า กิจกรรมไม่ได้ยากเกินความสามารถแต่ต้องอธิบายขั้นตอนการทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าใจ กิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เพราะในแต่ละกิจกรรมมีการผสมผสานวัฒนธรรม ประเพณี การละเล่น อาหาร การแต่งกาย ภาษา และบุคคลสำคัญของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งเข้าไปทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้มีการใช้ภาพจริงของชุมชนในการอภิปรายทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นถึงสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยเล่นต่อจิ๊กซอว์ อาจต้องใช้เวลาและให้ดูภาพตัวอย่างเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถต่อจิ๊กซอว์ได้ตามภาพต้นแบบ ส่วนในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง 45-60 นาที มีความเหมาะสมดี และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เมื่ออยู่บ้าน แต่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุอาจไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ต้องไปทำไร่หรือทำสวนเพื่อหารายได้ จึงควรพิจารณาช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือได้

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์สภาพและความต้องการจำเป็นทำให้ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีภาวะสมองเสื่อม 465 คน (ร้อยละ 85.63) มีอายุเฉลี่ย 67.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และไม่ได้เข้ารับการศึกษา ซึ่งการค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เพศ อายุ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม[14] นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการดูแลที่เฉพาะเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะสมองเสื่อม จึงอาจเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมหรือทำให้มีการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าวจึงได้พัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิดและแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการศึกษาและสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง ร่วมกับได้มีการผสมผสานประเพณี วัฒนธรรม การละเล่น และภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในการสร้างและออกแบบโปรแกรม พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดซึ่งมีลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด 14 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมมีการผสมผสานระหว่างหลักการรับรู้ความเป็นจริง การรำลึกถึงความหลัง การกระตุ้นประสาทสัมผัส และภาษา ประเพณี วัฒนธรรม การละเล่นของกลุ่มชาติพันธุ์ม้งเข้าด้วยกัน จัดกิจกรรมละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ร่วมกับให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมหรือให้ความช่วยเหลือในระหว่างที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด นอกจากนี้ได้มีการให้ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน การโทรแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล

ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า เวลาจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม ผู้สูงอายุมีความเข้าใจหรือเข้าถึงกิจกรรม สามารถให้ความร่วมมือและทำกิจกรรมได้ เป็นไปได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ซึ่งเป็นไปตามที่กล่าวว่าวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อม การใช้บริการ และประสบการณ์ทางจิตสังคมของสมาชิกในครอบครัว[14] ซึ่งการศึกษาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศอินโอนีเซียที่ได้มีการผสมผสานวัฒนธรรมในการจัดกิจกรรมซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมีการรู้คิดเพิ่มขึ้น[15] และการศึกษาโปรแกรมการฝึกความจำด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจำของผู้สูงอายุได้[16] นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ การงดสูบบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด การนอนหลับ การออกกำลังกาย

และการส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอขณะอยู่บ้านส่งผลให้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้น อีกทั้งการออกกำลังกายช่วยชะลอสมองเสื่อมและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมอง[4] ร่วมกับการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเป็นประจำและต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีการฝึกใช้สมองผ่านการคิดเป็นประจำส่งผลให้สามารถชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งมีการศึกษาเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า การเรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การฝึกบริหารสมอง การจัดการอารมณ์ โภชนาการ และการนอนหลับ ส่งผลให้มีพฤติกรรมและภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมลดลง[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้จัดกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและวัฒนธรรมของบริบทในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง อีกทั้งได้จัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในชุมชนสะดวกในการนำไปใช้ นอกจากนี้ควรมีการฝึกทักษะการใช้โปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการพัฒนาโปรแกรมและทดสอบความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทดสอบหรือศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมว่าสามารถนำไปสู่การชะลอภาวะสมองเสื่อมหรือช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีติดตามผลการทดลองของโปรแกรมต่อไป

References

1. Wichaidit A, Soonthornchaiya R, & Phanasathit M. The Effects of a Resource-Enhancing Program Based on Pearlin's Conception on The Depression of The Caregivers of Elderly with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):371-9. (in Thai)
2. Pothiban L, Chintanawat R, Wongpakaran N, Srirat C, & Sucamwang K. Quality of life of older people with dementia in Thailand. Walailak Journal of Science and Technology. 2020; 17(10):1066-76.
3. Wongsari C, & Phunthong S. Dementia syndrome in the elderly: Nursing care and caring for relatives caregiver. Journal of Health Sciences and Wellness. 2018;22(43-44):166-79. (in Thai)
4. Udomlap P. Role of Nurse in Decrease Burden of Caregivers of Older Persons with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2):26-32. (in Thai)
5. Chaowilai C, Poonsri W, & Tanpanich T. Guidelines for protecting the elderly from dementia. Academic Journal of Community Public Health. 2022;8(2):8-15. (in Thai)
6. Neurological Institute of Thailand. Dementia practice guidelines. Bangkok: Tana Press; 2021. (in Thai)
7. Olazarán J, & Muñiz R. Cognitive stimulation, training, and rehabilitation. In: Orrell M, Zarit S. editors. Cognitive stimulation therapy for dementia, history, evolution and internationalism. New York: Routledge; 2018. p.33-63.
8. Woods B, Aguirre E, Spector AE, & Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(2):CD005562.
9. Spector A. Overview of CST and related approaches: Introduction. In: Yates LA, Yates J, Orrell M, Spector A, Wood B. editors. Cognitive stimulation therapy for dementia: History, evalution and internationalism. New York: Routledge; 2018.19-32.

10. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2003;183(3):248-54.
11. Schepp KG. Phychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. (Doctoral dissertation). Seattle: Phychosocial and Community Health Department, School of Nursing, University of Washington; 1995.
12. Department of Social Development and Welfare. Meo. Bangkok: Printing House Office, War Veterans Organization; 2012. (in Thai)
13. Sukchan P, Niyomdecha K, & Srichaisuwan D. Factors Related to Dementia among Elderly Persons in Thailand: A Systematic Review. Pnu Sci J. 2022;14(1):276-92. (in Thai)
14. Aguirre E, Spector A, & Orrell M. Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. Clinical Interventions in Aging. 2014;9:1003-7.
15. Sipollo BV, Jullamate P, Piphatvanitcha N, & Rosenberg E. Effect of a cognitive stimulation therapy program on cognitive ability of demented older sdults. The Bangkok Medical Journal. 2019;15(1):44-50.
16. Kansri J, Soonthornchaiya R, Teianukool N, Srinuan P, odthongdee N, & Yospim K. The Effects of the Local Wisdom Memory Training Program on Memory Ability Among Older Persons with Mild Cognitive Impairment. Nursing Journal CMU. 2017;44(Supplement 2) :12-21. (in Thai)
17. Janpol K, & Phuhongsai S. Development of learning program to delay and prevent dementia for Elderly in Clubs: Health Area 7 Thailand. Thailand journal of health promotion and environmental health. 2024;47(1): 55-67;25(3):19-28.

ประสิทธิผลของโปรแกรม Back School เพื่อลดความปวดของหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี

Effective of Back School Program to Decrease Low Back Pain and Increase Functional Capacity among Cardiac Catheterization Laboratory Personnel in a Hospital, Chonburi Province

บัณฑิต ฉิมอำพันธ์[1] นันทพร ภัทรพุทธ[2] ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์*[2]
Bandith Chimamphan[1] Nantaporn Phatrabuddha[2] Srirat Lormphongs*[2]
[1]โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20000
[1]Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand 20000
[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20131
[2]Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Back School ต่อการลดระดับความปวดหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรห้องสวนหัวใจที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและใส่ชุดตะกั่วขณะทำงาน จำนวน 16 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรม Back School เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง และคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Friedman test และ Wilcoxon signed rank test

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.70 อายุเฉลี่ย 29.31 ปี ระยะเวลาใส่ชุดตะกั่วเฉลี่ย 22.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่ามัธยฐานของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่าง และคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างอยู่ที่ 4.50 และ 6.50 คะแนน ตามลำดับ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 4 และ 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างและคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยลดลงเมื่อเปรียบเทียบรายคู่กับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การศึกษานี้แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม Back School ที่สามารถช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในบุคลากรห้องสวนหัวใจที่ใส่ชุดตะกั่วขณะปฏิบัติงานได้

คำสำคัญ: โปรแกรม Back School, ความปวดหลังส่วนล่าง, ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่, ชุดตะกั่ว

Abstract

This research aims to study the effectiveness of the Back School program in reducing lower back pain and improving the functional ability among cardiac catheterization laboratory personnel in a hospital, Chonburi province. The sample group consisted of 16 cardiac catheterization room personnel experiencing lower back

Corresponding Author: *E-mail address: sriratl@hotmail.com

วันที่รับ (Received) 25 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 29 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 3 ส.ค. 2567

pain who wore lead aprons while working. The sample group participated in the Back School program for a period of 6 weeks. Data collection included personal information, lower back pain level scores and scores on the functional limitation due to lower back pain. The data was analyzed using Friedman test and Wilcoxon signed rank test.

The majority of sample group were females (93.70%) with a mean age of 29.31 years and mean working hours with lead aprons of 22.00 hours per week. Before participating in the Back School program, the median scores for lower back pain and disability were 4.50 and 6.50 respectively. After participating in the program for 2, 4 and 6 weeks, the sample group showed statistically significant differences in lower back pain scores and disability scores compared to before participating in the Back School program at $p < .05$, with scores decreasing when compared pairwise with pre-program scores.

This study demonstrates the effectiveness of the Back School program in reducing lower back pain and improving the functional ability among cardiac catheterization laboratory personnel who wear lead aprons while working.

Keywords: Back School program, Low back pain, Work ability, Lead apron

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific Low back pain) ถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุดปัญหาหนึ่งในผู้ประกอบอาชีพ โดยพบว่า 1 ใน 4 ของคนวัยทำงานมีปัญหาปวดหลังอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และอาการปวดหลังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพของผู้คนทั่วโลก[1]

สถิติจากการศึกษาอาชีพด้านบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีความชุกของอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อตั้งแต่ร้อยละ 57.8 ถึง ร้อยละ 93.6 และมีความชุกของอาการผิดปกติของหลังส่วนล่างตั้งแต่ร้อยละ 42.0 ถึง ร้อยละ 71.30[2] การศึกษาในประเทศไทยพบว่าความชุกของอาการปวดหลัง ส่วนล่างในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐมมีมากถึงร้อยละ 65.0 โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการทำงานมากถึงร้อยละ 72.8 และจากอาการดังกล่าวทำให้ขาดงานมากถึงร้อยละ 11.3[3] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานนั้น ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่รวดเร็ว การทำงานท่าทางซ้ำๆ การยกของหนัก ท่าทางไม่เหมาะสม การออกแรงมาก การบิดหมุนตัว เป็นต้น ในผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับรังสี พบว่ามีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ การยืนทำงานเป็นระยะเวลานาน การใส่ชุดตะกั่ว ซึ่งมีผลทำให้กระดูกสันหลังรับน้ำหนักมากขึ้น[4] นอกจากนี้ยังพบอีกว่าท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมตลอดเวลา และการยกของหนักมากกว่า 25 กิโลกรัมจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังเป็น 2.27 และ 2.43 เท่าเทียบกับคนที่ทำงานท่าทางปกติและคนที่ไม่ได้ยกของหนักตามลำดับ[3]

จากการศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรที่ใส่ชุดตะกั่วในประเทศอังกฤษ พบความชุกของอาการปวดหลังในบุคลากรที่ใส่ชุดตะกั่ว ร้อยละ 62.7 และการใส่ชุดตะกั่วเพื่อทำงานตั้งแต่ 2 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ทำให้มีอาการปวดหลังร้อยละ 53.7 ในกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการปวดหลังมาก่อน อีกทั้งยังทำให้อาการปวดหลังแย่ลงร้อยละ 61.1 ในกลุ่มที่มีอาการปวดหลังเดิม[5] ในประเทศจอร์แดน บุคลากรที่ใส่ชุดตะกั่วทำงานมีอาการปวดหลังร้อยละ 60.0 และกลุ่มที่มีอาการปวดหลังเดิมมีอาการมากขึ้นหลังใส่ชุดตะกั่วทำงานร้อยละ 64.3[6] ในนักรังสีวิทยาประเทศสหรัฐอเมริกาที่สวมชุดตะกั่วทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ พบว่า มีความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 52.0[7] ในประเทศไทยพบว่า บุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลต้องใส่ชุดตะกั่วซึ่งมีน้ำหนักประมาณ 4.5 กิโลกรัม ในการทำงานตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานต่อวัน และมีลักษณะงานที่ต้องยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้น-ลงจากเตียงผ่าตัด ยกขวดน้ำเกลือปริมาณ 8-10 ขวดต่อครั้ง ยกอุปกรณ์ผ่าตัด ได้แก่ เครื่องจี้หัวใจที่มีน้ำหนักประมาณ 18.6 กิโลกรัม ยืนปฏิบัติงานข้างเตียงผู้ป่วยโดยมีการก้มหลัง บิดเอี้ยวตัวในท่าทางไม่เหมาะสมต่างๆ ทำให้บุคลากรกลุ่มนี้เกิดอาการ

ปวดหลังได้มาก[8] อาการปวดหลังส่วนล่างนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการหยุดงานและการเกษียณการทำงานก่อนกำหนดที่พบได้บ่อยที่สุดในทวีปยุโรป โดยมีอัตราการหยุดงานระยะสั้นจากอาการปวดหลังร้อยละ 5.1 ถึง 6.4 และมีอัตราการหยุดงานเป็นระยะเวลานานเนื่องจาก อาการปวดหลังร้อยละ 15.0 ถึง 22.0[9]

การรักษาและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างมีหลายวิธี ซึ่งวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือ การนำโปรแกรม Back School มาใช้ โดยโปรแกรม Back School เป็นการผสมผสานทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติท่าทางต่างๆ อย่างต่อเนื่องและการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยตนเอง[10] นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้หลักยุทธศาสตร์ 5 ประการของพยาบาลชุมชน ได้แก่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ยังช่วยป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างได้อีกด้วย[11]

จากการศึกษาที่นำโปรแกรม Back School มาใช้ในเกษตรกรพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นอาการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรลดลงและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง นอกจากนี้การนำโปรแกรม Back School มาใช้กับผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรังพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด ภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[12] อย่างไรก็ตาม โปรแกรม Back School ยังไม่เคยได้รับการนำมาใช้เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลที่มีอาการปวดหลังและทำงานโดยใส่ชุดตะกั่ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

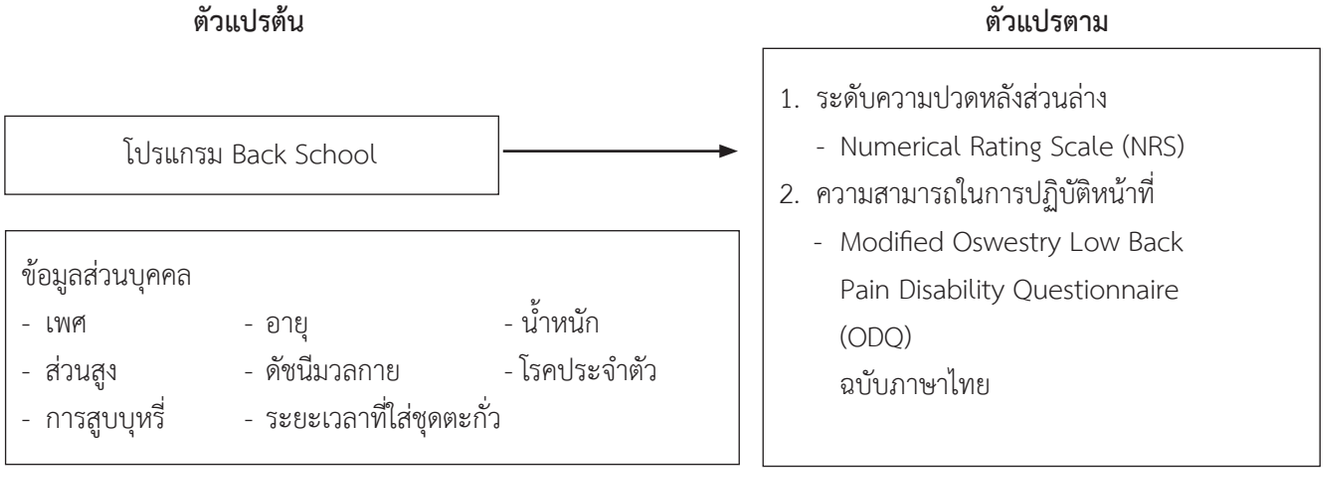
1. เพื่อศึกษาระดับความปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม Back School

สมมติฐานของการวิจัย

โปรแกรม Back School สามารถลดระดับความปวดหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรม Back School ของ Forssell[13] ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความปวดหลังส่วนล่างลดลง และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม (Quasi-experimental study) โดยมีประชากร คือ บุคลากรห้องสวนหัวใจในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอาการปวดหลังส่วนล่างระยะเวลาตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไป (ปวดระยะเฉียบพลันขึ้นไป) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรม Back School มาก่อน ไม่มีประวัติการหักของกระดูกสันหลังหรือการเคลื่อนหลุดของกระดูกสันหลัง ไม่มีการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลังในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท ไม่เป็นโรคหัวใจและโรคปอด ไม่ตั้งครรภ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ตอบแบบสอบถามไม่ครบหรือให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้ และถอนตัวหรือลาออกจากงานขณะเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนด ค่า α = 0.05 ค่า Power = 0.8 และ Effect size = 0.8 ตามคำแนะนำของ Cohen (1998) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5.00 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16 คน

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ทำการวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 2, 4 และ 6 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินระดับความปวดหลังส่วนล่าง (Numerical Rating Scale) เพื่อวัดระดับความปวด และแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่าง (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire [ODQ]) ฉบับภาษาไทย เพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1.) โปรแกรม Back School โดยมีรายละเอียดเนื้อหา ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที เนื้อหาหลักครอบคลุม กายวิภาคของหลัง หน้าที่และการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง สาเหตุของอาการปวดหลัง หลักการยศาสตร์พื้นฐานในที่ทำงาน ท่าทางที่มีผลเสียต่อหลัง ท่าทางที่ผ่อนคลาย ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง ท่าออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และการดูแลตนเองเบื้องต้น ระยะเวลาจัดโปรแกรม 6 สัปดาห์ 2.) คู่มือโปรแกรม Back School มีเนื้อหาเกี่ยวกับท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง และท่าทางการออกกำลังกาย จำนวน 6 ท่า และ 3.) แบบบันทึกการยืดกล้ามเนื้อและการออกกำลังกายตามโปรแกรม Back School ด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำโปรแกรม Back School คู่มือ Back School ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥0.67-1.0 ก่อนนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1.) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่และระยะเวลาที่ใส่ชุดตะกั่ว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 2.) แบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่างด้วย Numerical Rating Scale (NRS) แปลผลเป็นระดับความปวด 11 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน[14] และ 3.) แบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่าง (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire [Modified ODQ]) ฉบับภาษาไทย[15] ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายหน้าข้อความที่สามารถอธิบายระดับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับตัวผู้ถูกประเมินมากที่สุด ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม การเดินทาง เป็นต้น โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 50 คะแนน ผลคะแนนทั้ง 10 ข้อมารวมกันแล้วคูณด้วย 2 เพื่อแปลงคะแนนให้เป็นร้อยละ ค่าคะแนนต่ำหมายความว่า ผู้ถูกประเมินมีภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เล็กน้อย หรือมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่มาก

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสโครงการวิจัย G-HS101/2566 เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหนึ่งในจังหวัด

ชลบุรี (รหัสวิจัย 130/66/R/h1 เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2567) จากนั้นได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ โดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างการทำวิจัย รวมถึงขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การฝึกโปรแกรม Back School มีระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรม Back School ผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการเข้าร่วมโปรแกรม Back School จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง และแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่าง จากนั้นผู้วิจัยจะเริ่มโปรแกรม Back School แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติโดยครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ได้แก่ กายวิภาคของหลัง หน้าที่และการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง สาเหตุของการปวดหลัง หลักการยศาสตร์พื้นฐานในที่ทำงาน ท่าทางที่มีผลเสียต่อหลัง ท่าทางที่ผ่อนคลายหลัง ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง ท่าออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการปวดหลัง โดยมีระยะเวลารวมทั้งสิ้น 60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสังเกตการฝึกท่าทางยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังและออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือโปรแกรม Back School เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และจัดทำแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อยืนยันการฝึกปฏิบัติจริง

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง และแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่าง ซักถามถึงปัญหาของการฝึก และให้คำแนะนำเพื่อแก้ไข หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการฝึกปฏิบัติต่อดังที่ปฏิบัติในสัปดาห์ก่อนหน้า เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ทำซ้ำตามกระบวนการดังที่กล่าวไปเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการฝึก นำคะแนนที่ได้จากแบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและแบบประเมินภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่าง ไปวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่าง และคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 2, 4 และ 6 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Friedman test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่าง และค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 2, 4 และ 6 สัปดาห์ และสถิติ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่าง และคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 2 4 และ 6 สัปดาห์ เป็นรายคู่

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ				
หญิง	15	93.70		
ชาย	1	6.30		
อายุ (ปี)			29.31	4.39
น้ำหนัก (กิโลกรัม)			60.19	14.03
ส่วนสูง (เซนติเมตร)			160.81	5.27
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2)			23.25	5.20
โรคประจำตัว				
ไม่มี	15	93.70		
มี	1	6.30		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	16	100.00		
สูบ	0	0.00		
ระยะเวลาที่ใส่ชุดตะกั่ว (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)			22.00	13.29

ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.70 อายุเฉลี่ย 29.31 ปี (SD = 4.39) น้ำหนักเฉลี่ย 60.19 กิโลกรัม (SD = 14.03) ส่วนสูงเฉลี่ย 160.81 เซนติเมตร (SD = 5.27) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.25 กิโลกรัม/เมตร2 (SD = 5.20) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.70 มี 1 คน ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภูมิแพ้อากาศ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาที่ใส่ชุดตะกั่วเฉลี่ย 22.00 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD = 13.29) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่าง และคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School โดยใช้สถิติ Friedman test

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2 สัปดาห์	4 สัปดาห์	6 สัปดาห์	df	p-value
NRS				3	.018*	
ค่าเฉลี่ยลำดับที่ (Mean rank)	3.28	2.31	2.28	2.13		
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	1.893	2.768	2.613	2.176		
Modified ODQ					3	.031*
ค่าเฉลี่ยลำดับที่ (Mean rank)	3.13	2.75	2.00	2.13		
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	5.375	5.023	4.976	5.007		

หมายเหตุ : NRS = Numerical rating scale, Modified ODQ = Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, *p-value <.05

ผลของโปรแกรม Back School จากการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Back School กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 4 และ 6 สัปดาห์ มีค่าเท่ากับ 3.28 2.31 2.28 และ 2.13 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = 0.018) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Back School กับหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ 2 4 และ 6 สัปดาห์ มีค่าเท่ากับ 3.13 2.75 2.00 และ 2.13 ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = 0.031) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่าง และคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School เป็นช่วงเวลารายคู่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ตัวแปร	ช่วงเวลา	จำนวน (n = 16)	Mean rank	Sum of ranks	Z	p-value
NRS	**ก่อน - 2 สัปดาห์**				-2.458	.042*
	Negative ranks	9	5.72	51.50		
	Positive ranks	1	3.50	3.50		
	Ties	6				
	ก่อน - 4 สัปดาห์				-2.684	.021*
	Negative ranks	10	7.30	73.00		
	Positive ranks	2	2.50	5.00		
	Ties	4				
	ก่อน - 6 สัปดาห์				-2.924	.009*
	Negative ranks	11	7.91	87.00		
	Positive ranks	2	2.00	4.00		
	Ties	3				
Modified ODQ	**ก่อน - 2 สัปดาห์**				-1.453	.438
	Negative ranks	9	8.39	75.50		
	Positive ranks	5	5.90	29.50		
	Ties	2				
	ก่อน - 4 สัปดาห์				-1.824	.204
	Negative ranks	12	6.79	81.50		
	Positive ranks	2	11.75	23.50		
	Ties	2				
	ก่อน - 6 สัปดาห์				-1.973	.147
	Negative ranks	11	9.64	106.00		
	Positive ranks	5	6.00	30.00		
	Ties	0				

หมายเหตุ : NRS = Numerical rating scale, Modified ODQ = Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, *p-value <.05

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลารายคู่ โดยในช่วงเวลาก่อน-หลัง 2 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ลดลง 9 ราย และเพิ่มขึ้น 1 ราย ในช่วงเวลาก่อน-หลัง 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ลดลง 10 ราย และเพิ่มขึ้น 2 ราย และในช่วงเวลาก่อน-หลัง 6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ลดลง 11 ราย และเพิ่มขึ้น 2 ราย ค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างลดลง โดยในช่วงเวลา ก่อน-หลัง 2 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ลดลง 9 ราย และเพิ่มขึ้น 5 ราย ในช่วงเวลาก่อน-หลัง 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ลดลง 12 ราย และเพิ่มขึ้น 2 ราย และในช่วงเวลาก่อน-หลัง 6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ลดลง 11 ราย และเพิ่มขึ้น 5 ราย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของช่วงเวลารายคู่ ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับความปวดหลังส่วนล่างลดลงและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นภายหลังเข้ารับโปรแกรม Back School

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Back School กับหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 2 4 6 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.018$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาในพยาบาลประเทศอิหร่าน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม Back School มีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 8 สัปดาห์[16] การศึกษาในเกษตรกรจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม Back School มีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ที่ 6 และ 12 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Back School[17]

นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ลดลง ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรม Back School ถึงแม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาก็ยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าอีกเช่นกันที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม Back School ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16, 17]

ผลการศึกษาที่ได้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่พบว่าทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 2 และ 6 เดือน หลังเข้ารับโปรแกรม Back School[12]

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดีขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Back School ไม่ได้มีค่าสูงมาก แต่แนวโน้มโดยรวมของค่าเฉลี่ยลำดับที่ของคะแนนภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากภาวะปวดหลังภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม Back School มีค่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบรายคู่กับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จากผลการศึกษาข้างต้นที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังลดลงและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า Back School มีประโยชน์ในการนำมาใช้เพื่อลดอาการปวดหลังและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของคนทำงานในอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ เนื่องจากการฝึกปฏิบัติของโปรแกรม Back School ได้แก่ ท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ท่าทางการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง สามารถปฏิบัติได้เอง มีค่าใช้จ่ายต่ำ ไม่ต้องใช้เครื่องมือและเห็นผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว นอกจากนี้โปรแกรม Back School ยังไม่เพียงแต่เป็นการฝึกปฏิบัติเพียงเท่านั้น แต่ยังมีการให้ความรู้ถึงสาเหตุของอาการปวดหลัง ท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอาการปวดหลัง การเฝ้าระวังและปฏิบัติตัวกับอาการปวดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง รวมถึงคู่มือที่มีรายละเอียดด้านความรู้ การฝึกปฏิบัติและการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถทบทวนได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการสอบถามปัญหา แก้ไขและปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมแต่ละรายอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรนำโปรแกรม Back School ไปประยุกต์ใช้ในคนทำงานที่มีความเสี่ยงต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เกษตรกร หรือคนทำงานใช้แรงงาน เพื่อลดความปวดหลังส่วนล่างและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปรตามอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography; EMG) ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง

References

1. Becker BA, & Childress MA. Nonspecific Low Back Pain and Return To Work. American Academy of Family Physicians. 2019;100(11):697-703.
2. Keawnual A, Lohapoontagoon B, & Pochana K. Prevalence of Work-related Musculoskeletal Disorders in various occupations. The Public Health Journal of Burapha University. 2017; 12(2):53-64. (in Thai).
3. Meyoutam C. The Prevalence and Related Factors of Low Back Pain Among Nursing Personnel in Nakhonpathom Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(4):578-90. (in Thai).
4. Dixon RG, Khiatani V, Statler JD, Walser EM, Midia M, Miller DL, et al. Society of Interventional Radiology: Occupational Back and Neck Pain and the Interventional Radiologist. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2017;28(2):195-9.
5. Andrew S, Abdelmonem MR, Kohli S, & Dabke H. Evaluation of Back Pain and Lead Apron Use Among Staff at a District General Hospital. Cureus. 2021;13(10):e18859.
6. Al-Makhamreh H, Al-Bitar F, Saadeh A, Al-Ani A, Azzam M, Alkhulaifat D, et al. Evaluating the physical, psychosocial and ergonomic burden of lead aprons among Jordanian interventionists: a nationwide study. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2022;28(4):2501-8.
7. Moore B, vanSonnenberg E, Casola G, & Novelline RA. The relationship between back pain and lead apron use in radiologists. American Journal of Roentgenology. 1992;158(1):191-3.
8. Pongsuteethavorn T, & Krisorn P. Herniated Nucleus Pulposus in Healthcare Workers in the Cardiac Catheterization Lab: Case Report. Srinagarind Medical Journal. 2023;38(2):311-20. (in Thai).
9. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;391(10137):2356-67.
10. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, & Eriksen HR. Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear-avoidance training. Spine Journal. 2008;8(1):28-39.
11. Yaruang N. Low back pain in rice farmers with the role of community health nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(1):1-9. (in Thai).
12. Tiwawatpakorn J, Wongkiratimethawi T, & Sukubol S. The Development and Effectiveness of the Hat-Yat Back School Program in patients with chronic low back pain. Thai Journal of Physical Therapy. 2021; 44(1):29-46. (in Thai).
13. Forssell MZ. The back school. Spine (Phila Pa 1976). 1981;6(1):104-6.

14. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, & Anderson JA. Studies with pain rating scales. Annals of the Rheumatic Diseases. 1978;37(4):378-81.
15. Sakulsriprasert P, Vachalathiti R, Vongsirinavarat M, & Kantasorn J. Cross-Cultural Adaptation of Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and Its Reliability. Journal of The Medical Association of Thailand. 2006;89:1694-701. (in Thai).
16. Pakbaz M, Hosseini MA, Aemmi SZ, & Gholami S. Effectiveness of the back school program on the low back pain and functional disability of Iranian nurse. Journal of Exercise Rehabilitation. 2019;15(1):134-8.
17. Noisuwan P, Sutthakorn W, & Songkham W. Effects of Back School Program on Low Back Pain and Functional Status in Rice Farmers. Nursing Journal. 2019;46(3):142-56. (in Thai).

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

Health Literacy and Administrative Factors Affecting the Coronavirus Disease 2019 Prevention and Control Performance of Village Health Volunteers at Muang District Chaiyaphum Province.

ก้องเกียรติ วงศ์วังจันทร์[1] นครินทร์ ประสิทธิ์[1] ณฐกร นิลเนตร*[2]

Kongkiat Wongwangchan[1] Nakarin Prasit[1] Nathakon Nilnate*[2]

[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40002

[1]Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand 40002

[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 20131

[2]Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi Province, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 302 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์เพียรสัน และการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean=2.53; S.D.= .30) ระดับปัจจัยทางการบริหารภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean=2.53; S.D.= .32) และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean=2.65; S.D.= .34) และพบว่าภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางและปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r = .699, p-value = < .001) (r = .819, p-value = < .001) ตามลำดับ และปัจจัยความรอบรู้ด้านด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการบอกต่อ ด้านการตัดสินใจ และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ด้านเวลา ด้านบุคลากร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 85.0 (R^2_{adj} = .850)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยทางการบริหาร, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The objective of this cross-sectional study was to investigate the health literacy and administrative factors affecting the coronavirus disease 2019 prevention and control performance of village health volunteers at Muang District Chaiyaphum province. The calculate the sample group in this study, 302 people were

Corresponding author. *Email: best_nathakon@hotmail.co.th

วันที่รับ (received) 8 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 มิ.ย. 2567

randomly sampled using a stratified random sampling method. The data was collected using a questionnaire. Statistics used to analyze data were descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's correlation and stepwise multiple linear regression, with a significance level of 0.05. The results of the study revealed that the overall health literacy factors, administrative factors, and the coronavirus disease 2019 prevention and control performance of village health volunteers at Muang district Chaiyaphum province were at a high level with a mean of 2.53 (S.D.=0.30), 2.53 (S.D.=0.32) ,2.65 (S.D.=0.34), respectively. And, It was found that the overall of health literacy factors had a moderate level and administrative factors had a high-level relationship with the coronavirus disease 2019 prevention and control performance (r = .699, p-value = < .001) (r = .819, p-value = < .001), respectively. and found that health literacy factors; In terms of accessing health information and services, word-of-mouth communication, and decision-making and administrative factors in technology, time, and personnel able to jointly predict the coronavirus disease 2019 prevention and control performance of village health v¬-olunteers at Muang district Chaiyaphum at 85.0 ($R2_{adj}$ = .850)

Keywords: health literacy, administrative factors, COVID-19, village health volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) เป็นอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดได้ง่ายเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงไปทั่วโลก[1] ในประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทันท่วงที โดยมุ่งเน้นหลักด้านงานเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่โดยการสนับสนุน และดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ประชาชนได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างครอบคลุม ยกตัวอย่างกิจกรรมที่สำคัญ เช่น อสม. เคาะประตูเยี่ยมบ้าน[2] และ อสม. ยังมีความสำคัญในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพภายในชุมชนที่เป็นตัวแทนของภาคประชาชนของหมู่บ้านและชุมชนในการประสานงานต่าง ๆ ระหว่างชุมชนและหน่วยงานของรัฐ ซึ่งเป็นบุคลากรจิตอาสาด้านสุขภาพที่มีความสำคัญสูงในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคภายในระดับพื้นที่ และในปัจจุบัน อสม. ในประเทศไทยมีจำนวนมากกว่าหนึ่งล้านเก้าหมื่นคน ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของระบบสุขภาพในประเทศไทย ที่เป็นกลุ่มประชาชนที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพได้อย่างครอบคลุมในทุกระดับ ตั้งแต่ชุมชนจนถึงระดับประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในยุคสมัยที่มีเทคโนโลยีมีบทบาทการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ใน วัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการที่ยึดมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ "แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี"[3] ดังนั้น อสม. จึงเป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนในบริบทของการดูแลตัวเองในชุมชน

ซึ่งในการดำเนินงานของ อสม. จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอเพื่อให้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานในงานเสมอภายในชุมชนและเป็นต้นแบบแก่ประชาชน ดังนั้น ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมแก่ตัวเอง ครอบครัว สังคม และชุมชนในการสร้างความตระหนักและความเข้าใจเพื่อการตัดสินใจ ด้านพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง[3] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลังที่พบว่าปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคของ อสม. โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร[4] และพบว่าปัจจัยความรอบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.05 ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะ

การเข้าถึง (OR_{adj} = 2.06, 95%CI: 1.34-3.56) ทักษะการตัดสินใจ (OR_{adj} = 1.69, 95%CI: 1.20-2.87) และทักษะการนำไปใช้ (OR_{adj} = 2.48, 95%CI: 1.66-3.94)[5] ซึ่งการพัฒนาและส่งเสริมให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีนั้น จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ คาดการณ์ความเสี่ยง กำหนดเป้าประสงค์การดูแลสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และสามารถบอกต่อข้อมูลสุขภาพที่ดีต่อประชาชนในพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างมากเมื่อไม่เกิดการเจ็บป่วย[3] ซึ่งนอกเหนือจากปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว ยังมีอีกหนึ่งปัจจัยหลักที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของ อสม. คือ ปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการบริหารที่มีความสำคัญ เพราะว่าในการบริหารการปฏิบัติงานทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัย คนเงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการจัดการเป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี[6] รวมทั้งการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารให้เกิดการดำเนินการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ให้สอดคล้องกับทักษะความรู้ความสามารถด้านสุขภาพไปด้วยกัน เพื่อการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

จังหวัดชัยภูมิมี 16 อำเภอ ประกอบไปด้วย 124 ตำบล มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3,376 คน จังหวัดชัยภูมิ เป็นจังหวัดที่เมื่อมีช่วงเทศกาลต่าง ๆ จึงมีผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่จำนวนมาก เนื่องจากคนจังหวัดชัยภูมิทำงานนอกจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ จึงมีโอกาสรับเชื้อจากนอกพื้นที่เข้าสู่พื้นที่มีความเสี่ยงแพร่ระบาดสูง ซึ่งจังหวัดชัยภูมิโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนมีมาตรการและมาตรฐานในการรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดและขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่การเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขที่สำคัญของชุมชนในการนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ (New normal) ให้ปลอดจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมี อสม. เป็นกำลังหลักในระดับพื้นที่ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยการบริหารของ อสม. จึงความสำคัญอย่างยิ่ง จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นฐานข้อมูล และแนวทางการพัฒนางาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนา การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแก้ปัญหาการระบาดในพื้นที่ชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยมีประชากรในการศึกษา คือ อสม. อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 3,376 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ของ Cohen[7] ดังนี้

สูตร $$N = \frac{\lambda\left(1 - R^2_{Y.A,B}\right)}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

จากการคำนวณตัวอย่างโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาของ Jaree w., at el.[8] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ในการแบบสัดส่วน อสม. แต่ละตำบลในอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ทั้งหมด 3,376 คน จากกนั้นเมื่อได้จำนวนตามสัดส่วนแต่ละพื้นที่แล้วดำเนินการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sample) โดยการจับฉลากรายชื่อ อสม. แต่ละตำบลโดยจับฉลากแบบไม่แบบไม่ใส่คืน เพื่อเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ใช้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 8 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5 อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และ 8) การได้รับอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นคำถาม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของกองสุขศึกษา9 จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3)การโต้ตอบซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) การบอกต่อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางการบริหาร โดยใช้แนวคิดของ Bouphan P. 6 จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านเทคโนโลยี

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แนวคิดของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[10] ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3) การจัดทำบัญชีรายชื่อและแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 5 วัน 4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ และ 5) การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผล

โดยส่วนที่ 2-4 เป็นแบบสอบถามมีชุดคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามีคำตอบให้เลือก 3 ระดับคือ มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1)11 โดยการดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า .50 และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) และวิเคราะห์ค่า Cronbach’s alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .87 ด้านปัจจัยทางการบริหาร เท่ากับ .80 และด้านการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค เท่ากับ .91 และภาพรวมแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ .88

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. โดยนำมาจัดระดับเป็น 3 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนการปฏิบัติงานระดับมาก คะแนนเท่ากับ 2.34-3.00 การปฏิบัติงานระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 1.67-2.33 และการปฏิบัติงานระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 1.00-1.66[11] สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้ คือ ไม่มีความสัมพันธ์ (r = 0) ความสัมพันธ์ต่ำ (r = ± .01 ถึง ± .30) ความสัมพันธ์ปานกลาง (r = ± .31 ถึง ± .70) ความสัมพันธ์สูง (r = ± .71 ถึง ± .99) และความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (r = ± 1)[12]

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression)[13]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 เลขที่ HE662285

โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้นนอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.5 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 47.7 (Mean = 51.78 ปี; S.D. = 10.13 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.5 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยม/ปวช. ร้อยละ 52.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.8 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 57.9 (Mean = 5,595.24 บาท; S.D. = 5,000 บาท) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็น อสม. 1-5 ปี ร้อยละ 72.8 และมีประสบการณ์ได้รับอบรมเรื่องการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อสม. ร้อยละ 94.7

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.53, S.D.= .30) ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับมาก และพบว่าระดับปัจจัยทางการบริหารในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.53; S.D. = .32) เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่าปัจจัยทางการบริหารทุกด้านอยู่ในระดับมาก และระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.65; S.D. = .34) ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่าระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกด้านอยู่ในระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=302)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยทางการบริหาร	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	.699	< .001	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.753	< .001	สูง
ความรู้ ความเข้าใจ	.417	< .001	ปานกลาง
การโต้ตอบซักถาม	.574	< .001	ปานกลาง
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	.654	< .001	ปานกลาง
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	.667	< .001	ปานกลาง
การบอกต่อและการแลกเปลี่ยน	.506	< .001	ปานกลาง
ปัจจัยทางการบริหารภาพรวม	.819	< .001	สูง
ด้านบุคลากร	.580	< .001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	.399	< .001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	.488	< .001	ปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ	.466	< .001	ปานกลาง
ด้านเวลา	.808	< .001	สูง
ด้านเทคโนโลยี	.845	< .001	สูง

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r= .699, p-value < .001) และปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r= .819, p-value < .001) และเมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และพบว่าปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง ได้แก่ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี

4. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=302)

ตัวแปร	B	95% CI		Beta	T	P-value	R	R^2	R^2_{adj}	R^2change
		Lower	Upper							
- ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเทคโนโลยี	.373	.315	.431	.432	12.629	< .001	.845	.714	.714	-
- ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลา	.297	.247	.347	.376	11.672	< .001	.903	.816	.815	.101
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	.096	.052	.140	.111	4.272	<.001	.916	.838	.837	.022
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการบอกต่อ	.072	.023	.121	.079	2.902	.004	.921	.848	.845	.009
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ	.069	.015	.124	.079	2.491	.013	.924	.853	.850	.003
- ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร	.062	.015	.108	.074	2.627	.009	.922	.850	.848	.003

ค่าคงที่ .145, F=285.708 , p-value < .001, R= .924, R^2= .853, R^2_{adj} = .850

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่การวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการ คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05 นำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์สมการถดถอย จำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านโต้ตอบซักถาม ด้านตัดสินใจ ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านบอกต่อ และปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาอธิบายตัวแปรตามโดยการเพิ่มและพิจารณาตัวแปรเป็นขั้น ๆ ทีละตัวแปร เรียกวิธีการนี้ว่า Stepwise จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05 ได้แก่ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการบอกต่อ ด้านการตัดสินใจ และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ด้านเวลา ด้านบุคลากร และจากผลการวิเคราะห์ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ Y = .145 + (.373) (ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเทคโนโลยี) + (.297) (ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลา) + (.096) (ความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ) + (.072) (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการบอกต่อ) + (.069) (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ) + (.062) (ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร) ซึ่งมีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 85.0 (R^2_{adj} = .850)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.53, S.D.= .30) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก[4,14] และพบว่าระดับปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.53; S.D.= .32) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก[4,14,15] และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก (Mean=2.65; S.D.=.34) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า อสม. หากมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่สามารถดำเนินงานเชิงรุกและการเตรียมตัวในการดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนได้อย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้ อสม. ที่เป็นด่านหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคมีความจำเป็นมากที่ต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมไปถึงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารทั้งด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ด้านเวลา ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามบริบทพื้นที่ เพิ่มศักยภาพและความพร้อมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป[16,17,18]

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < .05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการบอกต่อ และด้านการตัดสินใจ และปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ด้านเวลา และด้านบุคลากร ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์ได้ร้อยละ 85.0 (R^2 = .850) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อสม. มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพียงพอ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถของการได้มาซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่านกระบวนการและทำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[19] ในส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพนั้นเป็นอีกหนึ่งทักษะที่สำคัญต่อการดำเนินงาน เพื่อให้ อสม. สามารถแสวงหาความรู้และเรียนรู้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งยังสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงระบบสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งกระบวนการเรียนรู้และสร้างปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองก่อนและสร้างการมีส่วนร่วมหรือความรู้สึกมีคุณค่าของการปฏิบัติทางพฤติกรรมสุขภาพนั้นต่อบุคคลรอบข้าง ครอบครัว และชุมชน[20,21,22,23] และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจและด้านบอกต่อมีผลต่อการดำเนินการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทักษะเหล่านี้ช่วยให้ อสม. มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกหรือหลีกเลี่ยงทางปฏิบัติพร้อมกับการแสดงทางเลือกที่ถูกต้องตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งทักษะนี้เกิดขึ้นได้เมื่อมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ นอกจากนี้ยังช่วยสร้างความตระหนักในการประเมินและตัดสินใจที่ถูกต้อง การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อเปรียบเทียบวิธีการเลือกใช้ข้อมูลและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้ร่วมกับการตัดสินใจควบคู่กันให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ[8,12,23]

ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ด้านเวลา และด้านบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีมีผลต่อการดำเนินการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เทคโนโลยีนั้นเป็นสิ่งสนับสนุน

ที่สำคัญที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วง ซึ่งเทคโนโลยีมีหลายด้านในการบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นด้านระบบจัดเก็บและด้านประมวลผลข้อมูล รวมทั้งสื่อการดำเนินงาน ระบบสื่อสารโทรคมนาคม และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เทคโนโลยียังช่วยส่งสริมการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคลในองค์กร ต่างองค์กรหรือใช้เป็นทางสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ที่จะปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่การสื่อสารรวดเร็วอย่างทันท่วงทีมีความสำคัญต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งยังสามารถสนับสนุนให้ อสม. เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และแม่นยำด้วย[4,8,19,20] ในส่วนปัจจัยทางการบริหารด้านเวลานั้นเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญ การบริหารด้านเวลาถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการปฏิบัติงาน บ่งบอกถึงความคืบหน้า ความเหมาะสม และขีดความสามารถ รวมทั้งการประเมินสถานการณ์ในการดำเนินงานได้อย่างทันท่วงที เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้เวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด[11] และปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการดำเนินการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. คือปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ซึ่งทรัพยากรมนุษย์ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนของ อสม. ที่ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานกับทุกสภาวะสถานการณ์สุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบริหารโครงสร้างบุลคากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างระบบและการสนับสนุนด้านปัจจัยการบริหารด้านบุคลากรโดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีบทบาทหลักเป็นผู้นำด้านสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพที่สามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อการดูแลชุมชนแบบองค์รวมและยั่งยืนต่อไป[8]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการบอกต่อ และด้านการตัดสินใจ รวมทั้งการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารที่เกี่ยวข้องกับด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ด้านเวลาและด้านบุคลากร เพื่อให้ อสม. มีศักยภาพและความพร้อมต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สาธารณสุขฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เข้าร่วมกิจกรรม Upskill หรือ Reskill เพื่อทบทวนและเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้านให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำหรือโรคติดต่อสำคัญที่อาจเป็นปัญหาสาธารณสุขฉุกเฉินในอนาคต

References

1. Chawaphanth S, Sennun P, & Tanasirijiranont R. Nurses and their ‘spirit of the second mile’ service during covid-19 pandemic. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021; 36(1): 5-17. (in Thai).
2. Rasiri S, Intarakumhang NRS, & Rasiri T. The role of Thai public health volunteers. Journal of health research and development. 2021; 7(2): 80-97. (in Thai).
3. Department of health service support. Village health volunteers home visits to monitor the spread of the novel coronavirus disease 2019 in the community. Nonthaburi; Department of health service support, 2023.
4. Phonyiam P, & Bouphan P. Health literacy and administrative factors affecting prevention and control of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Roi. Journal of Health Science and Community Public Health. 2023; 6(2): 25-39. (in Thai)

5. Nilnate N, Prasit N, Prasomsuk S, Nilnate P, Yotha N, & Thammasarn K. Health literacy and COVID-19 preventive behaviors among the working-age population in Nakhon Ratchasima province. Health Science Journal of Thailand. 2022; 4(4): 10-18. (in Thai)
6. Bouphan P. Principles of public health administration. (Third Editions). Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2015.
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (Second edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
8. Jaree W, Prasit N, Phimha S, Senaha N, & Yotha N. Administrative factors affecting the coronavirus disease 2019 prevention and control performance of village health volunteers in Khon Kean province. Journal of the Office Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 2013; 30(3): 99-111. (in Thai).
9. Division of Health Education, Department of health service support. Strengthening and evaluating health literacy. (First Edition). Nonthaburi; Newtham Printing (Thailand) Company Limited, 2018. (in Thai).
10. Praboromarajchanok Institule Ministry of Public Health. Guidelines for the implementation of surveillance, prevention, and control of COVID-19 in the community of village health volunteers. Nonthaburi; Praboromarajchanok Institule Ministry of Public Health, 2021. (in Thai).
11. Lorpattanakasem W. & Phatisena T. Association between health literacy and preventing and controlling behavior for covid-19 prevention and control among village health volunteers in Mueang Nakhon Ratchasima district, Nakhon Ratchasima province. Primary health care journal (Northeastern Edition). 2023; 38(2): 64-78. (in Thai).
12. Meekaew E, Jaidee W, & Sangjun S. Factors related to health literacy and self-protective behaviors for surveillance operation of coronavirus infection disease 2019 of village health volunteers at Soi-Dao district in Chanthaburi province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2022; 32(1): 74-87. (in Thai)
13. Siegel, S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences; McGraw-Hill, 1956.
14. Jareet W, Prasit N, Nilnate N, Nonthamat A, Phanyotha S, Kongsrima S, et al. Health literacy affecting the Coronavirus Disease 2019 prevention and control performance of village health volunteers at Khon Kean Province. Health Science Journal of Thailand 2023; 5(3): 18-27. (in Thai)
15. Nooyod C, Jutarosaga M, & Bouphan P, Personal characteristics and administrative factors affecting the performance of prevention and control in dengue hemorrhagic fever of village health volunteers at Sichompu district in Khon Kaen province. journal of the office disease prevention and control 7 Khon Kaen. 2022; 29(2): 30-41. (in Thai)
16. Kulkroaw P. Motivation factor affecting the performance of village health volunteers in covid-19 in Klong Luang district, Pathum Thani province. Journal of Environmental and Community Health. 2021; 6(3): 45-54. (in Thai)
17. Jaree w, Prasit N, Phimha S, Senaha N, & Yotha N. Administrative factors affecting the coronavirus disease 2019 prevention and control performance of village health volunteers in Khon Kean province. Journal of the Office Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 2013; 30(3): 99-111. (in Thai)

18. Salakham W, Tanapad J, Taloy T, Chotthititham N, Uttama P, Prakat P, at el. Correlation of perception disease severity to implementation role for control of coronavirus disease 2019 in communities among village health volunteers, Phrae province. Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare. 2022; 1(1): 29-40. (in Thai)
19. Indhraratana A. Health literacy of health professionals. Journal of the royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 174-8. (in Thai)
20. Montgomery DC, Peck EA, & Vining GG. Introduction to linear regression analysis. John Wiley & Sons; 2021.
21. Pleedee P, Bouphan P, & Udompanich S. Personal characteristics and administrative factors affecting the operational prevention and control of dengue fever among village health volunteers in Chumphuang district, Nakhon Ratchasima province. Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima. 2024; 30(1): 5-20. (in Thai)
22. Department of Health, Ministry of Public Health. Principles of health literacy organization. (First edition). Department of Health 4.0 Project office for health literacy of the people (SKHOS.). Department of Health, Ministry of Public Health, 2017. (in Thai)
23. Bumyut N, Dokchan P, & Wongwatthanaphong K. A study the factors enhancing the performance of village health volunteers in the prevention and surveillance of the Coronavirus disease 2019 in the Lower Northern Provinces 1. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2024; 9(1): 401-16. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

The Development of a Nursing Documentation Model for Patients in Crisis, an Emergency Department of Bhumipol Adulyadej Hospital

เพ็ญศรี เอี่ยมศรี อารี ชีวเกษมสุข* สุภมาส อังศุโชติ**
Pensri Iemsri Aree Cheevakasemsook* Supamas Angsuchot**
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตก่อนและหลังการพัฒนาอย่างละ 34 ชุด 3) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มจำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยมีดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่พัฒนาขึ้น 3) แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และ 4) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยเครื่องมือวิจัย 3) และ 4) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 และ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ แมนน์-วิทนีย์ยู และ วิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลที่พบ ได้แก่ (1) วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก และไม่ต่อเนื่อง (2) แบบบันทึกมีหลายแบบฟอร์ม และ (3) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) แบบบันทึกเชิงโครงสร้างด้วยระบบ PIE ตามกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม (2) คู่มือการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การบันทึกทางการพยาบาล, คุณภาพของการบันทึก, การรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึก, แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

This research and development aimed to develop a nursing documentation model for patients in crisis, an Emergency Department. The samples comprised 1) 30 professional nurses. 2) 34 nursing documentation forms for critical patients before and after developing the nursing documentation. 3) 8 Key performants. The research tools include as follows: 1) focus group discussion, 2) the developed nursing documentation format for critically ill patients, 3) nursing audit checklist of documentation quality, and 4) questionnaire on perceived value of adopting the new nursing documentation model. The reliability values

Corresponding Author: *E-mail: areecheeva@gmail.com
** นักศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 22 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 เม.ย. 2567 วันที่ตอบกลับ (accepted) 13 เม.ย. 2567

of the third and the fourth research tools were 0.98 and 0.95. Data were analyzed by using descriptive statistics, Mann-Whitney U test statistics, and Wilcoxon Signed Rank test.

The findings of the research were as follows: 1) Obstacles of nursing documentation revealed that (1) recording methods were not well aligned with the nursing process, charting was incorrect and discontinuous; 2) there were many recording forms and (3) there was no documentation manual. 2) The developed nursing documentation model consisted of (1) a structured format with the PIE system based on the nursing process with holistic approach, and (2) a documentation manual. Finally, the mean score of nursing documentation quality and professional nurses, perceived value of the documentation model were both higher after development of the model than before development to a statistically significant degree at the level of .05.

Keywords: nursing documentation, Quality of recording, Perceived value of the record model, Accident and Emergency Department

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกทางคลินิกที่มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล และเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล[1] เป็นเครื่องมือในการรายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสุขภาพ[2] เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล การบริหารจัดการความเสี่ยง ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อเกิดกรณีฟ้องร้อง[3] นอกจากนี้ บันทึกทางการพยาบาลยังเป็น 1 ใน 5 มาตรฐานของการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล[4] ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการให้บริการสุขภาพโดยมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นคุณภาพจึงทำให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นเนื่องจากใช้เป็นเอกสารสำคัญส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพของบริการการพยาบาล และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล[3] ดังนั้นการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งและพยาบาลต่างให้ความสำคัญกับบันทึกทางการพยาบาล โดยมีการพัฒนาบุคลากร พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึก และวิธีการบันทึก รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้การบันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าในต่างประเทศยังมีน้อยมาก พบการศึกษาการพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อ[5] และพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[6] ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษาพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยระยะบาดเจ็บและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[7 8 9 10 11] ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยระยะวิกฤต แต่พบการศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นการศึกษาตั้งแต่ปี 2549[12] โดยเป็นการพัฒนาแบบบันทึกการช่วยฟื้นคืนชีพเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมการบันทึกผู้ป่วยระยะวิกฤตตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งในปัจจุบันทางสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาหรือ American Heart Association ได้มีการเปลี่ยนแปลง Guidelines for CPR ในเดือน ตุลาคม 2563 โดยมีการปรับเปลี่ยน การประเมินการใช้ยา และขั้นตอนการช่วยชีวิต[13] ส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลต้องปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับแนวทางการกู้ชีพที่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน และจากรายงานการตรวจประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในปี 2565 พบว่า คะแนนการบันทึกโดยรวมเท่ากับ 78 เปอร์เซ็นต์ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้คือ 85 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งตรวจพบว่าเป็นการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวม

ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อนำไปปรับใช้ใน

โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศและเพื่อให้เป็นกรอบและเพิ่มความครอบคลุมในการบันทึกทางการพยาบาลรวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ

คำถามการวิจัย

1. สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นอย่างไร
2. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชควรมีลักษณะอย่างไร
3. คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หลังใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นดีกว่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

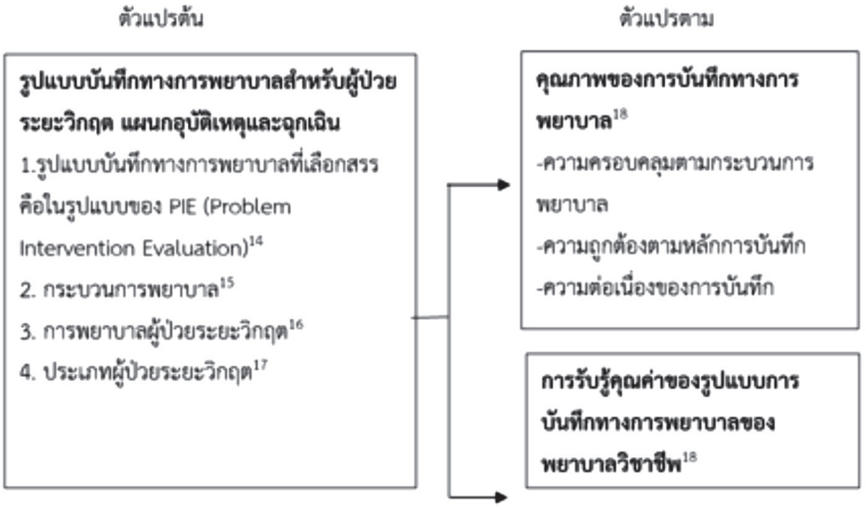
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. เพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดดังนี้ 1) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล PIE[14] โดยใช้แนวคิดของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ (1) ปัญหา (Problem) (2) การปฏิบัติการการพยาบาล (Intervention) และ (3) การประเมินผล (Evaluation) โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบมีโครงสร้าง มีแนวทางและมาตรฐานการดูแลในแบบฟอร์ม รวมทั้งปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย ที่สำคัญเหมาะกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเอื้อให้มีการบันทึกข้อมูล รวบรัด กระชับ ชัดเจน 2) กระบวนการพยาบาลกับการบันทึกทางการพยาบาล[15] 3) องค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต[16] เป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตตามกระบวนการพยาบาล 4) ประเภทของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[17] ด้านผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบมีดังนี้ 1) คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ[18] กรอบแนวคิดดังแสดงด้วยภาพดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม 2564 ถึงเดือน เมษายน 2565 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะก่อนการพัฒนา ระยะพัฒนา และระยะทดลองโดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนา รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 2 แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ก่อนการพัฒนารูปแบบที่ได้จากการคัดเลือกแบบจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล พัฒนาเครื่องมือดังนี้ ทำหนังสือขอใช้เครื่องมือแบบตรวจสอบคุณภาพ[18] ผ่านประธานสาขาพยาบาลศาสตร์ มสธ. และนำเครื่องมือมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย โดยมีเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้ ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึก ความต่อเนื่องของการบันทึก โดยด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ความถูกต้องตามหลักการบันทึกมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกมีคะแนนเต็มเท่ากับ 3 คะแนน ค่า IOC เท่ากับ 0.8-1 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.983 2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลพัฒนาเครื่องมือดังนี้ ทำหนังสือขอใช้เครื่องมือการรับรู้คุณค่า[18] ผ่านประธานสาขาพยาบาลศาสตร์ มสธ. และนำเครื่องมือมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่า IOC เท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.950

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย 2) พัฒนาเครื่องมือแบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่า 3) เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 4) เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย 5) ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาโดยประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิม และประเมินการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิม 6) สรุปปัญหาบันทึกทางการพยาบาลจากแบบตรวจสอบคุณภาพและแบบสอบถามการรับรู้คุณค่า 7) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล 8) นำข้อมูลจากข้อ 5 - 7 มาใช้เป็นแนวทางในการร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8-1

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพโดยคัดเลือกแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิมแบบเจาะจงตั้งแต่เดือน เมษายน 2564 – เดือน กันยายน 2564 จำนวน 34 แฟ้ม และตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2) รวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยนำแบบประเมินการรรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบเดิมไปให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้คุณค่า

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 3) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการรับรู้คุณค่า

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา รายละเอียดดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีดังนี้ รองผู้อำนวยการพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 คน พยาบาลผู้ตรวจการ 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 คน และแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน รวม 8 คน เป็นตัวแทนกลุ่มในการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล และแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต 2) รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตรูปแบบใหม่

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) จัดสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลและแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ 2) สร้างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตรูปแบบใหม่ โดยนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์เนื้อหา และความต้องการของหน่วยงานในการบันทึกทางการพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต และนำร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วในระยะก่อนการพัฒนา มาปรับปรุงร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนารูปแบบบันทึกจากการสนทนากลุ่มเพื่อนำมาปรับร่างรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สังเคราะห์รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่

ระยะที่ 3 ระยะทดลอง รายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตรูปแบบใหม่ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 34 ชุด 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 30 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เหมือนระยะก่อนการพัฒนาดังนี้ 1) แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล 2) แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นไปให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ 2) ประเมินคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุกรรมเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพ 2) นำแบบประเมินการรรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้คุณค่า

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพโดยคัดเลือกแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่แบบเจาะจงตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2564 – เดือน เมษายน 2565 จำนวน 34 แฟ้ม และตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2) รวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยนำแบบประเมินการรรับรู้คุณค่าการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้คุณค่าโดยนัดรับแบบประเมินคืน 7 วันหลังแจกแบบประเมิน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบด้านคุณภาพด้วยสถิติ Mann-Whitney U test 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบด้านการรับรู้คุณค่าด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB เลขที่ 20/64 ออกให้ ณ. วันที่ 16 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งหมด 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านวิธีการบันทึก การบันทึกไม่ต่อเนื่อง ไม่ถูกต้อง และไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลด้านร่างกายและการพยาบาลด้านจิตใจ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตมีหลายแบบฟอร์ม เป็นแบบบันทึกที่แยกส่วนกัน เป็นการบันทึกเชิงบรรยาย 3) ไม่มีคู่มือการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับใช้เป็นแนวทางในการบันทึกและเป็นตัวอย่างในการบันทึก

2. รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมีลักษณะดังนี้ 1) สร้างแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นแบบฟอร์มที่มีโครงสร้างด้วยรูปแบบการบันทึกแบบ PIE และมีแนวทางการบันทึกสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลเป็นแบบฟอร์มบันทึกที่บูรณาการระหว่าง 4 ชุดในชุดเดียวกัน ได้แก่ 1) แบบการประเมินแรกรับและการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยระยะวิกฤต (Initial assessment and CPR from for critical patient) 2) แบบบันทึกการเฝ้าระวังและติดตามอาการ (Monitoring nursing record) 3) แบบวินิจฉัยการพยาบาลและความก้าวหน้าทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต (Nursing diagnosis and progress note from critical patient) และ 4) แบบบันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary from) มีแนวทางการบันทึกโดยใช้เครื่องหมาย √ หน้าหัวข้อที่เลือกและเขียนเพิ่มเติมบางส่วน 2) คู่มือการใช้การบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารที่ให้แนวทางในการบันทึกตามรูปแบบทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียดและคำชี้แจงในการบันทึกแต่ละขั้นตอนพร้อมทั้งตัวอย่างของการบันทึกตามแบบบันทึกใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา

3. เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในด้านคุณภาพและการรับรู้คุณค่าก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา (N = 34)

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mann-Whitney U test	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1. ความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล	0.40	0.10	ต่ำมาก	0.98	0.04	ดีมาก	7.266*	.000
2. ความถูกต้องตามหลักการบันทึก	0.81	0.17	ดี	0.99	0/03	ดีมาก	6.097*	.000
3. ความต่อเนื่องของการบันทึก	2.13	0.50	ดี	2.74	0.04	ดีมาก	7.541*	.000

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำมาก ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 ด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา (n = 30)

การรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ	Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p-value
ก่อนการพัฒนา	3.68	0.41	มาก	4.816*	.000
หลังการพัฒนา	4.97	0.17	มากที่สุด		

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพปัญหามีดังนี้ 1) ด้านวิธีการบันทึก คือ บันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึก ไม่มีความต่อเนื่องของการบันทึก เนื่องจากเป็นการบันทึกแบบบรรยายทำให้การบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤตเมื่อแรกรับ ไม่ครอบคลุมองค์รวม สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าปัญหาของการบันทึกคือ วิธีการบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล บันทึกไม่ถูกต้องตามหลักการบันทึกและไม่ต่อเนื่อง[10, 19] 2) ด้านแบบบันทึก คือ มีหลายแบบฟอร์ม และเป็นแบบบันทึกแบบบรรยายในรูปแบบ Assessment Intervention Evaluation (AIE) ไม่มีแนวทางในการบันทึก เนื่องจากแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตมีหลายแบบฟอร์ม และเป็นแบบบันทึกที่แยกส่วนกันทำให้มีการบันทึกซ้ำซ้อน บันทึกไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและไม่มีความสะดวกในการบันทึก สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าปัญหาของการบันทึกด้านแบบ

บันทึกคือแบบบันทึกไม่เหมาะสมทำบันทึกไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม และมี แบบฟอร์มที่มีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน[10, 19] และ 3) ไม่มีคู่มือบันทึกทางการพยาบาลทำให้พยาบาลผู้บันทึกขาดแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต้องมีคู่มือการใช้แบบบันทึกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึก[10, 19]

2. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่พัฒนาขึ้นใหม่มีลักษณะดังนี้ 1) เป็นการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ PIE ซึ่งประกอบด้วยส่วนของปัญหา (Problem) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้าง มีการบันทึกตามมาตรฐานและกระบวนการพยาบาลครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยจัดทำเป็นแบบบันทึกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้สัญลักษณ์ √ ในช่องว่างรายการที่กำหนดไว้และสามารถเขียนเพิ่มเติมเมื่อประเมินอาการแล้วพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลของผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการบันทึกตามแบบฟอร์มที่มีโครงสร้างทำให้พยาบาลบันทึกได้รวดเร็ว มีแนวทางการบันทึกที่บรรยายได้ด้วยตนเองเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นคุณภาพการบันทึกได้อย่างชัดเจน [14] 2) คู่มือการใช้การบันทึกทางการพยาบาล เป็นเอกสารที่ให้แนวทางในการบันทึกตามรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียดและคำชี้แจงในการบันทึกแต่ละขั้นตอนพร้อมทั้งตัวอย่างของการบันทึก จากผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และ ด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p- value < .05 รวมทั้ง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p- value < .05) เนื่องจาก รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่เป็นการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของตัวแทนกลุ่มซึ่งเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่พบ โดยแก้ปัญหารูปแบบรูปแบบเดิมทั้งทางด้านวิธีการบันทึก ด้านแบบบันทึกและด้านคู่มือการใช้แบบบันทึก ทำให้ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบได้ตรงประเด็นปัญหา เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการนำไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าแบบบันทึกแบบมีโครงสร้างบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งมีคู่มือการใช้แบบบันทึก เป็นแบบบันทึกที่มีความเหมาะสมของรูปแบบ โครงสร้าง และเนื้อหา สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิผล[10] รวมทั้งการบันทึกด้วยรูปแบบ PIE เป็นการบันทึกไปตามกระบวนการพยาบาล บันทึกเป็นปัจจุบัน บันทึกได้ง่ายสะดวกและรวดเร็ว และแบบบันทึกที่จัดทำแผนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน (Standardized care plan) เป็นแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากในการปรับปรุงคุณภาพของบันทึกการพยาบาลทั้งในด้านเนื้อหาและความครบถ้วน ลดขั้นตอนกระบวนการจัดทำเอกสาร อำนวยความสะดวกในการดูแลต่อเนื่อง[14]

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพด้านคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก และด้านความต่อเนื่องของการบันทึกหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 ด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) เนื่องจาก รูปแบบบันทึกเป็นการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลเป็นเชิงโครงสร้างที่เป็นแบบฟอร์มมาตรฐานโดยเป็นการออกแบบให้มีการบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งครอบคลุมการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ รูปแบบบันทึก PIE เชิงโครงสร้างมีแนวทางการบันทึกตามปัญหาที่พบทำให้มีความง่าย สะดวก ในการบันทึก ซึ่งเหมาะกับการนำมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา[19]

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้คุณค่าด้านการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05) เนื่องจาก รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบใหม่เป็นการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของตัวแทนกลุ่มซึ่งเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่พบทำให้ได้แนวทางการพัฒนารูปแบบได้ตรงประเด็นปัญหา รวมทั้งเป็นการบันทึกแบบ

PIE เป็นแบบบันทึกเชิงโครงสร้างทำให้บันทึกได้ครบถ้วนและรวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณค่าของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มากกว่ารูปแบบเดิม[19]

ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชทำให้ได้แนวคิดในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยด้านคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนาทุกด้าน โดยด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล ด้านความถูกต้องตามหลักการบันทึก ด้านความต่อเนื่องของการบันทึก สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้บริหารควรมีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตไปใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะนำไปใช้ในหน่วยงาน ICU และหน่วยงานกึ่งวิกฤตอื่น ๆ เพื่อให้การบันทึกของพยาบาลมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 จากผลการวิจัยด้านการรับรู้คุณค่าของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้านและทุกข้อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรับรู้ประโยชน์ของรูปแบบใหม่ทำให้บันทึกตามรูปแบบที่พัฒนามาได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง และนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น ICU และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาและพัฒนาแบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตในหน่วยงานอื่น ๆ เช่น หน่วยงาน ICU (Intensive Care Unit) และ หน่วยงานกึ่งวิกฤต เป็นต้น

2.2 งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตโดยเป็นการบันทึกทางการพยาบาลด้วยกระดาษ ดังนั้นควรศึกษาและพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตโดยใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล แทนการบันทึกด้วยกระดาษ

2.3 ควรศึกษาตัวแปรตามอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล เช่น สมรรถนะของพยาบาลในการบันทึกทางการพยาบาล และภาระงานของพยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่บันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น

References

1. Saenprasarn P. Nursing processes and records. Bangkok: Sukhumvit Printing Company Limited; 2017. (In thai)
2. Health Insurance Office. Guidelines for recording and evaluating the quality of medical records. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing Company Limited; 2020. (In thai)
3. Pantharangsi P. Nursing Process & Health Plan: Clinical applications. Bangkok: Pim Aksorn Limited Partnership; 2021. (In thai)
4. Thailand Nursing and Midwifery Council. Royal Gazette Announcement of the Nursing and Midwifery Council on Nursing Standards. Thailand Nursing and Midwifery Council; 2019. (In thai)
5. Schmidt K A. Handoff Communication in the Emergency Department (D.N.P.). Handoff Communication in the Emergency Department. Carlow University; 2014
6. Vafaei SM, Manzari ZS, & Heydari A, Froutan, R, & Farahani, L. A. Improving Nursing Care Documentation in Emergency Department: A Participatory Action Research Study in Iran. Open access Macedonian journal of medical sciences. 2018; 6(8): 1527–32.
7. Wongsisai N. Quality improvement of nursing documents in the accident and emergency unit, Li hospital, Lamphun province. Master's degree thesis. Chiang Mai University; 2013. (in thai)

8. Chaodong A. Quality improvement of nursing documentation in an emergency unit, Thoen hospital, Lampang province. Master's degree thesis, Chiang Mai University; 2015. (in thai)
9. Sampaothong T. The Development of Nursing Activity Record for Emergency Injuries Patient at Resuscitation Room of Emergency Department Khon kaen Hospital. Master of Nursing Science. Khon kaen University; 2016. (in thai)
10. Jakaom S., Cheevakasemsook A., & Kusolvisitkul W. The Development of a Nursing Documentation Model in the Accident and Emergency Unit, Maesai Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2021; 22(2): 411–6 (In thai)
11. Nalampang O, & Budda D. The Quality Improvement of Nursing Documents in the Emergency and Forensic Unit, Bangkruay Hospital. Journal of Nursing and Public Health Research, 2021 1(3): 31–44. (in thai)
12. Pittayanon S. Development of nursing records for critically ill patients, Emergency Department, Ramathibodi Hospital Thesis, Master of Nursing Science, Mahidol University; 2006. (in thai)
13. Thai Resuscitate Council. ACLS Provider Manual 2020. Bangkok: Panyamit publishing; 2021. (in thai)
14. Potter PA, Perrey AG, Stockert PA, & Hall A. Fundamentals of Nursing (9thed). St Louis: Mosby; 2013.
15. American Association of Critical Care Nurse. (2019). Scope and Standards for Progressive and Critical Care Nursing Practice. USA: American Association of Critical-Care Nurses; 2019
16. Ackley JB, & Ladwig BG, Nursing Diagnosis Handbook : An Evidence Baseed Guide to Planing Care (10th ed). Mosby; 2014
17. National Institute For Emergency Medicine. Manual, guidelines for following the criteria and procedures for triaging emergency patients and arranging care at the emergency room according to the criteria set by the Emergency Department. National Institute For Emergency Medicine; 2015. (in thai)
18. Cheevakasemsook, A. Development of a nursing record format that aims to use the nursing process Lam Luk Ka Hospital. (Thesis, research grant from Lam Luk Ka Hospital and cooperation from the nursing group). Doctoral Thesis. 2011. (in thai)
19. Khamlamloed, U., Cheevakasemsook, A., Namchantra, R., & Kusonwisitkul, W. The Development of a Nursing Record Model in a Neonatal Intensive Care Unit of Samut Sakhon Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18 (suplement): 326-34. (In thai)

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Mental Health Literacy and Psychological Distress Among Village Health Volunteers

อติพร สิทธิมงคล สมบัติ สกุลพรรณ์* ภัทราภรณ์ ภทรสกุล
Atiporn Sitthimongkhon Sombat Skulphan* Patraporn Bhatarasakoon
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ภาวะกดดันด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา และศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และ 3) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.83, 41.67 และ 7.55 ตามลำดับ (Mean = 129, SD = 18.56) มีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง มาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.15, 40.88, 13.54 และ 4.43 ตามลำดับ (Mean = 18.69, SD = 6.09) และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.145) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและอบรมการจัดการภาวะกดดันด้านจิตใจ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, ภาวะกดดันด้านจิตใจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This correlational descriptive study aimed to study mental health literacy and psychological distress and to examine the relationship between mental health literacy and psychological distress. The sample consisted of male and female VHVs, aged 18 years and over, lives in Khon Kaen, Nong Bua Lam Phu, Nakhon Ratchasima and Sisaket provinces. with 384 participants. The data collection tools included 1) a General Information Questionnaire, 2) a Mental Health Literacy Questionnaire, and 3) the Psychological Distress Scales. Descriptive statistics and Spearman's coefficient were used for data analysis.

Corresponding author *Email: sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ (received) 24 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ต.ค. 2566

The findings revealed that VHVs had overall mental health literacy scores at high, moderate, and low levels, representing 45.83%, 41.67%, and 7.55%, respectively (Mean = 129, SD = 18.56). VHVs had psychological distress scores at the low, medium, high, and highest levels representing 41.15%, 40.88%, 13.54%, and 4.43%, respectively (Mean = 18.69, SD = 6.09). Mental health literacy had a low negative correlation with psychological distress among VHVs, at the statistical significance of .05 (r = -.145). The results of this research can be used to developing mental health literacy and training for psychological distress management among VHVs. This will encourage them to be able to take care of themselves and people with mental health in the community.

Keywords: Mental Health Literacy, Psychological Distress, Village Health Volunteer

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการพัฒนางานสุขภาพจิตด้วยหลักการ 3ส. ได้แก่ 1) สอดส่อง มองหา 2) ใส่ใจรับฟัง และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง[1] การปฏิบัติตามบทบาทเหล่านี้จะต้องกระทำภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล[2] โดยการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องมีความระมัดระวังและความรับผิดชอบสูง ถ้ามีศักยภาพหรือมีความรู้ไม่เพียงพอขาดความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับประชาชนอาจส่งผลให้เกิดความกดดันจากการทำงานได้[3] โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้แพทย์ พยาบาล รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตามมา[4] ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรค ทราบแนวทางการดูแลจิตใจ ก็จะสามารถนำข้อมูลไปสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของประชาชนในพื้นที่ได้อีกด้วย[5]

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological Distress) หมายถึง สภาวะความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ซึ่งทำให้บุคคลต้องดิ้นรนเพื่อรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน[6] เมื่อนำเสนอเป็นดัชนีปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 13 ของภาระโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2559 ทั้งยังก่อให้เกิดภาระต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยรวม[7] จากรายงานผู้ป่วยเข้ารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศ ปี 2559, 2560 และ 2561 มีจำนวน 1,616,400 ราย 2,347,749 ราย และ 3,051,007 ราย ตามลำดับ[8] ชี้ให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคนที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจจะไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน ทำให้เกิดการสูญเสียสมดุลทางสภาพจิตใจ[9] จากการศึกษาการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำงานในชุมชนประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ความตึงเครียดจากภาระงานที่มากเกินไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจที่สูงขึ้น ($r = .48$, $p<.001$)[10] นอกจากนี้ยังพบปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่ต่ำจะส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเครียดที่เผชิญในชีวิตประจำวันได้ดี หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่สูงจะทำให้มีความรู้เรื่องโรค ทราบวิธีจัดการความเครียด และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม[11]

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อของบุคคลในการรับรู้อาการ ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลตนเองและช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลมีการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต

สามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และดูแลสุขภาพจิตของตนเอง คนรอบข้าง และคนในชุมชนได้ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมการตระหนักรู้ การช่วยเหลือที่เหมาะสมทั้งต่อตนเองและบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต[12,13,14] จากการศึกษาพบว่าประชาชนที่มีองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่ต่ำ คือมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ มีการรับรู้ที่ไม่ดี มีทัศนคติเชิงลบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาที่ได้มาตรฐาน[15] ในประเทศไทยพบการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดจันทบุรี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถแยกโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังสับสนในการแยกโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล[16] ในประเทศอินเดีย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแม่นยำในการระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทน้อย โดยพบเพียงร้อยละ 56.7 และ 36.5 ตามลำดับ[17] ผลการศึกษาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้นยังมีการศึกษาน้อยและมีไม่เพียงพอ ซึ่งอาจมีผลต่อการทำหน้าที่หรือปฏิบัติบทบาทของตนเองได้โดยเฉพาะการทำงานด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะกดดันด้านจิตใจและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ขอนแก่น เลย นครราชสีมา และนครพนม มีจำนวน 17,759 ราย 14,142 ราย 9,940 ราย 9,462 ราย และ 8,682 ราย ตามลำดับ โดย 3 ลำดับแรกของโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคจิตเภท โรควิตกกังวล และโรคติดสารเสพติดอื่น ๆ มีจำนวน 11,715 ราย 8,352 ราย และ 6,811 ราย ตามลำดับ[8] ปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจมาจากความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวลดลง ปัญหาเศรษฐกิจและรายได้ที่มีการขยายตัวต่ำกว่าระดับประเทศโดยขยายตัวเพียงร้อยละ 2.3 ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความตึงเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงบุคลากรทุกภาคส่วนในพื้นที่ต้องรับนโยบายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น[18] จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอย่างไร
2. ภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอย่างไร
3. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ โอคอนนอร์ และ คาเซ่ย์[13] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้านของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และกรอบแนวคิดการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของ เคสเลอร์ และ มร็อกเซค[6] อธิบายความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรตามทฤษฎีการเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน[19]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Study)

เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพทั้งหมด 4 เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพทั้งหมด 4 เขต ที่ผู้วิจัยคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายได้เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา และศรีสะเกษ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ เครซี่ และมอร์แกน[20] และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 384 ราย (ขอนแก่น 66 ราย, หนองบัวลำภู 132 ราย, นครราชสีมา 127 ราย และศรีสะเกษ 59 ราย) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ โอคอนนอร์ และ คาเซ่ย์[21] และจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) ความสามารถในการรับรู้อาการของความผิดปกติทางจิตเวชประเภทต่าง ๆ (8 ข้อ) ด้านที่ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตเวช (9 ข้อ) ด้านที่ 3) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือตนเอง (5 ข้อ) ด้านที่ 4) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (5 ข้อ) ด้านที่ 5) ความรู้และความสามารถเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (4 ข้อ) และ ด้านที่ 6) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวชที่เหมาะสม (7 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10) ของ เคสเลอร์ และ มร็อคเซค ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนีกร อุปเสน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ[22] เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 3 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดเท่ากับ .82 และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 ครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตทั้งฉบับเท่ากับ .83 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 002/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 11 มกราคม 2565 และทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 4 จังหวัด และเมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลงานและการตีพิมพ์ในวารสารจะทำในภาพรวมเท่านั้น การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการให้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อหัวหน้าส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา และศรีสะเกษ และชี้แจงวัตถุประสงค์ เข้าพบสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แต่ละพื้นที่เพื่อตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล จัดเตรียมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ และเก็บเอกสารไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อคเก็บไว้ที่กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำลายเอกสารทิ้งภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตทั้งโดยรวม รายด้าน และแต่ละระดับ รวมทั้งคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ นำไปทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สมินอฟ พบว่า มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.03 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 17.97 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.23 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.13 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 54.43 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 28.91 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 54.69 และไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 45.31

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แต่ละระดับทั้งโดยรวม และรายด้าน

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	จำนวนร้อยละ	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
โดยรวม	จำนวน	19	176	160	29	0
($\bar{X}$ = 129.16, SD = 18.56)	ร้อยละ	4.95	45.83	41.67	7.55	0
รายด้าน						
ด้านที่ 1	จำนวน	99	139	64	37	45
($\bar{X}$ = 27.85, SD = 8.43)	ร้อยละ	25.78	36.20	16.66	9.64	11.72
ด้านที่ 2	จำนวน	22	142	196	24	0
($\bar{X}$ = 29.92, SD = 4.64)	ร้อยละ	5.73	36.98	51.04	6.25	0
ด้านที่ 3	จำนวน	68	176	105	33	2
($\bar{X}$ = 18.52, SD = 3.50)	ร้อยละ	17.71	45.83	27.35	8.59	0.52
ด้านที่ 4	จำนวน	93	130	128	29	4
($\bar{X}$ = 18.51, SD = 4.05)	ร้อยละ	24.22	33.86	33.33	7.55	1.04
ด้านที่ 5	จำนวน	87	158	79	36	24
($\bar{X}$ = 14.09, SD = 3.70)	ร้อยละ	22.66	41.15	20.57	9.37	6.25
ด้านที่ 6	จำนวน	16	104	113	107	44
($\bar{X}$ = 20.17, SD = 6.01)	ร้อยละ	4.17	27.08	29.43	27.86	11.46

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.83, 41.67 และ 7.55 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก ทั้งหมดสี่ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) ความสามารถในการรับรู้อาการของความผิดปกติทางจิตเวชประเภทต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 36.20 ด้านที่ 3) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือตนเอง คิดเป็นร้อยละ 45.83 ด้านที่ 4) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ คิดเป็นร้อยละ 33.86 และด้านที่ 5) ความรู้ และความสามารถเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 41.15 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมดสองด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 51.04 และด้านที่ 6) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวชที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 29.43

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยรวม

ภาวะกดดันด้านจิตใจ	ระดับภาวะกดดันด้านจิตใจ			
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
จำนวน	158	157	52	17
ร้อยละ	41.15	40.88	13.54	4.43
($\bar{X}$ = 18.69, SD = 6.09, Max = 48, Min = 10)				

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และมาก คิดเป็นร้อยละ 41.15, 40.88 และ 13.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า p-value	การแปลผล
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ	r = -.145	.004*	ต่ำ

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.145)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.83, 41.67 และ 7.55 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) อาจมีผลมาจากปัจจัยด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 82.03 เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตดีกว่าเพศชายถึงร้อยละ 60.723 ปัจจัยด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51- 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 43.23 จากการศึกษาพบว่าวัยผู้ใหญ่จะมีทักษะในการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และประสบการณ์กับผู้คนรอบข้างและมีการจดจำความผิดปกติทางจิตเวชได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ[24] การศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า มีความสามารถในการจำแนกการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ[16] ในต่างประเทศ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแม่นยำในการระบุการ

เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทน้อย โดยพบเพียงร้อยละ 56.7 และ 36.5[17] หากเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในต่างประเทศกับในประเทศไทยแล้ว พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับดีกว่าในต่างประเทศ อาจเนื่องมาจากได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ และการสาธารณสุขมูลฐานของไทยที่ได้รับการยกย่องว่ามีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง[25] และผู้วิจัยไม่ได้ระบุเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่แล้ว จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 54.69 ที่ผ่านการอบรมแล้วเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุดอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 45.83

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และมาก คิดเป็นร้อยละ 41.15, 40.88 และ 13.54 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับต่ำพบมากเป็นอันดับสูงสุด แต่ยังพบกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 40.88 และ 13.54 ที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับปานกลางและมาก ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว การศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชนบทของประเทศเอธิโอเปียมีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับสูงที่สุดเนื่องมาจากภาระงานที่หนักและไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐเท่าที่ควร[26] และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศซาอุดิอาระเบียบ พบว่าการมีภาระงานและต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับสูงมากถึงร้อยละ 7[27] อธิบายผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำพบมากเป็นอันดับสูงสุด อาจเนื่องมากจากชุมชนที่อยู่อาศัยไม่แออัดอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีพี่น้องให้ความช่วยเหลือกันได้ดี รวมถึงอยู่ใกล้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่มีความเอาใจใส่ติดตามนิเทศการทำงานอยู่เสมอ มีการมอบหมายงานชัดเจนตามระดับความสามารถของบุคคล จึงทำให้การทำงานมีความกดดันน้อย ภาวะกดดันด้านจิตใจก็จะน้อยตามไปด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.145) คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลประจำโรงเรียนในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ พบว่าคนที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่สูงจะสัมพันธ์กับระดับภาวะกดดันด้านจิตใจที่ต่ำ[28] และการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าคนที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับอาการของโรคความผิดปกติทางจิตในโรควิตกกังลและโรคซึมเศร้าในระดับที่ต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะความกดดันด้านจิตใจที่สูง[29] ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมของคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่วนใหญ่อยู่อาศัยเป็นสังคมแบบเครือญาติ มีประเพณีและความเชื่อร่วมกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นคนในพื้นที่จึงทำให้มีความคุ้นเคยและเป็นกันเอง ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น ลงเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว จึงทำให้มีความรู้ในการดูแลประชาชนในพื้นที่พอสมควร ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับมาก ไม่เกิดความกดดันจากการทำงาน ส่งผลให้มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับต่ำ จึงทำให้การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันแต่ในระดับต่ำเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาลวิชาชีพ ต้องมีการศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และจัดอบรมเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นเนื้อหาความรู้ในส่วนยังขาดหรือมีน้อย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นและภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง คนในชุมชน และช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

ในชุมชนมีความเข้มแข็งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยภาพรวมของประเทศ

2. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตอื่น ๆ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาจเกี่ยวข้องหรืออาจมีความสัมพันธ์กัน

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. knowledge guide for village health volunteers specializing in community mental health. 2nd. Nonthaburi: Prathammakhant printing; 2018. (in Thai)
2. Primary Health Care Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Regulations on village health volunteers, 2011, along with rules related to village health volunteers. 1st. Nonthaburi: Beat Time Marketing Limited Partnership; 2017. (in Thai)
3. Chinta T, Ajchara S, & Suthatta C. Selected Factors related with the Health Literacy of Village Health Volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (Supplement): 320-32. (in Thai)
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for mental rehabilitation in the situation of the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 1st. Nonthaburi: Aone printing; 2020. (in Thai)
5. Sirikan K. Effectiveness of Program for Improving Self-Care Behaviors to Prevent COVID-19 of Communities among Village Health Volunteers in Pathumthani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 479-87. (in Thai)
6. Kessler R, & Mroczek D. Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor, MI: Survey research. Center of the Institute for Social Research, University of Michigan. USA. 1994.
7. Vigo D, Thornicroft G, & Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The lancet Psychiatry. 2016; 3(2): 171-78.
8. Thailand's psychiatric service center system, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report of patients receiving psychiatric services Fiscal year 2016, 2017, 2018 and 2019. 1st. Nonthaburi; 2019. (in Thai)
9. Paiva PC, Torrente M D O N D T, Landim F L P, Branco J G D O, Tamboril B C R T & Cabral A L T. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. Journal of school of Nursing USP. 2016; 50(n.esp): 134-9.
10. Maes K, Closser S, Tesfaye Y, & Abesha R. Psychological Distress among unpaid Community Health Workers in rural Ethiopia: Comparing leaders in Ethiopia's Women's Development Army to their peers. Journal of Social Science & Medicine. 2019; 230(n.esp): 138-46.
11. Paulus D J, Wadsworth L P, & Hayes-Skelton S A. Mental Health Literacy for Anxiety Disorder: How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. Journal of Public Mental Health. 2015; 14(2): 94-106.
12. Jorm A F, Korten A E, Jacomb P A, Christensen H, Rodgers B, & Pollitt P. "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia. 1997; 166(n.esp): 182-6.
13. O'Connor M, Casey L, and Clough B. Measuring mental health literacy–a review of scale-based measures. Journal of Mental health. 2014; 23(4): 197-204.

14. Kutcher S, Wei Y, & Coniglio C. Mental Health Literacy; Past, Present, and Future. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016; 61(3): 154-8.
15. Venkataraman S, Patil R, & Balasundaram S. Why mental health literacy still matters: a review. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2019; 6(6): 2723-9.
16. Chettha K, Sopinsiri Y, Lalana P, & Aranya B. Mental Health Literacy among Village Health Workers A Case Study of two sub-districts in kloong, Chantaburi. Journal of Health Science Research. 2014; 8(1): 10-6. (in Thai)
17. Kermode M, Bowen K, Arole S, Pathare S, & Jorm A. F. Attitudes to people with mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services. 2009; 44(12): 1087-96.
18. Regional Development Plan 2017- 2022 (revision). Northeastern Development Plan in the 12th National Economic and Social Development Plan. 1st. Nonthaburi; 2017. (in Thai)
19. Lazarus R S, & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1st. New York: Springer; 1984.
20. Krejcie R V, & Morgan D.W. "Determining Sample Size for Research Activities". Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
21. O'Connor M, & Casey L. The Mental Health Literacy Scale: A new scale-based measure of mental health literacy. Journal of Psychiatry Research. 2015; 229(1-2): 511-6.
22. Sirithana Y, & Ratchaneekorn U. The effect of Coping Skills Enhancement Program on Psychological distress in Caregivers of Person with Schizophrenia. Nursing Journal. 2020; 47(2): 310-9. (in Thai)
23. Cotton S M, Wright A, Harris M G, Jorm A F, & McGorry P D. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006; 40(9): 790-6.
24. Eleana H, & Adrian F. Influence of Age and Gender Differences on Mental Health Literacy of Anxiety Disorders. Journal of Psychiatry Research. 2017; 8-13
25. Public Health Support Division, Department of Health Service Support. Evolution of Primary Health Care in Thailand (1978-2014). 1st. Nonthaburi: The Printing Office to assist veterans organization; 2014. (in Thai)
26. Kenneth M, Svea C, Yihenew T, & Roza A. Psychosocial distress among unpaid Community Health Workers in rural Ethiopia: Comparing leaders in Ethiopia's Women's Development Army to their peers. Journal of Social Science & Medicine. 2019; 230(n.esp): 138-46.
27. Mohammed K, Al-Hanawi, Martin L M, Noor A, Ameerah M N Q, Khadijah A, Rasha A, & Omar A. Psychological Distress Amongst Health Workers and the General Public During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. Risk Management and Healthcare policy. 2020; 7(13): 733-42.
28. Al-Yateem N, Rossiter R C, Robb W. F, & Slewa-Younan S. Mental health literacy of school nurses in the United Arab Emirates. International Journal of Mental Health Systems. 2018; 12(1): 1-14.
29. Paulus D J, Wadsworth L P, & Hayes-Skelton S A. Mental Health Literacy for Anxiety Disorder: How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. Journal of Public Mental Health. 2015; 14(2): 94-106.

อิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร

Influence of Age, Educational Level, Gestational Age, Number of Child Loss, and Marital Relationship on Grief of Women after Abortion

อุมาพร สินปราณี ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง* วรรณา พาหุวัฒนกร นพพร ว่องสิริมาศ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
Umaporn Sinpranee Piyanun Limruangrong* Wanna Phahuwatanakorn
Nopporn Vongsirimas Dittakarn Boriboonhirunsarn
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีภายหลังการแท้งบุตรที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ เป็นการทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแบบสอบถามความเศร้าโศก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเศร้าโศก ณ วันที่เข้ารับการรักษาภายหลังการแท้งบุตรมีค่าเฉลี่ย 84.7 คะแนน (SD = 24.6) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร ได้แก่ อายุ (β = -.235, p = .013) จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร (β = .324, p = .001) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (β = -.204, p = .029) สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรได้ร้อยละ 22.30 (R^2 = .223, F = 5.396, p<.001)

ข้อเสนอแนะ สตรีแท้งบุตรที่อายุน้อย เคยมีประวัติสูญเสียบุตรมาก่อน และมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดี อาจนำไปสู่ความเศร้าโศกในระดับสูงได้ ควรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อนำไปวางแผนหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้สตรีสามารถผ่านกระบวนการการเกิดความเศร้าโศกไปได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การแท้งบุตร, อายุครรภ์, จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส, ความเศร้าโศก

Abstract

This research aimed to study the influence of age, educational level, gestational age, number of child loss, and marital relationship on grief of women after abortion. The sample was 100 post-abortion women who had suffered the loss of a child at less than 28 weeks gestational age and had medical indications for abortion. The sample were admitted at The Thammasat University Hospital and Siriraj Hospital. Data were

Corresponding Author: *E-mail: piyanun.lim@mahidol.ac.th
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 16 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ธ.ค. 2566

collected by using questionnaires on demographic data, the dyadic adjustment scale, and the perinatal grief scale. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

According to the findings, the sample had a mean score of 84.7 points (SD=24.6) for grief on the date of treatment after abortion. The factors with influence over women's grief following abortion were age (β = -.235, p = .013), number of child losses (β = .324, p = .001), and marital relationship (β = -.204, p = .029). The variances in women's grief scores after abortion were explained by 22.30% (R^2 = .223, F = 5.396, p<.001).

Recommendations: Women who had an abortion at a young age, a history of child loss, and poor marital relationships can lead to a high level of grief. Therefore, risk screening should be performed in order to plan support to enable women to work through the process of grief appropriately.

Keywords: Abortion, Gestational age, Number of child loss, Marital relationships, Grief

บทนำ

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างสตรีและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ นำมาซึ่งความคาดหวังที่ทารกจะมีความสมบูรณ์และแข็งแรง แต่ทุกการตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดการสูญเสียได้ แม้ว่าการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาทางสูติศาสตร์ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าไปอย่างมากก็ตามแต่การแท้งยังคงพบได้ อุบัติการณ์ของการแท้งทั่วโลกพบอัตราการแท้งเฉลี่ย 39 คน ต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน[1] สำหรับประเทศไทยพบอัตราการแท้ง 76 คน ต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน[2] ผลกระทบของการแท้งต่อร่างกาย พบว่าทำให้มีการตกเลือด มีอาการปวดท้อง และการติดเชื้อในโพรงมดลูกได้[3] และผลกระทบต่อจิตใจพบว่าอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลระดับสูง ความภูมิใจในตนเองและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตต่ำลงได้ในระยะยาว[4-5] แต่กลับพบว่าสตรีแท้งบุตรมักถูกละเลยจากคนในสังคมไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนผู้ร่วมงาน หรือบุคคลภายนอก เนื่องจากเข้าใจว่าสตรีภายหลังการแท้งมีความเศร้าโศกน้อย ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง[6] อาจส่งผลให้สตรีภายหลังการแท้งผ่านกระบวนการความเศร้าโศกไปได้อย่างล่าช้า

ความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรแบ่งเป็น 5 ระยะ[7] ระยะปฏิเสธ (denial) ระยะโกรธ (anger) ระยะต่อรอง (bargain) ระยะซึมเศร้า (depress) ระยะสุดท้ายคือการยอมรับ (acceptance) อย่างไรก็ตามถึงแม้สตรีจะเกิดการยอมรับแล้วแต่อาจกลับไปสู่ระยะเริ่มแรกได้อีกครั้งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเหมาะสม และหากสตรีไม่สามารถผ่านความเศร้าโศกตามกระบวนการปกติไปได้ อาจนำมาซึ่งความเศร้าโศกที่ผิดปกติและยาวนานได้

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลัง การแท้งบุตร[8-16] ได้แก่ 1) อายุ สตรีอายุมากมีโอกาสตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติและเสียชีวิตมากกว่าสตรีอายุน้อย การศึกษาในอดีตพบว่าอายุสตรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียบุตร (r=.153, p<.05)[8] ในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาพบว่าอายุสตรีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียบุตร (r = -.171, p = .05)[9] และสตรีที่อายุน้อยจะทำนายการเกิดความเศร้าโศกได้ 2.0 เท่าของสตรีที่มีอายุมาก (β = -.20, p<.05, 95% CI -1.13, -0.25)[10] 2) ระดับการศึกษา มีผลต่อการทำความเข้าใจสาเหตุของการสูญเสีย และความเข้าใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่จะช่วยบรรเทาความเศร้าโศกได้ โดยพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมปลายมีความเศร้าโศกสูงกว่า (M = 84.37, SD = 23.67) สตรีที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี (M = 77.83. SD = 21.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)[8] เช่นเดียวกับอีกการศึกษาที่พบว่าสตรีที่มีการศึกษา < 12 ปี มีโอกาสเกิดความเศร้าโศกระดับสูงเป็น 1.4 เท่า ของสตรีที่มีการศึกษา ≥ 12 ปี (p = .05)[11] 3) อายุครรภ์บ่งบอกถึงความผูกพันระหว่างสตรีและทารกในครรภ์ มีการศึกษาพบว่าสตรีที่สูญเสียบุตรเมื่ออายุครรภ์ > 28 สัปดาห์ มีความเศร้าโศกระดับสูงมากกว่าสตรีที่สูญเสียบุตรเมื่ออายุครรภ์ ≤ 28 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ (p=.05)[12] ดังนั้นสตรีที่สูญเสียบุตรเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเศร้าโศกมากขึ้นไปด้วย และยังพบว่าสตรีที่สูญเสียบุตรเมื่ออายุครรภ์ ≥ 20 สัปดาห์จะเกิดความเศร้าโศกระดับสูงมากกว่าสตรีที่สูญเสียบุตรเมื่ออายุครรภ์ < 20 สัปดาห์ อย่างมี

นัยสำคัญ (β = 9.17, p = .011, 95% CI 2.13, -16.20)[12] 4) จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการสูญเสียบุตร (r = -.376, p<.05)[13] เนื่องจากสตรีที่เคยสูญเสียบุตรมาก่อนจะได้รับข้อมูลความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้มีการเตรียมตั้งรับความเศร้าโศกที่อาจเกิดขึ้นได้ในครรภ์ปัจจุบัน อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาที่พบว่าสตรีที่มีประสบการณ์การแท้งบุตรมาก่อนมีความเศร้าโศกสูงกว่าสตรีที่ไม่มีประสบการณ์การแท้งบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)[14] สอดคล้องกับอีกการศึกษาที่พบว่าความเศร้าโศก ในสตรีที่แท้งบุตรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามจำนวนครั้งของการแท้ง (p=.015)[15] 5) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่าสตรีที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับต่ำสามารถทำนายการเกิดความเศร้าโศกได้ 1.7 เท่าของสตรีที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับสูง (β = -.17, p<.011, 95% CI -0.30, -0.14)[12] เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความเศร้าโศกกับความผาสุกทางจิตใจและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในสตรีที่ตั้งครรภ์ภายหลังการสูญเสียบุตร พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเศร้าโศก โดยพบว่าถ้าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแย่ลงความเศร้าโศกก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น (r = -.25, p = .001)[16]

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกในสตรีภายหลังแท้งบุตรครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงของความเศร้าโศกที่อาจเกิดขึ้นได้ ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้นับเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนในการคัดกรองสตรีภายหลังการแท้งบุตรที่มีความเสี่ยงในการเกิดความเศร้าโศกระดับรุนแรงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของ อายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยประชากรคือสตรีภายหลังการแท้งบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ และโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แท้งบุตรเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ฯลฯ ไม่เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก และไม่ใช่การทำแท้งโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย โดยแบ่งเก็บข้อมูลตามสัดส่วนของสตรีแท้งและจำนวนวันเข้าเก็บข้อมูลต่อสัปดาห์ แบ่งเป็นอัตราส่วน 2 : 1 ดังนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ จำนวน 67 ราย และโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 33 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล มี 7 ข้อ โดยให้เลือกและเติมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลด้านสูติกรรม มี 11 ข้อ ใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งหมด

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส[17] มี 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ข้อ 1-6 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 5 (เห็นพ้องกันมากที่สุด) จนถึง 0 (ไม่เห็นพ้องกันเลย) 2) ความพึงพอใจในคู่สมรส ข้อ 7-10 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 5 (บ่อยมากหรือตลอดเวลา) จนถึง 0 (ไม่เคยเลย) และ 3) ความกลมเกลียวของคู่สมรส ข้อ 11 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 4 (ทุกวัน) จนถึง 0 (ไม่มีเลย) ข้อ 12-14 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 5 (บ่อยมาก) จนถึง 1 (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) คะแนนรวมมีค่า 0-69 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงสตรีภายหลังการแท้งมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี และคะแนนน้อยหมายถึงสตรีภายหลังการแท้งมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดี การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

3. แบบสอบถามความเศร้าโศก[18] มีคำถาม 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกเศร้าโศก ด้านความยากลำบากในการเผชิญกับการสูญเสีย และด้านความรู้สึกสิ้นหวัง คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึง 5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมมีค่า 33-165 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงสตรีภายหลังการแท้งมีความเศร้าโศกมาก และคะแนนต่ำหมายถึงสตรีภายหลังการแท้งมีความเศร้าโศกน้อย ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 91 คะแนน ถือว่าเป็นความเศร้าโศกในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ Si 107/2021 (9 กุมภาพันธ์ 2564) และ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ 067/2564 (14 ตุลาคม 2564) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ สามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยแบบสอบถามไม่มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะยึดถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจัดทำในภาพรวม นำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และจะทำลายเอกสารทั้งหมดโดยผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนดจากแฟ้มประวัติ และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการการรักษาหรือภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังการทำแท้ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงให้ทำการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลา 40-45 นาที

3. ผู้วิจัยรวมคะแนนของแบบประเมินความเศร้าโศก หากกลุ่มตัวอย่างรายใดมีคะแนนรวมทั้งฉบับ 91 คะแนนขึ้นไป ซึ่งจัดว่ามีความเศร้าโศกในระดับสูง จะแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสูติกรรมจากแฟ้มประวัติ และเอกสารฝากครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสูติกรรม วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอการวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความเศร้าโศกของสตรีวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอการวิเคราะห์โดยใช้ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตรด้วยสถิติเพียร์สัน

4. วิเคราะห์ข้อมูลหาอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรทำนายต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตร ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าสู่สมการทั้งหมด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 19-46 ปี (Mean = 34.9, SD = 6.0) จบการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 48 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 21 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ร้อยละ 99 มีการวางแผนสำหรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ร้อยละ 53 เป็นสตรีครรภ์หลังร้อยละ 62 และมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 47 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูญเสียบุตรมาก่อนร้อยละ 78 และเคยสูญเสียบุตรอย่างน้อยหนึ่งครั้งร้อยละ 22 เป็นการสูญเสียบุตรจากการแท้งร้อยละ 21 เหตุการณ์การแท้งบุตรครั้งล่าสุดเกิดขึ้นเมื่อ 1-5 ปี (Mean = 2.2, SD = 2.4) ร้อยละ 81 กลุ่มตัวอย่างแท้งบุตรตั้งแต่อายุครรภ์ 5-27 สัปดาห์ (Mean = 10.6, SD = 3.9) โดยเป็นการแท้งที่เกิดขึ้นเองร้อยละ 91 และการชักนำให้เกิดการแท้งร้อยละ 9 รักษาด้วยการใช้เครื่องดูดสุญญากาศร้อยละ 90 โดยพบว่าระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยหรือมีข้อบ่งชี้ของการแท้งจนถึงวันที่ได้รับการรักษาอยู่ในช่วงวันที่ 1-7 (Mean = 6.75, SD = 6.29) พบร้อยละ 72 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ระหว่าง 26-69 คะแนน

(Mean = 57.5, SD = 7.1) และมีคะแนนความเศร้าโศก ภายหลังแท้งบุตรอยู่ระหว่าง 38-144 คะแนน (Mean = 84.7, SD = 24.6)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย ต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตรด้วยสถิติ Pearson's Correlation Coefficients

ปัจจัย	Correlation Coefficients ®				
	อายุ	ระดับการศึกษา	อายุครรภ์	จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร	สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
อายุ (ปี)	1				
ระดับการศึกษา	.155	1			
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	.010	-.197*	1		
จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร (ครั้ง)	.040	-.036	-.071	1	
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.056	.137	-.032	-.095	1
ความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร	-.223*	-.153	-.028	.339**	-.233*

p-value < .01** and < .05*

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านอายุ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีหลังแท้งบุตร

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients			Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. error	95%CI	β		
อายุ (ปี)	-.934	.381	-1.70, -.21	-.235	-2.537	.013
ระดับการศึกษา	-2.750	3.276	-8.39, 3.32	-.082	-.861	.392
อายุครรภ์	-.145	.578	-1.31, .99	-.026	-.277	.783
จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร	12.344	3.502	5.42, 19.32	.324	3.534	.001
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.710	.321	-1.35, -.07	-.204	-2.212	.029
ค่าคงที่	160.692	23.989	113.06, 208.32		6.699	< .001

p-value<.001

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตรพบว่าตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรได้ร้อยละ 22.30 (R^2 = .223, F = 5.396, p<.001) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (β = -.235, p = .013) จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร (β = .324, p = .001) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (β = -.204, p = .029) ส่วนระดับการศึกษา และอายุครรภ์ มีอิทธิพลต่อคะแนนความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรมีค่าเฉลี่ย 84.7 คะแนน (SD = 24.6) จัดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 5 ปัจจัย สามารถอธิบายความผันแปรของความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรได้ ร้อยละ 22.30 (R^2 = .223, F = 5.396, p<.001) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ส่วนระดับการศึกษา และอายุครรภ์ มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ มีอิทธิพลทางลบต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .013) ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่อายุมากมักมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่มาก่อนหน้า ซึ่งบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่จะช่วยเยียวยาจิตใจและเบี่ยงเบนความสนใจของสตรีต่อบุตรที่แท้งไปได้ จึงทำให้มีความเศร้าโศกน้อยกว่าสตรีอายุน้อยที่ยังไม่เคยมีบุตรที่มีชีวิตมาก่อน[19] การศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีที่อายุ > 35 ปี มีบุตรที่มีชีวิตอย่างน้อยหนึ่งคนร้อยละ 66.67 อีกทั้งร้อยละ 62.22 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ทำให้มีความคาดหวังต่อการตั้งครรภ์น้อย เมื่อเกิดการแท้งจึงทำให้มีความเศร้าโศกน้อยกว่าสตรีอายุน้อยที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์และคาดหวังให้การตั้งครรภ์ครั้งนี้ประสบความสำเร็จโดยการศึกษานี้พบสตรีอายุ ≤ 35 ปี มีการวางแผนการตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 67.27 และเป็นผู้ไม่เคยมีบุตรที่มีชีวิตมาก่อนร้อยละ 69.10 สอดคล้องกับอีกการศึกษาที่พบว่าสตรีอายุ ≥ 35 ปี มีความเศร้าโศกภายหลังการแท้งน้อยกว่าสตรีที่อายุ < 35 ปี เนื่องจากสตรีที่มีอายุมากส่วนใหญ่เลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญกับปัญหาแบบปรับตัว (adaptive coping strategies) ทำให้ความเศร้าโศกลดลง[9]

จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร มีอิทธิพลทางบวกต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) ประสบการณ์การสูญเสียบุตรครรภ์ก่อนหน้ามีความเชื่อมโยงกับความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียบุตรที่เพิ่มขึ้นในครรภ์ปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้มีสตรีจำนวน 22 รายที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุตรมาก่อนและมีคะแนนความเศร้าโศกอยู่ในช่วง 52-143 คะแนน (Mean = 110.09, SD = 24.29) ร้อยละ 81.82 มีคะแนนความเศร้าโศกในระดับสูง อีกทั้งยังพบว่าสตรีที่เคยแท้งบุตรมาก่อนมีความพยายามอย่างสูงในการประคับประคองการตั้งครรภ์ครั้งปัจจุบันเมื่อเกิดการสูญเสียจึงทำให้สตรีมีความเศร้าโศกที่สูงมากขึ้น[19-20] อีกทั้งจำนวนครั้งของการแท้งบุตรที่มากขึ้นทำให้สตรีมีความเศร้าโศกภายหลังการแท้งครรภ์ปัจจุบันสูงขึ้น อันเนื่องมาจากความกดดันที่การตั้งครรภ์ครั้งใหม่ไม่ประสบความสำเร็จ[21]

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีอิทธิพลทางลบต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .029) โดยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีทำให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือ และแบ่งปันประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตระหว่างคู่สมรส ดังนั้นสตรีที่มีความพึงพอใจในชีวิตสมรสระดับสูงจะมีความเศร้าโศกที่น้อยลงเมื่อเกิดการสูญเสียบุตร[12] การศึกษาครั้งนี้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ย 57.5 คะแนน (SD = 7.1) จัดอยู่ในคะแนนระดับสูงกลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนความเศร้าโศกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีทำให้จำนวนสตรีที่ไม่เกิดความเศร้าโศกเพิ่มเป็น 3.7 เท่าของสตรีที่เกิดความเศร้าโศกภายหลังสูญเสียบุตร[11]

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .392) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีถึงร้อยละ 69 ซึ่งมีความเป็นเอกพันธ์สูงจึงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความเศร้าโศกในปัจจัยด้านระดับการศึกษา เช่นเดียวกับอีกการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาดี มีความรู้ความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยบรรเทาความเศร้าโศกได้ จำนวนปีการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศก (r = .298, p = .098)[13] และอีกการศึกษาที่พบว่าสตรีแท้งร้อยละ 97.5 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีเช่นกัน ระดับการศึกษาจึงมีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -4.7, p = .12)[22]

อายุครรภ์ มีอิทธิพลต่อความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .783) โดยอายุครรภ์มีความเกี่ยวข้องกับความผูกพันธ์ระหว่างสตรีและทารกในครรภ์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในสตรีแท้งตั้งแต่อายุครรภ์ 5-27 สัปดาห์ (Mean = 10.6, SD = 3.9) ซึ่งอยู่ในช่วงไตรมาสแรกสตรีเพียงเริ่มรับรู้การตั้งครรภ์แต่ความผูกพันธ์ระหว่างสตรีและทารกในครรภ์ยังมีไม่มาก[9] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ใกล้เคียงกันจึงทำให้ความเศร้าโศกภายหลังการแท้งบุตรไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของมหาวิทยาลัย

แคลิฟอร์เนียที่ทำการศึกษาในสตรีแท้งช่วงอายุครรภ์เฉลี่ย 20.5 สัปดาห์ (SD = 3.8) ผลการศึกษาก็ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความเศร้าโศกในปัจจัยด้านอายุครรภ์ (β = -.20, p = .69) เช่นกัน[22]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุ จำนวนครั้งของการสูญเสียบุตร และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลต่อคะแนนความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร ดังนั้นพยาบาลควรมีการคัดกรองความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีแท้งที่อายุน้อย เคยมีประวัติสูญเสียบุตรมาก่อน และมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดี อาจนำไปสู่ความเศร้าโศกในระดับสูงได้

2. จากผลการศึกษาคะแนนความเศร้าโศก พบว่าคะแนนด้านความรู้สึกเศร้าโศก (Active grief) มีคะแนนสูงที่สุด ดังนั้นในการดูแลสตรีภายหลังการแท้งบุตร พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำความเข้าใจเรื่องการสูญเสีย (loss) และกระบวนการการเกิดความเศร้าโศก (grief) ที่ตามมาภายหลังการสูญเสียบุตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตรทันทีเพียงครั้งเดียว พบว่าคะแนนความเศร้าโศกอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรทำการศึกษาต่อเนื่องในระยะ 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังการแท้ง เพื่อให้ทราบแนวโน้มและลักษณะความเศร้าโศกที่ชัดเจนมากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเพียงความเศร้าโศกของสตรีภายหลังแท้งบุตร ควรมีการศึกษาผลกระทบจากความเศร้าโศกของสตรีภายหลังการแท้งบุตร ในกลุ่มสามีและสมาชิกครอบครัว รวมทั้งสัมพันธภาพภายในครอบครัวภายหลังการแท้งด้วย เพื่อประเมินความเพียงพอของแหล่งสนับสนุนที่สตรีภายหลังการแท้งจะได้รับ

References

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health. 2020;8(9):1152-61.
2. Bureau of Reproductive Health. Abortion Surveillance Report Thailand. Department of Health. 2019;9(1):17-31.
3. Gerdts C, Dobkin L, Foster DG, & Schwarz EB. Side effects physical health consequences and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. Women's Health Issues. 2016;26(1):55-9.
4. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, & Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study Women's Mental Health After Having or Being Denied an Abortion Women's Mental Health After Having or Being Denied an Abortion. The Journal of the American Medical Association Psychiatry. 2017;74(2):169-78.
5. Onpiw N, Keawsiri P, Tipsing N, Naosrisorn P, & Faramee P. Factors Predicting Postpartum Depression among Cesarean Section Mothers with Sick Newborns. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):414-23.(in Thai)
6. Carolan M, & Wright RJ. Miscarriage at advanced maternal age and the search for meaning. Death Study. 2017;41(3):144-53.
7. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the "Five Stages" Model in a Sampling of Recent Textbooks Published in 10 Countries Outside the United States. Omega-Journal of Death and Dying. 2019;83(1):33-63.
8. Al-Maharma DY, Abujaradeh H, Mahmoud KF, & Jarrad RA. Maternal Grieving and the Perception of and Attachment to Children Born Subsequent to a Perinatal Loss. Infant Mental Health Journal. 2016;37(4):411-23.

9. Lafarge C, Mitchell K, & Fox P. Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. Anxiety, Stress, & Coping. 2017;30(5):536-50.
10. Roberts, Montgomery S, Lee J, & Anderson B. Social and Cultural Factors Associated with Perinatal Grief in Chhattisgarh, India. Journal of Community Health. 2014;37(3):572-82.
11. Paris GF, Montigny F, & Pelloso SM. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. Rev Esc Enfermagem USP. 2016;50(4):546-53.
12. Tseng YF, Cheng HR, Chen YP, Yang SF, & Cheng PT. Grief reactions of couples to perinatal loss. Journal of Clinical Nursing. 2017;26(23): 5133-42.
13. Kreetiyutanont S, & Srisaeng P. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. Journal of Nursing Science and Health. 2014;37(3):27-36.
14. Volgsten H, Jansson C, Svanberg AS, Darj E, & Stavreus-Evers A. Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. Midwifery. 2018;40(64):23-8.
15. Purandare N, Ryan G, Ciprike V, Trevisan J, Sheehan J, Geary M. Grieving after early pregnancy loss--a common reality. Irish Medical Journal. 2013;105(10):326-8.
16. Hutti, Armstrong, Myers, Hall. Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. Journal of Obstetrics Gynecol Neonatal Nursing. 2015;44(1):42-50.
17. Sookkavanawat V. Self-esteem, maternal perception of newborn behavior, marital relationship and maternal role performance in adolescent mothers during postpartum period. [dissertation B.A. Nursing]. Bangkok: Mahidol university; 1898.
18. Kreetiyutanont S, & Srisaeng P. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. Journal of Nursing Science and Health. 2014;37(3):27-36.
19. Roberts, Lee. Autonomy and social norms in a three factors grief model predicting perinatal grief in India. 2014;35(3):285-99.
20. Goldstein, Petty CR, Morris SE, Human M, Odendaal H, Elliott A, et al. Pre-loss personal factors and prolonged grief disorder in bereaved mothers. Psychological Medicine. 2018;49(14):2370-8.
21. Ockhuijsen HD, van den Hoogen A, Boivin J, Macklon NS, de Boer FJRin, health. Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. Research in Nursing & Health. 2014;37(4):267-75.
22. Kerns, Cheeks M, Cassidy A, Pearlson G, Mengesha BJWsHR. Abortion Stigma and Its Relationship with Grief, Post-traumatic Stress, and Mental Health-Related Quality of Life After Abortion for Fetal Anomalies. Women's Health Reports. 2022;3(1):385-94.

ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา

Personal Factors, Social Support with Mental Health Literacy among Vocational Students

สุกัญญา ทาโสด[1] พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง*[1] วิลัยพร นุชสุธรรม[1] วรุณี ไชยศิลป์[2]

Sukanya Tasod[1] Pronpawee Keawmungmueang[1] Wilaiporn Nuchsutham[1] Warunee Chaisin[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

[1]Faculty of Nursing Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand, 57000

[2]วิทยาลัยเทคโนโลยีกรุงธนเชียงราย ไทย-เยอรมัน จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

[2]Krungthon Chiang Rai College of Technology Thai Germany, Chiang Rai, Thailand, 57000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของเพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนอาชีวศึกษา อายุระหว่าง 16-20 ปี จำนวน 127 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 70.08 เกือบครึ่งมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง ร้อยละ 47.24 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต(r=.19)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, นักเรียนอาชีวศึกษา

Abstract

The purpose of this research was to study personal factors, social support, mental health literacy and the relationship between social support and mental health literacy among vocational students. Participants included 127 vocational students who are between 16-20 years old. The data was collected between February to March 2024. The research tools were demographic questionnaire, Mental health literacy questionnaire and social support questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient and Chi-square test. The result showed that most of vocational students had moderate level of social support (70.08%) and almost half of vocational students had moderate level of mental health literacy (47.24%). There was a positive correlation of social support with mental health literacy (r=.19, p<.05). There

Corresponding Author: *Email: pronpawee.keawmungmueang@crc.ac.th

วันที่รับ(Received) 5 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 4 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 พ.ย. 2567

was no statistically significant relationship between personal factor and mental health literacy. This finding can be used in planning care for mental health problems in vocational students.

Keywords : Social support, Mental health literacy, Vocational students

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ข้อมูลจากรายงานสุขภาพคนไทย 2566 ได้สำรวจความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 154,054 คน พบว่า ร้อยละ 9.6 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.6 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 35.1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ความเครียด วิตกกังวล เป็นต้น[1] สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 53.50[2] และการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาเพศชายที่พบว่ามีความเครียดระดับปานกลางถึงมาก[3] หากปัญหาทางสุขภาพจิตเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลกระทบระยะยาวต่อวัยรุ่น โดยอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง[4] นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้[5] ดังนั้นการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับวัยรุ่นรายใหม่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) ซึ่งโจร์ม[6] ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตว่าเป็นความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้เหมาะสม ตามแนวคิดของโจร์ม ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะสำคัญ ดังนี้ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทาง จิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในวัยรุ่น อาทิเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวกมากกว่าเพศชาย[7] และการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถกำหนดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับสูง ได้แก่ อายุ (AOR = 1.56; 95% CI 1.07, 2.30) การไม่สูบบุหรี่ (AOR = 1.99; 95% CI 1.20, 4.26) และการไม่ดื่มสุรา (AOR = 1.23; 95% CI 1.18, 2.41)[8] นอกจากนี้ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย (B = 0.017, SE = 0.006, p = .005)[9] และระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[10] ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (r=.328, p=.01)[11] วัยรุ่นที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีแนวโน้มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่ำด้วย อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า[12] แต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีอย่างเพียงพอ จะช่วยให้เกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้

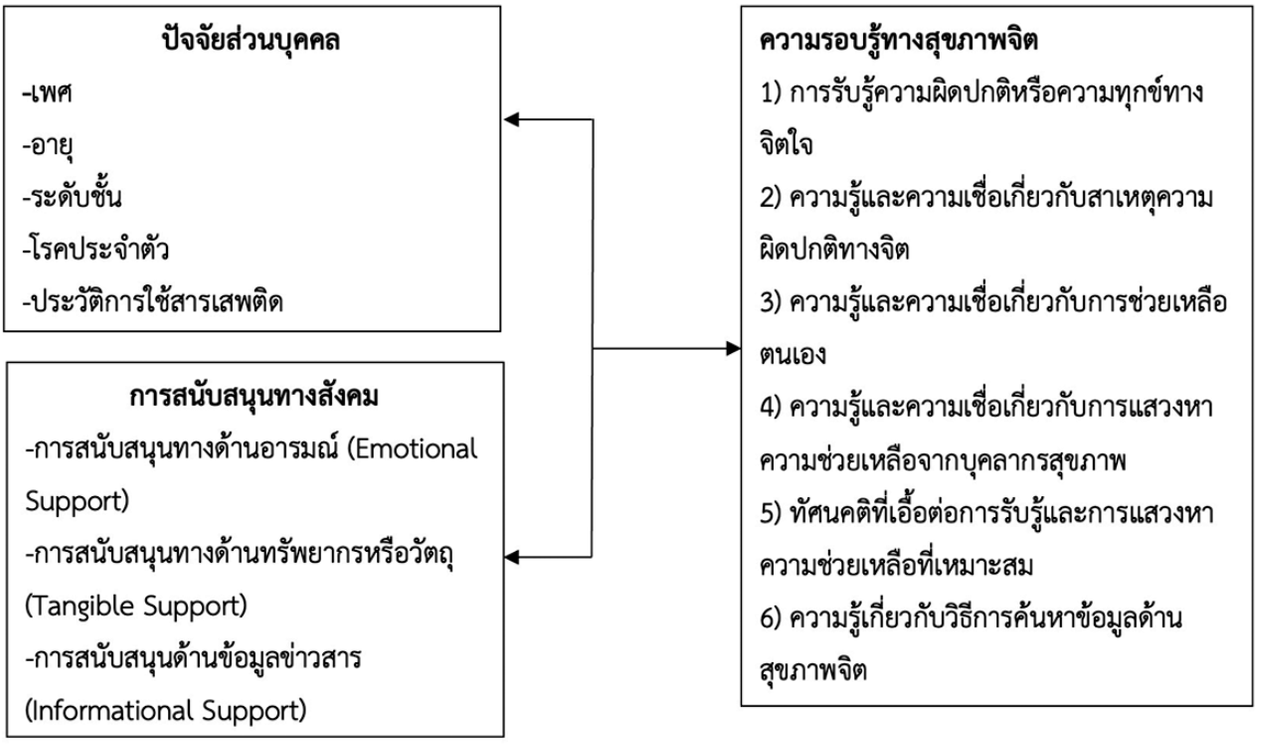
จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสำคัญในการช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม[13] แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีลักษณะทางวัฒนธรรม พฤติกรรม ความเชื่อ ความรู้อัตลักษณ์ และวิถีชีวิตที่แตกต่างจากวัยรุ่นไทย[14] ผลการศึกษาข้างต้นยังไม่สามารถอธิบายความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในบริบทของวัยรุ่นไทยได้ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา และพบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง[2] โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของโจร์ม[6] และการทบทวนวรรณกรรม ดังแผนภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือนักเรียนอาชีวศึกษา ของโรงเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงรายที่มีอายุ 16-20 ปี จำนวน 14,963 คน[15]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนอาชีวศึกษา อายุ 16-20 ปี ที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ค่าอำนาจทดสอบที่ .90 และกำหนดค่าอิทธิพลตัวแปรที่ .328[11] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ใช้วิธีสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จากโรงเรียนอาชีวศึกษาทั้งหมดในจังหวัดเชียงราย 13 แห่ง สุ่มมาได้ 5 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยสุ่มโรงเรียนละ 1 ชั้นปี ขั้นตอนที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม ตามสาขา โรงเรียนละ 2 สาขา ขั้นตอนที่ 4 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามอัตราส่วน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย หมายเลข CRC.IRB No.021/2566 วันที่รับรอง 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองกรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อทำการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย

พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธโครงการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการไม่สุขสบาย หรือมีความประสงค์ไม่ตอบแบบสอบถามต่อสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที ภายหลังเสร็จสิ้นทั้งแบบลงชื่อยินยอมและแบบสอบถามได้รับการบรรจุลงในซองปิดผนึก โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ในทุกประเด็นคำถาม เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นต้น กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น มีการจัดเก็บข้อมูลในตู้เอกสาร และทำลายข้อมูลภายหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ภายใน 1 ปี

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติดมีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อความลงในช่องว่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต[16] ซึ่งสร้างโดยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ Jorm จำนวน 42 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ กำหนดค่าคะแนนหากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน

0-24 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับต่ำ

25-33 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง

34-42 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม[17] ซึ่งสร้างโดยประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) จำนวน 16 ข้อ กำหนดค่าคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า mean–1SD หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนอยู่ระหว่าง mean–1SD และ mean + 1SD หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า mean + 1SD หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป[16,17] แบบประเมินทั้งสองฉบับได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้ว ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลง จึงไม่นำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ ในส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยได้ทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) สำหรับแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยเชียงรายไปยังโรงเรียนอาชีวศึกษาที่ทำการศึกษาวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบครูแนะแนว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเลือกเวลาที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รวมถึงอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษาโรงเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งได้มีกระบวนการเชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทุกราย เมื่อสนใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และข้อมูลการดำเนินการวิจัยนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยก่อนวันเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ด้วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 127 คน เพศชายจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศหญิง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 อายุระหว่าง 16-20 ปี อายุเฉลี่ย 17.61 (SD=1.24) เรียนอยู่ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 3 มากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 30.70 รองลงมาคือระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 และน้อยที่สุดคือระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 95.30 และมีการใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50

ส่วนที่ 2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 127)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	15	11.81
ระดับปานกลาง	89	70.08
ระดับสูง	23	18.11

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 70.08 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 18.11 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.81 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (n = 127)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	25	19.69
ระดับปานกลาง	60	47.24
ระดับสูง	42	33.07

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง ร้อยละ 47.24 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 33.07 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.69 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา (n = 127)

ตัวแปร	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต			Chi-Square	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ				2.111	.348
ชาย	17(13.39)	35(27.56)	21(16.53)		
หญิง	8(6.30)	25(19.69)	21(16.53)		
อายุ				9.621	.293
น้อยกว่า 17 ปี	12(9.45)	23(18.11)	25(19.69)		
18 ปีขึ้นไป	13(10.23)	37(29.13)	17(13.39)		
ระดับชั้น				11.083	.197
ปวช. ชั้นปีที่ 1	5(3.94)	7(5.51)	8(6.30)		
ปวช. ชั้นปีที่ 2	6(4.73)	16(12.60)	15(11.80)		
ปวช. ชั้นปีที่ 3	7(5.51)	26(20.47)	6(4.73)		
ปวส. ชั้นปีที่ 1	4(3.15)	5(3.94)	7(5.51)		
ปวส. ชั้นปีที่ 2	3(2.35)	6(4.73)	6(4.73)		
โรคประจำตัว				1.044	.593
มี	1(0.79)	4(3.15)	1(0.79)		
ไม่มี	24(18.90)	56(44.09)	41(32.28)		
การใช้สารเสพติด				2.111	.348
ใช้	17(13.39)	35(27.56)	21(16.53)		
ไม่ใช้	8(6.30)	25(19.69)	21(16.53)		

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา (n = 127)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม	
	(r)	p-value
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	0.19	0.036*

*p<.05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.19, p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 127 คน เกินครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.50 มีอายุระหว่าง 16-20 ปี เรียนอยู่ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1 ถึงระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.30 และมีการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 57.50 โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.24) มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด ต่างไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สอดคล้องการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับชั้นเรียนมีความรอบรู้สุขภาพจิตระดับสูงไม่แตกต่างกัน[16] ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวกและความผาสุกทางจิตใจของวัยรุ่นในประเทศนอร์เวย์[7] ที่พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวกมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่าสุขภาพทางกายและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต[9] ไม่สอดคล้องกับในวัยรุ่นประเทศมาเลเซียที่พบว่าการไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต[8]

จากผลการศึกษาในครั้งนี้กล่าวได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนอาชีวศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แสดงว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น ที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกับนักเรียนอาชีวศึกษาอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอื่น ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้า[18]

2. การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่านักเรียนอาชีวศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.08) มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับน้อย (r=0.19, *p<.05) คล้ายคลึงกับการศึกษาในนักศึกษาของประเทศจีน ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมาก (β=0.294, p<0.01)[19] และการศึกษาในประเทศจีน ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r=.328)[11] อธิบายได้ว่าการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในเครือข่ายสังคม มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ โดยเฉพาะการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียด บุคคลจึงรับรู้ได้ถึงความสัมพันธ์ที่มาจากกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมนี้ เป็นการช่วยให้บุคคลฟื้นตัวจากการที่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบากเพื่อช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตให้สูงขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีทัศนคติ รับรู้และเข้าใจความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สามารถปรับตัวได้ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ในภาพรวมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่ขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลเพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด แต่เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต อันนำไปสู่การตระหนักรู้และป้องกันตนเองเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะตึงเครียดทางอารมณ์อื่นๆ สามารถสังเกตและเฝ้าระวังบุคคลรอบตัว โดยการประเมินปัญหาได้เร็วเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น จึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้สุขภาพจิต

ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่โรงเรียนระดับอาชีวศึกษาหรือสังคม ที่อาจจะยังไม่สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะถึงแม้ทางระบบการศึกษาพยายามจัดให้เรียนตามหลักสูตร มีคู่มือจากกรมสุขภาพจิตที่ใช้สำหรับช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่ยังไม่สามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงเมื่อเติบโตในอนาคตได้ ดังนั้น การส่งเสริมที่มุ่งเน้นให้เกิดความรอบรู้ทาง

สุขภาพจิตนั้น จึงจำเป็นต้องทำในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตทั้งด้านการรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต ยังเป็นทักษะที่ต้องได้รับการพัฒนายิ่งขึ้น นอกเหนือเพิ่มเติมจากการเรียนในห้องเรียน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต เพื่อให้ตระหนักและรับรู้ถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิต หาแนวทางส่งเสริม และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เสนอผู้บริหารสถานศึกษาเพื่อกำหนดนโยบาย สนับสนุนการพัฒนาแนวทางในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตตามบริบทของสถานศึกษา เช่น การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา และเพิ่มการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่ระบุความเป็นเหตุและผล ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อการจัดกระทำในการวิจัยเชิงทดลอง หรือศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนต่อไป

References

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Thai health 2023. Nakhonpathom: Amarin printing and publishing; 2023. (in Thai)
2. Pandee W. Prevalence of Depression and its Association in Late Adolescence: a Case Study in Sisaket Technical College. Thai Journal of Public Health. 2015;45(3):298-309. (in Thai)
3. Pimathai C, Homsin P, & Srisuriyawet R. Factors related to hazardous drinking among male vocational students in Sisaket province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021; 14(1):170-84. (in Thai)
4. Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, & Beyer AK. The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. Journal of Health Monitoring. 2021;6(4):3-19.
5. Rungsang B, Chaimongkol N, & Deoisres W. Predictors of Suicidal Ideation among Thai Adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):64-73. (in Thai)
6. Jorm AF. Mental health literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorder. British Journal of Psychiatry. 2000;177(5):396-401.
7. Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen M EB, Ringdal R, & Moksnes UK. The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: implications for school health services. The Journal of School Nursing. 2019;35(2): 107-16.
8. Singh S, Zaki RA, Farid N DN, & Kaur K. The Determinants of Mental Health Literacy among Young Adolescents in Malaysia. International journal of environmental research and public health. 2022;19(6):1-13.
9. Van D HI, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, & Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of health communication. 2013;18(1):172-84.
10. Olyani S, Jafari A, & Tehrani H. The Relationship between Mental Health Literacy and General Health in Female Adolescents. Journal of Health Literacy. 2022;7(2):77-85.
11. Liu Y, Meng H, Conner KO, Qiao M, & Liu D. The Influence of Health Literacy and Social Support on Loneliness among Patients with Severe Mental Illness in Rural Southwest China. Frontiers in psychology. 2021;12:1-10.

12. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2014;8(1):1-8.
13. Attygalle UR, Perera H, & Jayamanne BD. Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2017; 11(38):1-18.
14. Channarong N. Culture supports Tourism. Ramkhamhaeng Journal Humanities. 2016; 32(1):170-84. (in Thai)
15. Chiang Rai provincial education office. Educational information Chiang Rai Province, academic year 2022. Chiang Rai: Chiang Rai provincial education office; 2022. (in Thai)
16. Namdej N, Phongsakchat P, & Sangournpak O. Mental Health Literacy among Senior High School Students in Saraburi Province. Journal of Nursing and Education. 2018; 11(3):125-38.
17. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. journal-Medical Association of Thailand. 2007; 90(10):2164-74.
18. Namarak R, Chankham W, & Buajaroen H. The Relationship between Mental Health Literacy Resilience and Depression in Students at Nakhon Pathom Rajabhat University. Journal of Nursing and Public Health Research. 2024; 4(2):1-16. (in Thai)
19. Zhong Y, Schroeder E, Gao Y, Guo X, & Gu Y. Social support, health literacy and depressive symptoms among medical students: an analysis of mediating effects. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(2):1-12.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Behaviors in Early Adolescents with Over-Nutrition in Tha Uthen District, Nakhon Phanom Province

กาญฉัฐ จุฑาณิชญาณ์*[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี[2] เสาวรส มีกุศล[3]
Kanyachat Chuthanitchaya*[1] Nutcharat Mangkarakeree[2] Saovaros Meekusol[3]
[1]โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ประเทศไทย 48120
[1]Tha-Uthen Hospital, Nakhon Phanom, Thailand, 48120
[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000
[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000
[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170
[3]Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 31 คน ดำเนินชีวิตตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ t–test ผลการวิจับพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังนั้นควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้น ไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน และติดตามการควบคุมน้ำหนักต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน, วัยรุ่นตอนต้น.

Abstract

This study was quasi-experimental research conducted with aim of examining effects of the health literacy promotion program on obesity prevention behavior in early adolescents with over-nutrition in Tha

Corresponding Author: *E-mail: Chatkan64@gmail.com

วันที่ได้รับ (received) 30 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 23 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 ม.ค. 2568

Uthen District, Nakhon Phanom Province, The sample was selected by systematic random sampling and divided into an experimental group of 31 people who received a program to promote health literacy on obesity prevention behaviors for a period of 8 weeks, and comparison group of 31 people who lived normal lives. Pre-and post-test data were collected by using questionnaires. The data obtained were analyzed by using descriptive statistics. Comparison of the variances in mean pre-and post-test scores between the experimental and comparison groups used t–test statistics. The findings revealed that the mean post-test obesity prevention behavior score in the experimental group was statistically and significantly higher than that of the comparison group (p-value < 0.001). The mean post-test dietary intake behavior score was statistically and significantly higher than that of the comparison group (p-value < 0.001). The mean exercise behavior score was statistically and significantly higher than that of the comparison group (p-value < 0.001). The mean emotional behavior score was statistically and significantly higher than that of the comparison group (p-value < 0.001). Therefore, the health literacy promotion program on obesity prevention behavior in early adolescents with over-nutrition should be applied to adolescents who are overnourished with continuous monitoring of weight control.

Keywords: Health literacy program, Obesity prevention behaviors, Early adolescents

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนำไปสู่โรคอ้วนในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นซึ่งเป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.9 ใน ปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 17.2 ในปี พ.ศ. 2557[1] และจากรายงานของ World Obesity Federation ในปี 2565 พบว่าทั่วโลกมีคนเป็นโรคอ้วนประมาณ 800 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นวัยเรียนและวัยรุ่นประมาณ 340 ล้านคน[2] สถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่าในกลุ่มอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.4[3] จากรายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ กรมอนามัย ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2565 รายงานว่า ในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น อายุ 6-14 ปี ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.7, 13.6, 13.1, 11.0 และ 13.3 ตามลำดับ และยังพบว่ายิ่งมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีสัดส่วนความชุกของภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนมากขึ้น[4] ซึ่งเห็นได้ว่าในประเทศไทยมีภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มนักเรียนและวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสุขภาพอนามัยวัยเรียนวัยรุ่นเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาประชากรที่มีคุณภาพของชาติ เนื่องจากวัยเรียนเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ รวมทั้งพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพและเติมโตอย่างมีศักยภาพเมื่อเป็นวัยผู้ใหญ่[5,6] รัฐบาลไทยเห็นความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพอนามัยในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น จึงมีนโยบายมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลด้านสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่นช่วงอายุ 6-14 ปี ให้มีการเจริญเติบโตสมวัย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินติดตามผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง คือ วัยเรียนวัยรุ่นมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนน้อยกว่าร้อยละ 12 และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานคือการสร้างความรอบรู้ด้านสุขกับเด็กวัยเรียนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์[7]

ผลกระทบที่เกิดจากโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาในหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจ[8,9] โดยการศึกษาที่ติดตามในระยะยาวพบว่า พบว่าผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเริ่มอ้วนและอ้วนในวัยเด็กเมื่อเติบโตขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ร้อยละ 69 มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 58 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 21 ป่วยเป็นโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วนร้อยละ 42[1] นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพกายแล้วผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะประสบปัญหาด้านคุณภาพชีวิตโดยผลกระทบนี้จะแปรผันตามระดับความรุนแรงของโรคอ้วน เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นต้น ซึ่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลกระทบเชิงลบต่อโอกาสในการจ้างงาน การศึกษา การสมรส และ

การถูกทอดทิ้งจากสังคม ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่มีความชัดเจนที่สุดคือมิติของค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาล[3,10,11]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจการดูแลสุขภาพ[12] และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยบุคคลที่เข้าถึงข้อมูลมีความเข้าใจข้อมูลและสามารถประเมินข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติตัวได้ดีจะทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่ดีน้อยลง[13,14] จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการการรับประทานอาหารให้ดีขึ้นได้[16] สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มวัยเรียนและการจัดการควบคุมปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้[17]

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าการแก้ปัญหานักเรียนวัยรุ่นที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในพื้นที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียน และจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลเพื่อให้เข้าใจถึงองความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน อันตรายของโรคอ้วน ใช้การสื่อสารและการใช้สื่อที่เหมาะสมสำหรับเด็กเพื่อสร้างความเชี่ยวชาญจนช่วยให้สามารถตัดสินใจในการรับประทานอาหารได้เหมาะสม มีออกกำลังกายเพียงพอ จัดการอารมณ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในพื้นที่อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่าเด็กวัยเรียนวัยรุ่นช่วงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และยังไม่มีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่ดำเนินการจริงจัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ[13,14] เพื่อเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินได้รับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมได้มากขึ้น ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพอื่น ๆ ที่เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย สุดท้ายนี้การศึกษานี้จะช่วยสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นในระยะยาว ทำให้มีข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาเรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการพัฒนาสุขภาพส่วนบุคคลของวัยรุ่นและการส่งเสริมสุขภาพของสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

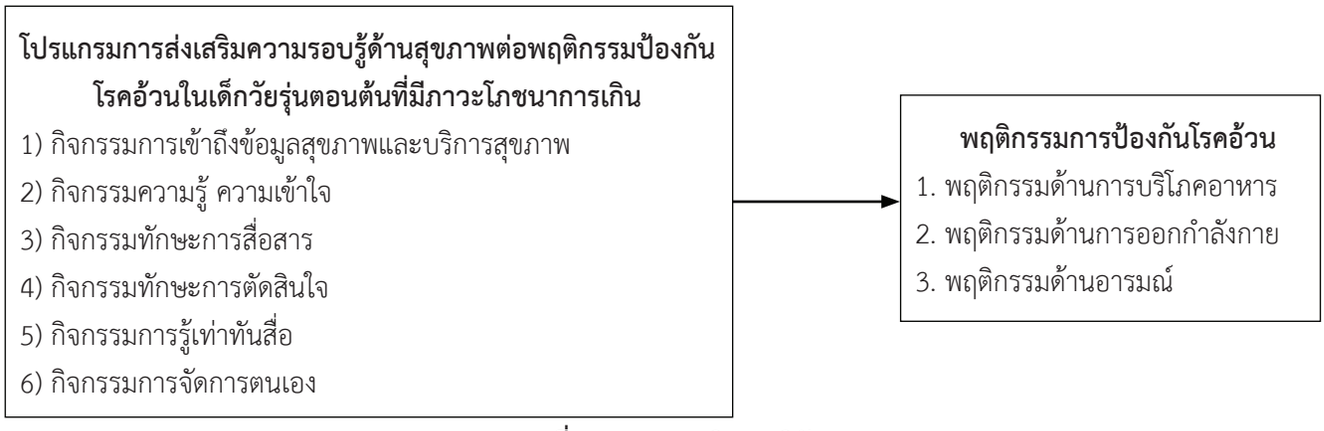
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง การให้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการให้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[13] มีองค์ประกอบ 6 ทักษะได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ทักษะการจัดการตนเอง โดยจัดกิจกรรมของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน จะส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้เกิดสุขภาพที่ดีในเชิงบวกนั่นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง ใช้เวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ช่วงเดือนเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ทั้งเพศชายและเพศหญิง โรงเรียนอุเทนพัฒนา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยเลือกโรงเรียนนี้เพราะเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ของระดับอำเภอ พบว่าเด็กนักเรียนมีแนวโน้มเกิดโรคอ้วนจำนวน 85 คน จากการประเมินภาวะโภชนาการตามโปรแกรม INMU-Thai growth และยังไม่เคยมีการทำวิจัยในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.9.718 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) เท่ากับ 0.90 ระดับนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 จากศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน18 คำนวณตัวอย่างได้กลุ่มละ 28 คน คำนวนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน รวมทั้งสิ้น 62 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนอุเทนพัฒนา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ได้รับการตรวจคัดกรองว่ามีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนโดยผู้วิจัย ตามเกณฑ์อ้างอิงของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) นักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือมีภาวะทุพลภาพระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ขณะเข้าร่วมโปรแกรมต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** เป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินรูปแบบกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[13] ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ โดยใช้การบรรยายประกอบ power point เรื่อง ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน อันตรายจากโรคอ้วน การแก้ไขปัญหาด้วยการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์เพื่อป้องกันโรคอ้วนและการเล่นเกมตอบคำถาม 2) การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยการฝึกปฏิบัติใช้งานสมาร์ทโฟนในการสืบค้นข้อมูลและสารสนเทศและการอภิปรายกลุ่ม 3) การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารสุขภาพ โดยการบรรยายและสาธิตการใช้งานแอพพลิเคชั่นสื่อสังคมออนไลน์ในการติดต่อ

สื่อสารได้แก่ Line, Facebook และการเล่นเกมพัฒนาทักษะการสื่อสาร 4) การเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยการบรรยาย ฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์สื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ และการอภิปรายกลุ่ม 5) การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ โดยกิจกรรมบทบาทสมมุติและการอภิปรายกลุ่ม และ 6) การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองและสนับสนุนด้านการประเมิน ได้แก่ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง กิจกรรมกลุ่มการเลือกรับประทานอาหารโดยใช้อาหารสาธิตตามโซนสี สาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้งานแอพพลิเคชั่นคำนวณพลังงาน”แคลอรี่ ไดอารี่” ฝึกการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วน โดยใช้การบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายในแอพพลิเคชั่น “แคลอรี่ไดอารี่” โดยกำหนดให้นักเรียนจดบันทึกทุกวันเพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับตนเอง และการบันทึกภาวะโภชนาการตนเอง

2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประยุกต์จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2557[19] ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน จำนวน 21 ข้อ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมด้านการบริโภค จำนวน 13 ข้อ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ และพฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ แบ่งคำถามออกเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ และเชิงลบจำนวน 11 ข้อโดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 5 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก 5-1 คะแนน เชิงลบ 1-5 คะแนน ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน 21 ข้อๆละ 5 คะแนน (เต็ม 105 คะแนน) การแปลผล คะแนนร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึงระดับไม่ดีพอ คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนไม่ถูกต้อง คะแนนร้อยละ 60 ถึง <80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับพอใช้ได้ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ คะแนนร้อยละ ≥ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดีมาก มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกน้ำหนัก และเทียบกับกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงและเครื่องชี้วัดโภชนาการตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี เพศชายและเพศหญิง ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564[20]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ในความเหมาะสมและความครบถ้วนครอบคลุมของเนื้อหาในเครื่องมือวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงเพื่อให้ได้คุณภาพใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ได้ดัชนีความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.6-1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try out) กับคนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงการสร้างเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้ หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s coetticient alpha) ได้เท่ากับ 0.87

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 โดยขั้นตอนดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

1 ระยะก่อนการดำเนินการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนครพนม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครพนม ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทน และผู้อำนวยการโรงเรียนอุเทนพัฒนา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ

กับผู้ช่วยวิจัยครูอนามัยโรงเรียนอุเทนพัฒนา

4) ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้ทำการนัดกลุ่มตัวอย่างในคาบเรียน self study วันพุธ/พฤหัสบดี

5) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

6) เมื่อสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

2 ระยะการดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม โดยผู้วิจัยใช้ห้องประชุมของโรงเรียน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่ออธิบายการทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถาม (pre-test) การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านอารมณ์

2) เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งในคาบเรียน self study (วันพุธ/พฤหัสบดี) ซึ่งเป็นชั่วโมงที่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน โดยผู้วิจัยได้พูดคุยและตกลงกับนักเรียนและครูในการจัดกิจกรรม ซึ่งจะไม่ทำให้นักเรียนเสียโอกาสในการที่จะเรียนตามเนื้อหาปกติ

3) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลแบบสอบถาม (post - test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในตัวบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย หลักยุติธรรม โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดำเนินการทดลองเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ โครงการ HE36/67 วันที่ 6 ธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.97 มีอายุเฉลี่ย 13.77 ปี พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 67.74 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลักส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.94 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 64.52 น้ำหนักตัวเฉลี่ย 84.86 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 163.00 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 33.90 นิ้ว ภาวะโภชนาการจำแนกตามน้ำหนักตามเกณฑ์อายุพบว่าส่วนใหญ่ในอยู่เกณฑ์น้ำหนักมาก ร้อยละ 48.39 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุพบว่าส่วนใหญ่ในอยู่เกณฑ์สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 90.32 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่าส่วนใหญ่ในอยู่เกณฑ์อ้วน ร้อยละ 61.29กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.97 อายุเฉลี่ย 13.97 ปี พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ร้อยละ 70.97 สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 76.15กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 160.58 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 34.71 นิ้ว ภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุพบว่าส่วนใหญ่ในอยู่เกณฑ์น้ำหนักมาก ร้อยละ

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

ระดับคะแนน	จำนวน (ร้อยละ)			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
พอใช้ได้	31 (100.00)	5 (16.13)	31 (100.00)	31 (100.00)
ดีมาก	0 (0.00)	26 (83.87)	0 (0.00)	0 (0.00)

93.55 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุพบว่าส่วนใหญ่ในอยู่เกณฑ์สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.65 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่าส่วนใหญ่ในอยู่เกณฑ์เริ่มอ้วน ร้อยละ 41.94

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบว่ามีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 100.00 หลังการทดลองพบว่ามีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 83.87 รองลงมาคือระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 16.13 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองพบว่ามีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 100.00 หลังการทดลองพบว่ามีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 100.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคอ้วนภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	31	68.23	1.61				
				17.42	31.01	16.27 ถึง 18.57	<0.001***
หลังการทดลอง	31	85.65	2.46				

*** p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน 68.23±1.61 คะแนน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน 85.65±2.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	31	85.65	2.46				
				17.48	32.98	16.42 ถึง 18.54	<0.001***
กลุ่มเปรียบเทียบ	31	68.16	1.63				

*** p < 0.001

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

จากตารางที่ 3 ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน 85.65±2.46 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน 68.16±1.63 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

อภิปรายผล

จากผลของการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถประเมินข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยในกิจกรรมของโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์มีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน สาเหตุ และผลกระทบของโรคอ้วน ผู้วิจัยสร้าง Facebook กลุ่มปิดเพื่อสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน ให้นักเรียนเข้าใช้งานได้ตลอดเวลาผ่านทาง Facebook สร้างกลุ่มผ่านทางแอพพลิเคชั่น Line เพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและนักเรียนตลอดระยะเวลาการวิจัย มีกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจโดยให้นักเรียนวาดภาพตนเองณ ปัจจุบันและภาพตนเองที่คาดหวังและกำหนดวิธีการแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของตนเอง ในระหว่างดำเนินโปรแกรมมีการบันทึกข้อมูลบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง บันทึกลงในแบบประเมินตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย รวมทั้งมีกิจกรรมมอบรางวัลให้แก่ผู้ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Nutbeam[13] ซึ่งกล่าวสรุปได้ว่าหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดีเพิ่มขึ้นด้วย และผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ[17,21] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างนัยสำคัญทางสถิติ[22]

References

1. Mo-suwan. The Fourth National Health examination survey, 2008-2009. Report: Children's Health. In: Aekplakorn W, editor. Capter 8 Nutritional status of children. Nonthaburi; 2009. (in THai)
2. Lobstein T, Jackson-Leach R, Powis J, Brinsden H, & Gray M. World Obesity Atlas 2023. London: World Obesity Federation; 2023.
3. National Nutrition Division, Department of Health. Annual Report 2019. 1st ed. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2019.
4. National Nutrition Division, Department of Health. Annual Report 2022. 1sted. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022.
5. Termsak K. General Psychology. 1st ed. Bangkok: Se-Education Public Company Limited; 2013.

6. Suwankhong D, Chinnasee C, Phethuayluk P, Rakkua P, Posakaboot S, & Tipdech O. Perceptions of Overweight and Obese Students among Guardians, Community Leaders and Community Members in a Rural Community Southern Thailand. Thai Journal of Public Health. 2019;49(1):7-18. (in Thai)
7. Lampo C, Wangthong A & Wangthong A. Outcomes of Health Service System Development on Quality of Life of People in Pattani Province. Journal Health Sci Thai. 2022;31(3): 471-8. (in Thai)
8. Sabani H & Saban Y. Childhood obesity and prevention. International Scientific Journal Vision. 2022;7(2):17–30.
9. Somkhankin J, & Champa, P. Promotion of health among students with obesity. Journal of Research and Development Institute, Mahasarakham University. 2021;8(2):101-16. (in Thai)
10. No-in K. Overweight and obesity in school-aged children and adolescents in Thailand. Royal Thai Army Nurses Journal. 2017;18(Special):1-8. (in Thai)
11. Vichai E. The Sixth Thai National Health Examination Survey, 2019-2020. 1st ed. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2021.
12. Brandt L, Schultes MT, Yanagida T, Maier G, Kollmayer M, & Spiel C. Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. Public health. 2019;174:74–82.
13. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies. International journal of public health. 2009;54(5):303–5.
14. Saranrutthi Chai K. Health Literacy: Concepts, Theories and Application. 1st ed. Khon Kaen: Khlong Nanawitthaya Khon Kaen; 2020.
15. Sa-lue J, & Wiriyasirikul N. Relationship between health literacy and obesity prevention behaviors among overweight and obese school children in schools under the jurisdiction of the Office of Primary Education Area, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Mahachulalongkorn University. 2020;7(11): 1-15. (in Thai)
16. Kanbuala W, Eadsui N, & Dinan A. Effects of health literacy promotion program on health literacy, dietary behavior and exercise behavior, and waist circumference of individuals with abnormal blood fat levels. Journal of Phra Pokklao Hospital Education Center. 2023;40(2):241-9. (in Thai)
17. Kanawapee S, & Saranrutthichai K. Effects of health literacy development program and health literacy school on behavior modification for obesity prevention among overweight students. Academic Journal of Community Public Health. 2022;8(3):105-18. (in Thai)
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. 2007;39(2):175–91.
19. Intarakamhang U, & Intarakamhang P. Health Literacy Scale and Causal Model of Childhood Overweight. J Res Health Sci. 2017;17(1):1-7.
20. Department of Nutrition, Ministry of Public Health. Growth reference standards for Thai children aged 6-19 years. 2nd ed. Nonthaburi: TS Interprint Co., Ltd.; 2021.
21. Khanittha K. Research Title: Effects of Health Promotion Program on Knowledge, Behaviors, andBody Weight among Early Adolescents. Journal of Health Research and Innovation. 2022;5(2):63–75. (in Thai)
22. Kankad B, Mesukko J, & Niyomkar S. Effects of a Smartphone Application for Children and Family Self-Management on Eating and Physical Activity Behaviors Among Overweight Late School-Aged Children. J Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):140-8.

ประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง

Experiences, Supportive Factors, and Strategies for Promoting Exercise Behaviors to Prevent Falls among the Elderly in Semi-Urban Communities

รัชพร ศรีเดช สมคิด ปราบภัย ภูเบศร์ นภัทรพิทยาธร*
Rutshaporn Sridet Somkid Prabpai Phubate Napatpittayatorn*
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Kasetsart University Bang Khen, Bangkok, Thailand 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์รายบุคคล 2) ชุดคำถามในการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกภาคสนาม 4) แบบบันทึกการถอดข้อความ และ 5) เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิตอล เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยซอฟต์แวร์วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบ เช่น การเดินและ แอโรบิก โดยทำสม่ำเสมอ 3-7 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-60 นาที เน้นความหนักระดับเบาถึงปานกลาง ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ แรงจูงใจส่วนตัว การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การมีโค้ชที่เชี่ยวชาญ และสถานที่ที่เหมาะสม กลวิธีส่งเสริมที่เหมาะสมคือ การสนับสนุนจากครอบครัว การปรับกิจกรรมให้เหมาะสม การใช้เทคโนโลยี และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: ประสบการณ์,ปัจจัยสนับสนุน,การออกกำลังกาย,การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to study experiences, supporting factors, and strategies to promote exercise behavior for fall prevention among the elderly in a semi-urban community. The study employed a qualitative approach using the phenomenological method. A purposeful sample of 12 key participants through purposive sampling. Data collection tools include 1) a structured open-ended questionnaire for one-on-one interviews, 2) a group conversation questionnaire, 3) field notes, 4) transcription recordings, and 5) a digital audio recorder. The tools used to pass the quality check from 5 experts. The data were analyzed using qualitative data analysis software.

Corresponding Author *E-mail: fedupbn@ku.ac.th

วันที่รับ (received) 10 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ 15 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.พ. 2568

The results of the study found that older adults experienced a variety of exercise forms, such as walking and aerobics, and did them regularly for 3–7 days per week, for 30–60 minutes each time, with an emphasis on light to moderate intensity. Supportive factors included personal motivation, support from family and friends, having an expert coach, and an appropriate location. Appropriate promotion strategies included family support, appropriate activity modification, use of technology, and creating an environment conducive to exercise.

Keywords: Experiences, Supportive Factors, Exercise, Prevent Falls in Elderly

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกมีสาเหตุสำคัญมาจากความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ การมีอัตราการเกิดลดลง การใส่ใจดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในประเทศที่พัฒนาและประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศกลุ่มอาเซียนมี 3 ประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว คือ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ประเทศไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม คิดเป็นร้อยละ 18.7 รองลงมาคือ ร้อยละ 16.5 และ 10.7 ตามลำดับ[1] องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 เท่าหรือ 1.5 เท่าในปี พ.ศ. 2593[2] สำหรับในประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคม สูงวัย (Aging Society) โดยใน พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุ (บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,358.751 คน หรือร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด[3] ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุวัยตอนต้น (บุคคลที่มีอายุ 60–69 ปี) จะเพิ่มเฉลี่ยถึงร้อยละ 4 ต่อปี จึงส่งผลให้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน [4]

ความปรารถนาสูงสุดของมนุษย์ทุกคน คือการมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต วิถีทางที่จะนำไปสู่สภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น สิ่งสำคัญคือการออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมจนทำให้สมรรถภาพร่างกายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้หลักการออกกำลังกายที่เหมาะสม วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา[5] ได้เสนอให้ใช้พฤติกรรมขั้นพื้นฐานในการออกกำลังกาย โดยมีองค์ประกอบของการออกกำลังกายตามหลักเกณฑ์ของ “ฟิทท์(FITT)” (Frequency Intensity Time Type) โดยคำนึงถึงความถี่ ความหนัก ระยะเวลา และชนิดหรือประเภท กล่าวคือ มีความถี่อย่างน้อย 3-4 ครั้ง หรือสะสม 150 นาทีต่อสัปดาห์ มีความหนักในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity Exercise or Physical Activity) และมีระยะเวลานาน 20-60 นาทีต่อครั้ง ชนิดการออกกำลังกายต้องมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่ต่อเนื่อง[6] จากรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงแล้ว การออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางและมีความต่อเนื่องซึ่งเป็นผลดีต่อการป้องกันการหกล้ม มีเพียง ร้อยละ 26.5 เท่านั้น[7,8]

นโยบายสนับสนุนการออกกำลังกายที่เพียงพอถูกกำหนดในระดับชาติและนานาชาติ โดยเน้นการรณรงค์ให้ประชาชนทุกช่วงวัยตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและการหกล้ม นโยบายเหล่านี้มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี[9,10]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน และกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การทำความเข้าใจประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุในชุมชนจึงช่วยให้เรามองเห็นถึงรูปแบบการออกกำลังกายที่พวกเขาเลือกใช้ การศึกษาปัจจัยเหล่านี้จะช่วยเข้าใจถึงวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการหกล้ม และเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองได้อย่างเหมาะสมตามบริบทและวิถีชีวิต เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการ หกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองควรเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Method) โดยใช้การเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview) ประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและกลวิธีในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรือผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 ท่าน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรือผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถสื่อสารข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์รายบุคคล 2) ชุดคำถามในการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกภาคสนาม 4) แบบบันทึกการถอดข้อความ และ 5) เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิตอล โดยแนวทางการสนทนากลุ่มได้รับการพัฒนาโดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุน กลวิธีในการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันการหกล้ม ในกลุ่มผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติประกอบด้วยรายละเอียดของปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ วิธีการการป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกายเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมดุลของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมในการออกกำลังกายที่ปลอดภัย จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดำเนินการโดยส่งชุดคำถามและแนวทางการสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเชี่ยวชาญดังนี้ ด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินสมรรถภาพร่างกาย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นดำเนินการทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มเป้าหมาย ก่อนการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย (Certificate of Approval: COA) หมายเลข PPHO-REC 2566/32 ให้การรับรองวันที่ 5 ตุลาคม 2566 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 31 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้ การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed Consent Form) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น และผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัยให้การปกปิดชื่อของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยแนวคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้างในการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างครอบคลุมประเด็นการศึกษา (Study Concept) ประเด็นการสนทนา (Questions) และ

ประเด็นซักถามต่อเนื่อง (Probes) ในเรื่อง ปัจจัยสนับสนุนอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชนิดการออกกำลังกาย วิธีการส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักการของ FITT รวมถึงพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการออกกำลังกาย ร่วมกับการสังเกตุและบันทึกภาคสนาม (Field note) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาการสนทนากลุ่มครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 2 ครั้ง จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 รายข้อมูลจึงมีความอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เริ่มต้นกระบวนการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกและบันทึกเสียงมาถอดเป็นบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim Transcript) ด้วยการใช้โปรแกรมประมวลผลทางคอมพิวเตอร์ เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องของเนื้อหาที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำรหัสเฉพาะให้กับข้อมูลแต่ละชุด พร้อมหมายเลขลำดับที่กำกับ (Coding Define) เพื่อป้องกันการปะปนกันของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เมื่อข้อมูลถูกจัดระเบียบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ โดยใช้ซอฟต์แวร์วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (QDA Miner Lite Text Analysis Software) ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้[11] 1) การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) โดยการคัดเลือกประเด็นที่สำคัญจากข้อมูลดิบ ทำการสรุปย่อและจัดหมวดหมู่ข้อมูลให้เป็นระเบียบ 2) การแสดงข้อมูล (Data Display) โดยข้อมูลที่ถูกคัดเลือกจะถูกนำเสนอในรูปแบบที่ทำให้เห็นภาพรวม เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์ 3) การสรุปและยืนยันผลการสรุป (Conclusion and Verification) โดยการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างข้อสรุปที่ครอบคลุมและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ด้วยวิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาน้ำเสียง โทนเสียง รวมไปถึงประเด็นที่ค้นพบจากการศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์ของ กูบาและลินคอล์น (Guba & Lincoln) ปี ค.ศ. 1989 ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) ซึ่งยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ให้ไว้ และไม่มีการแก้ไขเพิ่มเติม อีกทั้งยังผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) ข้อมูลถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับประเด็นและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งขั้นตอนนี้ช่วยเสริมสร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย เนื่องจากได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในด้านนี้ การดำเนินการตามขั้นตอนเหล่านี้ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลและผลการวิเคราะห์มีความถูกต้อง ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยในภาพรวม[12]

ผลการวิจัย

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นผู้หญิงจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 เป็นผู้ชายจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 41.75, 41.70 และ 25.00 ตามลำดับ ประวัติการล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 ที่มีการล้มมีจำนวน 1 ราย ที่ล้มมากกว่า 1ครั้งในรอบปีมีจำนวน 6 รายที่เกือบจะล้มแต่ประคองตนเองไว้ได้ และ 3 รายที่ไม่เคยล้ม คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 25.00 ตามลำดับ เมื่อระบุสถานที่ที่ทำให้ล้ม ส่วนใหญ่ล้มในบ้านบริเวณ ห้องครัวและห้องโถง ล้มบริเวณนอกบ้านที่ลานซักล้าง ผลที่เกิดจากการหกล้มส่วนมากมีอาการฟกช้ำปวดเคล็ดขัดยอก ส่วนใหญ่ดูแลรักษาตัวเองไม่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล เมื่อถามถึงสาเหตุการล้มส่วนใหญ่พบ เดินสะดุด ลื่น ล้มและก้าวพลาด การออกกำลังกายช่วยผู้สูงอายุลดความเสี่ยงการล้มโดยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสมดุล และความยืดหยุ่นของร่างกายรวมถึงพัฒนาระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางอย่างสม่ำเสมอ

ประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็นธีมหลักๆ ได้แก่ ชนิดการออกกำลังกาย ความถี่ ระยะเวลา ความหนักของการออกกำลังกาย สถานที่และการออกกำลังกายแบบเดี่ยวหรือแบบกลุ่ม ดังนี้

1. ชนิดการออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูลเลือกออกกำลังกายหลากหลายชนิด โดยชนิดการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือการเดิน,

แอโรบิก, และการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ฟิตเนสที่บ้านหรือสถานที่ออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า"เดินเป็นส่วนใหญ่มีสลับเดินเร็วเดินช้า" (P1) "เต้นแอโรบิกที่ชุมชนจัดให้อาทิตย์ละ 3 วัน" (P7) และ "ฟิตเนส มีอุปกรณ์ครบที่บ้านตัวเอง" (P10)

2. ความถี่ของการออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยมีความถี่ตั้งแต่ 2-7 วันต่อสัปดาห์ ขึ้นอยู่กับเวลาว่างและสภาพร่างกายของแต่ละคน ดังคำกล่าวที่ว่า"3 วันต่อสัปดาห์" (P1) "3-4 วันต่อสัปดาห์" (P6) และ"อาทิตย์นึงออกสัก 6-7 วัน" (P11)

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย

ระยะเวลาการออกกำลังกายแต่ละครั้งมักอยู่ที่ประมาณ 30-60 นาที ผู้ให้ข้อมูลหลายคนเน้นว่า 40-60 นาทีเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมเพียงพอและไม่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าเกินไป ดังคำกล่าวที่ว่า "จะพยายามให้ได้ชั่วโมงนึงแล้วเวลาที่ได้จริง ก็ 40 นาทีถึงเกือบชั่วโมงคะ"(P7) และ" ครั้งละ 40- 50 นาที เคยบางครั้งชั่วโมงนึงไม่ไหว ไม่ถึงชั่วโมงกำลังดี "(P12)

4. ความหนักของการออกกำลังกาย

ความหนักของการออกกำลังกายแตกต่างกันไปตามชนิดกิจกรรมและสภาพร่างกาย โดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเลือกออกกำลังกายในระดับความหนักที่ตนเองสามารถทำได้ ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายมีความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับเบาจนถึงระดับปานกลาง ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับเบา คือขณะออกกำลังกายยังคงหายใจสะดวก มีเหงื่อซึม ไม่เหนื่อย เช่น การเดินสลับวิ่ง, เต้นแอโรบิก, และการยกน้ำหนักเบาๆ ดังคำกล่าวที่ว่า" ฟิตเนตคะมีอุปกรณ์ครบที่บ้านตัวเองเพราะพ่อกับลูกเค้าชอบบ้านป้าจะมีทุกแบบเลย ทั้งลู่วิ่ง เครื่องบริหารหน้าท้อง ดัมเบล จักรยานกล แกนบริหารขา ทำพอให้มีเหงื่อซึมๆ ไม่เหนื่อยมาก " (P10) และ "เดินสลับกับวิ่งเหยาะๆ ทำประจำช่วงนี้อากาศเริ่มเย็นก็หายใจได้สบายๆ เหงื่อออกไม่เยอะ ไม่เหนื่อยมาก" (P3)

5. สถานที่ออกกำลังกาย

สถานที่ออกกำลังกายมีทั้งในบ้านและสถานที่สาธารณะ ผู้ให้ข้อมูลบางคนชอบออกกำลังกายที่บ้านเนื่องจากสะดวกและไม่ต้องเดินทาง แต่บางคนก็เลือกออกกำลังกายในสถานที่สาธารณะเพื่อเพิ่มบรรยากาศในการออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า"พี่ออกทุกวันที่บ้านวันละ 40 นาทีโดยประมาณอุปกรณ์ที่บ้านเยอะแต่ก็มาแอโรบิกกับเพื่อนๆนะที่ลานเอนกประสงค์" (P10) และ" ถ้าสถานที่ลานกีฬาค่ะออกกำลังกายแล้วก็มีที่สำหรับไปเดินมีส่วนกลางสนับสนุนด้วยหรือจะไปสนามบอลในโรงเรียนสนามกีฬาอีมสนามฟุตบอลน่ะ" (P4)

6. การออกกำลังกายเดี่ยวหรือกลุ่ม

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีทั้งการออกกำลังกายแบบเดี่ยวและการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม ผู้ที่เลือกออกกำลังกายเป็นกลุ่มมักจะกล่าวถึงความสนุกและความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ ขณะที่ผู้ที่ออกกำลังกายแบบเดี่ยวมักจะเน้นที่ความสะดวกและการจัดเวลาที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า"ออกกำลังกายกับเพื่อน อังคาร พฤหัสบดีที่มีโค้ชมาสอนแอโรบิกวันอื่นๆ ก็ออกเองที่บ้าน " (P6) และ "ออกเองคนเดียวแต่บางวันมากับลูกถ้าเค้าว่างก็เดินออกกำลังกายแล้วก็คุยตลอดทางจะเดินได้นานหน่อยเพราะชวนกันคุยอากาศก็ดี ทำได้เยอะกว่าทุกวันเพราะมีลูกมาออกเป็นเพื่อนได้คุยกันมากขึ้นด้วย" (P3)

ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายสามารถจำแนกออกเป็นหลายธีมหลัก ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่พบก่อนที่จะอธิบายถึงปัจจัยสนับสนุนมี ดังนี้

ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดวกมาออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่มีเวลา สุขภาพร่างกาย สภาพอากาศ สถานที่ไม่เอื้ออำนวยและติดธุระกะทันหัน ดังคำกล่าวที่ว่า "เวลาจะสำคัญว่าตัวเองเนี่ยจะว่างได้ช่วงเวลาไหนก็ต้องดูได้ช่วงเช้าเย็นหรือเราจะออกมาข้างนอกก็แล้วแต่เวลาความเหมาะสมของตัวเอง...อืม" (P4) "ถ้าอ่อนเพลียหรือไม่สบายก็ไม่ควรออกกำลังกาย ช่วงฝนตกอาจจะมีลื่นบ้างหรือขรุขระอย่างเงี้ยค่ะก็จะไม่ได้ละถ้าล้มนี่ไปกันใหญ่ กลิ่นรบกวนด้วย" (P8) และปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ช่วยให้ผู้คนสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องมีดังนี้

1. แรงจูงใจส่วนตัว

แรงจูงใจส่วนตัวและความพร้อมมีความสำคัญในการตัดสินใจมาออกกำลังกาย เช่น ความสะดวก ในการจัดการเวลาของตัวเอง แรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยหลักในการสนับสนุนออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลหลายคนกล่าวว่าต้องการสุขภาพที่แข็งแรงและไม่เป็นภาระของผู้อื่น จึงตัดสินใจออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า "อะไรที่ทำให้ตัวเราออกกำลังกายได้ใช่ไหมออกกำลังกายอืม....แรงจูงใจของ

เราเอง ” (P3) และ“มันเป็นแรงจูงใจของเราเองมีแรงจูงใจเราอยากจะออกเพื่อสุขภาพในตัวของเราเองน่ะที่บ้านก็ได้ถ้าไม่มีหรือขาดแรงจูงใจหรือความมั่นใจในตัวเองที่จะทำก็คงทำให้ติดเป็นนิสัยยาก” (P7)

2. การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านเวลาและหน้าที่อื่นๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ โดยเฉพาะการแบ่งเบาภาระหน้าที่ดูแลครอบครัวหรือกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลหลาน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีเวลามากขึ้นในการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า “ครอบครัวเราเองแหละ ถ้าเค้ามาพลัดเราเฝ้าหลานก็จะไปได้ปกติก็สลับกัน” (P8)

3. การมีผู้นำหรือโค้ช

การมีผู้นำหรือโค้ชที่เชี่ยวชาญในการออกกำลังกายช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมั่นใจในการออกกำลังกาย และมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “ส่วนโค้ชก็มีส่วนที่นำเราเต้นอยู่คนที่นำเราเนี่ยมีส่วนจะช่วยเราได้ทำให้ทำได้ถูกต้องทำได้ตามวิธีการออกแบบแอโรบิกโค้ชเค้าจะสอนพาเราทำหมดตั้งแต่เริ่มเตรียมความพร้อมจนถึงช่วงท้ายที่ผ่อนคลายยืดเหยียด” (P10) และ “บางทีก็เปิดดูจากโค้ชในยูทูปคะก็พอทำตามได้แต่ถ้าตามไม่ทันก็กดหยุดเลื่อนดูใหม่” (P9)

สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย

การมีสถานที่ออกกำลังกายที่สะดวกและปลอดภัยเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการออกกำลังกาย สถานที่ที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น สนามกีฬา หรือลานออกกำลังกายกลางแจ้ง ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถออกกำลังกายได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ดังคำกล่าวที่ว่า“ถ้าสถานที่ที่นี่คือที่นี่มันมีลานกีฬาค่ะออกกำลังกายแล้วก็มีที่สำหรับไปเดินมีส่วนกลางสนับสนุนด้วยหรือจะไปสนามบอลในโรงเรียนสนามกีฬาอีม..สนามฟุตบอลน่ะ” (P4) และ “สำหรับเราการออกกำลังกายเนี่ยมันไม่จำเป็นที่จะต้องมาสถานที่อะไรเนี่ยถ้าเผื่อเราอยากจะออกเพื่อสุขภาพในตัวของเราเอง ที่บ้านเราก็สามารถทำได้” (P8)

ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกายประกอบด้วยแรงจูงใจภายใน การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การมีโค้ชหรือผู้นำที่ดี และการมีสถานที่ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย ซึ่งช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกเหนือจากที่กล่าวไปแล้วพบว่าปัจจัยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย และความเชื่อในความสามารถของตนเอง มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถสรุปเป็นสองประเด็นหลักคือ ความคาดหวังในผลลัพธ์และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยแต่ละส่วนสนับสนุนการออกกำลังกายในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนี้

4. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีความคาดหวังว่าการออกกำลังกายจะนำไปสู่สุขภาพร่างกายที่แข็งแรง, การลดความเสื่อมของร่างกาย, และความรู้สึกดีทางจิตใจ เช่น การไม่เหนื่อยง่าย การคลายอาการปวดเมื่อย และการนอนหลับสบายมากขึ้น ความคาดหวังเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญให้ยังคงออกกำลังกายต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า “ร่าเริงแจ่มใส สนุกเพลิดเพลิน มีความอ่อนตัวเพิ่มขึ้นและมีความคล่องตัวดีขึ้น” (P7) และ “ร่างกายไม่เสื่อมก่อนวัย นอนหลับสบายมีความสุข” (ทำท่ายิ้มและยืดตัวเชิดหน้าขึ้น) (P5)

ความคาดหวังที่ดีจากการออกกำลังกายยังนำไปสู่ความพึงพอใจและทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการออกกำลังกายนั้นคุ้มค่า ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายคนพยายามที่จะทำให้การออกกำลังกายเป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวันของพวกเขา ดังคำกล่าวที่ว่า “ส่วนดิฉันชอบ ได้แต่งตัวสิก็สวยขนาดนี้ ช่วงอายุของพวกเราเนี่ยมันก็เลข 6 ขึ้นไปแล้วมันก็ต้องการเพื่อนฝูงคือถ้าได้มาออกรวมกันเนี่ย ถ้าฝนไม่ตกฟ้าไม่ร้องได้มาเจอหน้าก็สนุกสนานได้มาคุยได้อะไรอะมันก็ทำให้แจ่มใสเนี่ยแหละแต่ละคน” (P1)

5. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการออกกำลังกาย

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการสนับสนุนให้ออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง หลายคนเชื่อว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม โดยมีการวางแผนและปรับเปลี่ยนตามความสะดวกของตัวเอง และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า“การที่จะไปออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นแรงกระตุ้นเหมือนกัน มีความมั่นใจว่าตัวเองจะไปออกกำลังกายได้เรื่อยๆ เป็นกิจวัตรประจำวัน” (P6) ผู้ให้ข้อมูลบางคนแสดงให้เห็นว่าหากขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง หรือหากไม่มีแรงจูงใจ อาจทำให้การออกกำลังกายเป็นไปได้ยากและไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “มันเป็นแรงจูงใจของเราเองมีแรงจูงใจ เราอยากจะออกเพื่อสุขภาพในตัวของเราเองน่ะที่บ้านก็ได้ถ้าไม่มีหรือขาดแรงจูงใจหรือความมั่นใจในตัว

เองที่จะทำก็คงทำให้ติดเป็นนิสัยยาก” (P7) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับตัวเข้ากับอุปสรรคต่างๆ เช่น การเลือกใช้คลิปวิดีโอออกกำลังกายที่บ้าน การปรับตารางเวลา หรือการใช้สถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ออกคนเดียวที่บ้านพยายามทำตามคลิปที่โค้ชสอนในยูทูปก็สนุกเหมือนกันสามารถทำได้ด้วยตนเอง” (P4)

ประเภทของการออกกำลังกายที่ต้องการ

การออกกำลังกายเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการเพิ่มสมรรถภาพทางกาย การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่เพียงช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง แต่ยังส่งเสริมความมั่นใจและลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยสร้างความสนุกและการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลักที่ตอบโจทย์ความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ

1. การออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio Exercise)

การออกกำลังกายที่เน้นเพิ่มสมรรถภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเดิน, วิ่งเหยาะๆ, การเต้นแอโรบิก เป็นประเภทที่ได้รับความนิยม โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความชอบในการทำกิจกรรมเหล่านี้เพราะช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความคล่องตัว ดังคำกล่าวที่ว่า “เดินคะเป็นส่วนใหญ่มีสลับเดินเร็วเดินช้า” (P1) และ“พี่ปั่นจักรยานเต้นแอโรบิกคะที่ชุมชนจัดให้อาทิตย์ละ 2 วันพี่มาทุกวันตอนเย็นถ้าไม่ติดอะไร” (P7)

2. การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength Training)

การออกกำลังกายที่เน้นเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การใช้ดัมเบล, เครื่องออกกำลังกาย หรือการฝึกท่ากายบริหาร เป็นที่ต้องการของหลายคน เพราะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรงและรักษาสมดุล ดังคำกล่าวที่ว่า “ฟิตเนตคะมีอุปกรณ์ครบที่บ้านตัวเอง ป้าจะใช้ ทั้งลู่วิ่ง เครื่องบริหารหน้าท้อง ดัมเบล จักรยานกล แกนบริหารขา” (P10) “อาจจะไม่ต้องเป็นอุปกรณ์แบบนี้ ก็แค่กำแพงใช้ยืนดัน (สาธิตการใช้มือดันกำแพงและงอข้อศอกเกร็งลำตัวและเหยียดข้อศอก) ด้วย ใช่ คือเราต้องทำให้ได้อ่ะก็คือต้องใช้อุปกรณ์ก็ได้แล้วก็ไม่ใช้อุปกรณ์ก็ได้นะคะ” (P1) และ “ใช้ลูกกลิ้งบริหารหน้าท้อง เน้นแกนกลางลำตัว” (P11)

3. การออกกำลังกายที่เน้นการทรงตัวและความยืดหยุ่น (Balance and Flexibility)

การออกกำลังกาย เช่น โยคะ, ไทเก๊ก หรือการฝึกท่าทรงตัวก็เป็นที่นิยมในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการเพิ่มสมดุลและความยืดหยุ่นของร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า “เราเคยฝึกการทรงตัวในการออกกำลังกายเช่น การยืนขาเดียวยืนขาเดียวอย่างเงี้ยค่ะสไตล์ขาเดียวเนี่ยอันนี้เป็นเป็นการฝึกที่ไม่ได้ยาก (ผู้ให้ข้อมูลสาธิตให้ดู)” (P4) “ฝึกเดินทรงตัวยืนขาเดียวสลับเกาะกับเก้าอี้ ทำกายบริหาร” (P8) และ “พี่มีทำโยคะ รำไม้พลอง” (P6)

กลวิธีที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ท้าทาย แต่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้เมื่อมีการสนับสนุนจากปัจจัยรอบด้าน ทั้งจากครอบครัว เพื่อน โค้ช หรือแม้แต่สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การพัฒนากลวิธีที่เหมาะสมไม่เพียงช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกาย แต่ยังช่วยสร้างนิสัยที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ โดย 5 กลวิธีสำคัญที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

1. การสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

การมีคนใกล้ตัว เช่น ครอบครัวหรือเพื่อน คอยสนับสนุนและชักชวนให้ออกกำลังกายร่วมกัน ช่วยให้รู้สึกมีแรงจูงใจและสนุกสนานมากขึ้น นอกจากนี้ การออกกำลังกายเป็นกลุ่มยังช่วยสร้างความรับผิดชอบต่อกัน ทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสม่ำเสมอมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ครอบครัวเราเองแหละ ถ้าเค้ามาพลัดเราเฝ้าหลานก็จะไปได้ปกติก็สลับกัน” (P8) และ “การเข้ากลุ่ม ถ้ามีอะไรมาสนับสนุนอย่างเงี้ย อย่างชักชวนกันมาเพื่อส่วนรวม เราก็ออกกำลังกายได้เสียสละกันออกมาได้ อันนี้คือสิ่งที่เอื้อใช่ค่ะ” (P1)

2. การมีผู้นำหรือโค้ชสอน

การมีโค้ชสอนหรือผู้นำในการออกกำลังกายช่วยให้ผู้เข้าร่วมมีตัวแบบการออกกำลังกายที่ถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลบางคนยังกล่าวถึง การเข้าร่วมกลุ่มแอโรบิกหรือการมีโค้ชสอนเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกายที่สำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า “ส่วนโค้ชก็มีส่วนที่นำเราเต้นอยู่คนที่นำเราเนี่ยมีส่วนจะช่วยเราได้

ทำให้ถูกต้องตามวิธี การออกกำลังกายแบบแอโรบิกโค้ชเค้าจะสอนพาเราทำหมดตั้งแต่เริ่มเตรียมความพร้อมจนถึงช่วงท้ายที่ผ่อนคลายยืดเหยียด” (P10) และ “เห็นด้วยกับพี่เค้าถ้ามีโค้ชมานำเราทำตามได้ ถ้าออกที่บ้านเองก็เปิดคลิปเต้นตาม” (P1)

3. การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงวัยและสภาพร่างกาย

การปรับชนิดและความหนักของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกายของผู้ให้ข้อมูลเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญ ผู้สูงอายุบางคนเลือกทำกิจกรรมที่ไม่ใช้แรงมาก เช่น การเดินช้า การฝึกโยคะ หรือการใช้อุปกรณ์เบาๆ เพื่อไม่ให้ร่างกายรับภาระหนัก ดังคำกล่าวที่ว่า “พอแก่มาก็เปลี่ยนเป็นเดินแทนแล้วก็กายบริหาร ยืดเหยียด พวกกายบริหารจะทำทุกเช้าเป็นประจำอยู่แล้ว” (P9) และ “ใช้เก้าอี้นั่งแกว่งแขนและขา ลูกกลิ้งบริหารหน้าท้อง พิลาทิสหนีบขาออกกำลังต้นขา” (P12)

4. การใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์

การใช้เทคโนโลยี เช่น คลิปวิดีโอออกกำลังกายบน YouTube หรือแอปพลิเคชันออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้คนสามารถฝึกออกกำลังกายได้อย่างสะดวกที่บ้าน และสามารถปรับเปลี่ยนตารางการออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้าออกกำลังกายที่บ้านเองก็เปิดคลิปเต้นตาม” (P4)

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น พื้นที่ที่ปลอดภัยและสะอาด หรือการมีอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น รองเท้ากีฬาที่รองรับการเคลื่อนไหวได้ดี สิ่งเหล่านี้ช่วยลดอุปสรรคในการออกกำลังกายและทำให้ผู้คนรู้สึกสบายใจในการทำกิจกรรม ดังคำกล่าวที่ว่า “สถานที่สะดวก และมีความปลอดภัยช่วยให้เราทำกิจกรรมได้สะดวกขึ้น” (P1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พฤติกรรมและปัจจัยที่สนับสนุนต่อการออกกำลังกายนั้น พบว่าผู้สูงอายุมักเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายตามความต้องการและข้อจำกัดของตนเอง เช่น การเดิน การเต้นแอโรบิก และการใช้เครื่องออกกำลังกายในบ้านหรือศูนย์ออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีข้อดีที่สามารถทำได้ง่ายและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย การออกกำลังกายแบบกลุ่มช่วยเพิ่มแรงจูงใจผ่านการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ฝึกสอน ซึ่งมีส่วนช่วยเพิ่มความสนุกและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการเลือกใช้สถานที่ที่เหมาะสม เช่น บ้านหรือสถานที่สาธารณะยังช่วยให้ผู้สูงอายุปรับกิจกรรมได้ตามตารางเวลาของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการรักษากิจกรรมทางกายและพฤติกรรมต่อการลดลงของการเคลื่อนไหวเชิงหน้าที่ในผู้สูงอายุ: การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมรีแอค (REACT) การเกษียณอายุในวัยทำงาน[13] พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีประสิทธิภาพในการรักษาสุขภาพและความสามารถในการเคลื่อนไหวได้อย่างคุ้มค่าต่อการลงทุน ช่วยลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านคุณภาพชีวิตและการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว

ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แรงจูงใจภายใน การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การมีโค้ชที่เชี่ยวชาญ และการมีสถานที่ที่สะดวกและปลอดภัย ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการออกกำลังกาย เช่น สุขภาพแข็งแรง ความคล่องตัว และความผ่อนคลาย ก็มีบทบาทในการสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกาย ขณะที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับอุปสรรคต่างๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางกาย: การทบทวนอย่างเป็นระบบของการศึกษาเชิงคุณภาพ[14] พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุประกอบด้วย ความสามารถการรับรู้ความแข็งแรงและความเสี่ยง, สภาพแวดล้อม เพื่อนร่วมกิจกรรม และแรงจูงใจ การดูแลสุขภาพและความสนุก ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางกาย

กลวิธีสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุประกอบด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและความรับผิดชอบต่อกัน การมีโค้ชหรือผู้นำช่วยให้การออกกำลังกายปลอดภัยและมั่นใจ การปรับประเภทและความหนักของการออกกำลังกายให้เหมาะกับวัย เช่น เดินและยืดเหยียด การใช้สื่อออนไลน์เพื่อออกกำลังกายสะดวกที่บ้าน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อ เช่น พื้นที่ปลอดภัยและอุปกรณ์ที่เหมาะสม ประสิทธิภาพของกลยุทธ์เหล่านี้ในการสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ[15] โดยกลุ่ม

ทดลองได้รับนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ นวัตกรรมเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ Augmented reality (AR) ผ่านสื่อติดผนังโดยใช้งานผ่านสมาร์ทโฟน เพื่อส่งเสริม การรับรู้ การฝึกทักษะกายบริหาร และการเสริมแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรสาธารณสุข และเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมหลักที่ใช้ในโปรแกรมฯประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ การรับรู้ การฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการเสริมแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมฯมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[16]

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

ด้านนโยบาย ควรสนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุผ่านการสร้างพื้นที่ปลอดภัยและโปรแกรมที่เหมาะสมกับวัย พร้อมส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ พร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการล้มและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านวิชาการ ควรส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบไปเป็นแนวทางในการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุหลายรายมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมจึงควรวิจัยศึกษารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าว

References

1. Department of Older Persons. National Agenda Measures on Aging Society (Revised Edition). Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2019. (in Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023. (in Thai).
3. Statistical Forecasting Bureau National Statistical office. The Government Complex. The 2021 Survey of the older persons in Thailand. Bangkok. Text and Journal Publication Company Limited. 2022. (in Thai)
4. Elderly Work Development Foundation. Situation of Thai elderly (health). Foundation of the Thai Elderly Research and Development Institute (PSU). The situation of the Thai elderly in 2020. Bangkok; 2021.
5. American College of Sports Medicine. ACSM guidelines for exercise testing and prescription (10th editor.). New York: Lippinkott Williams & Wilkins;2018.
6. Kraemer WJ, Fleck SJ, & Deschenes MR. Exercise physiology: Integrating theory and application. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
7. Tongma S, Klinpudtan N, Sawangchit S, Bandansin J, & Srithumsuk W. Nurses' Role in Home Care for Older People with Sarcopenia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):65-73. (in Thai)
8. Bunthan W, & Kompayak J. Conditional factors associated with regular exercise behavior of the community-dwelling elderly. Thai Journal of Nursing 2020.;69(4):1-10. (in Thai)

9. Smith G, Moyle W, & Burton N. The Relationship between Social Support for Physical Activity and Physical Activity across Nine Years in Adults Aged 60-65 Years at Baseline. International Journal of Environmental Research and Public Health2023;20(5):4531-41.
10. Steinhoff P, & Reiner A. Physical activity and functional social support in community-dwelling older adults: a scoping review. BioMed Central Public Health 2024;24(1): 1355-68.
11. Holloway I, & Wheeler S. Qualitative research for nurse. London: Blackwell Science; 1996.
12. Guba EG & Lincoln YS. Fouth generation evaluation. Newbury Park, CA and London: Sage Publications; 1989.
13. Stathi A, Greaves CJ, et al. Effect of a physical activity and behaviors maintenance programme on functional mobility decline in older adults: the REACT (Retirement in Action) randomized controlled trial. The Lancet. Public health 2022; 7(4), e316–26.
14. Meredith SJ, Cox NJ, et al. Factors that influence older adults' participation in physical activity: a systematic review of qualitative studies. Age and ageing 2023;52(8), 145.
15. Chanjirawadee P, Sirisopon N, Kainaka P, & Onsiri S. The Effectiveness of Fall Prevention Program for Fall Prevention Behaviors in Hypertension Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(Supplement):41-8. (in Thai)
16. Nutthakritta S. The Effectiveness of Innovation that Promoted Fall Prevention Behavior among Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (Supplement):495-504. (in Thai)

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Quality of Life of The Patients Undergoing One-Level Minimally Invasive Lumbar Spine Surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital

ธัญญธร ล้อมเมตตา* สุรเดช สำราญจิตต์
Thanyathorn Lometta* Suradej Samranjit
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240
Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่าง 108 คน โดยสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน จำแนกตามปัจจัยด้านต่างๆ โดยใช้ ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ61-70ปี มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัว ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ระดับความแตกต่างของคุณภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและกลุ่มอาชีพ ระดับความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านโรคประจำตัว

คำสำคัญ : การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ, คุณภาพชีวิต, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Abstract

This study aimed to assess the quality of life of patients undergoing surgery and to identify the personal factors influencing their quality of life after single-level minimally invasive lumbar spine surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. A total of 108 participants were selected using a convenience sampling method. Data were collected using a questionnaire covering personal factors and four dimensions of quality of life: physical health, psychological well-being, social relationships, and environmental factors. Descriptive statistics were used for general data analysis, while ANOVA and Least Significant Difference (LSD) test were applied to determine significant differences in quality of life across various factors.

Corresponding Author: * E-mail: jantakorn.spine@gmail.com

วันที่รับ (Received) 21 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 22 ก.พ. 2568

The results indicated that the majority of participants were female, aged 61–70 years, had an education level below an associate degree, were unemployed, and had pre-existing medical conditions. The overall quality of life across all four dimensions-physical health, psychological well-being, social relationships, and environmental factors-was found to be at a good level. Statistically significant factors influencing differences in quality of life included: Social relationships: Significantly influenced by gender. Environmental factors: Significantly influenced by educational level and occupation. Psychological well-being: Significantly influenced by pre-existing medical conditions. These findings suggest that personal factors such as gender, educational background, occupation, and pre-existing medical conditions play a crucial role in determining post-surgical quality of life. Understanding these factors may help improve post-operative care and patient outcomes.

Keywords: One-Level Minimally Invasive Spinal Surgery, Quality of life, King Chulalongkorn Memorial Hospital

บทนำ ในปี 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain) ส่งผลกระทบต่อผู้คน 619 ล้านคนทั่วโลก คาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 843 ล้านรายภายในปี 2593 ซึ่งอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain) เป็นอาการหนึ่งที่ถือเป็นสัญญาณเตือนอาจเกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาท[1] ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3,345 ต่อ 100,000 คน[2]

ซึ่งทำให้การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย มีบทบาท เพื่อลดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ ลดการเสียเลือด ลดเวลาการผ่าตัด และลดเวลาการพักฟื้นของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว โดยหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลนาน[3] จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านชีวกลศาสตร์และนวัตกรรมการผ่าตัดกระดูกสันหลัง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษา โดยการผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังบริเวณเอวส่วนล่าง ชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย (Minimally Invasive Lumbar Spine Surgery :MISS) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวน 98, 126 และ 150 ราย ตามลำดับ[4] รวมถึงผลต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การประเมินคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการวางแผนการดูแลของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์

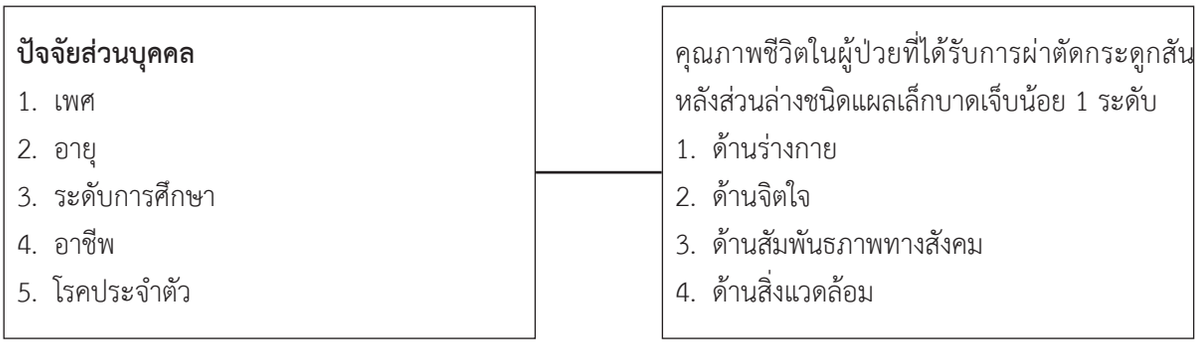
คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงชีวิตความเป็นอยู่ของตนจากวัฒนธรรมและการความเชื่อในการดำเนินชีวิตซึ่งมีผลต่อเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ความคาดหวังและความวิตกกังวลซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลวัฒนธรรมและเชื้อชาติ[5] จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังระดับเอวของโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนจากความเสื่อม พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมทั้ง 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมปกติ ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย และความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาหรือมีปัญหาเล็กน้อย ซึ่งอยู่ในเกณฑ์คุณภาพที่ดี[6] ซึ่งในปัจจุบัน การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดเปิด ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น เจ็บปวดน้อยลง ทั้งยังช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาครั้งนี้โดยผลจากการศึกษาจะทำให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ หลังได้รับการรักษาและสามารถนำข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็ก บาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับ

ของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สมมติฐาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ระดับของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน[7,8] ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ



วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยทำการศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2566 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 150 ราย ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย โดยสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เพื่อเข้าสู่การศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 786/2567 วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยการไม่เปิดเผยชื่อ และ นามสกุล ที่อยู่ใดๆ ทั้งสิ้น โดยเด็ดขาด แต่จะใช้การปรับเป็นรหัส เพื่อไม่ให้มีการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ได้นำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF-THAI)[9,10,11,12] มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับทั้งหมด สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท(Likert Scale)[13] กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด	5 คะแนน
มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก	4 คะแนน
มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง	3 คะแนน
มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย	2 คะแนน
มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด	1 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกสันหลัง และอาจารย์นักสาธารณสุข โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 แล้วนำ

แบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดเปิดแผล 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's coefficientalpha) ของแบบสอบถามในส่วนของระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ มีค่าเท่ากับ .981

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ ใช้การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย		ระดับคุณภาพชีวิต
3.67-5.00	หมายถึง	ระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2.34-3.66	หมายถึง	ระดับการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
1.00-2.33	หมายถึง	ระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

และวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำแนกตามปัจจัยด้านต่างๆ โดย ใช้สถิติ ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.90 ช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 41.70 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 49.00 ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.60 มีโรคประจำตัวมาก ร้อยละ 52.80

ตาราง 1 ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (n=108)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฯ	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	4.91	.261	ดี
2. ด้านจิตใจ	4.91	.253	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.95	.224	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.79	.335	ดี
รวม	4.89	.184	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน (M = 4.89, SD = .184) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยจำแนกตามด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในเกณฑ์ดีมากที่สุด (M = 4.95, SD = .224) รองลงมาระดับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย (M = 4.91, SD = .261) ระดับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ (M = 4.91, SD = .253) และระดับคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อม (M = 4.79, SD = .335) ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ ระดับความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (t = -1.216, P = .004**) ดังแสดงในตารางที่ 2 ระดับความแตกต่างของคุณภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (F = 4.559, P = .005**) ดังแสดงในตารางที่ 3 และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า แตกต่างกัน 2 คู่ คือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา กับ ระดับการศึกษาปริญญาตรี (P < .001**) และระดับการศึกษาอนุปริญญา/ปวส. กับระดับการศึกษาปริญญาตรี (P = .037*) ดังแสดงในตารางที่ 4 และกลุ่มอาชีพ (F = 8.039, P < .001**) ดังแสดงในตารางที่ 5 และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า แตกต่างกัน 4 คู่ คือ กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ กับ กลุ่มอาชีพเกษตรกร (P < .001**) กลุ่มอาชีพเกษตรกร กับ กลุ่มอาชีพธุรกิจส่วนตัว

(P < .001**) กลุ่มอาชีพเกษตรกร กับ กลุ่มอาชีพข้าราชการ (P < .001**) และกลุ่มอาชีพอาชีพเกษตรกร กับ กลุ่มอาชีพอื่นๆ ได้แก่ พนักงานบริษัท พระสงฆ์ แม่บ้าน (P = .007**) ดังแสดงในตารางที่ 6 และระดับความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านโรคประจำตัว (t = 1.286, P = .013*) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตาราง 2 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ (n=108)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฯ	ชาย		หญิง		t	P
	M	SD	M	SD		
1. ด้านร่างกาย	4.89	.240	4.91	.274	-.406	.655
2. ด้านจิตใจ	4.88	.251	4.92	.255	-.617	.493
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.90	.314	4.97	.148	-1.216	.004**
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.80	.359	4.78	.323	.372	.822
รวม	4.87	.207	4.89	.170	-.625	.198

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ พบว่า ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = -1.216, P = .004**)

ตาราง 3 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกระดับการศึกษา (n=108)

คุณภาพชีวิตขของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฯ	ต่ำกว่าอนุปริญญา		อนุปริญญา/ปวส.		ปริญญาตรี		ปริญญาตรีขึ้นไป		F	P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
1. ด้านร่างกาย	4.94	.175	4.88	.276	4.85	.353	4.95	.116	1.022	.386
2. ด้านจิตใจ	4.91	.241	4.98	.527	4.86	.308	5.00	.000	.903	.442
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.97	.183	5.00	.000	4.96	.285	4.88	.272	1.031	.382
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.69	.388	4.70	.334	4.93	.187	4.81	.293	4.559	.005**
รวม	4.88	.173	4.89	.119	4.89	.218	4.91	.158	.053	.984

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกระดับการศึกษา พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 4.559, P = .005**)

ตาราง 4 ทดสอบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกตามระดับการศึกษา โดยวิธีการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

ระดับการศึกษา	M	ต่ำกว่าอนุปริญญา	อนุปริญญา/ปวส.	ปริญญาตรี	ปริญญาตรีขึ้นไป
		4.69	**4.70**	**4.93**	**4.81**
ต่ำกว่าอนุปริญญา	4.69	-	.986	< .001**	.408
อนุปริญญา/ปวส.	4.70	-	-	.037*	.497
ปริญญาตรี	4.93	-	-	-	.369
ปริญญาตรีขึ้นไป	4.81	-	-	-	-

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4 ทดสอบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกตามระดับการศึกษา โดยวิธีการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า แตกต่างกัน 2 คู่ คือ ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา กับ ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P < .001**) และระดับการศึกษาอนุปริญญา/ปวส. กับ ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P = .037*)

ตารางที่ 5 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกกลุ่มอาชีพ (n=108)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	ไม่ได้ประกอบอาชีพ		เกษตรกรรม		ธุรกิจส่วนตัว		ข้าราชการ		อื่นๆ		F	P
ที่ได้รับการผ่าตัดฯ	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
1. ด้านร่างกาย	4.91	.313	4.98	.065	5.00	.000	4.86	.281	4.78	.335	1.901	.116
2. ด้านจิตใจ	4.92	.250	4.91	.238	5.00	.000	4.90	.261	4.79	.359	1.164	.331
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.96	.176	4.92	.305	5.00	.000	4.90	.280	4.95	.178	0.511	.728
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.85	.298	4.46	.422	4.96	.103	4.87	.255	4.75	.306	8.039	<.001**
รวม	4.91	.182	4.82	.171	4.99	.025	4.88	.195	4.82	.230	2.447	.051

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกกลุ่มอาชีพ พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, (F = 8.039, P < .001**)

ตารางที่ 6 ทดสอบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มอาชีพ โดยวิธีการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference)

อาชีพ	M	ไม่ประกอบอาชีพ	เกษตรกร	ธุรกิจส่วนตัว	ข้าราชการ	อื่นๆ
		4.85	4.46	4.96	4.87	4.75
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ไม่ประกอบอาชีพ (1)	4.85	-	< .001**	.241	.718	.291
เกษตรกร (2)	4.46	-	-	< .001**	< .001**	.007**
ธุรกิจส่วนตัว (3)	4.96	-	-	-	.384	.060
ข้าราชการ (4)	4.87	-	-	-	-	.097
อื่นๆ (5)	4.75	-	-	-	-	-

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 6 ทดสอบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มอาชีพ โดยวิธีการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า แตกต่างกัน 4 คู่ คือ กลุ่มไม่ประกอบอาชีพ กับ กลุ่มอาชีพเกษตรกร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P < .001**) กลุ่มอาชีพเกษตรกร กับกลุ่มอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P < .001**) กลุ่มอาชีพเกษตรกร กับ กลุ่มอาชีพข้าราชการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P < .001**) และกลุ่มอาชีพอาชีพเกษตรกร กับ กลุ่มอาชีพอื่นๆ ได้แก่ พนักงานบริษัท พระสงฆ์ แม่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (P = .007**)

ตารางที่ 7 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามโรคประจำตัว (n=108)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฯ	ไม่มี		มี		t	P
	M	SD	M	SD		
1. ด้านร่างกาย	4.91	.280	4.90	.246	.215	.714
2. ด้านจิตใจ	4.94	.188	4.88	.298	1.286	.013*
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.92	.260	4.96	.185	-.851	.088
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.79	.324	4.78	.347	.072	.818
รวม	4.89	.189	4.88	.180	.279	.703

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำแนกตามโรคประจำตัว พบว่า ด้านจิตใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05, (t = 1.286, P = .013*)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง[14]

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (t = -1.216, P = .004**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับกับงานวิจัยอิทธิพลของเพศต่อผลลัพธ์ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่า เพศส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยเน้นการเปรียบเทียบระหว่างผู้ชายและผู้หญิงในเรื่องของการฟื้นตัว การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวทางสังคมหลังการผ่าตัด15 ส่วนระดับความแตกต่างของคุณภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (F = 4.559, P = .005**) และกลุ่มอาชีพ (F = 8.039, P < .001**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การศึกษานี้ได้กล่าวถึงการมีอาชีพและระดับการศึกษาที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อมหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงและมีอาชีพที่มั่นคงจะมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อม[16] นอกจากนี้ระดับความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านโรคประจำตัว (t = 1.286, P = .013*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเชื่อมโยงระหว่างโรคทางจิตเวชและผลลัพธ์หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การศึกษาในงานนี้ระบุว่าโรคประจำตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมักมีความรู้สึกหดหู่หรือวิตกกังวลมากขึ้น และการฟื้นตัวจากการผ่าตัดอาจช้ากว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว[17] จากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยอายุ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. วางแผนการให้คำแนะนำการปฏิบัติหลังผ่าตัดให้แก่ญาติของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ป่วยทุกเพศที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่ดีขึ้น

2. วางแผนการดูแลเพื่อจัดการกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและกลุ่มอาชีพแตกต่างกัน รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น เก็บข้อมูลจากหลายโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ และให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ

2. ควรศึกษาคุณลักษณะอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น รายได้ ผู้ดูแล กิจกรรมประจำวัน ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ

3. ควรศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างชนิดแผลเล็กบาดเจ็บน้อย 1 ระดับ

References

1. World Health Organization. Low back pain. World Health Organization; 2023.
2. Ministry of Public Health. Summary report on illness statistics for the year 2022. Bangkok: Strategic and Planning Division, Office of the Permanent Secretary; 2022.

3. Yingsakmongkhon W. Minimally invasive spine surgery: Advanced surgical innovation and patient care. Bangkok: Elephant Colors Co., Ltd.; 2022.
4. Chulalongkorn Hospital. Annual statistical report, Operating Room Department, Orthopedic Department, Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross Society. 2023.
5. World Health Organization. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. 1993;2(2): 153-59.
6. Siribanchaichai K, Chongthawornsathit S, & Chotvijit A. Quality of life of patients at Siriraj Hospital who underwent lumbar spinal fusion for degenerative spine disease: A retrospective and follow-up study. Integrated Journal of Social Sciences. 2022;9(2): 147-70. (in Thai)
7. Saranjit S. Health behavior in public health. Teaching material for PHA 6303, Bangkok: Ramkhamhaeng University Press. 2023. (in Thai)
8. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. WHO quality of life brief version Thai. 2002. (in Thai)
9. Mahatnirand S and team. Comparison of the WHO Quality of Life (WHOQOL) questionnaire with 100 indicators and 26 indicators at Suanprung Hospital, Chiang Mai Province. 1997.
10. Waelveerakup W, Suwannasarn K, & Pasuwan D. Quality of life of Older Persons During the Second Wave of the COVID-19 Pandemic in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2): 76–87. (in Thai)
11. Ekkamart B, Phaicharoen R, & Phetphiphat P. The predictive power of symptom experience and symptoms management strategies on quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease in central chest Institute of thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3): 162-70. (in Thai)
12. Newman CJ, Lolekha R, Limkittikul K, et al. A comparison of pain scales in Thai children. Archives of Disease in Childhood. 2005;90(3): 269-70.
13. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In: Fishbeic M, editor. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
14. Lertthongthai C, & Nimmuan C. Quality of life in chronic lower back pain patients due to musculoskeletal system diseases. Chulalongkorn Medical Journal. 2014;58(4): 419-31. (in Thai)
15. Pochon L, Kleinstück FS, Porchet F, & Mannion AF. Influence of gender on patient-oriented outcomes in spine surgery. European Spine Journal. 2016;25(1):235-46.
16. Reyes SG, Bajaj PM, Alvandi BA, Kurapaty SS, Patel AA, & Divi SN. Impact of Social Determinants of Health in Spine Surgery. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. 2023;16(1): 24-32.
17. Jackson KL, Rumley J, Griffith M, Agochukwu U, & DeVine J. Correlating Psychological Comorbidities and Outcomes After Spine Surgery. Global Spine Journal. 2020;10(7): 929-39.

ความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงาน ในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย

The Prevalence of Burn-Out Syndrome and Its Associated Factors among Workers at a Sugarcane and Sugar Industry in Thailand

อินทุอร หงษ์ศิริ* วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี
Inthuon Hongsiri Wiroj Jiamjarasrangsi
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University Bangkok Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟ รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่ง โดยเป็นการวิจัยแบบพรรณนาภาคตัดขวางและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 390 ราย ซึ่งใช้แบบสอบถามการประเมินภาวะหมดไฟ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่และการวัดการกระจายของข้อมูล รวมถึงสถิติเชิงอนุมานใช้ Multiple Logistic Regression Analysis

การศึกษาพบว่า พนักงานมีภาวะหมดไฟร้อยละ 6.9 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (Adjusted Odds Ratio (ORadj) 5.47, 95%CI: 1.33 - 22.56) ความสัมพันธ์ของครอบครัวระดับดีหรือดีมาก (ORadj 0.20, 95%CI: 0.06 - 0.68) โรคทางจิตเวช (ORadj 2.70, 95%CI: 1.74 - 92.74) และชั่วโมงการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (ORadj 5.30, 95%CI: 1.50 - 18.73) กล่าวได้ว่า ความชุกภาวะหมดไฟในพนักงานค่อนข้างต่ำแต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน ดังนั้น องค์กรจึงควรหาแนวทางการป้องกันภาวะหมดไฟ โดยคำนึงถึง เพศ โรคทางจิตเวช และชั่วโมงการทำงาน และสร้างนโยบายลดความเสี่ยงการเกิดภาวะหมดไฟ เช่น การสร้างความยืดหยุ่นในการทำงาน รวมถึงให้คำปรึกษาแก่พนักงานที่มีปัญหาทางจิตเวชและความเครียด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและความเป็นอยู่ที่ดีในองค์กร

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ, พนักงาน, ความอ่อนล้าทางอารมณ์, การเมินเฉยต่องาน, ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพในการทำงาน

Abstract

This study aimed to examine the prevalence of burnout and its related factors among employees in a sugarcane and sugar industry. A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 390 employees using a burnout questionnaire. The data were analyzed by software package with descriptive statistics using frequency distribution and measures of variation, as well as inferential statistics using Multiple Logistic Regression to analyze data.

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

วันที่รับ (Received) 1 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 22 ก.พ. 2568

The results showed that employees had 6.9 percent burnout. The factors related to statistically significant burnout, included being female (adjusted odds ratio (ORadj) 5.47, 95%CI: 1.33 - 22.56), having good or very good family relationships (ORadj 0.20, 95%CI: 0.06 - 0.68), having a psychiatric disorder (ORadj 12.70, 95%CI: 1.74 - 92.74), and working more than 8 hours per day (ORadj 5.30, 95%CI: 1.50 - 18.73). In conclusion, the prevalence of burnout among employees was relatively low but was significantly associated with both personal and work-related factors. Therefore, this research is useful for organizations to find ways to prevent burnout. The company has established policies to reduce the risk of burnout at work, such as building flexibility at work, as well as providing counseling to employees with psychiatric and stress problems. thereby improving work performance and employees' well-being.

Keywords : Burn-out Syndrome, Worker, Emotional Exhaustion, Cynicism, Professional Inefficacy

บทนำ

ภาวะหมดไฟ (Burn-out) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าภาวะนี้เป็นภาวะทางจิตใจหรือสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากความเครียดสะสมจากการทำงานเรื้อรังที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางอาชีพ (Occupational Phenomenon) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นจากการทำงานเพียงเท่านั้นไม่นำไปใช้กับสาเหตุที่นอกเหนือจากงาน[1]

สถานการณ์ภาวะหมดไฟ ในประเทศไทยกำลังเป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อหลายกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะพนักงานบริษัท พนักงานรัฐวิสาหกิจ และข้าราชการ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทยจากเว็บไซต์ Mental Health Check In โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชน มีอัตราความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.33 และมีความเครียดสูง ร้อยละ 7.95[2] สอดคล้องกับ ข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,210 คน โดยวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร กำลังเผชิญกับภาวะหมดไฟ ร้อยละ 12 และอีกร้อยละ 57 กำลังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหมดไฟ[3] โดยสาเหตุประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 2) ปัจจัยด้านงานและองค์กร ซึ่งภาวะหมดไฟนั้นส่งผลกระทบเป็นอย่างมากทั้งด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพกาย ด้านพฤติกรรม และการทำงาน เช่น ความไม่พึงพอใจในงาน การขาดงาน และความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของงาน[4]

ปัจจุบันประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟเป็นจำนวนมากโดยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มอาชีพที่ต้องมีการติดต่อสื่อสารหรือให้บริการกับบุคคลโดยตรง เช่น ครู ตำรวจ พนักงานดับเพลิงและโดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยยังมีการศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มอาชีพที่ทำงานในสถานประกอบการด้านอุตสาหกรรมไม่มากนัก ประกอบกับสัดส่วนประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างเอกชนประมาณร้อยละ 80 และเป็นการจ้างงานรายภาคอุตสาหกรรมสูงสุดร้อยละ 48[5] ซึ่งพนักงานในสถานประกอบการด้านอุตสาหกรรมเป็นอีกหนึ่งอาชีพที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟสูงเนื่องจากมีทั้งแรงงานประเภทผู้ใช้แรงงานและผู้ที่ทำงานในสำนักงานที่ทำงานร่วมกันซึ่งแรงงานต่างมีระดับความเครียดสูง เนื่องจากพฤติกรรมที่นั่งบนโต๊ะเป็นเวลานาน ภาระงานสูง รวมถึงงานที่ใช้แรงกายสูงสำหรับประเภทแรก และปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความเครียดได้แก่ ความชัดเจนในหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน[6,7] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพนักงานในสถานประกอบการด้านอุตสาหกรรมมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหมดไฟได้สูงไม่ต่างจากอาชีพอื่น เนื่องจากสถานการณ์ภาวะหมดไฟในวัยทำงานที่พบได้บ่อยและมีจำนวนสูงขึ้น รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงานและงานที่ทำ ตลอดจนยังพบการศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มวัยแรงงานในสถานประกอบการด้านอุตสาหกรรมน้อย การศึกษานี้จึงเลือกสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาล และมีฐานการผลิตอยู่ทั่วภูมิภาคของประเทศไทย โดยตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงาน ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะหมดไฟในงาน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่องาน และด้านประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งนี้ การประเมินภาวะหมดไฟ

พิจารณาจากวิธีการประเมินผลตามแบบประเมินภาวะหมดไฟ MBI-GS version 3rd Edition เพื่อให้ทราบสภาพการณ์ของภาวะหมดไฟในงาน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของพนักงานและนำไปสู่การพัฒนาองค์กรต่อไป

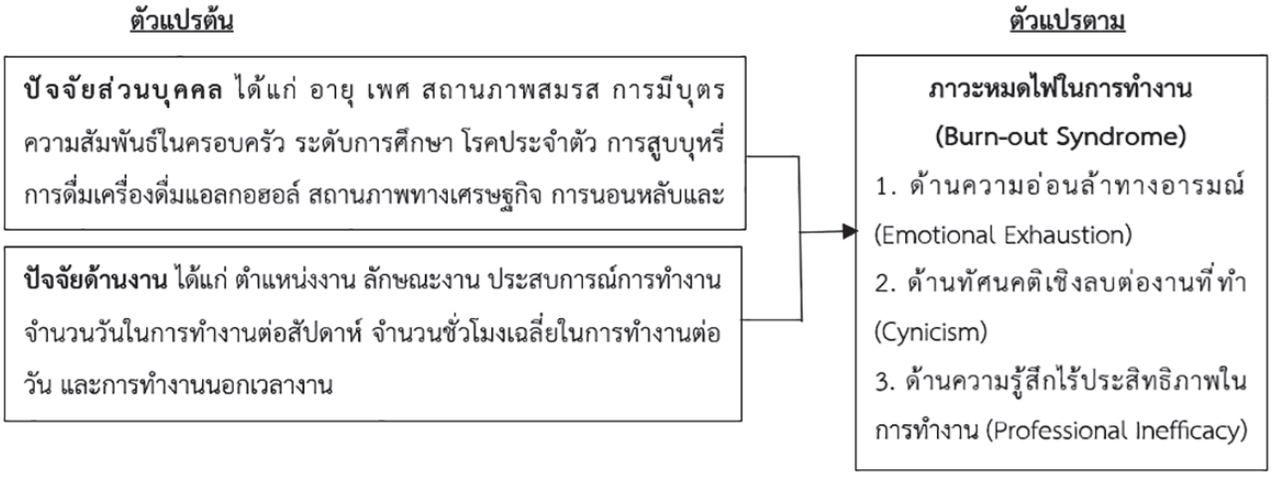
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงานกับการเกิดภาวะหมดไฟในงานดังกล่าวในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การมีบุตร ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การนอนหลับ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาระหนี้สินและการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ สถานที่ทำงาน การทำงานที่จังหวัดภูมิลำเนา ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน การทำงานกะ ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการทำงานต่อวัน การทำงานนอกเวลางานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในงาน

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ประชากรเป้าหมายและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ พนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลแห่งหนึ่งทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและโรงงาน ณ ต่างจังหวัด ได้แก่ ด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี, ภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ, จังหวัดกาฬสินธุ์, แม่สอด จังหวัดตาก โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ อายุ 18–60 ปี และทำงานในสถานประกอบการนี้มาอย่างน้อย 1 ปี และเกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหาการใช้ภาษาไทย ในการพูด อ่าน เขียน โดยการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากสูตรสำหรับตัวแปรตามประเภท Dichotomous Outcome และการวิเคราะห์แบบ Logistic Regression[8] โดยกำหนดค่า alpha error เท่ากับ 0.05 beta error เท่ากับ 0.20 และความชุกของภาวะหมดไฟจากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 46.15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 326 คน ดังนั้นจำนวนพนักงานที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษานี้ทั้งหมด 446 คน โดยไม่มีการสุ่ม จึงมากพอตามการคำนวณนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 0005/67 COA No. 0230/2024 รับรองระหว่างวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 – 13 กุมภาพันธ์ 2568

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 17 ข้อ 2) ข้อมูลปัจจัยด้านงาน 9 ข้อ และ

3) แบบสอบถามแบบปลายปิดในการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ของ Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) version 3rd Edition9 ฉบับภาษาไทย[10] ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ซึ่งมีการแปลผลคะแนนรายด้านดังนี้ คือ (ก) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ <10 ต่ำ 10.01-15.99 ปานกลาง และ >16 สูง (ข) ด้านการเมินเฉยต่องาน <5 ต่ำ 5.01-15.99 ปานกลาง และ >11 สูง (ค) ด้านความสามารถในการทำงาน <24 ต่ำ 24.01-29.99 ปานกลาง และ >30 สูง จากนั้นนำคะแนนทั้ง 3 ด้านมารวมกัน โดยที่จะถือว่าบุคคลมีภาวะหมดไฟเมื่อคะแนนด้าน (ก) สูง+(ข) สูง+ (ค) ต่ำ และถือว่าไม่มีภาวะดังกล่าวหากไม่เข้าเกณฑ์นี้[11] ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหา Cronbach's Alpha Coefficient

แบบสอบถามนี้นำไปศึกษานำร่องกับพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่งจำนวน 40 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายและตรวจสอบความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 อยู่ในเกณฑ์ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ร่วมวิจัยผ่านทางฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการและส่งแบบสอบถามทางออนไลน์ด้วยรูปแบบลิงค์ Google Form โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ส่งถึงกลุ่มตัวอย่างทาง e-mail/Line Group อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอยู่ในหน้าแรกของแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ไม่ได้ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม ไม่ได้เสนอเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 สำหรับสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอโดยใช้ ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอโดยใช้จำนวนและร้อยละ ส่วนสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับการเกิดภาวะหมดไฟแบบ Multivariable analysis โดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression และคัดเลือกตัวแปรเข้าในสมการสุดท้ายด้วยวิธี purposeful selection[12] ซึ่งได้เป็นค่าแต้มต่อที่ปรับค่าใหม่ (Adjusted Odds Ratio หรือ ORadj) และ 95% Confidence interval หรือ CI เพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 446 ราย มีกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 390 ราย คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.1 อายุเฉลี่ย 37.30 ปี ระดับความสัมพันธ์ของครอบครัวอยู่ในระดับดีหรือดีมาก ร้อยละ 84.4 ส่วนใหญ่การออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 35.4 นอนหลับมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมง ร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 63.1 และส่วนใหญ่มีการทำงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดภูมิลำเนา ร้อยละ 68.2 ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 48.2 ทำงานในตำแหน่งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 87.2 และมีลักษณะงานเป็นทีมผลิต บำรุงรักษา หรือวิศวกรรม ร้อยละ 64.1 มีการทำงานนอกเวลางานเป็นครั้งคราว ร้อยละ 79.5 ส่วนมากมีอายุงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 52.0 และส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 91.0

ความชุกของภาวะหมดไฟในงาน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ ประเทศไทย (n = 390)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion)		
ระดับต่ำ (≤10 คะแนน)	276	70.8
ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	50	12.8
ระดับสูง (≥16 คะแนน)	64	16.4
ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism)		
ระดับต่ำ (≤5 คะแนน)	231	59.2
ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	82	21.0
ระดับสูง (≥11 คะแนน)	77	19.8
ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional Efficacy)		
ระดับต่ำ (≤24 คะแนน)	144	36.9
ระดับปานกลาง (25-29 คะแนน)	53	13.6
ระดับสูง (≥30 คะแนน)	193	49.5
ภาวะหมดไฟในการทำงาน		
ไม่มีภาวะหมดไฟ	363	93.1
มีภาวะหมดไฟ	27	6.9

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 6.9 โดยมีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.4 ด้านการเมินเฉยต่องานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 19.7 และด้านความสามารถในการทำงาน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.9 (ตารางที่ 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านงานกับภาวะหมดไฟ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยด้านงานกับการเกิดภาวะหมดไฟในงานในสถานประกอบการใน ประเทศไทย

ปัจจัย	มีภาวะหมดไฟ n (%)	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ					
ชาย	9 (3.1)	1.00	Reference	1.00	Reference
หญิง	18 (18.6)	7.19	3.11 - 16.62*	5.47	1.33 - 22.56*
อายุ (ปี), Mean ± SD	33.56 ± 6.68	0.91	0.85 – 0.97*	0.99	0.89 - 1.11
ค่าดัชนีมวลกาย					
ปกติ (18.5-22.9 กก./ตร.ม.)	12 (12.9)	1.00	Reference	1.00	Reference
น้ำหนักน้อยหรือผอม (<18.5 กก./ตร.ม.)	3 (23.1)	2.03	0.49 - 8.42	0.82	0.12 - 5.65
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ตร.ม.)	6 (6.1)	0.44	0.16 - 1.21	0.66	0.18 - 2.44
อ้วน (≥25.0 กก./ตร.ม.)	6 (3.2)	0.23	0.08 - 0.62*	0.37	0.11 - 1.25
สถานภาพสมรส					
สมรส	7 (3.1)	1.00	Reference	1.00	Reference
โสด	20 (14.2)	5.17	2.13 - 12.58*	2.17	0.53 - 8.96
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่/หม้าย	0 (0.0)	-	-	1.00	N/A

ปัจจัย	มีภาวะหมดไฟ n (%)	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI
การมีบุตร					
ไม่มี	21 (12.9)	1.00	Reference	1.00	Reference
มี	6 (2.6)	0.18	0.07 - 0.47*	0.55	0.12 - 2.56
ระดับความสัมพันธ์ของครอบครัว					
แย่ที่สุด/แย่/ปานกลาง	8 (13.1)	1.00	Reference	1.00	Reference
ดี/ดีมาก	19 (5.8)	0.41	0.17 – 0.97	0.20	0.06 - 0.68*
โรคทางจิตเวช					
ไม่มี	24 (6.3)	1.00	Reference	1.00	Reference
มี	3 (33.3)	7.44	1.75 - 31.59*	12.70	1.74 - 92.74*
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	22 (9.0)	1.00	Reference	1.00	Reference
สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว	5 (3.4)	0.36	0.13 - 0.97*	0.58	0.14 - 2.48
การออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย	17 (8.7)	1.00	Reference	1.00	Reference
ออกกำลังกาย					
<150 นาที/สัปดาห์	6 (4.3)	0.48	0.18 - 1.24	0.42	0.11 - 1.52
ออกกำลังกาย					
≥150 นาที/สัปดาห์	4 (7.0)	0.79	0.26 - 2.45	0.59	0.14 - 2.50
ปัจจัยด้านงาน					
ภูมิภาค					
ภาคกลาง	9 (14.5)	1.00	Reference	1.00	Reference
ภาคเหนือ	5 (3.6)	0.22	0.07 -0.68	0.44	0.09 - 2.22
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3 (6.9)	0.44	0.18 - 1.08	1.20	0.33 - 4.42
การทำงานในพื้นที่จังหวัดบ้านเกิด					
ไม่ใช่	12 (9.7)	1.00	Reference	1.00	Reference
ใช่	15 (5.6)	0.56	0.25 - 1.23	0.72	0.25 - 2.08
ลักษณะงาน					
ทีมผลิต/บำรุงรักษา/					
วิศวกรรม	13 (5.2)	1.00	Reference	1.00	Reference
ทีมตลาด/ขาย/Logistic/					
จัดหาวัตถุดิบ	3 (21.4)	4.97	1.23 - 20.03	0.94	0.13 - 6.60
ทีมไร่อ้อย	0 (0.0)	-	-	1.00	N/A
ทีมสนับสนุน	11 (9.5)	1.91	0.83 - 4.40	0.27	0.07 - 1.06
ลักษณะการทำงาน					
ทำงานไม่เป็นกะ					
(Day Time)	22 (10.4)	1.00	Reference	1.00	Reference
ทำงานเป็นกะ					
(Shift Work)	5 (2.8)	0.25	0.09 - 0.67*	0.29	0.08 - 1.02
อายุงาน (ปี), Median (IQR)					
1-5 ปี	10 (13.9)	1.00	Reference	1.00	Reference
6-10 ปี	7 (6.1)	0.40	0.15 - 1.11	0.62	0.16 - 2.43
มากกว่า 10 ปี	10 (4.9)	0.32	0.13 - 0.81*	0.38	0.06 - 2.35
จำนวนชั่วโมงในการทำงาน (ต่อวัน), Median (IQR)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8					
ชั่วโมง	19 (5.4)	1.00	Reference	1.00	Reference
มากกว่า 8 ชั่วโมง	8 (22.9)	5.24	2.10 - 13.07**	5.3	1.50 - 18.73*

* p<.05, **p <.001

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานแบบตัวแปรเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ได้แก่ เพศหญิง อายุ ค่าดัชนีมวลกาย (ระดับอ้วน ≥25.0 กก.ตร.ม.) สถานภาพโสด การมีบุตร โรคทางจิตเวช และการสูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิก

ปัจจัยด้านงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานแบบตัวแปรเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ได้แก่ ภูมิภาคที่ทำงาน (ภาคเหนือ) ลักษณะงานทีมตลาด/ขาย/Logistic/จัดหาวัตถุดิบ ลักษณะการทำงานเป็นกะ อายุงานมากกว่า 10 ปี และจำนวนชั่วโมงในการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

เมื่อการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า (ก) พนักงานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเป็น 5.47 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานชาย (ข) พนักงานที่มีความสัมพันธ์ของครอบครัวระดับดีหรือดีมากมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเป็น 0.20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานที่มีความสัมพันธ์ของครอบครัวระดับแย่ที่สุด แย่ หรือปานกลาง (ค) พนักงานที่มีโรคทางจิตเวชมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเป็น 12.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานที่ไม่มีโรคทางจิตเวช และ (ง) พนักงานที่มีชั่วโมงมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟเป็น 5.30 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพนักงานที่มีชั่วโมงในการทำงานน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะหมดไฟในหลายประเทศอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 10-20[13] ทั้งนี้ความชุกของภาวะหมดไฟในการศึกษานี้อยู่ในระดับต่ำกว่าเล็กน้อย อาจเกิดจากปัจจัยลักษณะประชากร เช่น สัญชาติของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประเทศที่พัฒนามักมีความชุกของภาวะหมดไฟสูงกว่า เนื่องจากแรงกดดันจากสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขันสูงและความต้องการจากตำแหน่งงานที่สูง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของภาวะหมดไฟสูงกว่าการศึกษาในพนักงานในอุตสาหกรรมปิโตรเคมีซึ่งพบความชุกของภาวะหมดไฟเพียงร้อยละ 0.03[14] โดยถึงแม้จะไม่มีความต่างด้านสัญชาติ แต่ความต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยประเภทอุตสาหกรรมที่ทำการศึกษา การเปรียบเทียบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าภาวะหมดไฟเป็นปัญหาทั่วไปในกลุ่มพนักงาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องเผชิญความเครียดสูงจากการทำงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ประกอบด้วย เพศ การเป็นโรคด้านจิตเวช แต่ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยด้านงานจำนวนชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะหมดไฟในการทำงาน อธิบายดังนี้

เพศ การพบว่าพนักงานเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่าผู้ชาย อาจเนื่องจากเพศหญิงต้องรับภาระงานทั้งในครอบครัวและงานนอกบ้าน รวมถึงการเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในการทำงาน ทำให้เสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าพนักงานชายมีแนวโน้มจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ ได้มากกว่า เช่น การเล่นกีฬา หรือสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงาน ทำให้ลดความเหนื่อยล้าจากการทำงานได้มากกว่าพนักงานหญิง[15] ดังนั้นผู้หญิงจึงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟมากกว่าผู้ชาย[16]

โรคทางจิตเวช การที่พนักงานที่มีโรคทางจิตเวชมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่าพนักงานทั่วไป เนื่องจากมีความเปราะบางต่อความเครียด รวมถึงมีประสิทธิภาพต่อการรับมือกับปัญหาทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช เช่นโรคซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในการเกิดภาวะหมดไฟโดยอาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟได้มากขึ้น เนื่องจากมักปรับตัวต่อความเครียดได้ยากและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟมาก[14,17-18]

ความสัมพันธ์ในครอบครัว พนักงานที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟน้อยลง การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้พนักงานจัดการความท้าทายในการทำงานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าความยืดหยุ่นในครอบครัวช่วยลดผลกระทบเชิงลบของภาวะหมดไฟที่มีต่อสุขภาพจิต ผู้ที่มีระดับความยืดหยุ่นในครอบครัวสูงสามารถลดผลกระทบของการหมดไฟได้ดีกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นในครอบครัวต่ำ[19]

จำนวนชั่วโมงในการทำงาน การทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟถึง 5.30 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานที่ทำงานน้อยกว่า 8 ชั่วโมง เนื่องจากการทำงานนานเกินไปทำให้พนักงานเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการลดประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียดและความกดดันในงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าระยะเวลาการทำงานที่นานเกินไปหรือมากกว่า

40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่งผลให้พนักงานมีความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจสะสม ทำให้ความสามารถในการจัดการความเครียดและฟื้นฟูพลังงานลดลง เมื่อร่วมกับการมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟได้มากขึ้น[20-22]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สร้างความตระหนักรู้และส่งเสริมการป้องกันภาวะหมดไฟโดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ โรคทางจิตเวช และชั่วโมงการทำงาน รวมถึงปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน ให้มีความยืดหยุ่นในการทำงานและลดภาระงานสำหรับพนักงานหญิง ลดการเลือกปฏิบัติ

2. สนับสนุนสุขภาพจิต โดยจัดโปรแกรมให้คำปรึกษาแก่พนักงานที่มีปัญหาทางจิตเวช และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด รวมถึงลดชั่วโมงการทำงานและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาระยะยาว รวมถึงการขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มพนักงานในอุตสาหกรรมอื่น

2. ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและแม่นยำยิ่งขึ้น

3. นำปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยด้านพื้นที่ชีวิตการทำงาน เป็นต้น

References

1. World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Department of Mental Health. Mental Health Check In. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (In Thai)
3. Ketchaikosol P. Burnout among Private Company Employees in Generation Y [Master's thesis, Mahidol University]. Bangkok: College of Management, Mahidol University;2021.
4. Edú-Valsania S, Laguía A, & Moriano J. Burnout: A Review of Theory and Measurement. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022.
5. Ministry of Labour, Office of the Permanent Secretary. Labor Situation in Q1 (January-March): Author; 2023. (in Thai)
6. Nydegger R. Occupational Stress And Job Satisfaction In White-And Blue-Collar Workers, International Business & Economics Research Journal. 2011;1(12):35-44.
7. Fogawat K, Keswani J, Sharma H, Tewani GR, Kodali PB, & Nair PMK. Randomized controlled trial investigating the role of yoga at workplace in improving fatigue, burnout, pain, strength, and quality of life among blue-collar workers. Journal of education and health promotion. 2024.
8. David W, & Hosmer S. Applied Logistic Regression : Multiple Logistic Regression. 2nded. Canada: John Wiley & Sons, Inc; 2000.
9. Maslach C, & Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory (2nded.). In: Palo Alto CCP, editor.1986.
10. Klebbua C, Sutiwan P. Development of the Causal Models of Burnout at Work. Journal of Research Methadology. 2009;22(3):411-26. (in Thai)
11. Vichanchareonsuk W. Job burnout and related factors among pharmaceutical representatives of international pharmaceutical company. Thammasat Medical Journal. 2015;15(2): 225-31. (in Thai)
12. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, & Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. Source Code for Biology and Medicine. 2008.

13. Schaufeli W, & Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. United States: CRC Press; 1998.
14. Nobnom W. Job burnout among employees in petrochemical industry: a case study of PTT global chemical public company limited (olefins plant). Bangkok: Chulalongkorn University; 2023. (in Thai)
15. Ritkhajorn N, Krabuansob V, & Lertatthakornkit T. Related Factors towards the Job burnout from the Employees' Performance of ABC Company. The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Science). 2022;8(2):197-211. (in Thai)
16. Phongam P, Phatrabuddha N, & Lormphongs S. Mental Health Status and Burnout during COVID-19 Pandemic among Registered Nurses in a General Hospital, Chonburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2022;23(2):364-71. (in Thai)
17. Koutsimani P, Montgomery A, & Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression and Anxiety:A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology.2019.
18. Phongam P, Phatrabuddha N, & Lormphongs S. Mental Health Status and Burnout during COVID-19 Pandemic among Registered Nurses in a General Hospital, Chonburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2022;23(2):364-71. (in Thai)
19. Tang CS-k, Siu TSU, Chow TS, & Kwok HS-H. The Role of Family Resilience and Pandemic Burnout on Mental Health: A Two-Wave Study in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(5):1-14.
20. Costin A, Roman AF, & Balica RS. Remote work burnout, professional job stress, and employee emotional exhaustion during the COVID-19 pandemic. Front Psychol.2023.
21. Lin RT, Lin YT, Hsia YF, & Kuo CC. Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours-A cross-sectional study. Journal of Occupational Health. 2021.
22. Suksupa N, & Jittitaworn W, Stress and Fear on the Duty Awareness during COVID-19 Outbreak of Registered Nurses, Chareonkrung Phacharuk Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2022;23(3):457-69. (in Thai)

ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟต ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

Effects of A Nursing Intervention to Control Phosphate in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial

จันทร์อาภา ธนธรรมสถิตย์* สินีนาถ เกียรติอมรเวช มัลลิกา กิตติวีระพาณิชย์ ณัฐภัสอร ฟักแก้ว
Chanarpa Tanatumsatit* Sininart Kiatamonwech Mallika Kittivirapanit Natpatsaon Fugkaew
โรงพยาบาลมะการักษ์ กาญจนบุรี ประเทศไทย 71120
Makarak Hospital, Kanchanaburi, Thailand, 71120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต่อพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สุ่มแบบบล็อกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ติดตามผลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตโดยผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และระดับฟอสเฟตในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับฟอสเฟตในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกัน ภายในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปเป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต เพื่อป้องกันภาวะฟอสเฟตสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟต, ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง, ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

The current research was an experimental research. The objective was to examine the effects of a nursing intervention to control phosphate in patients undergoing hemodialysis on phosphate control adherence behavior and blood phosphate level. The sample group were patients with end-stage chronic kidney disease who receiving hemodialysis. They were randomly assigned to the experimental group and the control group, 36 patients per group. The control group received standard nursing care model while the experimental group

Corresponding Author: *E-mail: t.chanarpa@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 ธ.ค. 2567วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 มี.ค. 2568

received standard nursing care and a nursing intervention tailored for controlling phosphate via the LINE application for a period 12 weeks. The pre- and post-experimental follow-up was done with a phosphate control adherence behavior assessment form by an independent investigator and blood phosphate levels. Data were analyzed using t-tests.

The pre-experimental research results showed that the experimental and control groups had no different characteristics. After the experiment, the phosphate control adherence behavior of the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .05$). The mean blood phosphate level of the experimental group was lower than the control group, but not different. Within the experimental group, the mean phosphate control adherence behavior increased significantly ($p < .05$). The mean blood phosphate level decreased but was not different. Nurses can use this nursing intervention can be used as a guideline to promote phosphate control adherence behavior to prevent hyperphosphatemia in patients undergoing hemodialysis.

Keywords: nursing intervention to control phosphate, hyperphosphatemia, patients undergoing hemodialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease [CKD]) เป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่า 3 เดือน การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง หากไม่ได้รับการรักษาและปรับพฤติกรรมอาการจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต[1] ในปี 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 129,724 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต[2] การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia)[3,4]

ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) หมายถึงภาวะที่มีระดับฟอสเฟตในเลือดมากกว่า 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร[5] และต้องได้รับการรักษาเมื่อระดับฟอสเฟตในเลือดมากกว่า 5.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร[6] ระดับฟอสเฟตในเลือดสูงจะกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์ ให้หลั่งฮอร์โมน เพื่อสลายแคลเซียมจากกระดูกมาควบคุมระดับฟอสเฟต[7] เกิดการจับตัวกันของแคลเซียมและฟอสเฟต เกาะผนังหลอดเลือดแดง กล้ามเนื้อหัวใจและลิ้นหัวใจ[3] เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 73 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด[8,9] นอกจากนี้ต่อมพาราไทรอยด์ที่ถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิด secondary หรือ tertiary hyperparathyroidism ไม่สามารถควบคุมการหลั่งฮอร์โมนได้[10] มีการสลายแคลเซียมจากกระดูกอย่างไม่หยุดยั้ง ส่งผลให้กระดูกผิดปกติ มวลกระดูกลดลง กระดูกเปราะหักง่าย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และไม่สุขสบายจากอาการคัน[5,7,11] รวมถึงเกิดบาดแผลจากการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนัง ที่เกิดการอุดตันของแคลเซียมและฟอสเฟตที่จับตัวกันในหลอดเลือดเล็ก ๆ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดที่รุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตจากติดเชื้อสูงขึ้น[12]

การควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูง 2) การรับประทานยาจับฟอสเฟต (Phosphate binder) 3) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างสม่ำเสมอ[7] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดร้อยละ 19-57 ไม่สามารถควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูงได้ [13] เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอกับความต้องการ เพื่อป้องกันการขาดโปรตีนที่สูญเสียในกระบวนการฟอกเลือด และอาหารที่มีโปรตีนสูงจะฟอสเฟตเป็นองค์ประกอบที่สูงมาก ในขณะเดียวกันต้องจำกัดการบริโภคฟอสเฟต[4,14] ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาจับฟอสเฟตเพื่อลดการดูดซึมผ่านเยื่อบุลำไส้เล็กและพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 3 - 80 ไม่รับประทานยาจับฟอสเฟต[13] ด้วยมีความเชื่อที่ไม่รับประทานยาเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ และมีปัจจัยจากผลข้างเคียงของยา[4] นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 20.3-32.3 มาฟอกเลือดไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบเวลาตามแผนการรักษา[13] ส่งผลให้ความสามารถในการขจัดปริมาณฟอสเฟตลดลง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดและผู้ป่วย

ไม่ทราบถึงความสำคัญของการฟอกเลือดให้ครบเวลา[4,15] จะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดจะประสบผลสำเร็จได้ สิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตอย่างสม่ำเสมอ โดยต้องประเมินความรู้ และพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตมีความยืดหยุ่นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการให้ความรู้ เสริมแรงจูงใจที่สอดคล้องกับความต้องการรวมถึงการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน[4,12,16,17] จึงส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักและมั่นใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสเฟตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง[12,18]

โรงพยาบาลมะการักษ์ให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตโดยพยาบาลไตเทียมให้ความรู้แบบ Face to face เป็นรายบุคคล เมื่อผู้ป่วยมาฟอกเลือด พบว่าในปี 2565 ผู้ป่วยมีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ร้อยละ 46.39 จึงได้จัดทำโปรแกรมการจัดการภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยการให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสเฟตเพิ่มขึ้น และในไตรมาสแรกของปี 2566 พบผู้ป่วยมีภาวะฟอสเฟตสูงร้อยละ 28.18 และ สูงขึ้น ในไตรมาสที่ 2, 3 และ 4 ร้อยละ 53.63, 40.90 และ 41.81 ตามลำดับ รวมถึงพบผู้ป่วย tertiary hyperparathyroidism[19] แสดงให้เห็นได้ว่ารูปแบบการพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมฟอสเฟตอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคำแนะนำในการควบคุมระดับฟอสเฟตมีข้อมูลจำนวนมาก ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการจดจำ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟต ทั้งด้านการควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูง การรับประทานยาจับฟอสเฟต และการมาฟอกเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจและพัฒนาทักษะเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรม[20] แนวคิดนี้ภัทราวดี จินตนาและคณะ[21] ได้นำมาใช้เพิ่มพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นการควบคุมฟอสเฟตเพียงด้านเดียว และเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการพยาบาลทางไกลมาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ OA (Line Official Account) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเวลาที่สะดวก เปิดทบทวนข้อมูลได้เมื่อมีข้อสงสัย หรือตั้งข้อคำถามได้ตามที่ต้องการ เป็นการประหยัดเวลา และการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ[22]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต และระดับฟอสเฟตในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐาน

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

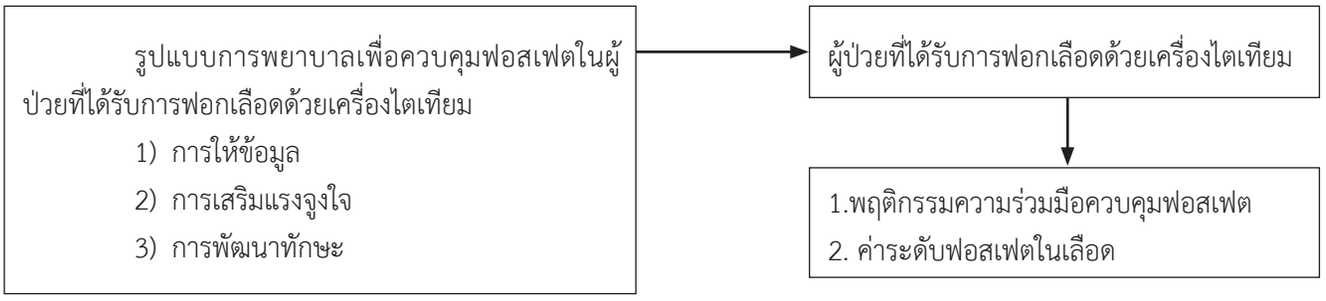
3. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ และรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตโดยใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจและ

พัฒนาทักษะ เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรม (Information Motivation and Behavioral skills Model ; IMB Model) 20 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต และผลลัพธ์ของระดับฟอสเฟตในเลือด สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลมะการักษ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบมาตรฐาน (conventional intermittent hemodialysis) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 3 เดือน 3) รักษาด้วยการใช้ยาจับฟอสเฟต 4) ฟังพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น 5) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผ่านเกณฑ์การประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination; MMSE-Thai 2002) 6) สามารถสื่อสารทางโทรศัพท์ และใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารได้ เกณฑ์คัดออก คือมีภาวะเจ็บป่วยร้ายแรง มีปัญหาทางจิตเวช ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power analysis โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 อ้างอิงจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การเสริมแรงจูงใจและทักษะการรับประทานยาจับฟอสเฟตต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[21] ที่กระทำต่อกลุ่มตัวอย่างในลักษณะที่คล้ายคลึงกันกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 และ อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 0.85 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 72 คน และจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 คนด้วยการสุ่มแบบบล็อก[23]

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ยาจับฟอสเฟตที่รับประทาน ระยะเวลาที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าฟอสเฟตในเลือด

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต พัฒนาโดยอารีรัตน์ ชำนาญ และคณะ[15] จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาจับฟอสเฟต พฤติกรรมความร่วมมือการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตสูง และพฤติกรรมความร่วมมือในการมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ คำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน มีระดับพฤติกรรมความร่วมมือต่ำ คะแนน 48.01 – 63.9 คะแนน มีระดับพฤติกรรมความร่วมมือปานกลางและคะแนนตั้งแต่ 64 คะแนนขึ้นไป มีระดับพฤติกรรมความร่วมมือสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ครอบคลุมตามแนวคิด IMB Model[20] ประกอบด้วยคู่มือจัดการภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียม และจัดทำเป็นคลิปวิดีโอสั้น ๆ ในการให้ข้อมูลที่จำเป็น กระชับ ง่ายต่อการจดจำ เสริมแรงจูงใจทางบวกให้เห็นประโยชน์ของการควบคุมฟอสเฟต และตระหนักถึงผลกระทบของภาวะฟอสเฟตสูง ซึ่งจะช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยปรับความเชื่อ ทัศนคติ และยินยอมปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และสะท้อนข้อมูลค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเพื่อช่วยพัฒนาทักษะให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต และมีความเข้มแข็งฟันฝ่าอุปสรรค เสริมแรงจูงใจโดยด้วยการส่งข้อความ หรือสติ๊กเกอร์ชมเชย จากนั้นส่งคลิปวิดีโอผ่านระบบไลน์ OA ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเพิ่มเติมความรู้และเสริมแรงจูงใจทัศนคติเชิงบวกต่อความสม่ำเสมอของพฤติกรรม และทักษะที่ถูกต้องในการควบคุมฟอสเฟต ที่เป็นส่วนขาดจากผลการประเมินรายบุคคล สัปดาห์ที่ 2 – 12 ใช้การสื่อสารพยาบาลทางไกลผ่านไลน์ OA

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาผลการประเมินค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีค่าเท่ากับ 1.00 2) แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต มีค่าเท่ากับ .90 3) รูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟต มีค่าเท่ากับ .88 คู่มือจัดการภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ .90 คลิปวิดีโอจัดการภาวะฟอสเฟตสูง มีค่า เท่ากับ .86 และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (try out) กับไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการควบคุมฟอสเฟตในเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสเฟต สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับคู่มือการจัดการฟอสเฟตสูง และนัดหมายตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 12 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตผ่านแอปพลิเคชันไลน์รวม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยสัปดาห์ที่ 1 ให้ข้อมูลเสริมแรงจูงใจ และทักษะการควบคุมฟอสเฟตที่เป็นส่วนขาดจากผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมความร่วมมือ มอบสติ๊กเกอร์เตือนการรับประทานยาอธิบายการดำเนินการวิจัย สัปดาห์ที่ 2 - 12 สื่อสารและติดตามทางไลน์ OA โดยส่งคลิปวิดีโอ ส่งข้อความเพื่อทบทวนความรู้ พัฒนาทักษะสอบถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการควบคุมฟอสเฟต และให้กำลังใจด้วยข้อความคำชม หรือสติ๊กเกอร์ไลน์ และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 12

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะการักษ์ มีมติอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 424 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สถิติแมนวิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U Test) และสถิติทดสอบทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กรณีเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มเดียวกันสถิติ Paired t- test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 72 คนเป็นเพศชายร้อยละ 56.90 ช่วงอายุ 30–74 ปี อายุเฉลี่ย 54.76 ปี (SD=11.40) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.78 ปี (SD=10.53) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 55.75 ปี (SD=12.29)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การรับประทานยาจับฟอสเฟต ระยะเวลาฟอกเลือด และความรู้ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต และค่าเฉลี่ยระดับฟอสเฟตในเลือดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 72)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36) $\bar{X}$ (SD)		กลุ่มควบคุม (n=36) $\bar{X}$ (SD)		t		p - value	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
พฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต	66.97 (6.49)	74.31 (3.08)	64.39 (7.27)	62.53 (5.79)	1.590	10.780	.116	.000
ค่าฟอสเฟตในเลือด	5.28 (1.39)	4.97 (1.63)	4.85 (1.25)	5.32 (1.42)	1.267	.954	.209	.343

จากตารางที่ 1 ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือ ฯ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (t= 1.590, p = .116) และค่าเฉลี่ยฟอสเฟต ในเลือดไม่แตกต่างกัน (t= 1.267, p = .209) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือ ฯ สูงขึ้นและมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 10.780, p = .000) ส่วนค่าเฉลี่ยฟอสเฟตในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง (n = 72)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=36) $\bar{X}$ (SD)	หลังการทดลอง(n=36) $\bar{X}$ (SD)	t	p-value
พฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟต	66.97 (6.49)	74.31 (3.08)	7.559	.000
ค่าฟอสเฟตในเลือด	5.28 (1.39)	4.97 (1.63)	1.884	.068

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือฯ หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือ ฯ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.559, p = .000) ส่วนค่าเฉลี่ยฟอสเฟตในเลือดลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยก่อนเริ่มการทดลองพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่ารูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตนี้สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้สำเร็จ ซึ่งการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟต ฯ ตามแนวคิด IMB Model[20] และการพยาบาลทางไกลผ่านระบบไลน์ OA ในการให้ความรู้ เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อการควบคุมฟอสเฟตในประเด็นสำคัญให้กลุ่มตัวอย่างจดจำได้ง่ายในรูปแบบวิดีโอสั้น ๆ และสามารถเปิดทบทวนหรือสอบถามข้อสงสัยได้เมื่อต้องการ รวมถึงผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ และกลุ่มทดลองร่วมตอบคำถาม พบว่าผู้ป่วยมีความไม่มั่นใจในความรู้และการปฏิบัติตน บางรายส่งข้อคำถามว่า “ถั่วตัดมีฟอสเฟตสูงจริงไหม ? เพราะชอบรับประทาน” “มื้อนี้รับประทานอาหารที่มีฟอสเฟต

มากจะเพิ่มยาจับฟอสเฟตเองได้หรือไม่” ผู้วิจัยเสริมแรงจูงใจด้วยการบอกเป้าหมายระดับฟอสเฟต และผลกระทบจากฟอสเฟตในเลือดสูง รวมถึงให้กำลังใจด้วยการส่งข้อความหรือสติ๊กเกอร์ชมเชย และเน้นย้ำสนับสนุนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกโดยตรง และเพิ่มการเรียนรู้จะช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีความสม่ำเสมอ[24] ด้านการพัฒนาทักษะผู้วิจัยสนับสนุนให้เกิดทักษะการรับประทานยาจับฟอสเฟตพร้อมอาหารโดยใช้สติ๊กเกอร์ช่วยเตือนรับประทานยาติดไว้ที่โต๊ะอาหารหรือที่สังเกตได้ง่าย การเลือกรับประทานอาหารที่มีฟอสเฟตต่ำ ผู้ป่วยพยายามฝึกทักษะโดยสังเกตจากการส่งข้อความ “ตอนนี้กำลังพยายามไม่ดื่มน้ำอัดลม” “ว่าจะไม่ลืมกินยาจับฟอสเฟต นำยามาวางที่โต๊ะอาหารทุกครั้ง บางครั้งยังลืมกินยาพร้อมข้าวไม่รู้เป็นเพราะอะไร ลูกสาวต้องช่วยเตือน” และการนำยาจับฟอสเฟตติดมาในวันฟอกเลือดเพื่อรับประทานพร้อมอาหารก่อนหรือหลังการฟอกเลือด ซึ่งเดิมจะไม่รับประทานยาจับฟอสเฟตวันฟอกเลือด สำหรับการฟอกเลือดสม่ำเสมอครบเวลา จากการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยขอเปลี่ยนคิวฟอกเลือดเนื่องจากมีภารกิจหากมาฟอกเลือดตามเวลานัดจะทำให้การฟอกเลือดไม่ครบเวลา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมฟอสเฟต มีความพยายามพัฒนาทักษะการควบคุมฟอสเฟต ซึ่งสอดคล้องกับ การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสเฟต ส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนการใช้ความรู้ที่มีอยู่ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความมั่นใจในการเพิ่มความสม่ำเสมอในพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตได้มากขึ้น[12,18] และการสนับสนุนความสม่ำเสมอของพฤติกรรมควบคุมฟอสเฟต ทำให้เกิดผลกระทบเชิงบวกที่ยั่งยืนต่อพฤติกรรม ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[4] อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับฟอสเฟตในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ระดับฟอสเฟตในเลือดของกลุ่มทดลองในเลือดมีแนวโน้มลดลง ส่วนในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งการติดตามระดับฟอสเฟตในเลือดอาจต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามต่อเนื่องระยะยาว และพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวกับกระบวนการฟอกเลือด เพื่อประ เมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรนำผลการศึกษาไปประกอบการตัดสินใจเพื่อวางระบบการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้มีพฤติกรรมความในการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาล งบประมาณการใช้สื่ออุปกรณ์ที่ทันสมัยเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ
2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการพยาบาลทางไกลและประยุกต์ใช้แนวคิด IMB Model เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือควบคุมฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเพิ่มการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นร่วมด้วย

References

1. Kidney Disease Improving Global Outcomes; KDIGO. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney International. 2024; 105(4): 117-314.
2. Chuasuwan A, & Lumpaopong A. Thailand renal replacement therapy: year 2020. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2020. (in Thai).
3. St-Jules DE, Rozga MR, Handu D, & Carrero JJ. Effect of phosphate-specific diet therapy on phosphate levels in adults undergoing maintenance hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2020; 16(1): 107- 20.
4. Umeukeje EM, Mixon AS, & Cavanaugh KL. Phosphate-control adherence in hemodialysis patients: current perspectives. Patient Prefer Adherence. 2018; 4(12): 1175-91.

5. Supphasin U. Mineral and Bone Disorders. Mineral and bone disorders. In: Satirapoj B,Chaiprasert A, Natha N, Supphasin U, editors. Manual of dialysis. Bangkok: Numaugsornkanpim; 2018. (in Thai).
6. Kidney Disease Improving Global Outcomes; KDIGO. Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disoreder (CKD-MBD). Journal of The Internation Society of Nephrology. 2017; 7(1): 1-59.
7. Goyal R, & Jialal I. Hyperphosphatemia. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023. PMID: 31869067
8. Wang Z, Jiang A, Wei F, & Chen H. Cardiac valve calcification and risk of cardiovascular or all- cause mortality in dialysis patients: a meta-analysis. BioMed Central Cardiovascular Disorder. 2018; 18(1): 1 - 8.
9. Lopes MB, Karaboyas A, Bieber B, Pisoni RL, Walpen S, Fukagawa M, et al. Impact of longer term phosphorus control on cardiovascular mortality in hemodialysis patients using an area under the curve approach: results from the DOPPS. Nephrology Dialysis Transplantation. 2020; 35(10): 1794 - 801.
10. Rastogi A, Bhatt N, Rossetti S, & Beto J. Management of hyperphosphatemia in end-stage renal disease: a new paradigm. Journal of Renal Nutrition. 2021; 31(1): 21-34.
11. Shah A. Phosphorus and other aspects of CKD-MBD in the conservative management of chronic kidney disease. Panminerva Medica Journal. 2017; 59(2): 124 - 32.
12. Atchison M. Implementing the 4Ds (diet, drinks, drugs, and dialysis) to lower hyperphosphatemia among outpatient hemodialysis patients. Doctor of Nursing Practice Projects 60. 2022.
13. Geldine CG, Bhengu B, & Manwere A. Adherence of adult chronic kidney disease patients with regard to their dialysis, medication, dietary and fluid restriction. Research Journal of Health Sciences. 2017; 5(1) :3-11.
14. Buathong C, Trakulsuntornchai W, Chintapanyakun T, & Janphram C. Albumin and normalized protein catabolic rate (nPCR) in patients with end stage renal disease receiving hemodialysis: 24 months retrosprctive study. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 22(3): 433-42. (in Thai).
15. Chamnan A, Kitsripaisan S, & Tasanarong A. Impact of individual and family self-management programme on hemodialysis-treated patients' adherence to phosphorus control and on their calcium x phosphorus product. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021; 36(2): 49 – 65. (in Thai).
16. Ozkan I, & Taylon S. Diet and fluid restriction experiences of patients on hemodialysis: a meta- synthesis study. Journal of Nephrology Dialysis and Transplant. 2022; 42(1): 22-40.
17. Wongsare C, & Praneetham W .The study of relationship and factors influencing of dietary and fluid consumption among end stage renal disease patient receiving hemodialysis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(3): 117-25. (in Thai).

18. Milazi M, Douglas C, & Bonner A. A bundled phosphate control intervention (4Ds) for adults with end-stage kidney disease receiving haemodialysis: a cluster randomized controlled trial. Journal of Advance Nursing. 2021; 77(3): 1345-56.
19. Makarak hospital. Patient service statistic. Kanchanaburi: Makarak hospital; 2023. (in Thai).
20. Fisher JD, & Fisher WA. Changing AIDS - risk behavior. Psychological ulletin. 1992 ;111(3) : 455–74.
21. Jintana P, Sriyuktasuth A, Pongthavornkamol K, & Nata N. Information-motivation-behavioral skills program improved phosphate binder adherence in patients with chronic hemodialysis. Nursing Science Journal of Thailand. 2016; 34(2): 92–101. (in Thai).
22. Mohammed HM, & El-sol AESH. Tele-nursing: opportunities for nurses to shape their profession's future. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing. 2020; 7(3): 660 - 76.
23. Efird J. Blocked randomization with randomly selected block sizes. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2011; 8(1): 15-20.
24. Murali KM, & Lonergan M. Breaking the adherence barriers: Strategies to improve treatment adherence in dialysis patients. Seminars in Dialysis. 2020; 33(6): 475 - 85.

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สู่โรคเบาหวานระยะสงบที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

The Health Behaviors of Patients with Diabetes Type 2's towards Diabetes Remission Receiving Services from the Primary and Holistic Care Unit, Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province

สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล[1] ธนพร แย้มศรี*[2]
Supaporn Tantinantrakun[1] Thanaphon Yamsri*[2]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร 10240
Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University, Bangkok, 10240 Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มารับบริการกลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 226 คน เครื่องมือในการวิจัย แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง อิทธิพลสถานการณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92, 0.96, 0.82, 0.89, 0.92, 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง (Mean=2.60, SD=0.28) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถและอิทธิพลระหว่างบุคคล ค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean=3.30, SD=.74),(Mean=2.73, SD=.71), (Mean=3.06, SD=.44) และ (Mean=2.12, SD=.21) ตามลำดับ อิทธิพลด้านสถานการณ์ ค่าเฉลี่ยระดับน้อย (Mean=1.42, SD=.14) และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < .05, r=0.16) และ (P-value < .01, r=.23) ผลการศึกษา โรงพยาบาลบ้านนา นำเป็นข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพให้แพทย์และพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ปฐมภูมิและองค์รวม

Abstract

This descriptive study aimed to investigate health behaviors and specific psychological factors influencing diabetes patients preparing for the remission stage who received primary and holistic care services at Bann Na Hospital. A simple random sampling method was used, selecting 226 participants. Research

Corresponding author: *E-mail: ajarnthanaporn2024 @gmail.com

วันที่รับ (received) 14 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 มี.ค. 2568

instruments included a personal factor record form and questionnaires assessing perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, situational influence, interpersonal influence, and health behavior assessment. The reliability of the instruments was evaluated using Cronbach's alpha coefficient, tested on 30 diabetes patients from a nearby area. The reliability values were 0.92, 0.96, 0.82, 0.89, 0.92, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. The findings revealed that participants exhibited moderate-level health behaviors (Mean=2.60, SD=0.28). Perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and interpersonal influence were also at moderate levels, with mean scores of 3.30 (SD=0.74), 2.73 (SD=0.71), 3.06 (SD=0.44), and 2.12 (SD=0.21), respectively. However, the situational influence was at a low level (Mean=1.42, SD=0.14). Perceived benefits and self-efficacy were positively correlated with health behaviors at a significant level (P-value < .05, r=0.16) and (P-value < .01, r=0.23), respectively. The study suggests that Bann Na Hospital can utilize these findings to provide valuable insights into patients' health behaviors, assisting physicians and nurses in preparing diabetes patients for the remission stage.

Keywords: health behavior, Type 2 Diabetes Patients, Primary and Holistic

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลิน (Relative insulin deficiency) เรียกกว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากเกิดในคนที่มีอายุมาก กรรมพันธุ์และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[1] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาอาจสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด ถ้าเป็นแผลหายยากบางครั้งอาจต้องตัดขา ทำให้เกิดความพิการสูง นอกจากนั้นยังพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน เสียชีวิตจำนวน 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจำนวน 643 ล้านคน แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ผู้ป่วยสะสม 3.4 ล้านคน และร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสมได้[3] ส่งผลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมากถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ให้น้อยกว่า 7 mg% มีเพียงร้อยละ 36.50[4] จังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 4 พบผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ 2564-2566 จำนวน 1.85, 1.90 และ 1.91 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อำเภอบ้านนาพบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2564-2566 จำนวน 4,480 คน 4,647 คนและ 4,898 คน ตามลำดับ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 7 mg% ร้อยละ 34.36[5]

ความก้าวหน้าในการรักษาโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาสู่ภาวะปกติได้หรืออยู่ระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัย ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดขึ้นหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเกิดจากการได้รับการรักษาหลังวินิจฉัยจนระดับน้ำตาลลดลง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่อเนื่องหลังหยุดการรักษา เรียกว่า โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัย และคงอยู่ต่อเนื่องโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งระยะเวลาที่กำหนดมีความแตกต่างกันขึ้นกับรูปแบบการดูแลรักษาที่ได้รับก่อนเข้าระยะสงบ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การใช้ยา การผ่าตัด และการรักษาส่วนมากต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาร่วมด้วย[6] ปัจจุบันมีการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัย ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษา[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดี สามารถป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมถึงโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับโรคเบาหวานนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ถือว่าเป็นการรักษาหลักที่ประหยัดและคุ้มค่าไม่ว่าจะใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย และพบว่าการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร

การเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับการส่งเสริมสภาวะจิตใจ นอนหลับพักผ่อน ไม่ดื่มสุรา และสูบบุหรี่[6] แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รับรู้ว่าต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร แต่ปัญหาคือ เศษฐกิจรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้ต้องใช้เวลาทั้งหมดไปกับการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ส่งผลต่อความใส่ใจในพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ลดลง[7] การออกกำลังกาย ยังขาดความกระตือรือร้น[8] และการจัดการกับความเครียด พบว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีความเครียดและการวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่กำลังเป็นอยู่[9]

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปัจจัยลักษณะของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีต ด้านการรับรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เกิดจากกระบวนการทางสติปัญญาและการแปลความของสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก โดยใช้กระบวนการคิดในการพิจารณาตัดสินใจและมีการตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ และการรับรู้จะเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจของบุคคลในบางเรื่องของบุคคลเป็นผู้เลือกและกำหนดเองแต่บางครั้งการปฏิบัติด้านสุขภาพจะถูกกำหนดจากบุคคลอื่น สังคม วัฒนธรรม ธรรมเนียม[10] นอกจากนั้นยังมีมุมมองที่เป็นพื้นฐานของการตัดสินใจ คือ ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[11]

โรงพยาบาลบ้านนา พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีอาชีพเกษตรกร ทำสวน ทำไร่ ด้วยอาชีพที่อิสระเวลาทำงานไม่แน่นนอน ทำงานกลางแดด ทำมากได้มากทำน้อยได้น้อย จึงทำให้มีความกระตือรือร้นในการทำงานตั้งแต่เช้าถึงค่ำและรีบเร่งให้ทันต่อเวลาเพื่อผลผลิตที่ต้องการมากขึ้นตามความต้องการของผู้บริโภค ร่วมวิธีชีวิตของผู้ป่วยเป็นชาวตะวันออกเฉียงเหนือที่อพยพมาอยู่ในอำเภอบ้านนา ส่วนมากรับประทานข้าวเหนียวซึ่งให้น้ำตาลมากกว่าข้าวเจ้าเป็นอาหารหลักทุกมื้อ และภาวะโลกร้อนทำให้อุหภูมิของอากาศสูงมากกว่าปกติ เมื่ออากาศยิ่งร้อนก็ยิ่งกระหายน้ำและถ้าได้ดื่มน้ำหวานๆ เช่น น้ำอัดลม กาแฟเย็นๆ ทำให้สดชื่นมีแรงทำงานเพิ่มขึ้นเมื่อดื่มบ่อยๆ เป็นประจำกลายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบ้านนา ที่เพิ่มขึ้น ปี พ.ศ 2564-2566 จำนวน 4,480 คน 4,647 คนและ 4,898 คน[5] ตามลำดับและยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พยายามปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง แต่อาจมีบางคนที่หลงลืมไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ลืมรับบประทานยาและไม่ควบคุมอาหาร ส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7 mg% ร้อยละ 65. 6412 จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และการรับประทานยารักษาโรค เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพ ให้ทีมสหวิชาชีพได้นำผลการวิจัยมาวางแผนการรักษาโรคและการพยาบาลที่เหมาะสม ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางการศึกษาและด้านสุขภาพ จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบและประเมินผลงานด้านวิชาการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดงานวิจัย

จากการสืบค้นผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender[10] ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว 2) ปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ได้แก่ 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นแรงจูงใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตัดสินใจที่มุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม 2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงอุปสรรค หรือสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม มีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการลดลงของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ

พฤติกรรม 2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินในความสามารถของบุคคล ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะเรื่องภายใต้สภาวะต่างๆ เมื่อรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตน ก็จะเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม 2.4 อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล มีผลโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคม ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม 2.5 อิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่ออิทธิพลด้านสถานการณ์ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและนำไปเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สู่โรคเบาหวานระยะสงบ ที่มารับบริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต้องเยี่ยมบ้านและขึ้นทะเบียนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลบ้านนา ปี พ.ศ 2566 จำนวน 539 คน[13] คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน[14] ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานมีอายุ 35 ปีขึ้นไป สติสัมปชัญญะดีสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อน มีระดับน้ำตาลน้อยกว่า 7 mg% และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เมื่อไปเยี่ยมบ้านแล้วกลุ่มเป้าหมายไม่อยู่บ้าน ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งความจำนงขอออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และแบบสอบถามปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม เป็นแบบสอบถามใช้ศึกษา 5 ด้าน และชุดที่ 2 แบบวัดปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และแบบสอบถามปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม 5 ด้าน ดังนี้ 1) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ 2) การรับรู้อุปสรรค 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มี 5 ส่วน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย จำนวน 25 ข้อ[15] แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 ระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 ระดับน้อย[16] 4) แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scales) มี 4 ส่วน คือ เห็นด้วยมากที่สุด ปานกลาง น้อย และไม่เห็นด้วย จำนวน 9 ข้อ การแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ ค่าเฉลี่ย 3.01–4.00 ระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01–3.00 ระดับปานกลาง และ 1.00-2.00 ระดับไม่ดี[16] 5) อิทธิพลด้านสถานการณ์ จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์คะแนนการวัดเป็นคะแนน Dichotomous คือ ตอบมีผลให้ 1 คะแนน ตอบไม่มีผลให้ 0 คะแนน เกณฑ์การวัดต้องปรับให้เป็นระดับกลุ่มคะแนน เช่น มีอิทธิพลระดับต่ำ คะแนน 0–2 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 3-4 คะแนน ระดับสูงคะแนน 5-6 คะแนน[16]

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และการรับประทานยา จำนวน 13 ข้อ[15] เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scales) 4 ส่วน ได้แก่ ปฏิบัติประจำ บางวัน นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์ ค่าเฉลี่ย 3.01–4.00 ระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01–3.00 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับไม่ดี[16]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.67-1.00 การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยผล

วิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.92, 0.96, 0.82, 0.89, 0.92, 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO2024-009 ลงวันที่ 30 เมษายน 2567 วันหมดอายุ 30 เมษายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลโดยประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมและให้ อสม นำทางไปบ้านกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้หรือมองไม่เห็นผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามและผู้วิจัยจะนำคำตอบมาเขียนในแบบสอบถาม ให้อิสระการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจถ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว กลุ่มตัวอยางต้องการยุติจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นภาพรวมระยะเวลาในการดำเนินระหว่างเดือนพฤษภาคม- มิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง 226 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)[17]

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 61.90 เพศชาย ร้อยละ 38.10 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 29.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.20 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 49.60 รายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 35.40 ระดับ HbA1c ควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 34.36 ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 65.64 เส้นรอบเอว เพศชายรอบเอว < 90 เซนติเมตร ร้อยละ 62.79 และเพศหญิงรอบเอว< 80 เซนติเมตร ร้อยละ 62.14

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการรับประทานยา (ตาราง 1) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายด้าน (n=226)

ปัจจัย	Mean	SD	แปลผล
ด้านอาหาร	2.69	.27	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.27	.49	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	2.86	.61	ปานกลาง
การรับประทานยา	1.91	.32	น้อย
พฤติกรรมสุขภาพ	2.60	.28	ปานกลาง

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อยู่ระดับ ปานกลาง (Mean=2.60, SD=.28) วิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกายและด้านการจัดการกับอารมณ์ ค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean=2.69, SD=.27), (Mean=2.27, SD=.49) และ (Mean=2.86, SD=.61) ตามลำดับและด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยระดับน้อย (Mean=1.91, SD=.32) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (ตาราง 2) มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (n=226)

ปัจจัย	Mean	SD	แปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.30	.74	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	2.73	.71	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.06	.44	ปานกลาง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	2.12	.21	ปานกลาง
อิทธิพลด้านสถานการณ์	1.42	.14	ระดับต่ำ

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถและอิทธิพลระหว่างบุคคล เท่ากับ (Mean=3.30, SD=.74), (Mean=2.73, SD=.71) (Mean=3.06 SD=.44), และ (Mean=2.12, SD=.21) ตามลำดับ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ระดับต่ำ (Mean=1.42 SD=.14) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (ตาราง 3)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	Spearman's rho Correlation Coefficient (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์	.16	.012*	น้อย
การรับรู้ความสามารถ	.23	.000**	น้อย

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.5 level (2-tailed)

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.16 p<.05) และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r=.23 p < .01) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean=2.60, SD=.28) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน[18,19] อภิปรายผลได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นวัยทำงานมีอายุช่วง 51-60 ปี และมีความมุ่งมั่นทำมาหากินเพื่อสร้างครอบครัวให้มีความมั่นคง มีอาชีพ

เกษตรกร เป็นอาชีพหลัก ด้วยอาชีพที่อิสระไม่บังคับเวลาทำงาน ทำมากได้มากทำน้อยได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความกระตือรือร้น ในการทำงานที่มาเพื่อนำมาถึงรายได้ที่เพิ่มขึ้น ให้คนในครอบครัวมีเงินใช้จ่ายได้มากขึ้น จนบางครั้งลืมดูแลสุขภาพของตนเอง มองว่าตนเองยังแข็งแรง จึงปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดิม

ด้านอาหาร พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean=2.69, SD=.27) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าปัจจัยด้านอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง [8,9] อภิปรายผลได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีอาชีพเกษตรกรทำสวน ทำไร่ ต้องทำงานกลางแจ้ง กลางแดดและรีบเร่งให้ทันต่อเวลาเพื่อผลผลิตที่ต้องการ ด้วยภาวะโลกร้อนทำให้อุหภูมิสูงมากกว่าปกติ เมื่ออากาศยิ่งร้อนก็ยิ่งกระหายน้ำและถ้าได้ดื่มน้ำหวานๆ หรือน้ำอัดลมเย็นๆ ทำให้สดชื่น ร่วมกับพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยเบาหวานชอบรับประทานรสขาติหวาน ทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างไปทางต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าพฤติกรรมอาหารอยู่ในระดับมาก [9] เนื่องจากมีการสร้างความตระหนักและให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดจากการไม่ควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานให้มากขึ้น เพราะอาหารมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาและควบคมโรคเบาหวานการรู้จักเลือกรับประทาน และกำหนดปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายเป็นอาหารประเภทที่ควรควบคุมในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากการรับประทานที่มากเกินไปจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลอด ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ด้านออกกำลังกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยปานกลาง (Mean=2.27, SD=.49) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยปานกลาง [18,19] อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานเชื่อว่าการออกกำลังกายต้องทำช่วงเช้าหรือเย็น ซึ่งเวลาดังกล่าว ต้องออกไปทำสวนทำไร่ตั้งแต่เช้าตรู่จนมืดค่ำ จึงไม่สามารถหาเวลาออกกำลังกายได้ และมีมุมมองว่าการทำสวนทำไร่ ก็เป็นการออกกำลังกาย จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง [20] เนื่องจากการให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย และเข้าใจว่ามนษย์ถูกสร้างขึ้น มาให้มีการเคลื่อนไหว้ เพื่อความเจริญเติบโตและรักษาสภาพการทำงานที่ดี การออกกำลงกายไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพ และยังเป็นสาเหตุ ของความผิดปกติของร่างกายและโรคร้ายหลายชนิดที่ป้องกันได้

ด้านการจัดการกับอารมณ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean=2.86, SD=.61) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง [18] เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ในปัจจุบันซึ่งนับว่าเป็นรายได้ที่ไม่มากนัก ทำให้รายรับและรายจ่ายของครอบครัวไม่สมดุลกัน เมื่อปากท้องของคนในครอบครัวยังไม่อิ่ม การที่จะหันมาดูแลสุขภาพก็ค่อนข้าง ยาก เมื่อกลับจากทำงานมาถึงที่พักก็เหนื่อยล้าอยากพักผ่อน เพื่อให้มีแรงสู้ในวันต่อไปส่งผลทำให้การจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง [9] เนื่องจากการจัดการความเครียด พยาบาลมีการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานทุกช่วงวัย มีการจัดกลุ่มการดูแลระหว่างเพื่อนช่วยเพื่อนที่สอดคล้องกับกลุ่มช่วงอายุ มีการให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ปวยมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่

ด้านการรับประทานยา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้อย (Mean=1.91, SD=.32) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ของผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้อย19 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอาชีพเกษตรกรต้องรีบเร่งในการออกไปทำมาหากิน ประกอบกับยาที่รักษาโรคเบาหวานมีหลายชนิดและเวลาการรับประทานที่แตกต่างกันจนบางครั้งกลุ่มตัวอย่างลืมนำยามารับประทานในสวนหรือในไร่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก [9] เนื่องจากบุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ก็จะปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ [21,22] อภิปรายได้ว่า เมื่อมีการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ มีความรู้สึกด้านบวกต่อพฤติกรรม

ว่าตนเองทำได้และรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลดี ต่อสุขภาพของก็จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ[23, 24] อภิปรายได้ว่า ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเบาหวานด้านความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเอง มีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากมีความรู้และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองโดยหวังว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ดี[25] นอกจากนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายใต้อุปสรรคนั้นๆ ถ้าผู้ป่วยเบาหวานรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคลดลง นอกจากนั้นการรับรู้ความสามารถ มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและความมุ่งมั่นที่วางไว้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง เสนอแนะให้โรงพยาบาลบ้านนา ควรจัดโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข็มข้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเน้นความเข้มข้นมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาเพราะอยู่ในระดับน้อย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาและป้องกันให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

ข้อเสนอแนวในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสงบ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

References

1. Diabetes Association of Thailand, Clinical practice guideline for diabetes. 2023. (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Division of Noncommunicable Diseases. World Diabetes Day Bangkok, 2022. (in Thai)
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Division of Noncommunicable Diseases, Remission service, 2023. (in Thai)
4. Clinical Practice Guideline for Diabetes, Diabetes Association of Thailand, 2018. (in Thai)
5. Response information of the Noncommunicable Disease, Service Plan of the Standard Reporting. Ministry of Public Health, HDC–Dashboard 2024 (in Thai)
6. Clinical Practice Guideline for Diabetes, Diabetes Association of Thailand, 2023. (in Thai)
7. Tongkaew P,Salaeh N, & Waeham A. Effects of Nutrition Education on the Food Consumption Behavior Modification and Hemoglobin A1c in patients with type 2 diabetes of Chao Ai Rong Hospital. Journal of Science and Technolog 2022; 7(1): 38-47. (in Thai)
8. Toomosic S, Pinsuwan A, Aninlabon W, & Taptaemtut M. Self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus at lamae hospital, chumphon province. Journal of Health and Environmental Eucation 2023; 8(4): 692-701. (in Thai)
9. Hanput D, & Rahothan N. Self-Care Behaviors of Type 2 Diabetes Patients at Danchang Hospital. Journal of Health and Nursing, Ubon Ratchathani University 2023;2 (2): 127-38. (in Thai).
10. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. (3rded). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange;1996.
11. Danyuthasilpe C. Pender's Health Promotion Model and Its Applications in Nursing Practice. Songklanagarind Journal of Nursing 2018; 38 (2): 132-41. (in Thai)
12. Nakhon Nayok Provincial Public Health Office, Standard Reporting Group, Service Plan, Noncommunicable Diseases (NCD DM, HT, CVD) 2023. (in Thai)

13. Ban Na Hospital Nakhon Nayok. Primary and Holistic Services Group Diabetic patient registry Fiscal year; 2023. (in Thai)
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement; 1970; 30(3): 607-10.
15. Somsap Y. Factors influencing Health Practices of Diabetic Patients in Songkhla. Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing Prince of Songkhla University. 2000. (in Thai)
16. Best JW. Research in education (3rd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
17. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests Psycho metrika.1951.
18. Chantasin W, Banchonhattakit P, Chusak T, & Sillaparassamee R. Factors Affecting Self–Care Behaviors of Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patientsin Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2024;18(2): 498-511. (in Thai)
19. Peerawanku N. Self–Care Behavior of Type 2 Diabetes Patients at Prankratai Hospital Kamphaeng Phet Province. Science and Technology Northern Journal 2022;3(3): 38-55. (in Thai)
20. Weanprom J, Saethao O, Seijaroen W, Trongtokit Y, Samruayruen K, Junsukon E, & Saengai A. Knowledge, attitudes and self-care behaviors of diabetic patients receiving services at Thai Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province. In: The 13th Nakhon Pathom Rajabhat University National Academic Conference; 2021.
21. Leaupon L. The Factors Predicting Behaviors of Diabetes Complication among Diabetes Mellitus Patients in At Samat Sub-District, At Sama District, Roi-et Province. Journal of Health and Environmental Eucation 2024; 9(1): 455-66. (in Thai)
22. Suwansirinon S, & Kraiklang R. Health Perception and Self-Care Behaviors of Uncontrolled Diabetes Patients World Health Organization Received Services in the Public Health Service Center1, Khan Kaen Municipality. Journal of Community Public Health 2023; 9 (3): 135-46. (in Thai)
23. Boontein P, Poungkaew A, Praphasil O, & Kuakool P. Factors predicting self- behavior in Patients with Type II Diabetes. Journal of Nursing Science.2021; 39(1): 13-23. (in Thai)
24. Duangsanjun W, & Suangpho P. Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control, and Intentions to Food Consumption Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Diabetes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022 ; 23 (1): 265-73. (in Thai)
25. Palapol T, Srisarakhum P, Srisarakhum P, & Srisarakhum R. Effects of Enhancing Perceived Self-Efficiency for Behavior in Prevention of Complications of Type 2 Diabetic Patients.Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23 (1): 455-62. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย ของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

Development of a Strengthening Model for Saving and Spending Behavior of the Elderly, Na Wung Subdistrict, Mueang District, Phetchaburi Province

เพ็ญพโยม เชยสมบัติ[1] จินตนา สินธุสุวรรณ[1] วิภวานี เผือกบัวขาว[2]
Penpayom Choeisombat[1] Jintana Sinthusuwan*[1] Wipavanee Phueakbuakhao[2]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250**
[1]Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand, 10250
[2]**คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000**
[2]Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand, 76000

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย และ 3) จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 227 คน ใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง จำนวน 9 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก 2) แนวทาง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการแบ่งสัดส่วนเงิน มีการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย มีการออมเงินโดยการฝากเงินกับธนาคาร ปลูกผักสวนครัวไว้ประกอบอาหาร ทำอาชีพเสริมโดยการปลูกผักขาย เลี้ยงสัตว์ และ 3) กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายคือ กิจกรรม “การทำน้ำยาปรับผ้านุ่ม” ระหว่างทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดี และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การเสริมสร้างพฤติกรรม, การออมและการใช้จ่าย, ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this study were 1) to study the strengthening model for saving and spending behavior, 2) to study the guidelines for development of a strengthening model for saving and spending behavior, and 3) organize activities to strengthening model for saving and spending behavior of the elderly. The research samples were 227 people aged 60 years and over whose registered in the population registry in Na Wung subdistrict, Mueang district, Phetchaburi province, use stratified random sampling, and the key informants include: 9 elderly in Na Wung subdistrict, use purposive sampling. The data were collected using a question-

Corresponding Author: E-mail: jintana.s@rumail.ru.ac.th

วันที่รับ (received) 16 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 มี.ค. 2568

naire, a structured in-depth interview, and an Individual Behavioral Assessment. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results were as follows: 1) the strengthening model for saving and spending behavior of the elderly were at a high level both in overall and in each aspect, 2) guidelines for development of a strengthening model for saving and spending behavior found that: the elderly have behaviors of divide of dividing money, keeping income-expense accounts, save money by depositing in the bank, grow vegetables for cooking, additional jobs by growing vegetables for sale, and raising animals, and 3) the activity to promote saving and spending behavior was the activity of "making fabric softener". The elderly participated in the exercise with good behavior and expressed the highest level of satisfaction.

Keywords: Model development; Behavior strengthening; Saving and spending; Elderly

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีมากกว่า 8,000 ล้านคน และภายในปี 2593 คาดว่าประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นถึง 9.8 พันล้านคน ขณะที่การเพิ่มขึ้นของประชากรนั้นช้าลง แต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็น 10 เปอร์เซ็นต์ของประชากรโลก ประเทศไทยเป็นอันดับสองของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากถึง 14 เปอร์เซ็นต์ รองมาจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งอยู่ที่ 17 เปอร์เซ็นต์ โดยประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี 2565 หลังจากเป็นประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาระยะหนึ่ง จากการมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากการติดตามสถิติผู้สูงอายุไทยในปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 12.7 ล้านคน จากประชากรทั้งหมดกว่า 66 ล้านคน หรือคิดเป็น 19.21 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมด และในปี 2566 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน จากประชากรทั้งหมดกว่า 66 ล้านคน คิดเป็น 19.74 เปอร์เซ็นต์ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[1] ซึ่งการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิวัฒนาการด้านการแพทย์ ความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพที่ช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ประกอบกับการมีนโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุม การมีบุตร การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ค่านิยมและทัศนคติที่ทำให้ผู้หญิงมีการแต่งงานลดลง การหย่าร้างเพิ่มขึ้น มีบุตรน้อยลง อัตราการเกิดลดลง ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปมีวัยเด็กน้อยลง สวนทางกับอัตราส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น[2] และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในประเทศทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมักจะมีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูงกว่ากลุ่มผู้มีอายุน้อย และประชากรวัยแรงงานที่มีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง อาจนำมาซึ่งปัญหาขาดแคลนกำลังแรงงานในประเทศ ตอกย้ำความจำเป็นในการพึ่งพาแรงงานต่างชาติมากขึ้น และส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมต่อประเทศไทยทั้งในด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจความสามารถในการแข่งขัน และผลิตภาพแรงงานรวมถึงความต้องการงบประมาณเพื่อเป็นสวัสดิการรองรับวัยเกษียณ จากอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานและภาระทางการคลังในด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[3]

ด้วยเหตุผลข้างต้นยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) จึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้สูงอายุทั้งการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต การวางแผนการออมเพื่อวัยเกษียณ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ และการพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น และการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างมี

คุณภาพ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ เพราะผลจากการศึกษาสามารถช่วยให้หลายฝ่ายมองเห็นถึงปัญหาหรือโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับระบบเศรษฐกิจภายใต้การเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ทั้งยังเป็นการสะท้อนภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรส่วนหนึ่งที่สังคมไม่ควรละเลย และเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในครัวเรือนทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุสามารถนำไปประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้สูงอายุในครัวเรือนได้อย่างเหมาะสม[4]

จากการวิจัยที่ผ่านมาของคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ตำบลเชียงทอง อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก ที่ชื่อว่า “DISRI Model”[5] ประกอบด้วย 1) D (Divide the money: แบ่งสัดส่วนเงิน) คือ การแบ่งสัดส่วนของรายได้ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และเงินสำหรับเก็บออม ซึ่งจะช่วยให้สามารถบริหารการใช้จ่ายเงินได้อย่างรอบคอบมากยิ่งขึ้น 2) I (Income and expense account: ทำบัญชีรายรับรายจ่าย) คือ การทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย เพื่อให้รู้ว่าแต่ละเดือนมีการใช้จ่ายเงินไปกับสิ่งที่จำเป็นและไม่จำเป็นมากน้อยเพียงใด เหมาะสมหรือไม่ เพื่อลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นในเดือนถัดไปออก และมีเงินเหลือเก็บเพิ่มมากขึ้น 3) S (Saving account: มีบัญชีออมเงิน) คือ การเปิดบัญชีสำหรับการออมเงินแยกออกจากบัญชีเงินใช้จ่าย เพราะจะได้โอนเงินเก็บไว้ในบัญชีออมได้ทันที รวมถึงการออมเงินด้วยการซื้อประกันชีวิตสะสมทรัพย์ เมื่อครบสัญญาจะได้รับเงินคืนพร้อมผลประโยชน์ตอบแทนที่คุ้มค่า ซึ่งจะเป็นการช่วยสร้างเสริมวินัยทางการออมเงิน 4) R (Reduce expenses: ลดรายจ่าย) คือ ตัดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นออก อาทิ เหล้า บุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เสียเงินและเสียสุขภาพ ไม่สร้างหนี้ใหม่และสะสางหนี้สินต่าง ๆ ให้หมดก่อนเกษียณอายุ จะได้มีเงินเหลือไว้สำหรับใช้จ่ายอื่น ๆ และ 5) I (Invest to expand: ลงทุนเพื่อต่อยอด) คือ การแบ่งเงินออมหรือรายได้บางส่วนออกมาลงทุนในสินทรัพย์ที่ได้รับดอกเบี้ยหรือมีเงินปันผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้มีเงินมาหมุนเวียนใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และเลือกลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงต่ำ-ปานกลาง เพื่อป้องกันการขาดทุน อาทิ กองทุนรวม สลากออมทรัพย์ พันธบัตรรัฐบาล กองทุนตราสารหนี้ ทองคำ เป็นต้น ผู้วิจัยทำการต่อยอดงานวิจัยเดิม โดยจะนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ “DISRI Model” มาใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีผลงานวิจัยใดที่ชี้ชัดหรือศึกษาถึงการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุมาก่อน มีเพียงการศึกษาพฤติกรรมการออมของผู้สูงอายุว่ามีพฤติกรรมอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประเด็นดังกล่าวเพื่อให้ทราบว่ารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถพัฒนาการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้หรือไม่

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มีพื้นที่ทั้งหมด 283.901 ตารางกิโลเมตร มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 108,590 คน[6] จำนวนประชากรวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 27,771 คน คิดเป็น 25.57 เปอร์เซ็นต์ (มากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป) ทำให้อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบ อีกทั้งยังเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับแต่ละอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี[3] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยในพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบุรี โดยเลือกตำบลนาวุ้งซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมืองเพชรบุรี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,033 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 554 คน คิดเป็น 18.27 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมด (มากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป) ทำให้ตำบลนาวุ้งได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบ จากสถิติข้อมูลการทำงานของผู้สูงอายุในปี 2565 ที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีการกู้ยืมประกอบอาชีพจากกองทุนผู้สูงอายุจำนวน 150 คน และในปี 2566 มีผู้สูงอายุที่กู้ยืมประกอบอาชีพจากกองทุนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 365 คน และผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพ จำนวน 547 คน แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังไม่ได้มาขึ้นทะเบียนกับองค์การบริหารส่วนตำบลนาวุ้ง6 ผู้วิจัยได้เลือกตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่ในการต่อยอดงานวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้ทราบว่ารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุสามารถพัฒนาการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุได้หรือไม่

ผู้วิจัยต้องการทราบถึงรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ตลอดจนสามารถนำมาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และนำไปสนับสนุนให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการออมและ

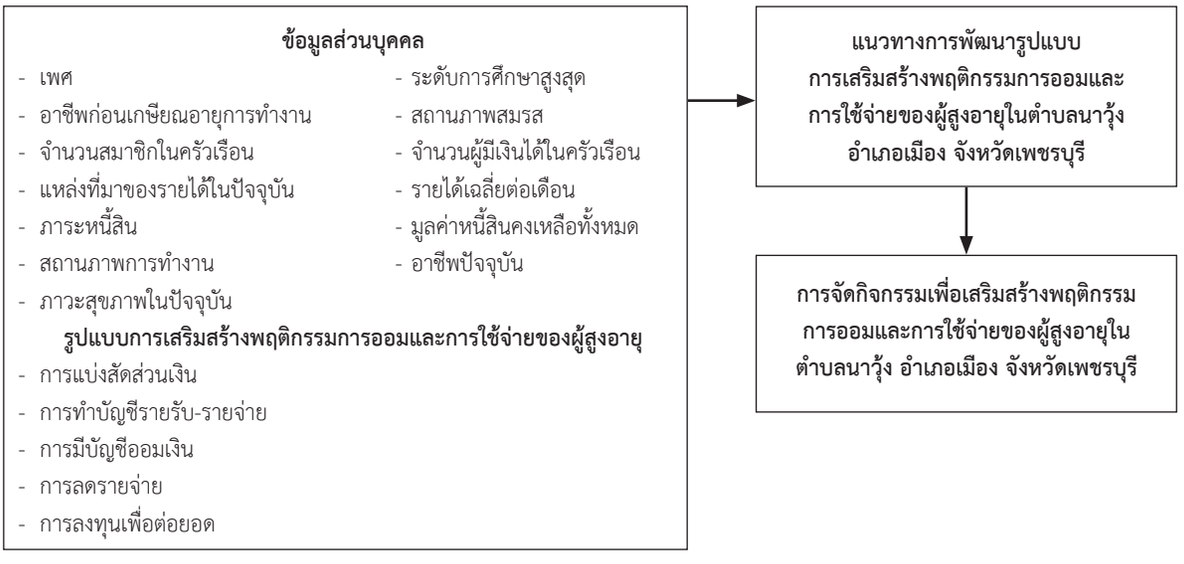
การใช้จ่ายของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ทำการต่อยอดงานวิจัยเดิม โดยจะนำรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ “DISRI Model”[5] มาใช้กับผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี ทั้งระเบียบวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และระเบียบวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้งมีพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายเป็นอย่างไร เพื่อนำมาหาแนวทางการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย พร้อมทั้งแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสานวิธี ทั้งระเบียบวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และระเบียบวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 554 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน[7] และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากตามรายชื่อผู้สูงอายุจนครบตามจำนวนที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้งที่มีพฤติกรรมการออม โดยเป็นคนละคนกับตัวอย่างวิจัยในการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จำนวน 9 คน และขั้นตอนที่ 3 จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายซึ่งเป็นตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 2

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ร่วมวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่ในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก/เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด ตอบแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ไม่สอดคล้องกับการวิจัย หรือสภาพร่างกายไม่พร้อมในการเข้าร่วมวิจัย เช่น มีอาการป่วยระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 เลขที่ 21/2567 ผู้วิจัยติดต่อและขออนุญาตผู้สูงอายุในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ และนำเอกสารชี้แจงข้อมูลประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย โดยผู้สูงอายุมีสิทธิ์ถอนตัวได้ทุกเมื่อ แบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะทำลายเมื่อสิ้นสุดวิจัย 1 ปี ผลการวิจัยจะนำมานำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามกระบวนการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพก่อนเกษียณอายุการทำงาน สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน จำนวนผู้มีเงินได้ในครัวเรือน แหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาระหนี้สิน มูลค่าหนี้สินคงเหลือทั้งหมด สถานภาพการทำงาน อาชีพปัจจุบัน และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การแบ่งสัดส่วนเงิน การทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย การมีบัญชีออมเงิน การลดรายจ่าย และการลงทุนเพื่อต่อยอด มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล สถานที่สัมภาษณ์ และวันเดือนปี เวลาที่สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล และแบบสอบถามความพึงพอใจ ดำเนินการดังนี้

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 2 โดยนำกิจกรรมต่าง ๆ มาพิจารณา และนำมาสร้างเป็นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย โดยมีคณะผู้วิจัย นักวิจัยทางด้านการเงิน และนักวิจัยทางด้านการบริหาร

2. แบบสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการออมและ

ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 1.00 และแบบสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล เท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการออมและค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.907 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 0.896 และแบบสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล เท่ากับ 0.835

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.07 มีระดับการศึกษาสูงสุด ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51.98 มีอาชีพก่อนเกษียณอายุการทำงานค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 33.92 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 31.72 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-5 คน คิดเป็นร้อยละ 36.56 จำนวนผู้มีเงินได้ในครัวเรือน 5-6 คน คิดเป็นร้อยละ 41.40 แหล่งที่มาของรายได้ในปัจจุบันคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/กองทุนชราภาพ คิดเป็นร้อยละ 30.40 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.52 มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 96.04 มูลค่าหนี้สินคงเหลือทั้งหมด 100,001-200,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.19 สภาพการทำงานอาชีพปัจจุบัน คือ ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 29.96 และภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงแต่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 44.94

1. พฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุโดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่าย (n = 227)

พฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ	ลำดับที่
1. ด้านการแบ่งสัดส่วนเงิน	4.13	0.42	มาก	1
2. ด้านการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย	4.05	0.43	มาก	2
3. ด้านการมีบัญชีออมเงิน	3.97	0.45	มาก	4
4. ด้านการลดรายจ่าย	4.00	0.45	มาก	3
5. ด้านการลงทุนเพื่อต่อยอด	3.79	0.46	มาก	5
ค่าเฉลี่ยรวม	**3.99**	**0.38**	**มาก**	

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ โดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการแบ่งสัดส่วนเงิน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านการลงทุนเพื่อต่อยอด

2. แนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง ผู้วิจัยสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการแบ่งสัดส่วนเงินไว้สำหรับใช้จ่าย และสำหรับทำบุญ มีการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย มีการออมเงินโดยการฝากเงินกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สหกรณ์เครดิตยูเนียน ธนาคารออมสิน การทำประกันชีวิต การทำฌาปนกิจ เป็นต้น มีการลดรายจ่ายโดยการปลูกผักสวนครัวไว้ประกอบอาหารทานเอง และแบ่งส่วนที่เหลือไปขายเพื่อสร้างรายได้ สำหรับการลงทุนเพื่อต่อยอด มีการทำอาชีพเสริมโดยการปลูกผักขาย เลี้ยงสัตว์ขาย ทำขนมขาย เปิดร้านขายของชำ เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเน้นการใช้ชีวิตอย่างพอเพียงในชุมชน ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่ฟุ้งเฟ้อ ใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้งนั้นควรจัดกิจกรรมที่ลงทุนน้อย สามารถหาวัสดุอุปกรณ์ได้ภายในชุมชน ผู้สูงอายุสามารถร่วมกันทำได้ สามารถนำผลิตภัณฑ์ที่ได้ไปใช้ในครัวเรือนหรือนำไปฝากขายกับร้านค้าภายในชุมชน เพื่อสร้างรายได้ และเป็นอาชีพเสริมให้แก่ผู้สูงอายุได้อีกด้วย

3. การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “การทำน้ำยาปรับผ้านุ่ม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและ

การใช้จ่าย” ระหว่างทำกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดี และหลังทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ (n = 227)

ความพึงพอใจต่อกิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
1. การจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อท่าน	4.33	0.50	มากที่สุด	4
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม	4.56	0.52	มากที่สุด	2
3. ท่านได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อไปปรับใช้ได้	4.67	0.50	มากที่สุด	1
4. รูปแบบ/หัวข้อ ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.56	0.52	มากที่สุด	2
5. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.11	0.60	มาก	8
6. การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม	3.89	0.60	มาก	10
7. สถานที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.00	0.00	มาก	9
8. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	4.22	0.44	มากที่สุด	6
9. เจ้าหน้าที่มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง	4.33	0.50	มากที่สุด	4
10. ภาพรวมความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมครั้งนี้	4.22	0.44	มากที่สุด	6
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.28**	**0.33**	**มากที่สุด**	

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจต่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.28, S.D.=0.33) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อไปปรับใช้ได้ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง โดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออมเงินและการใช้จ่ายเงินก่อนที่จะเกษียณอายุ มีการแบ่งสัดส่วนเงิน มีการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย มีการลดรายจ่าย มีการจัดทำบัญชีออมเงิน และมีการลงทุนเพื่อต่อยอด ในรูปแบบการฝากเงินกับธนาคาร การทำอาชีพเสริม การทำประกันชีวิต ลงทุนกองทุนหมู่บ้าน เพื่อไม่ให้เป็นภาระของลูกหลาน และมีเงินไว้ใช้จ่ายยามอายุมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรู้ความเข้าใจทางการเงินมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออมเงินเป็นผลมาจากความเข้าใจถึงความจำเป็นของการออมเงิน ด้วยวิธีการออมเงินที่มีประสิทธิภาพด้วยผลิตภัณฑ์ทางการเงินต่าง ๆ บนความเสี่ยงที่ตนเองสามารถรับได้ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อการเกษียณ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน นอกจากนี้การมีระดับความรู้ความเข้าใจทางการเงินที่ดีนั้นยังส่งผลถึงการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันด้วยความระมัดระวัง มีการวางแผนการเงินต่าง ๆ ที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในแต่ละช่วงของชีวิตอย่างมีประสิทธิผลมากขึ้นด้วย[8] สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุกับการเลือกลงทุนผลิตภัณฑ์ทางการเงินในยุคดิจิทัลของผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดสงขลา[9] พบว่า ภาพรวมของระดับการปฏิบัติตามพฤติกรรมทางการเงินที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออมของพนักงาน Generation Z[10] พบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจในการออมอยู่ในระดับมาก

2. แนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการแบ่งสัดส่วนเงินไว้สำหรับใช้จ่าย และสำหรับทำบุญ มีการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย มีการออมเงินโดยการฝากเงินกับธนาคารเพื่อการเกษตรและ

สหกรณ์การเกษตร สหกรณ์เครดิตยูเนียน ธนาคารออมสิน การทำประกันชีวิต การทำฌาปนกิจ เป็นต้น มีการลดรายจ่าย โดยการปลูกผักสวนครัวไว้ประกอบอาหารทานเอง และแบ่งส่วนที่เหลือไปขายเพื่อสร้างรายได้ สำหรับการลงทุนเพื่อต่อยอดมีการทำอาชีพเสริมโดยการปลูกผักขาย เลี้ยงสัตว์ขาย ทำขนมขาย เปิดร้านขายของชำ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเน้นการใช้ชีวิตในชุมชนอย่างพอเพียง เรียบง่าย ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่ฟุ้งเฟ้อ มีการวางแผน การใช้ชีวิตไว้ก่อนที่จะเกษียณอายุการทำงาน จึงทำให้หลังการเกษียณอายุไม่ได้มีปัญหาในการใช้จ่ายเงินมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการวางแผนการเงินก่อนเกษียณกับคุณภาพชีวิตที่มีความสุขหลังเกษียณของอาจารย์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสยาม[11] พบว่า การวางแผนการเงินของอาจารย์คณะบริหารธุรกิจส่วนใหญ่ทำเมื่อเหลืออายุงาน 1-10 ปี คิดว่ารายได้ภายหลังจากการเกษียณเพียงพอต่อรายจ่าย หากรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายจะแก้ปัญหาโดยการลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น หารายได้ให้มากขึ้น ทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายปัจจุบัน อาจารย์ส่วนใหญ่รับข่าวสารจากสื่อ Internet และโทรทัศน์ ข่าวสารที่ติดตามเป็นด้านเศรษฐกิจ การเงิน การตลาด และการลงทุน อาจารย์ที่เกษียณอายุแล้วคาดว่าจะมีงานประจำอื่น ๆ ทำต่อ และวางแผนทางการเงินในรูปแบบเงินฝากธนาคาร กองทุนรวมซื้อสังหาริมทรัพย์ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการออมของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี[12] พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการออมของผู้สูงอายุคือ ดอกเบี้ยจากการฝากเงินในธนาคารไม่ใช่สิ่งจูงใจ แต่ที่ออมก็เพราะสถาบันการเงินมีความมั่นคง เชื่อถือได้ ส่วนการทำประกันชีวิตจะได้รับความคุ้มครองหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ที่ตนทำไว้เป็นหนึ่งในการวางแผนการเงินเพื่อป้องกันความเสี่ยงส่วนบุคคลทั้งในเรื่องชีวิต สุขภาพและทรัพย์สิน ส่วนผู้สูงอายุที่ออมในสหกรณ์ออมทรัพย์ในสถานประกอบการจะได้รับผลตอบแทนในรูปของเงินปันผลหรือเงินอัตราดอกเบี้ยของเงินฝากขึ้นอยู่กับประเภทการออมเงิน การที่ผู้สูงอายุมีการวางแผนสำหรับการออมในอนาคต เพราะต้องการให้ลูกหลานสบายแม้ว่าจะเสียชีวิตไป และออมไว้ใช้ยามฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยเพื่อให้ตนสามารถใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีความสุข โดยที่ไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าการออมเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ เพียงแค่เราต้องมีวินัยในการออมในการยอมรับความเสี่ยง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเลือกออมในสถาบันการเงินที่เชื่อถือได้ เพราะมีความปลอดภัยและมั่นคง ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายควรส่งเสริมสังคมสูงวัยเชิงรุกและการสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอต่อการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพ ลดภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี[13]

3. การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “การทำน้ำยาปรับผ้านุ่ม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุในตำบลนาวุ้ง” ระหว่างทำกิจกรรมพบว่าผู้สูงอายุพฤติกรรมในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดี และหลังทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับความรู้ ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อไปปรับใช้ได้ ได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม รูปแบบในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม มีประโยชน์ อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี[14] พบว่า รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินการโดยการส่งเสริมความรู้เรื่องการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง การมีความรู้ในการประกอบอาชีพและสร้างรายได้ การบริหารการเงิน และการจัดตั้งกองทุนชมรมผู้สูงอายุนำไปสู่เงื่อนไขความสำเร็จ ได้แก่ สมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัด มีการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ผู้นำที่มีศักยภาพ และสมาชิกชมรมจะต้องนำความรู้ที่ไปปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการออมเงินของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี[15] พบว่า ความพึงพอใจการออมเงินอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเลือกซื้อกองทุนที่มีความเสี่ยงต่ำของรัฐบาล เช่น กองทุนรวม กองทุนตราสารหนี้ พันธบัตรรัฐบาล เป็นต้น เพื่อเป็นทางเลือกและสร้างความเชื่อมั่นในการวางแผนการออมและการใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

2. ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนทางการเงินให้แก่ผู้สูงอายุ

เพื่อเป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ

3. ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายให้แก่ผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย โดยเน้นกิจกรรมที่ลงทุนน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้ไปต่อยอดเป็นอาชีพเสริมและสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนช่วยฝึกทักษะ มีสมาธิ ใจเย็น มีอารมณ์คงที่ เพลิดเพลินไปกับกิจกรรมที่ทำ และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายพื้นที่การจัดกิจกรรมไปยังพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ทำให้มีการลดการใช้จ่าย เสริมสร้างการออมส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้มีการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุตำบลนาวุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีเท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาการเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตอำเภออื่น ๆ เพื่อจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออมและการใช้จ่ายที่ดีขึ้น

References

1. Centre for SDG Research and Support. World Population Fact Sheet 2023. Bangkok: Faculty of Economics, Thammasat University. 2023. (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research. Population and Society in ASEAN: Challenges and Opportunities. Bangkok: Duentula Printing House Co.,Ltd.; 2023.
3. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. The 3 Doctors Know You System, reports information about Na Wung Subdistrict. Bangkok: Ministry of Public Health. 2024. (in Thai)
4. Leowprasit K. “Aging society”. Investment Promotion Journal, Investment Service Center, The Board of Investment of Thailand 2016; 27(12):9-10. (in Thai)
5. Sinthusuwan J, Choeisombat P, & Thuanthong T. Saving Behavior and Spending Behavior in Older Persons, Chiang Thong Subdistrict, Wang Chao District, Tak Province. (Research report). Kamphaeng Phet: Kamphaeng Phet Rajabhat University; 2022. (in Thai)
6. Office of Social Development and Human Security, Social situation report, Phetchaburi Province. Phetchaburi Province, Year 2023. Phetchaburi: Policy and Academic Group, Office of Social Development and Human Security, Phetchaburi Province; 2023. (in Thai)
7. Krejcie RV, & DW. Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-10.
8. Tharajiwin N. Factors influencing personal savings behavior for retirement. (thesis). Bangkok: Prince of Kasetsart University; 2015. (in Thai)
9. Kongkaew M, Dulayavatith N, & Damchuti, T. Financial Products Investment among Elderly People in Digital Age. (Research report). Songkhla: Rajamangala University of Technology Srivijaya. 2020. (in Thai)
10. Yang Z. Factors affecting saving behavior of Generation Z. (Individual study). Bangkok: Dhurakij Pundit University; 2021. (in Thai)
11. Metheesuwapab S. Financial Planning before Retirement and Happy Quality of Life After Retirement of Lecturers at Faulty of Business Administration, Siam University. Siam Academic Review 2022; 23(1):59-79. (in Thai)

12. Jadesadalug V, & Nuangplee T. Behavior and factor affecting saving of the elders in Muang districe, Nonthaburi province. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2018; 11(1): 3061-74. (in Thai)
13. Santwanpas N, Adunwatanasiri P, & Sindhu, S. Factor Influencing to Quality of Life among Elderly Living in Community at Nonthaburi Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2024; 25(3):179-87. (in Thai)
14. Theamthong N. Model Development for Promoting the Quality of Life of Elderly in Elderly Club Ubon Ratchathani Province. Innovative Management Creative Technology 2018; 15(2):321-34. (in Thai)
15. Boonlue T, & Yenyuek C. Factors affecting satisfaction of money saving of people in Pathum Thani province. In: The 13th Graduate Research Presentation Conference, Academic Year 2018; 16 August 2018; the Graduate School, Rangsit University. Pathum Thani: Rangsit University; 2018. 528-39. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

Effectiveness of a hypertension prevention program on hypertension prevention behaviors among a hypertension risk group, Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province

ฐานิตา พลชม[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี*[1] เสาวรส มีกุศล[2]

Tanita Ponchom[1] Nutcharat Mangkarakeree*[1] Saovaros Meekusol[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

[1]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170

[2]Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon pathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ได้รับบริการสุขภาพตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ t–test วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่า α-Cronbach Coefficient ได้เท่ากับ 0.84

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ควรนำโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่สามารถติดตามผลการดูแลรักษาได้ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์

คำสำคัญ : โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, โรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Corresponding Author : Email : nutcharat@npu.ac.th.com

วันที่รับ (received) 10 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 15 ก.พ. 2568

Abstract

This study was experimental research aimed at studying the effectiveness of a hypertension prevention program on hypertension prevention behaviors among a hypertension risk group in Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province. The sample was selected by systematic random sampling and divided into an experimental group of 30 people who received the program created by the researcher for a period of 8 weeks, and 30 people in a comparison group who received routine health care services only. Pre-post test data were collected before and after the experiment by using questionnaires. The data obtained were analyzed with descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation. The differences in pre-post test scores were compared within the experimental group by using paired t-test and the differences in mean scores were compared between the experimental and comparison groups by using independent t-test

Post-test, the experimental group had high perceived severity of hypertension, Perceived risk of hypertension, Expectations of outcomes and self-efficacy in hypertension prevention with higher mean hypertension prevention behavior scores than at pre-test and higher than the same scores in the control group with statistical significance. Were significantly higher than before the trial and statistically significantly higher than in the comparison group (p=0.001). The hypertension prevention program should be applied to the preventive behavior in hypertension risk groups with continuous follow-up on control of blood pressure levels. Furthermore, the program should be applied to modify the behavior of other chronic disease risk groups in which treatment outcomes can be monitored within 8 weeks

Keywords: hypertension prevention program, hypertension, hypertension risk group

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชาชนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง [1] พันล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.5 ล้านคนต่อปี และในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1.5 ล้านคนต่อปี1โรคความดันโลหิตสูงอาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ[2] สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557-2561 มีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น พบอัตราเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง 11.0 12.1 12.2 13.1 และ 13.1 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ[3]

โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดและการเสียชีวิตของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 1.55 และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1.8 เท่า[4] เมื่อเทียบกับคนที่มีความดันโลหิตปกติ การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีปัจจัยสาเหตุเกิดจาก 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 2) พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม 3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ดื่มสุรา 4) การจัดการความเครียด[5] และ 5) การไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[6] กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยกำหนดเป้าหมาย ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 และกำหนดให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเป้าหมาย[7] และได้กำหนดแนวทางมาตรการที่สำคัญในการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงโดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสมตามหลัก 3 อ. 2 ส.[8]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงคือ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรสมีส่วนผสมของโซเดียมสูง การขาดกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอ การขาดการจัดการอารมณ์และการจัดการ

ความเครียด ทั้งนี้ อำเภอศรีสงคราม ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตรวจคัดกรองวัดความดันโลหิตและจัดการอบรมให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแล้ว แต่กลุ่มเสี่ยงยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการพักผ่อน จากการที่กลุ่มเสี่ยงได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และปฏิเสธในการเข้ามาร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล รวมไปถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเนื่องจากหน้าที่การงาน การประกอบอาหารและพฤติกรรมที่ชื่นชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มและหวานจากสาเหตุที่กล่าวมา พบว่า กลุ่มเสี่ยงยังขาดแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้ยังพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการลดอัตราป่วยจึงมีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเพื่อป้องกันโรค และจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)9 พบว่ามีอิทธิพลทางตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลและลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างได้10,11 ซึ่งเกิดจากบุคคลจะต้องมีการสร้างแรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค12 ทฤษฎีดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในการเชื่อมโยงการสร้างความสนใจ ความตระหนัก การจัดการเรียนรู้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค มาออกแบบกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการให้โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

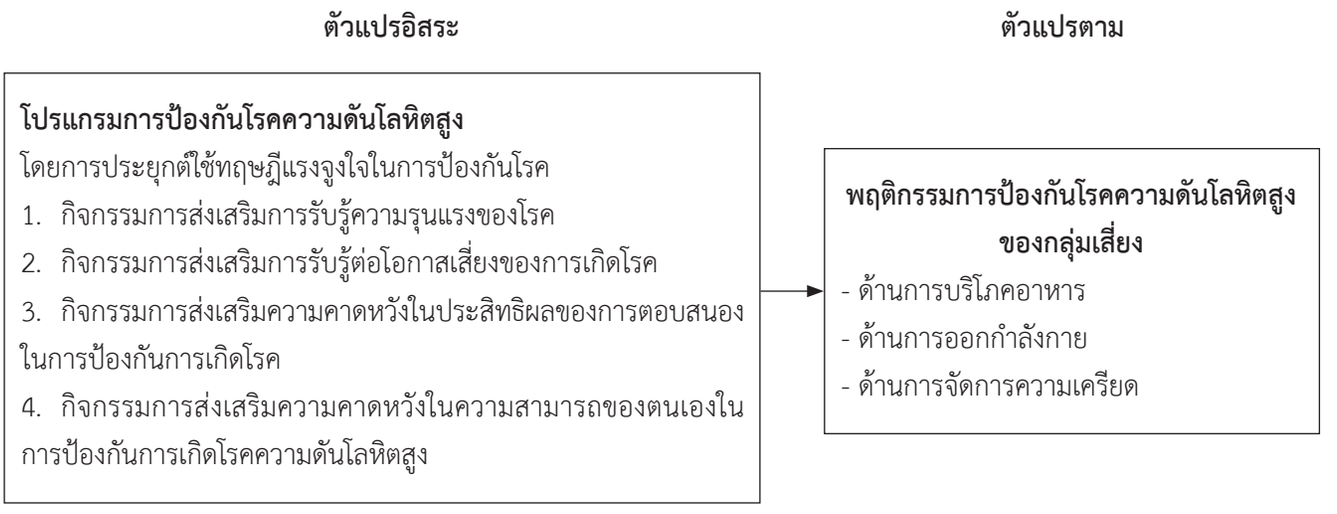
สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers[9] พบว่าเป็นแนวคิดที่ใช้วิธีการเริ่มต้นจากการกระตุ้นความกลัว ซึ่งมีอิทธิพลทางตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรค 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับพฤติกรรม และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรม จากกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน จึงได้นำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเพื่อสร้างแรงจูงใจและมีการตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวังได้อย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 35-59 ปี จำนวนทั้งหมด 194 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.9.714 กำหนด Power of Test เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.9715 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน Drop Out ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน เลือกสุ่มพื้นที่ตำบล ในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 2 ตำบล จากทั้งหมด 9 ตำบล เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

ประชาชน อายุ 35-59 ปี เพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีระดับ Systolic อยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic อยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ปกติ การได้ยินปกติ การมองเห็นปกติ และเคลื่อนไหวได้ปกติ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีความดันโลหิตสูง มากกว่า 140/90 mmHg ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการโดยยึดหลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect For Person) คุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดำเนินการวิจัยเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ HE3867 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการจัดทำวิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมวิจัยทราบและขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล เป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่ได้เฉพาะเจาะจงบุคคลใด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research design) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 ดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองและกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ โดยการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงรายบุคคล และการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

สัปดาห์ที่ 3-4 ดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการเลือกซื้ออาหารจากชุดโมเดลอาหาร แนะนำการรับประทานอาหารในแต่ละวัน การฝึกอ่านฉลากโภชนาการ โดยให้กลุ่มทดลองศึกษาฉลากโภชนาการที่ผู้วิจัยจัดให้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่ม และกิจกรรมการประเมินความเหมาะสมของอาหารที่รับประทานเป็นประจำใน 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5-6 ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง โดยการรับฟังการถ่ายทอดประสบการณ์และการปฏิบัติตัวจากกลุ่มทดลองที่มีระดับความดันโลหิตลดลงจากการปฏิบัติตัวตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-4 เพื่อแลกเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 7-8 ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลสุขภาพตนเอง โดยจะมี อสม.เข้าไปสอบถามพูดคุย เน้นย้ำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายหรือปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว การผ่อนคลายความเครียดด้วยกิจกรรมที่เหมาะสม โดยการสอบถามและสังเกตุ ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านและบันทึกข้อมูลลงในสมุดประจำตัว เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการติดตามวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ สอบถามปัญหาอุปสรรค พร้อมกับให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มโดยผู้วิจัย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และตอบแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 พร้อมทั้งติดตามผลการวัดความดันโลหิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers[9] เป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ จำนวน 7 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อคำถามจนเข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเป็นคำถามปลายเปิด ด้านบวกและด้านลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของความถี่ในการปฏิบัติตัว จำนวน 15 ข้อ มี 6 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	เชิงบวก	เชิงลบ
ทุกวัน/สัปดาห์	5 คะแนน	0 คะแนน
6 วัน/สัปดาห์	4 คะแนน	1 คะแนน
5 วัน/สัปดาห์	3 คะแนน	2 คะแนน
3-4 วัน/สัปดาห์	2 คะแนน	3 คะแนน
1-2 วัน/สัปดาห์	1 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ/สัปดาห์	0 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยการวิเคราะห์ระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ของ (Best & Kahn, 1981) สรุปผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3.67-5.00	หมายถึง	ระดับสูง
คะแนน 2.34-3.66	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนน 1.00-2.33	หมายถึง	ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำผลการทดลองใช้นำไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า α-Cronbach Coefficient ได้เท่ากับ 0.84

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการให้โปรแกรม ใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 49.07 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 86.67 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพ ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 63.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7300.00 บาท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 48.08 ปี ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 93.33 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพ ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 70.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,066.67 บาท

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
กลุ่มทดลอง	3.38	0.25	4.45	0.18	.000
ด้านการบริโภคอาหาร	3.24	0.24	4.36	0.22	.000
ด้านออกกำลังกาย	2.97	0.44	4.84	0.27	.000
ด้านการจัดการอารมณ์	4.04	0.45	4.45	0.18	.000

*** p<.001

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนน 3.38 (S.D.= 0.25) และค่าพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนน 4.45 (S.D. = 0.18) ทุกด้านมีค่าคะแนนรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
รวม					
ก่อนทดลอง	3.38	0.25	3.30	0.31	.951
หลังทดลอง	4.45	0.31	3.32	0.32	.000
ด้านการบริโภคอาหาร					
ก่อนทดลอง	3.24	0.24	3.24	0.31	1.000
หลังทดลอง	4.36	0.22	3.23	0.27	.000
ด้านออกกำลังกาย					
ก่อนทดลอง	2.97	0.44	2.97	0.49	.956
หลังทดลอง	4.84	0.27	4.01	0.53	.000
ด้านการจัดการอารมณ์					
ก่อนทดลอง	4.04	0.45	3.99	0.56	.723
หลังทดลอง	4.45	0.18	3.39	0.30	.000

*** $p < .001$

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 49.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 48.08 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในช่วงกลุ่มอายุที่ยังสามารถปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีกว่าเพศชาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นผู้หญิงที่มีอายุเกิน 50 ปี และเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน ซึ่งจะพบอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับเพศชายเนื่องจากฮอร์โมนเอสโทรเจนที่ลดลงมีผลต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้น

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากในโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมการวิเคราะห์สุขภาพตนเอง โดยใช้แบบประเมินสุขภาพเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบระดับความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้เรื่องความรุนแรงของโรคตามระดับความเสี่ยง ที่มีผลมาจากการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ที่ไม่เหมาะสม และมีการติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านและบันทึกข้อมูลลงในสมุดประจำตัว ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง[20] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด โดยการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีการกำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากญาติ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง[16-18] พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวด้านรับประทานอาหารเค็มและมีเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี[19] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง[4] ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้ จึงอาจสรุปได้ว่าโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการอารมณ์ได้ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมทั้งหมดและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงด้วยตัวเอง ดังนั้นและควรมีบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล อาจจะรวมถึงชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันตามของกลุ่มเสี่ยง

2. สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรครื้อรัง ในการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความเสี่ยงให้คงที่หรือลดลง ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในการจัดทำสื่อการสอนและวิธีการนำสื่อไปใช้กับกลุ่มเสี่ยง ควรเป็นสื่อที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักที่จะต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมของตัวเองอย่างต่อเนื่อง เช่น คลิปวีดีโอที่ยาวไม่เกิน 3 นาที แผ่นป้ายเตือนความจำที่มีข้อความเตือนสั้นๆ

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในประชาชนที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างสม่ำเสมอ

References

1. Kunanon S, Chattranukulchai P, Chotruangnapa C, Kositanurit W, Methavigul K, Boonyasirinant T, et al. 2019 Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension: Executive Summary. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2021;104(10):1729-38. (in Thai)

2. Thammawijaya P. Research plan for disease prevention and control and health hazards 2022-2026. Bangkok: Division of Innovation and research (DIR); 2020.
3. Promsila W, Neawbood S, & Rithpho P. Effects of Hypertension Prevention Program on Practical Behaviors and Blood Pressure Levels among High risk of Hypertensive Persons. Nursing Journal CMU. 2019;46(2): 95-107. (in Thai)
4. Sodkomkam N. Factors Affecting Blood Pressure Control among Patients with Primary Hypertension, Samut Songkhram Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2022;2(2):25–36. (in Thai)
5. Tomduangkaew P, Opasanant P, & Hinmal K. Factors Affecting Blood Pressure Level Control in Patients with Hypertension. Journal of Nursing and Public Health Research. 2024;4(2): e268403.
6. Wongsaros W, Premsri P, Tailangkha W, & Dokchan P. Healthy Public Policy: Strong People, Strong Economy and Strong Thailand. Journal of Modern Learning Development. 2022;7(3): 295-309.
7. Muangsri K, Tokaew W, Sridee S, & Lomarat P. Health Communication via Social Media to Reduce Sugar Consumption in the Prevention of NCDs among Working Women. Journal of Social Science and Cultural. 2023;7(6):12-25. (in Thai)
8. Prentice-Dunn S, & Rogers RW. Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. Health Education Research. 1986;1(3):153-61.
9. Ruamsook T, Kalampakorn S, & Rawiworrakul T. The effect of smoking cessation program by applying the Protection Motivation Theory in patients with hypertension. Thai Journal of Nursing. 2018;67(1):1–10. (in Thai)
10. Detboon S, Kitsripisarn S, & Muengtaweepongsa S. The Effects of a Motivational Program Using a Mobile Application for Adherence Behaviors in the Prevention of Recurrent Stroke and Blood Pressure Among Stroke Patients with Hypertension. Nursing Journal CMU. 2023; 50(1):97-111. (in Thai)
11. Roengcharuphan P. Effectiveness of Health Education Program Applying Self-care Theory in Hypertensive Patients. Lanna Public Health Journal. 2015;11(1):46–57. (in Thai)
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. 2007;39(2):175–91.
13. Laodarun S, Moolsart S, & Kaewpan W. Effects of a Hypertension Prevention Program on Hypertension Preventive Behaviors of Risk Group of Rubber-tapping Careerin Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Health and Nursing Research. 2021;37(3): 205–17. (in Thai)
14. Best JW. Research in Education: Prentice-Hall; 1977.
15. Wutthitham N, Sinopakun P, & Srinual C. The Development of Pattern of Behavioral Health Modification among Hypertension Group by Family Participation : Damnoen Saduak Hospital in Ratchburi Province. Nursing Journal. 2019;46(2):70–82. (in Thai)

16. Kittiyawan J & Sae-tia Y. Effect of Self-efficacy and Social Support Enhancement Program on Hypertension Preventives among Persons at Risk Hypertension in Kantharalak District, Sisaket Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):373-82. (in Thai)
17. Wutthitham N, Chontong R, & Sompradit C. The effects of Self-efficacy Enhancement on Blood Pressure Level Controlled among Hypertension Risk Group. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):309-18. (in Thai)
18. Chaipet N, Kaewklum, U, Sonrat S, & Wittayapun Y. Non Communicable Diseases (NCD's) High Risk Patients: Effectiveness of a Health Behaviors Changing Programs on Health Behavior in Suratthani. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(2):45–62. (in Thai)
19. Tanhui N, Sangthong P, Thohman M, Nowsuwan K, & Singweratham N. The Effect of Health Literacy Program According to the 3E 2S Principle on Health Literacy, Preventive Behaviors, and Blood Pressure Levels among People in Hypertensive Risk Group. Journal of Nursing and Public Health Research. 2023;3(2):96–111. (in Thai)
20. Wutticha P, Thongmak B, Visuttipukdee K, & Norkaew J. Effectiveness of Health Education Program for Hypertension Prevention Among Risk Group in Ban Maekhamtalad Maekham Sub-District Maechan District Chiangrai Province. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2020;6(1):29–42. (in Thai)

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลให้บริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ

Development and Effectiveness Evaluation of a One-Stop Cataract Surgery Nursing Service Model for Non-admitted Patients at Chaiyaphum Hospital

พัชรฉัตร ภูมิสถาน[1] ภรรวษา จันทศิลป์*[2] ศิณีนารถ กระพันธ์เขียว[1] ปิยธิดา ทองสาร[1]

Patcharachat Phoomsathan[1] Bhanwasa Jantasin*[2] Sineenart Kraphankio[1] Piyathida Thongsarn[1]

[1]โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย 10702

[1]Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand, 10702

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 12160

[2]Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani Province, Thailand 12160

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย จักษุแพทย์ 2 ราย เภสัชกร 1 ราย ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก 40 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก 40 ราย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม รูปแบบบริการพยาบาล WE Line CV model แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการดูแล แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ .72, .75และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ WE Line CV model ประกอบด้วย work flow, E-book, Line official, CNPG one page, VDO ประสิทธิผลการใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการพยาบาลฯของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมากที่สุด อัตราภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 2.5% และค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาลต่ำกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) โดยมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลลดลงเท่ากับ 2,616.09 บาทต่อราย

คำสำคัญ: รูปแบบบริการพยาบาล, ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก, บริการแบบเบ็ดเสร็จ, ผู้ป่วยไป-กลับ

Corresponding Author: *E-mail: bhanwasa.j@siu.ac.th

ได้รับการสนับสนุนทุนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่รับ (Received) 21 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 มี.ค. 2568

Abstract

This research aims to develop and evaluate the effectiveness of a nursing service model for same-day cataract surgery patients at Chaiyaphum Hospital. The purposive sample included 10 professional nurses, 2 ophthalmologists, 1 pharmacist, 40 cataract surgery patients, and their 40 caregivers. The research was conducted in three phases: 1) Situation analysis, 2) Model development, and 3) Evaluation of model effectiveness. The research instruments included interview, focus group, the WE Line CV model nursing service framework, knowledge tests, caregiving skill assessment forms, and satisfaction questionnaires for caregivers and professional nurses. The content validity of the instruments was verified by five experts, with reliability coefficients of .72, .75, and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test. The results revealed that the WE Line CV model consisted of a workflow, an e-book, a Line official account, a CNPG one-page guideline, and video materials. The evaluation of the model's effectiveness demonstrated a significant increase in the caregivers' mean knowledge and skill scores ($p<.001$) after implementation. The caregivers and professional nurses reported the highest level of satisfaction with the nursing service model. The complication rate was 2.5%, and hospitalization costs were significantly lower ($p<.001$), with an average reduction of 2,616.09 THB per patient.

Keywords: nursing service model, cataract surgery patients, one-stop service, non- admitted

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุหลักของภาวะการมองเห็นที่ลดลงและตาบอดทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของการตาบอดทั่วโลกประมาณ 51% หรือคิดเป็นประชากรราว 20 ล้านคนในปี 2020[1] ด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ความชุกของโรคต้อกระจกจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งก่อให้เกิดภาระหนักในระบบสุขภาพ การรักษาต้อกระจกที่มีประสิทธิภาพมีเพียงวิธีเดียวคือการผ่าตัดที่เปลี่ยนเลนส์ตาที่ขุ่นมัวเป็นเลนส์ตาเทียม แม้การผ่าตัดจะมีความปลอดภัยและได้ผลดี แต่การเข้าถึงการผ่าตัดอย่างทันท่วงทียังคงเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทรัพยากรด้านสุขภาพมีข้อจำกัด ในประเทศไทย โรคต้อกระจกยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอด โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 300,000 คนในแต่ละปี[2] แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าด้านเทคนิคการผ่าตัดและมาตรการสาธารณสุข แต่ยังคงมีผู้ป่วยต้อกระจกจำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากข้อจำกัดด้านศักยภาพการผ่าตัด การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์ไม่ทั่วถึง และกระบวนการส่งต่อที่ล่าช้า[3] อุปสรรคเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นที่เพิ่มขึ้น และภาระทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพโดยรวม

แนวคิดการให้บริการผ่าตัดแบบเบ็ดเสร็จในลักษณะผู้ป่วยนอก ได้รับการเสนอเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ แนวทางนี้รวมกระบวนการตรวจประเมินก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และการติดตามผลหลังผ่าตัดไว้ในบริการครั้งเดียว ช่วยลดความไม่สะดวกของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยในต่างประเทศมีการนำแนวทางดังกล่าวมาใช้ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ลดระยะเวลารอคอย ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้มากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด[4,5,6,7] และในประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดการบริการแบบเบ็ดเสร็จในผู้ป่วยที่ผ่าตัดในหลายโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด[8] ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้[9] ลดขั้นตอนในการผ่าตัด แต่ความมั่นใจตนเองในการดูแลหลังผ่าตัดมีน้อย[10] เป็นต้น

โรงพยาบาลชัยภูมิเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ 1,000 เตียง มีอัตราการครองเตียงกลุ่มงานจักษุ ร้อยละ 90 โดยผู้ป่วยอันดับ 1 คือผู้ป่วยต้อกระจก จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่า จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกในโรงพยาบาลชัยภูมิปี 2564–2566 พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น 843,1379,1849 รายตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวภายในระยะเวลา 2 ปี การรักษาโดยการผ่าตัดต้องใช้เวลารอคอยใน

การรักษานานที่สุดถึง 12 เดือน การเข้ารับการรักษาผ่าตัดต้องนอนโรงพยาบาล 3-5 วัน เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยมีขั้นตอนที่ยุ่งยากใช้เวลานาน นอกจากนั้นการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยในปี 2566 พบ 2 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จมาพัฒนาในผู้ป่วยต้อกระจกที่แผนกตาหูคอจมูก เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล ลดความแออัดในการรักษา ลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน และส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและมีความพึงพอใจในการบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดเชิงระบบของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกสำหรับพยาบาล แนวคิดระบบบริการพยาบาล แนวคิดการดูแลแบบไม่นอนโรงพยาบาล และแนวคิดแบบลีน 2) กระบวนการ (process) ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก(R1) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลของการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ(D1) ทดลองใช้รูปแบบบริการพยาบาล(R2) ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาล(D2) 3) ผลลัพธ์ (output/outcome) ได้แก่ ความรู้และทักษะของผู้ดูแล อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ และ 4) ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบบริการพยาบาลของการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาล บริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมสหวิชาชีพ คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 2 ราย พยาบาลวิชาชีพแผนกตาหูคอจมูก 10 ราย และเภสัชกร จำนวน 1 ราย

2. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยภูมิและจักษุแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย 1) เข้าเกณฑ์ได้รับการผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล 2) มีผู้ดูแลตลอดหลังผ่าตัด 7 วัน 3) มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) มีโรคเจ็บป่วยรุนแรง 2) ไม่มีผู้ดูแลหลังผ่าตัด คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วย G* Power 3.1[11] กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 ค่าอำนาจการทดสอบ(Powers) เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พัฒนาเป็นรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ (WE Line CV model) ซึ่งตรวจสอบคุณภาพความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านจักษุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านจักษุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ท่าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มของทีมสหวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสังเกตการปฏิบัติงาน เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ขั้นตอนในการดูแล การติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแนวทางการพัฒนาการให้บริการพยาบาล

2) แบบประเมินความรู้ผู้ดูแล เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นข้อสอบปรนัย 10 ข้อ ตอบถูกต้องข้อละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน การแปลผลเกณฑ์การผ่านคิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากับ 6 คะแนน เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย ได้ค่าความเที่ยงตรง .80-1.00 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 เท่ากับ .72

3) แบบประเมินทักษะผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแบบประเมินทักษะ 10 ข้อ มีตัวเลือก 2 ลักษณะคือ “ปฏิบัติ” “ไม่ปฏิบัติ” การแปลผลเกณฑ์การผ่านทักษะปฏิบัติ ร้อยละ 80 ตรวจประเมินเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย ได้ค่าความเที่ยงตรง .80-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้ KR-20 เท่ากับ .75

4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มาตรวัด 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert’s scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย แปลความหมาย 4.51–5.00 มากที่สุด 3.51–4.50 มาก 2.51–3.50 ปานกลาง 1.51–2.50 น้อย 1.00 –1.50 น้อยที่สุด ได้รับการประเมินเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย ได้ค่าความเที่ยงตรง .80-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

5) เวชระเบียนข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ได้จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคต้อกระจก ปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ตึกตาหูคอจมูกและแผนกผู้ป่วยนอกและทีมสหวิชาชีพ และจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเมื่อสิ้นสุดการสนทนาผู้วิจัยได้ทวนความกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและสรุปประเด็นหลัก จากนั้นนำประเด็นหลักเสนอกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้ pair t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เลขที่ COE No. 025/2567 รับรองวันที่ 20 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 19 มิถุนายน 2568 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการลงลายมือชื่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนสามารถถอนตัวการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ไม่มีผลกระทบต่อสิทธิและประโยชน์ที่ควรได้รับ ทั้งนี้ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และในส่วนของข้อมูลเวชระเบียนสืบค้นย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจกโดยไม่ได้ระบุชื่อสกุลของผู้ป่วย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลของการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์(R1) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยต้อกระจกที่รักษาด้วยการผ่าตัดย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2566 และศึกษาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาการดูแล โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ โดยการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลฯร่วมกับทีมสหวิชาชีพ(D1) ได้แก่ จักษุแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โดยการประชุมระดมความคิดและนำรูปแบบบริการพยาบาลฯ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 10 ราย (R2)

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบบริการฯ (D2) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 40 ราย และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 ราย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาการดูแล ในผู้ป่วยต้อกระจก พบว่า สถิติจำนวนผู้ป่วยจากปี 2564 – 2566 พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น 843, 1379, 1849 รายตามลำดับ โดยในปี 2566 การรอคอยผ่าตัดต้อกระจกใช้เวลา 6-12 เดือน ร้อยละ 30 ใช้เวลา 1-3 เดือน ร้อยละ 70 มีค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 16,000–23,000 บาทต่อราย ภาวะแทรกซ้อน พบจำนวน 2 ราย การดูแลผู้ป่วยมีขั้นตอนที่ยุ่งยากใช้เวลานานระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกตา หู คอ จมูก นอกจากนั้นการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านยังไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน

2. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลชัยภูมิ (WE Line CV model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

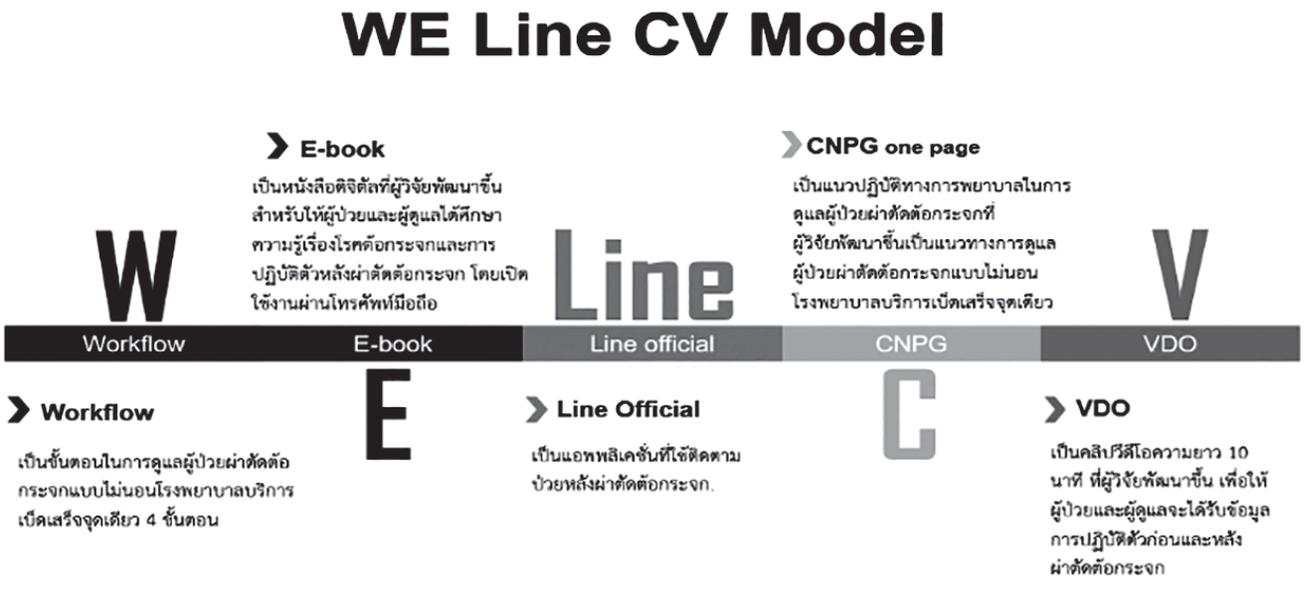
1.1 W: Work flow เป็นขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากเดิม 9 ขั้นตอน ให้มี 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดแบบลีนของ Womack and Jones

1.2 E: E-book เป็นหนังสือดิจิตัล สำหรับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยเปิดใช้งานผ่านโทรศัพท์มือถือ

1.3 Line: Line official เป็นแอพพลิเคชั่นที่ใช้ติดตามและให้คำแนะนำป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก

1.4 C: CNPG one page เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

1.5 V: VDO เป็นคลิปวีดีโอความยาว 10 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก



ภาพ รูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ (WE Line CV model)

โดยมีขั้นตอนตามรูปแบบบริการพยาบาลฯ ดังนี้ 1) ก่อนทำการผ่าตัด ผู้ป่วย จะได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และกำหนดเลนส์เพื่อใช้ในการผ่าตัด มีการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้วีดีโอ และ E-book 2) วันที่ผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพจะเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก 3) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการปิดตาเรียบร้อยแล้ว สังเกตอาการความผิดปกติหลังผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลจะให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแล และนัดผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น พบแพทย์เพื่อเปิดตา และติดตามอาการภายหลังผ่าตัด 4) พยาบาลวิชาชีพติดตามผลการรักษาพยาบาลผ่าน line official โดยจักษุแพทย์จะมีการนัดติดตามผู้ป่วย 7 วันหลังผ่าตัด

3. ประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ ผลการศึกษา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพศหญิง 32 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เพศชายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 67.37 ปี (S.D.= 7.23) ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90 เพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 อายุเฉลี่ย 44.53 ปี (S.D.= 9.31) พยาบาลวิชาชีพอายุเฉลี่ย 34.72 ปี ประสบการณ์ทำงาน 10 ปี จักษุแพทย์อายุเฉลี่ย 35 ปี ประสบการณ์ทำงาน 14 ปี เภสัชกรอายุ 35 ปีประสบการณ์ทำงาน 10 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ของผู้ดูแล	4.83	.931	9.07	.997	33.242	.000*
ทักษะของผู้ดูแล	5.38	1.213	8.98	.698	21.056	.002*

p< .01

จากตารางที่ 1 ความรู้และทักษะของผู้ดูแล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของผู้ดูแล หลังการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อน การใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01)

ตารางที่ 2 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ (n = 40)

การเกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
มี	1	2.5
ไม่มี	39	97.5

จากตารางที่ 2 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.5

ตารางที่ 3 ค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาล ของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean	SD	t	p-value
ค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาล	รูปแบบบริการพยาบาลการผ่าตัดต้อกระจกแบบเดิม	20797.97	1309.705	7.591	.000*
	รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาล	18181.88	1742.352		

p< .01

จากตารางที่ 3 ค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาล ของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า มีค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาลรูปแบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ต่ำกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.01$) โดยมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาลลดลงเท่ากับ 2,616.09 บาทต่อราย

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ

รายการ	ผู้ดูแล		การแปลผล		พยาบาลวิชาชีพ	การแปลผล
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการ	4.52	.392	มากที่สุด	4.60	.306	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจในการใช้งาน E-book ผ่านโทรศัพท์มือถือ	4.17	.433	มาก	4.30	.384	มาก
3. ความพึงพอใจในการติดตามหลังผ่าตัดผ่าน Line Official	4.27	.426	มาก	4.26	.262	มาก
4. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล	4.26	.339	มาก	4.52	.358	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจต่อความรู้จากคลิปวีดีโอ	4.38	.454	มาก	4.54	.456	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.60	.496	มากที่สุด	4.70	.483	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด โดยผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการมากที่สุด (Mean=4.52, S.D.=.392, Mean=4.60, S.D.= .306)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ (WE Line CV model) ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เกิดประสิทธิผลที่ดีได้จากความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ที่พัฒนาลดขั้นตอนในการดูแลรักษา[6,7] มีแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จากการใช้สื่อดิจิทัล เช่น E-book และ VDO ที่พัฒนาขึ้น ช่วยเพิ่มความมั่นใจหลังได้รับการผ่าตัด[12] มีการใช้ Line Official เป็นเครื่องมือในการติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดตามอย่างต่อเนื่อง[13] และที่สำคัญผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่เป็นผู้สูงอายุได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่า WE Line CV model เป็นตัวอย่างของการผสานเทคโนโลยีและกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการลดขั้นตอน การให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัล และการติดตามผู้ป่วยผ่านแอพพลิเคชั่น

2. ประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ อภิปรายตามผลลัพธ์ดังนี้

2.1 ภายหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจาก E-book และ VDO ที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษา[12]

2.2 อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังได้รับการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ

พบว่า มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลนครพนมพบ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33[14] การเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ไม่ได้เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่า การให้บริการแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมาตรฐานการบริการไม่ต่ำกว่ารูปแบบการให้บริการตามปกติ

2.3 ค่ารักษาพยาบาลในการนอนโรงพยาบาลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ พบว่า ต่ำกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลลดลง 2,616.09 บาทต่อราย ซึ่งการผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยลดต้นทุนในการดูแลรักษา[6]

3. ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการพยาบาลฯ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายโรงพยาบาล[8,9,10,12] เนื่องจากรูปแบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดจำนวนวันนอน ลดความแออัดของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดลดลง และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของผู้ป่วยและญาติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลรักษา

โดยสรุปผลการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จ โรงพยาบาลชัยภูมิ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในหลายด้าน ทั้งในเรื่องความสะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในระยะเวลาของการวิจัยที่มีน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์สามารถผ่าตัดต้อกระจกแบบวันเดียวได้มีจำนวนจำกัดเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวรุนแรงและขาดผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

นำรูปแบบ WE Line CV model ขยายผลในหอผู้ป่วยอื่น ๆที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และนำเสนอเป็นนโยบายของโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบบริการพยาบาลแบบไม่นอนโรงพยาบาลบริการเบ็ดเสร็จในมิติอื่น ๆ

References

1. World Health Organization. World report on vision. Geneva: WHO; 2019.
2. Thai Ministry of Public Health. Annual report on blindness prevention programs in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020.
3. Intarakumthornchai T, Wongsawad W, & Thonginnetra O. Barriers to cataract surgery in Thailand: A regional survey. Thai Journal Public Health. 2019; 49(3): 233-40. (in Thai)
4. Day AC, Donachie PHJ, Sparrow JM, & Johnston RL. The Royal College of Ophthalmologists' National Ophthalmology Database study of cataract surgery: Report 1, visual outcomes and complications. The Scientific Journal of the Royal College of Ophthalmologists. 2015; 29(4): 552-60.
5. Lansingh VC, Carter MJ, & Martens M. Global cost-effectiveness of cataract surgery. Ophthalmology. 2017; 124(1): 97-106.
6. Chiesa M, Reeves G, Harper C, Seddon M, & Malez V. Increasing access to cataract surgery in Counties Manukau by optimizing the clinical pathway: a quality improvement report. New Zealand Medical Journal. 2024; 137(1595): 39-47.
7. Saensuk N, & Hansakunachai T. The Effectiveness of TU Health Check Up Program Model by Lean and Eliminate Combine Rearrange Simplify Concept. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(2): 348-56. (in Thai)
8. Khamcharorn S, & Manoonya B. Development of Nursing Service System for Patients Receiving One Day Surgery in the Network Hospitals Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2023; 3(2): 26-36. (in Thai)

9. Thumthanaphat C. The development surgery system and patient care of one day surgery: ODS Sirinthorn Hospital, Khon Kaen Province. Journal of Environmental and Community Health. 2021; 6(1): 57-63. (in Thai)
10. Phanibut N, Changjeraja W, & Noktong S. The result of development one day surgery to the satisfaction of clients at Buengkan hospital. Nurse Health Education Journal. 2019; 2(4): 50-6. (in Thai)
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009; 41(4): 1149–60.
12. Janu P. The effects of VDO media usage for pre-operative preparation on the knowledge and satisfaction of patients same day surgery at ear throat nose operating room, Thammasat University Hospital. Thammasat University Hospital Journal Online. 2018; 3(3): 47-65. (in Thai)
13. Huang L, Xiao X, & Lu S. Application of a new daytime surgery and same-day discharge mode in cataract clinic. Annals of Eye Science. 2021; 6(5): 1-5.
14. Nonkhonmun U. The development of one day surgery model at Nakhonphanom Hospital. Nakhonphanom Hospital Journal. 2020; 7(1): 52-62. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Development of an Elderly Health Promotion Model Through Community Participation in Mueang District, Buri Ram Province

ถาวรีย์ แสงงาม[1] ปัณณทัต บนขุนทด*[2] ณรงค์กร ชัยวงศ์[1] ณิชาภัทร มณีพันธ์[1] เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์[3]

Thawaree Saengngam[1] Punnathut Bonkhunthod*[2] Narongkorn Chaiwong[1]
Nichaphat Maneepun[1] Penpis Nugoonsawat[3]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

[1]Faculty of Nursing, Buriram rajabhat university, Buri Ram Province, Thailand, 31000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย 30000

[2]Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 30000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

[3]Faculty of nursing, Western university, Buri Ram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุโดยตารางของเครจซีและมอร์แกนจำนวน 132 คน และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและการหาคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะพบว่า มีคะแนนการรับรู้สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจของกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = 0.60) และการประเมินกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = .60)

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study is a participatory action research aimed at developing a model for promoting the well-being of the elderly through community participation in a specific district of Mueang, Buri Ram Province. The sample was divided into two groups: 132 elderly individuals selected based on Krejcie and Morgan's table and 30 representatives from healthcare service networks selected through purposive sampling. The research

Corresponding Author *Email: punnathut.b@nrru.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ก.พ. 2568

instruments used for data collection and their reliability coefficients included the WHO Quality of Life Questionnaire for the Elderly (WHOQOL-BREF-THAI) with a reliability of 0.93, a holistic elderly well-being assessment tool with a reliability of 0.95, and a satisfaction assessment tool with a reliability of 0.86. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis. The research findings indicated that after participating in the well-being promotion program, the elderly group showed an increase in perceived well-being and quality of life scores. Additionally, the satisfaction level of the community network partners regarding the development process of the elderly well-being promotion innovation through community participation was high, with an average score of 4.35 (S.D. = 0.60). The evaluation of the development process and the success factors in implementing the elderly well-being promotion model through community participation also showed a high level of satisfaction among community network partners, with an average score of 4.35 (S.D. = 0.60).

Keywords: Health promotion models, Elderly people, Participation of communities

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การพัฒนาเศรษฐกิจ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่ช่วยให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น รายงานขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 2 พันล้านคน[1] คิดเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ๆ ในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การสาธารณสุข และนโยบายสาธารณะ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยนำไปสู่ความต้องการที่เพิ่มขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพ ระบบบำนาญ และการให้บริการทางสังคม นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านแรงงาน เนื่องจากอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น อันอาจส่งผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะประเทศที่มีอัตราการเกิดต่ำและกำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนแรงงาน นอกเหนือจากผลกระทบทางเศรษฐกิจแล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังส่งผลต่อสังคมในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างวัย ระบบครอบครัว และรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้คนในสังคม การดูแลผู้สูงอายุจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขผ่านนโยบายที่มีประสิทธิภาพและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน[2] ประเทศไทยเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุเร็วที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน โดยในพ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด จึงถือว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) กล่าวคือ มีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจากข้อมูลสถิติจำนวนประชากรจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งสิ้น 291,386 คน คิดเป็นร้อยละ 18.55 ของประชากรทั้งหมด[1] ซึ่งมีแนวโน้มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์เช่นกัน

ผลกระทบของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมากขึ้น จึงทำให้พบภาวะความผิดปกติทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) อาทิภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ความเสื่อมของร่างกายเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต[2] ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (Preventive geriatrics) จึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแผนนโยบายหลักของรัฐด้านสุขภาพของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี[3] โดยแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการมุ่งเน้นการทำงานร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีการเตรียมความ

พร้อมของผู้สูงอายุอย่างมีทิศทาง สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) มีวิสัยทัศน์ที่ว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีมีหลักประกันมั่นคงเป็นพลังพัฒนาสังคม โดยประกอบไปด้วยแผนปฏิบัติการย่อย 4 แผน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ 2) การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม 3) การปฏิรูป และบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และ 4) การเพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย[4]

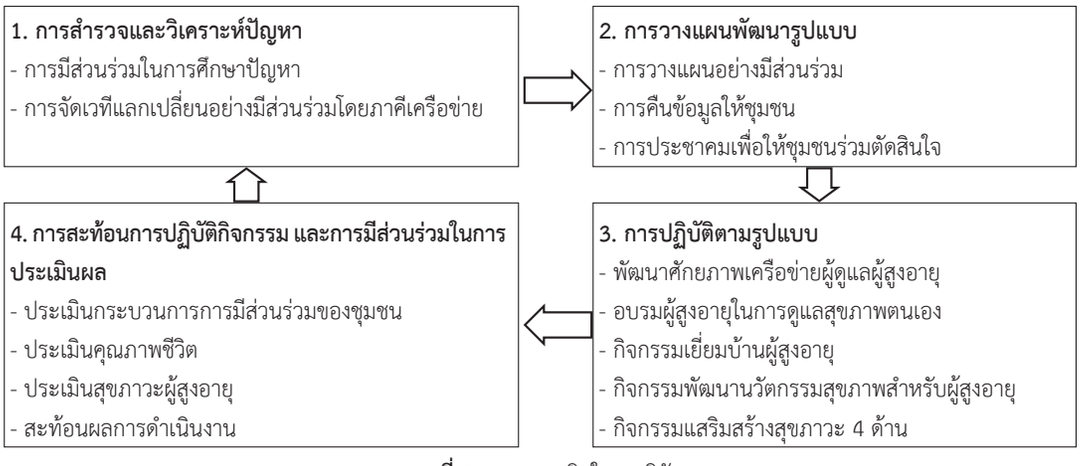
จากการศึกษาดัชนีพฤฒพลังผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.658 นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์มีคุณภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านสุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกัน และความมั่นคง[5] และจากข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารตามใจชอบ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ไม่มีลูกหลานดูแล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย รวมทั้งการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมายังไม่มีทิศทางการปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้หาแนวทางแก้ไขปัญหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติอันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม[6] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม และกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (Spiral)7 ประกอบด้วย 1) การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหา และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่าย 2) การวางแผนพัฒนารูปแบบได้แก่ การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลให้ชุมชน และการประชาคมเพื่อให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ 3) การปฏิบัติตามรูปแบบได้แก่ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ อบรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และกิจกรรมแสริมสร้างสุขภาวะ 4 ด้าน และ 4. การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลได้แก่ ประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนประเมินคุณภาพชีวิต ประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ และสะท้อนผลการดำเนินงาน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน–ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 195 คน และภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยตารางของ เครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน และผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน 30 คน

เกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้าและการคัดออกคือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย จำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทยประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และคำถามตัวชี้วัดหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม ประเมินค่า (Rating scale)

3. แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมและปรับปรุงแบบสอบถาม[3] โดยแบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านสุขภาวะทางจิตใจ ด้านสุขภาวะทางสังคม และด้านสุขภาวะทางปัญญา เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลดังนี้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับต่ำที่สุด, คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับต่ำ, คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับปานกลาง, คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง ความรู้สึกระดับมาก และคะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีความรู้สึกระดับมากที่สุด

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

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) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2024-064 รับรองวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) หลักผล

ประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทำวิจัย 2) หลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกรายไม่บีบบังคับ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและ 3) หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลทุกอย่าง อย่างเป็นความลับ

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในกระบวนการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. การศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง ทฤษฎีความสูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สุขภาวะของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การศึกษาสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม

1. การศึกษาเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2. การจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ตามภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุได้แก่ เครือข่ายบริการชุมชน/ท้องถิ่น เครือข่ายบริการสังคม และเครือข่ายบริการสุขภาพ และการนำข้อมูลมาสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ

3. การวางแผนกิจกรรมจากผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อระบุปัญหา และวางแผนการจัดกิจกรรมการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดร่วมกัน

1. พัฒนาศักยภาพผู้นักดูแลสูงอายุในชุมชนให้เกิดทักษะการเยี่ยมบ้าน Care manager, Counselor, Coordinator

2. การเยี่ยมบ้านโดยทีมโดยเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

3. การประเมินสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาวะ

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมการประเมินผลและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. การจัดสนทนากลุ่มประชุมกลุ่มภาคีเครือข่ายโดยการสะท้อนคิดการปฏิบัติกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแผนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเป็นระยะจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อพิจารณาสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. การประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงคุณภาพ (Qualitative Statistics) ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมจากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม

3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ชุมชน สรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 อายุเฉลี่ยประมาณ 72.42 ปี (S.D. = 8.74) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 95.4 มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ร้อยละ 53.80 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ร้อยละ 85.40 ต้องพึ่งพาบางส่วน ร้อยละ 13.80 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 0.80 ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.90 ออกกำลังกายสม่ำเสมอทำเป็นบางครั้งตามโอกาส มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และ

ดื่มสุราอยู่ ร้อยละ 24.60 และ 27.70 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.80 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.60 การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 74.60

การประเมินคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาวะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาวะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับดี ร้อยละ 80.00 จำแนกรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 66.66 รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 33.33 ด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 93.33 รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 6.66 และด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 76.66 รองลงมาคุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 23.33 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะโดยรวมอยู่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = 0.52) จำแนกรายด้านพบว่า สุขภาวะทางจิตใจและสุขภาวะทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.66, 4.52 ตามลำดับ) ส่วนสุขภาวะทางกาย และสุขภาวะทางปัญญามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.00, 4.21 ตามลำดับ)

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีกระบวนการดังนี้ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะของผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดร่วมกัน และขั้นที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. ผลการประเมินกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ต่อกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D = .60) จำแนกรายข้อ พบว่า กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ และนวัตกรรมมีประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.63, 4.60 ตามลำดับ) ส่วนข้ออื่นๆ อยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลงตามวัย สอดคล้องกับลักษณะตามกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) หรือ “big I’s” ได้แก่ Instability (การทรงตัวไม่ดี) Immobility (การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว) Incontinence (กลั้นปัสสาวะไม่อยู่) Intellectual impairment (ภาวะสมองเสื่อม) และ Inanition (ภาวะขาดสารอาหาร) ทั้งหมดเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งไม่จำเพาะที่จะบอกถึงความผิดปกติต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน[8] สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการทรงตัว การมองเห็นที่ไม่ชัด ปวดข้อเข่า การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 70.80 โดยเฉพาะด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 3.80 คุณภาพชีวิตระดับกลาง ร้อยละ 91.50 และคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 4.603 ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นความเสื่อมของอวัยวะในร่างกายก็เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยในการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก จำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนน้อยสุดคือ สุขภาวะทางกาย รองลงมาคือ สุขภาวะทางปัญญา[9] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยปี พ.ศ.2563 พบว่า ผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด[10]

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดร่วมกันขั้นที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในการประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดการกำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (Spiral) มีกิจกรรมหลักประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภายหลังดำเนินกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดจะมีการประเมินกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาวะผู้สูงอายุ รวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงาน[7] สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา (2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วม (3) การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) การประชาคม (6) การดำเนินการตามแผน (7) การประเมินผล ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.48) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.88)[11] และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนและนวัตกรรมทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนานวัตกรรมทางสังคมเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ และ ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมและประเมินผล มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันจำนวน 5 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุแต่ละด้าน ครบ 4 ด้าน มีการนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นจากความต้องการของชุมชนมาใช้ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาวะ ผลการประเมินความพึงพอใจภายหลังการดำเนินกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D = 0.69) โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะ มีค่าคะแนนการรับรู้สุขภาวะของตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .051

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) จัดทำประชาคมโดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา/ขีดจำกัด ความต้องการ/และศักยภาพของชุมชน รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การสังเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Web of Causation) โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุของปัญหานั้น ๆ เมื่อทราบสาเหตุของปัญหาจะนำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อตอบสนองความต้องการต่อไป 2) การพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากปัญหาที่สำคัญอันดับแรกและพิจารณาถึงปัจจัยสาเหตุการเกิดปัญหาคืออะไร แล้วให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมคิดตัดสินในการเสนอรูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ 3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยทักษะการเยี่ยมบ้าน การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการส่งเสริมสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น 4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุร่วมกัน การกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง 5) ประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุ[12] ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนได้ส่วนเสียในทุกกระบวนการ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมคิดร่วมทำ และร่วมเรียนรู้[1] การดำเนินงานในแนวทางทฤษฎีกิจกรรม ในรูปแบบกิจกรรมทางสังคมจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ[13] สอดคล้องกับการวิจัยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น การเข้าร่วมงานบุญประเพณี การทำบุญตักบาตรในวันสำคัญต่างๆ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สังคมให้การยอมรับและให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี[11]

3. ผลกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชนต่อกระบวนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนกิจกรรม ดำเนินงานตามแผน สะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมและประเมินผลร่วมกัน[7] จึงทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

การดำเนินกิจกรรมด้วยความมุ่งมั่น และเต็มใจ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน และขีดความสามารถในการพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุได้ เกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้[14] ผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และเกิดความพึงพอใจมากที่สุด[15]

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานคือ ผลจากการถอดบทเรียนหลังดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นคือ การที่ผู้นำชุมชนมีศักยภาพ และความเข้มแข็ง มีการใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีทุนทางสังคมที่ดีได้แก่ คนในชุมชนมีความเข้มแข็ง มีความพร้อม มีความรักใคร่สามัคคี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมีการระดมทุนหาสิ่งที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรม การแต่งตั้งแกนนำการทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งคนในชุมชนเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกติดตามให้กำลังใจ ประเมินผลงานดำเนินกิจกรรมร่วมกัน และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางให้คนในชุมชนร่วมกันทำกิจกรรม ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน สอดคล้องกับการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง การมีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ[16] และสอดคล้องกับการวิจัยปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาเครือข่ายชุมชนและกิจกรรมคือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกขั้นตอน และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคง และยั่งยืนต่อไป[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

2. บูรณาการนโยบายการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุเข้ากับแผนพัฒนาชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรทำงานร่วมกับชุมชนตั้งแต่การประเมินปัญหา วางแผน และติดตามผล เพื่อให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชนให้สามารถเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

1. พัฒนาแนวทางหรือโมเดลการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

2. สนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อหรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

References

1. Chaiwong N, Maneepun N, Burawong S, Sanggyam T, & Bonkhunthod P. Developing social innovations through community processes to promote well-being of the elderly in Klantha Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province. Regional health promotion center 9 journal 2024;18(3):957-73. (in Thai)

2. Department of medical services, Ministry of public Health. Guidelines for organizing health services for the elderly in health care facilities. Chonburi Province: Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Medicine for the Elderly, 2014. (in Thai)
3. Panthong J. Development of a model for promoting health of the elderly with the participation of the Ban Thai Samakkhitham community, Non Samran Subdistrict, Kaeng Sanam Nang District. Nakhon Ratchasima Province. Degree of master of public health (Public health) Mahasarakham university, 2020. (in Thai)
4. Department of Older Persons (DOP). Situation of the Thailand elderly in 2022. Bangkok: Amarinuit Corporations Public Company Limited, 2022. (in Thai)
5. National Statistical Office. Report on preliminary results of a survey of the elderly population in Thailand. Bangkok: National Statistical Office, 2019. (in Thai)
6. Cohen JM, & Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Developments, 1980.
7. Kemmis S. & Mc Taggart R. Participatory Action Research. In: Denzin, N. and Lincoln, Y. (Eds.), Handbook of Qualitative Research, 2000.
8. Institute of geriatric medicine, Department of medical services. Guidelines for caring for elderly people. 1st printing, Is Company August Co., Ltd. Institute of geriatric medicine, Department of medical services, Ministry of public Health, 2015. (in Thai)
9. Anuruang A. Perception, attitude and participation in development of elderly club activities. Ratburana District, Bangkok. Master of science in social welfare administration and policy faculty of social administration Thammasat University, 2017. (in Thai)
10. Department of mental health. Thailand has entered an aging society. Nonthaburi Province: Ministry of public Health, 2020. (in Thai)
11. Jangpho S. Development of a health care model for elderly by community participation, Ban pho Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of health research and development Nakhon Ratchasima provincial public health Office 2021;7(2):165-83. (in Thai)
12. 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)
13. Srisupan P, Thammikabowon S, & Krisnachuta S. The elderly school and the capacity building of Isan local communities. Journal of graduate volunteer center 2017;14(1):133-62. (in Thai)
14. Sarakshetrin A, Ekkarat C, Jinkanapan C, & Sampawamana O. Competency development of community in caring for persons with hypertension: A case study in Surathani province. rama nurse journal 2015;21(1): 110-21. (in Thai)
15. 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)
16. Daharn T, & Duangrach J. Development of a health care model for elderly by community particapa tion, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Provine. Academic journal of Mahasarakham Provincial public health office 2018;2(3):42–54. (in Thai)
17. Chusuton S, Hirunwatthanakul P, & Glangkarn S. Redevelopment of health promotion model among elderly though community participation in Bang Nok Khwaek sub-district Municipality, Bang Khonthi, Samut Songkram. Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University 2022;7(1):40-56. (in Thai)

การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยไทยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

Illness Perceptions in Thai Patients with Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Observational Study

จารุวรรณ กฤตย์ประชา* ตาณิกา หลานวงค์ เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว กรวิกา บวชชุม ประณีต ส่งวัฒนา

Charuwan Kritpracha* Tanika Lanwong Phenpitcha Tinkaew Kornwika Buatchum Praneed Songwathana

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ประเทศไทย 90110

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand, 90110

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในไทย โดยเป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไทยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86 และคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่พบมากที่สุดในช่วงหนึ่งเดือนก่อนได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=41; 82%) และอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=37; 74%) คะแนนที่สูงที่สุดของการรับรู้การเจ็บป่วยคือคะแนนในด้านผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (mean=3.55, SD=0.55) รองลงมาคือ ด้านความสามารถที่จะควบคุมหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ (mean=3.36, SD=0.30) และด้านการควบคุมการรักษา (mean=3.47, SD=0.39) สาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามการรับรู้มากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การทำงานมากเกินไป (mean=4.20, SD=.86) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (mean=3.96, SD=1.01) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (mean=3.70, SD=.86) ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพให้ข้อมูลเชิงลึกของการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย, กล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหัวใจ

Abstract

This research aimed to examine illness perceptions of Thai patients with myocardial infarction. A cross-sectional observational study was conducted with a purposively selected 50 Thai adult patients with myocardial infarction (MI). Data were collected using the Revised Illness Perceptions Questionnaire with the Cronbach's alpha of 0.86, and open-ended questions, to explore the MI illness perceptions. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis. The results based on illness perceptions revealed that chest pain was the most experienced symptom in the past one

Corresponding author*: charuwan.kr@psu.ac.th

วันที่รับ (Received) 28 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไข (Revised) 28 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 ม.ค. 2568

month before MI diagnosis (n=41; 82%) and chest pain was perceived as a symptom related to MI (n=37; 74%). The highest score of illness perceptions is the Consequences domain (mean=3.55, SD=0.55), followed by the Cure/Controllability domain (mean=3.36, SD=0.30) and the Treatment Control domain (mean=3.47, SD=0.39). The three most perceived causes of MI were overwork (mean=4.20, SD=.86), diet or eating habits (mean=3.96, SD=1.01), and alcohol (mean=3.70, SD=.86) respectively. Results from open-ended questions provided in-depth content of illness perceptions of Thai patients with myocardial infarction.

Keywords: Illness perceptions; Myocardial infarction; Heart disease

Introduction

Myocardial infarction (MI) is a worldwide leading cardiovascular health problem that causes mortality and morbidity. The Global Burden of Disease study estimated that in 2022, 9.2 million deaths were related to ischemic heart diseases including MI.[1] In Thailand, the mortality rate of ischemic heart disease has increased every year from 23.4 to 26.9 per 100,000 population, from 2012 to 2021, respectively.[2]

Although advances and effectiveness of treatment have decreased mortality [3], adverse events or outcomes have been reported, for instance, recurrence of cardiac events[4], low attendance of cardiac rehabilitation[5,6], and sub-optimal lifestyle modification[5,7]. Researchers have sought to identify factors related to positive health behaviors and positive health outcomes in patients with MI. According to the self-regulation model[8,9,10,] a person experiencing an illness constructs illness perception, which is an individual's integrated perceptual-cognitive model of the health threat, to make sense of the illness and influence response behaviors.

Studies have investigated the relationship and influence of illness perceptions on various physiological and psychological health outcomes.[11,12,13] Previous studies also reported that patients with various illnesses, including MI, possess illness perceptions that might not support their health outcomes.[14] Limited research has examined illness perceptions in different ethnocultural populations, including Thai patients with myocardial infarction. Ethnocultural groups might have different views of illness. Understanding illness perceptions from patients with different cultural backgrounds can support nurses to shape patients' perceptions and to provide effective interventions to improve health outcomes. Therefore, it is important to examine the perceptions of illness among Thai patients with MI to improve patient-centered care and ultimately improve the health outcomes of patients with MI.

Research objective

To examine the illness perceptions of Thai patients with myocardial infarction.

Research Design

Conceptual Framework

The self-regulation theory proposed by Leventhal, Nerenz and Steele[8] and conceptualization of illness perceptions domains proposed by Moss-Morris and colleagues[15] were used to guide this study. According to the self-regulation theory[8], when an individual experiences an illness, cognitive representation of the illness or illness perceptions is constructed to make sense of the illness which in turn regulate an individual's response behaviors. The construct of illness perceptions has been delineated with seven domains[15] comprised of 1) Identity which is an individual's thoughts about labels and symptoms and their association with the illness;

2) Cause which is an individual's thoughts about factors that cause the illness; 3) Consequence which is an individual's thoughts about illness severity, and likely impact on physical, social, and psychological functioning; 4) Timeline which is an individual's thoughts about the duration of the illness; 5) Cure/ Controllability which is an individual's thought about the extent to which illness is amenable to cure or control; 6) Illness Coherence which is an individual's thoughts about understanding the illness; and 7) Emotional Representation which is the extent to which an individual is emotionally affected by the illness.

Methods

The study employs a cross-sectional observational study.

Sample and setting

The study was conducted at a 640-bed regional government hospital in southern Thailand. The sample size was calculated based on a confidence level of 95%, a population proportion of 3%, and a sampling error of 5%. The number of samples required was determined as 45 participants.[16] To prevent sample loss, the researchers added 5% of participants. Therefore, the total sample size was targeted at 50 participants. The study participants were recruited at the outpatient department and medical wards from September 2016 to September 2017. The study population were adult patients with MI. The inclusion criteria were: 1) patients aged 20 years or above, 2) first diagnosed with MI, 3) no known psychiatric disorder or cognitive dysfunction, and 5) able to read and communicate in Thai language.

Ethical Consideration

The study protocol was approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Nursing, Prince of Songkla University (NREC 2016_010), certification date was April 25, 2016. Head nurses of the medical outpatient department and medical wards of the hospital informed patients who met the inclusion criteria. After the potential participants granted permission, the researcher contacted them and explained the study information, including the purpose of the study, rights, benefits, confidentiality, and procedures, and asked them to sign the informed consent form.

Data Collection

Instruments

The instruments comprised two questionnaires and an open-ended interview guide described as follows.

1. The demographic and health and illness questionnaire was developed by the research team. This questionnaire comprised of items related to patients' characteristics and health information.

2. The 70-item Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R) was developed by Moss-Morris and colleagues using self-regulation theory as the framework[15]. The word "illness" was replaced with "my heart condition." Some items were adapted to be specific to MI. The IPQ-R is a well-established questionnaire and accepted for its validity. The IPQ-R was translated into the Thai language using back translation technique. The Thai version of the IPQ-R was pretested among 10 patients with MI, yielded the Cronbach's alpha of 0.91. The reliability of the Thai version was further tested using the data of the full study sample (n=50); the Cronbach's alpha of the total IPQ-R revealed an adequate value of 0.86.

The IPQ-R is comprised of 3 parts. Part 1 includes 14 items (symptoms) of the Identity domain, with a yes/no response format. The sum of items rated "yes" on the question symptom related to MI indicates the score of Identity dimension. A higher score represents a higher number of symptoms at-

tributed to the illness. Part 2 includes 18 items of the Cause domain. Part 3 includes a total of 38 items divided into five domains: Consequences 6 items; Timeline 6 items of acute/chronic and 4 items of cyclical; Cure/Controllability 6 items of personal control and 5 items of treatment control; Illness Coherence 5 items; and Emotion Representation 6 items. The response format of the part 2 and 3 was a 5-point Likert scale, from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). A higher score of each dimension in part 2 and 3 represent a more threatening perception of the dimension.

3. Semi-structured interview guide. The interview guide was developed by the research team to capture and understand the content of illness perceptions experienced by patients with MI.

Data collection procedure

All participants were interviewed using the open-ended interview guide first, to capture the illness perceptions of patients with MI without interference from content of the two structured questionnaires. The researcher asked permission to tape-record the interview. After the interview, the two structured questionnaires were administered. Data were collected by two registered nurses working as research assistants. They were trained using research instruments before conducting the research.

Data Analysis

Data obtained from the demographic and health and illness questionnaire, and the IPQ-R were analyzed using descriptive statistics of percentages, frequencies, mean and standard deviation. Data from the open-ended questions were transcribed from the tape recordings. Content analysis was performed to analyze the qualitative data.

Results

The participants' characteristics illustrate that most of the participants were male (n=46, 92%), and the mean age was 54.54 years (SD 8.96). The majority were Buddhists (n=33, 66%) and married (n=39, 78%). Twenty-eight percent of the participants (n=12) had an education level in primary school. Almost half of the participants (n=23, 46%) did not use alcohol but were smokers (n=20, 40%). Thirty-four percent (n=17) had a body mass index of 25-29.9 kg/m^2. Seventy percent of participants (n=35) had underlying diseases, with three most underlying diseases of hypertension, dyslipidemia, and diabetes mellitus. Furthermore, 70% (n=35) were diagnosed with STEMI and the duration was less than 1 month. Most participants took antiplatelet drugs (n=47, 94%) and received Percutaneous Coronary Intervention (PCI) treatment (n=40, 80%).

Regarding illness perceptions, the study participants rated chest pain as the most occurring symptom before hospital admission (82%), and 74% of the participants perceived chest pain as a symptom related to MI.

Table 1 presents the perceived causes of illness. The three highest-scored items perceived by the patients as the causes of MI were: overwork (mean=4.20, SD=0.86), diet or eating habits (mean=3.96, SD=1.01), and alcohol (mean=3.70, SD=0.86). The altered immunity received the lowest score as the perceived cause of myocardial infarction (mean=2.26, SD=1.01).

Table 1. Perceived causes of illness (n=50)

Perceived causes of illness		Mean	SD
Psychological attributions	Stress or worry	3.54	1.05
	Mental negative attitude	3.02	1.08
	Family problems or worries caused my illness	2.44	1.01
	Overwork	4.20	.86
	Emotional state	2.40	1.18
	Personality	2.96	1.05
Risk Factors	Hereditary	3.24	1.14
	Diet or eating habits	3.96	1.01
	Poor medical care in my past	2.70	1.09
	Own behavior	2.72	1.03
	Aging	3.12	1.10
	Smoking	3.04	1.12
	Alcohol	3.70	.86
Immunity	A germ or virus	3.14	1.29
	Pollution in the environment	3.40	1.34
	Altered immunity	2.26	1.01
Accident or chance	Chance or bad luck	3.04	1.11
	Accident or injury	3.30	1.04

The domains of illness perceptions are presented in Table 2. The highest score of illness perceptions was the consequences domain (mean=3.55, SD=0.55). The lowest score came from illness coherence domain (mean=3.06, SD=0.77).

Table 2. Illness perceptions (n=50)

Illness perceptions	Mean	SD
Timeline	3.23	0.46
acute/chronic	3.25	0.48
cyclical	3.15	0.78
Consequences	3.55	0.55
Cure/Controllability	3.36	0.30
Personal control	3.27	0.44
Treatment control	3.47	0.39
Illness Coherence	3.06	0.77
Emotional representations	3.16	0.69

The content analysis of the qualitative data revealed seven themes, synthesized as the following details.

1. Identify as a serious illness: Most participants stated that myocardial infarction is a serious illness that can lead to death as one participant stated: *"I think it's severe." (P1), "Myocardial infarction was a serious illness that resulted in death quickly. If I have symptoms related to myocardial infarction, I must immediately go to the hospital" (P5).*

2. Myocardial infarction causes: Most participants reported eating behavior as the cause of MI. The participants identified unhealthy food such as salty food, fast food, and high-fat food as causes of the MI illness. Eating behaviors such as overeating were reported. Example statements are as follows: *"There is definitely not enough blood flowing to the heart because of clogged fat." (P2) and "The causes are age, eat greasy foods." (P9)*

3. Consequence of myocardial infarction: Most of the participants mentioned the consequences of MI as unhealthy and decreased functional ability. They perceived that their illness affected their work abilities. Example statements are as follows: *"My health is not so good, causing my family to worry, affecting my work." (P14)*

4. Various timelines for MI and controllability: There are various thoughts regarding the duration of MI. Some thought that MI would be with them for a long time or throughout their life. For example, *"The illness would last a long time." (P15) "It's been a lifelong thing." (P22)* On the other hand, some participants thought that they might not have long time with MI. They can control it with treatments from physicians and behaviors as the statement: *"It didn't take long, I thought it would go away because I controlled my diet." (P16)*

5. Overcoming myocardial infarction: The participants thought that they could control their illness by following up with physicians and perform healthy behavior such as decreasing high-fat food, increasing healthy food, and regularly exercising. For example, *"I think that there are some things we cannot control, but we can take care of ourselves, such as food, stress, and rest." (P14) and "I think 70% of the time it can be alleviated because I have seen people in my neighborhood who had MI and received treatment, and they are better." (P18)*

6. Symptom of myocardial infarction: The signs and symptoms that the participants thought were related to MI were chest pain as well as pain in the back on the left side of the body. As they said: *"I feel tired, I feel a burning sensation in my chest and a feeling of tightness." (P1) and "Chest tightness, chest pain, pain in the left side of the back muscles, palpitations, fainting, vomiting." (P8)*

7. Feeling for myocardial infarction: The participants were frightened because of being diagnosed with MI. They dealt with their feelings through positive thinking, empowerment, and decreased stress. The participants mentioned: *"I feel discouraged, but I have to fight to get rid of this disease." (P14) and "It makes me easily irritated, makes me think too much, and affects my daily life." (P23)*

Discussion

The aim of the study was to examine the illness perceptions of Thai patients with myocardial infarction. Chest pain was rated as the most occurring symptom before hospital admission and the symptom was related to the MI illness. The three highest-scored items perceived by the patients as the causes of MI were overwork, diet or eating habits, and alcohol. The highest score of illness perceptions was the consequences domain indicating that MI was a more serious illness as perceived by the patients.

The symptom of MI that the participants perceived most important was related to chest pain. This result is similar to a previous observational study. Of the 100 patients, almost all (99%) patients perceived chest pain as a related symptom of MI.[17] The results are consistent with a previously published systematic review by Sharma et al.[18]. In this review, including 105 studies, most patients were aware of chest pain as a symptom of MI, and chest pain was documented as the highest prevalence symptom of MI patients. In addition, the result of a study in Saudi Arabia presented that the majority of 1,247 participants recognized chest pain (87.1%) and shortness of breath (86%) as MI symptoms.[19]

The three most perceived causes were overwork, diet or eating habits, and alcohol. The findings differ from findings in Sweden, reporting smoking, hypertension and obesity[20], and in Iran reporting stress and family issues as most perceived causes of MI.[21] The differences of perceived causes of MI supported the differences of Illness perceptions constructed from various sources inherited in different cultural contexts.

The average highest score of illness perceptions is the Consequences domain, indicating that the participants perceived the consequences of myocardial infarction as serious consequences. This may be because MI is a life-threatening condition that affects patients and their families in many aspects.[22] A study showed that there was a significant positive correlation between consequences and personal control, Illness coherence, and emotional representations[17] and a study found that the psychological needs were higher than other domains.[23]

Regarding the Timeline domain, the majority of the patients perceived that the MI was a chronic illness, meaning that they thought the illness of MI would last for a long period. This result was similar to a previous study of patients with MI undergoing percutaneous coronary intervention in Iran, reporting the patients' perception tended to be chronic condition.[21] Moreover, The Treatment Control was found to be the second highest reported domain, consistent with the previous study, which revealed the treatment control as the highest reported dimension.[21] This means that participants perceived that the treatment will be effective in curing and could control their illness. This corresponds to the data from the interview, some participants thought that it could be controlled because medical care has improved a lot.

Nevertheless, the average lowest score of illness perceptions was the Illness Coherence domain. The finding is consistent with a previous study; Illness perceptions in functional neurological disorder was low illness coherence.[24] Moss-Morris et. al.[15] mentioned that illness coherence was the importance of how the illness makes sense to the patient playing an important role in response to symptoms and longer-term adjustment. It can be postulated that patients with myocardial infarction had less understanding of their illness.

Furthermore, the participants reported negative emotion representation, which was confirmed by the data from the interview, such as frightening, and is consistent with other studies. A qualitative study investigating emotion reaction following MI reported main emotional reactions, including hypoarousal reactions and low mood, hyperarousal reactions, and a changed sense of self and outlook on life.[25]

Limitations

A limitation is the sample size of the study and consequently, this also reflects the limitation of the generalizability of the findings because it included only one hospital in southern Thailand.

Recommendations

The results of this study provide recommendation that nurses should enhance their skills in the assessment of illness perceptions and promote appropriate illness perceptions for patients with MI. Future study with the focus on illness perceptions-based and cultural-specific intervention to promote health behavior, prevent the burden of complications, and improve health outcomes for patients with MI is recommended.

Identification of funding sources

This research was supported by the Faculty of Nursing Research Fund, Prince of Songkla University.

Acknowledgment

The authors would like to thank Prof. Dr. Jos M. Latour, University of Plymouth, for his invaluable support and constructive feedback in preparing this manuscript.

References

1. Mensah GA, Fuster V, Murray CJ, & Roth GA. Global burden of cardiovascular diseases and risks, 1990-2022. Journal of the American College of Cardiology. 2023; 82(25): 2350-473. doi: 10.1016/j.jacc.2023.11.007.
2. Sakboonyarat B, & Rangsin R. Hospital admission and mortality rates for ischemic heart disease in Thailand: 2012–2021, BioMed Central Research Notes. 2024; 17(1): 142. doi: 10.1186/s13104-024-06803-x.
3. Shah RU, Henry TD, Rutten-Ramos S, Garberich RF, Tighiouart M, & Bairey Merz CN. Increasing percutaneous coronary interventions for ST-segment elevation myocardial infarction in the United States: progress and opportunity. Journal of the American College of Cardiology: Cardiovascular Interventions. 2015; 8(1 Part B): 139-46. doi: 10.1016/j.jcin.2014.07.017
4. Li S, Peng Y, Wang X, Qian Y, Xiang P, Wade SW, et al. Cardiovascular events and death after myocardial infarction or ischemic stroke in an older Medicare population. Clinical Cardiology. 2019; 42(3): 391-9. doi: 10.1002/clc.23160.
5. Blair J, Angus NJ, Lauder WJ, Atherton I, Evans J, & Leslie SJ. The influence of non-modifiable illness perceptions on attendance at cardiac rehabilitation. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014; 13(1): 55-62.
6. Sze CL, Sidiah S, & Lily L. Enrollment and attendance to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention in Sarawak: A prospective study. International Journal of Recent Technology and Engineering. 2019; 8(1C2): 900-3.
7. Elkashef ASF, Nasr MH, & Khalil BM. Lifestyle changes among patients with myocardial infraction. Egyptian Journal of Health Care. 2022; 13(4): 435-48.
8. Leventhal H, Nerenz DR, & Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A, Tayler SE, Singer JE, editors. Handbook of Psychology and Health. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1984. 219-52.
9. Bishop GD. Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In: Skelton JA, Croyle RT, editors. Mental representation in health and illness. New York: Springer; 1991. p. 32-59.
10. Leventhal H, Diefenbach M, & Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cognitive therapy and research. 1992; 16: 143-63.
11. Aqeel M, Abbas J, Shuja KH, Rehna T, Ziapour A, Yousaf I, et al. The influence of illness perceptions, anxiety and depression disorders on students mental health during COVID-19 outbreak in Pakistan: a web-based cross-sectional survey. International Journal of Human Rights in Healthcare. 2021; 15(1): 17-30. doi: 10.1108/IJHRH-10-2020-0095.

12. Lotfi-Tokaldany M, Shahmansouri N, Karimi A, Sadeghian S, Saadat S, Abbasi SH, et al. Association between illness perceptions and health-related quality of life in patients with preexisting premature coronary artery disease. Journal of Psychosomatic Research. 2019; 120: 118-23. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.03.001.
13. Sawyer AT, Harris SL, & Koenig HG. Illness perceptions and high readmission health outcomes. Health psychology open. 2019; 6(1): 1-11. doi: 10.1177/2055102919844504.
14. Lerdal A, Hofoss D, Gay CL, & Fagermoen MS. Perception of illness among patients with heart failure is related to their general health independently of their mood and functional capacity. Journal of patient-reported outcomes. 2019; 3(1): 1-7. doi: 10.1186/s41687-019-0142-1.
15. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, & Buick D. The Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). Psychology & Health. 2002; 17(1): 1-16.
16. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, & Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. Biochem Med (Zagreb). 2021; 31(1): 1-27. https://doi.org/10.11613/BM.2021.010502
17. Chakraborty S, & Aditya S. A study to assess the illness perceptions among post-myocardial infarction patients in cardiology wards of tertiary care hospitals Kolkata. Malaysian Journal of Medical Research. 2020; 4(3): 55-60. https://doi.org/10.31674/mjmr.2020.v04i03.009.
18. Sharma A, Vidusha K, Suresh H, Ajan M, Saravanan K, Dhamania M, et al. Global awareness of myocardial infarction symptoms in general population: a systematic review and meta-analysis. Korean Circulation Journal. 2021; 51(12): 983-96. doi:10.4070/kcj.2021.0100.
19. Alsaab SM, Almutairi AM, Alsaadi GK, Altokhais ZA, Alabdulqader SH, Alnofal WY, et al. Awareness of Myocardial Infarction Symptoms and Risk Factors in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Cureus. 2023; 15(12): e50092. doi: 10.7759/cureus.50092.
20. Grauman A, Johansson JV, Falahee M, & Veldwijk J. Public perceptions of myocardial infarction: Do illness perceptions predict preferences for health check results. Preventive Medicine Reports. 2022; 26: 1-8. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101683.
21. Thagizadeh A, Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Aslanabadi N, Onyeka TC, & Ramazanzadeh N. Illness perceptions and cardiovascular risk factors in patients with myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention in Iran. BioMed Central Cardiovascular Disorders. 2022; 22(1): 1-12. doi: 10.1186/s12872-022-02684-9.
22. Supanam S. Nurse's Role in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome. Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 19-28. (in Thai)
23. Nunthaitawekul P, Dangdomyuit P, Preerapong P, Rabama J, & Sakorn P. Care need among to patients with coronary artery disease. Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 169-77. (in Thai)
24. Andreas J, Stoyan P, Claas L, Michael J, Christoph H, Philipp M, et al. Illness perceptions in functional neurological disorder: low illness coherence and personal control. British medical Journal Neurology Open. 2024; 6(1): 1-7. doi: 10.1136/bmjno-2024-000648.
25. Liljeroos T, Humphries S, Puthoopparambil SJ, Norlund F, & Olsson EMG. Management of emotional distress following a myocardial infarction: a qualitative content analysis. Cognitive behaviour therapy. 2023; 52(1): 47-64. doi: 10.1080/16506073.2022.2135591.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

Development of a Care Model Psychiatric on High-Risk Substance Toward Violence by the Participation Process of Network Partners, Chanthaburi Province

ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์* พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ สุภาพ ขวัญพูล
Tipwimol Tungchutaweesub* Puttiporn Pongnanthakunkij Supap kwanpoon
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จันทบุรี ประเทศไทย 22000
Chanthaburi Provincial Public Health Office, Chanthaburi, Thailand 22000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน พัฒนารูปแบบฯ และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณณา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลลัพธ์คะแนนความรู้และทักษะใช้สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมีระบบในการติดตามเฝ้าระวังไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา มีระบบการดูแลเชื่อมประสานแบบไร้รอยต่อ การดูแลในครอบครัว การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การเชื่อมประสานระหว่างชุมชน การสนับสนุนทางสังคมของทุกหน่วยงาน มีแนวทางการส่งต่อ ครอบครัวเครือข่ายและทีมสุขภาพจิตมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 100 ในพื้นที่มีรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีทีมบุคลากรในเครือข่ายเพิ่มขึ้น สามารถขยายผลของรูปแบบฯ ในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด, การใช้สารเสพติด, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is a development-oriented study aimed at analyzing behaviors from fundamental components, developing a model, and studying the outcomes of the developed model for the care of psychiatric patients who use substances and are at high risk of violence, through the participatory process of network partners in Chanthaburi Province. This research is a development-oriented study (Research and development). Analyze descriptive statistical data Frequency, percentage, mean, standard deviation, analyze the results of knowledge and skill scores using inferential statistics and content analysis.

*E-mail: aeiputtiporn29@hotmail.com

วันที่รับ (received) 15 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เม.ย. 2568

Research findings indicate that psychiatric patients who use substances have a system in place for monitoring and preventing relapse. They receive continuous care without interruption, with a seamless care coordination system, family care, warning signal monitoring, community coordination, and social support from all agencies. There are guidelines for referrals, and the family network and mental health teams have increased knowledge and skills. Psychiatric patients do not exhibit repeated violence, at a rate of *Corresponding Author: 100% models. Aiming to develop a psychiatric care system for substance users that aligns with the local context and has an increased network of personnel, it can expand the model's impact to other areas.

Keywords: Model development, Psychiatry substance, The use of drugs, Participation

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของทุกประเทศกำลังมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้เกิดความพิการทางด้านสมองและสูญเสียสภาวะสุขภาพ รายงานขององค์การอนามัยโลกเผยให้เห็นความล้มเหลวของระบบบริการสุขภาพจิตทั่วโลก จากการสำรวจระบาดวิทยาด้านสุขภาพจิตในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปพบความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือน ของผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากการใช้สุรา จำนวน 15.9 ล้านคน ร้อยละ 30.8 ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วม จำนวน 6.9 ล้านคน ร้อยละ 13.4 นำไปสู่การมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิดรวมถึงการทำร้ายบุคคลอื่น[1] องค์การอนามัยโลกสนับสนุน "แนวทางลดอันตราย" (Harm Reduction) เช่น การจัดตั้งโปรแกรม Community-Based Treatment เพื่อให้บริการรักษาและฟื้นฟูในชุมชน[2] ประเทศไทย พบ ผู้ใช้ "ยาบ้า" ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี และพบอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการใช้ "ไอซ์" สำหรับการใช้สุราเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดื่มและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่ดื่มสุราประมาณ 15.9 ล้านคน ร้อยละ 28.4 ทำให้การใช้สุรา/สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือเรียกว่าเกิดภาวะโรคจิตเวชสุรา/สารเสพติด สารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมองมีผลทำให้สารสื่อนำประสาทเช่น สารโดปามีนในสมองผิดปกติ หากมีการเสพติด/ดื่มหนักและนาน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต เช่น ภาวะหวาดระแวงหลงผิด ประสาทหลอน เมื่อขาดการรักษา ขาดการรับประทานยา และขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในประเทศไทย ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและไม่มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการใช้สุราร่วมกับเสพสารเสพติดจนส่งผลต่อการกลับมาป่วยและการรักษาซ้ำ โดยผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากกว่าเดิม บางรายมีภาวะหวาดระแวงฉุนเฉียวจนถึงขั้นก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ[3]

จากการประชุมชี้แจงงานสุขภาพจิตร่วมกับผู้แทนทุกภาคส่วนในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ผลการประชุม พบว่าอัตราผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 มีมากถึง 4 ราย และเป็นข่าวเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ารูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ รวมถึงผู้นำชุมชนในพื้นที่ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แต่ไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จึงมีความสำคัญในการสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[3] เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดได้เข้าถึงระบบบริการและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยบริการร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยมุ่งหวังให้เกิดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดอัตราการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และพบผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัดรักษา รวมถึงการให้การช่วยเหลือหลังการบำบัดรักษาโดยการประคับประคอง การให้คำแนะนำปรึกษา การเสริมสร้าง

กำลังใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ลดปัญหาการกลับไปใช้สารเสพติดและก่อความรุนแรงซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวรการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม[4] ทฤษฎีเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมสามารถเกิดได้ทั้งภายในบุคคลและจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเกี่ยวโยงสัมพันธ์แบบเชิงซ้อนกัน และใช้การทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 (R1: Research)

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และ ความคิดเห็นด้านองค์ความรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภาคีเครือข่าย	- ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และความคิดเห็นด้านองค์ความรู้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภาคีเครือข่าย - สรุปผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 (D1: Development)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี	- นำเสนอผลการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม - พัฒนารูปแบบฯ โดยทีมพัฒนาร่วมกันระดมสมอง เพื่อกำหนดกิจกรรม และผู้รับผิดชอบ ตามแนวคิดระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม และร่างรูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 3 (R2: Research)

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี	- ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ - ทดลองใช้รูปแบบฯ - ปรับปรุงและสรุปรูปแบบ โดยทีมในการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 (D2: Development)

ระยะที่ 4 สรุปผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ปรับปรุงแก้ไข ให้มีความสมบูรณ์	- นำเสนอผลการทดลองใช้รูปแบบต่อทีมพัฒนารูปแบบฯ - ทีมพัฒนารูปแบบฯ ปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวรการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ประชากร ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 350 คน และผู้ดูแลในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 103,216 คนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 10 คน และผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ประชากร คือ ทีมพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 4,572 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนารูปแบบฯ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 20 คน ดังนี้ 1) ทีมผู้แทนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 12 คน และ 2) ทีมผู้บริหาร คือ ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 8 คน

วัตถุประสงค์ที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี ประชากร คือ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 103,216 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ตามระยะการศึกษาวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 การศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) เมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางด้านลบ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ท่านทำอย่างไร 2) ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงท่านทำอย่างไร 3) มีหน่วยงานที่เข้าช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ถ้ามีช่วยด้านใดบ้าง ถ้าไม่ ต้องการความช่วยเหลือด้านใด และ 4) ท่านมีข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในชุมชนหรือไม่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมอง (Brainstorming guideline) ตามแนวคิดระบบนิเวศวิทยาเชิงสังคม[4] ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและผู้ดูแล ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทีมพัฒนารูปแบบฯ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของของทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ประกอบด้วย การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ป่วย ด้านสัมพันธภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นของของทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมระดมสมอง ประกอบด้วย 1) การรับรู้พฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด 2) การพัฒนารูปแบบ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนในครอบครัว แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดในชุมชน แนวทางการส่งต่อระดับชุมชน ระดับโรงพยาบาล บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประกอบด้วย แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 2 ชุด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ชุดที่ 1 ความรู้เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ ของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ และคำถามเชิงลบ

จำนวน 3 ข้อ ให้เลือกตอบถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[5] และ ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ทีมวิจัยเป็นผู้ประเมิน แบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ค่อนข้างดี ปานกลาง ควรปรับปรุง ไม่ดีเลย ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1–5[6]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ที่ .91, .84, และ .92

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability): แบบสอบถามถูกนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในการตอบคำถาม ความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อคำถาม นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะ เท่ากับ .92, .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 082/67 ปี 2567 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567 ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตจดบันทึก และบันทึกเทปการสนทนา ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้

1) การเตรียมพื้นที่ในการวิจัย โดยผู้วิจัยประสานขอความอนุเคราะห์จาก นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า นายอำเภอเมืองจันทบุรี และสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการวิจัยและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าเป็นรายบุคคล โดยขอความยินยอมจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

3) การดำเนินงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานฯ เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยติดต่อประสานงานตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยผู้วิจัยแจ้งการบันทึกเทปผู้ถูกสัมภาษณ์รับทราบ ใช้เวลาสัมภาษณ์ ครั้งละ 30 นาที และนำมาถอดเทปเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานทีมพัฒนารูปแบบฯ ร่วมระดมความคิดเห็น (Brainstorming) โดยการทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรวบรวมข้อมูลการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 11 ตุลาคม 2567 เวลา 13.30 -15.00 น. ข้อสรุปข้อมูลทจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 2 วันศุกร์ที่ 18 ตุลาคม 2567 เวลา 13.30 -15.00 น. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการระดมความคิดเห็นกับทีมพัฒนารูปแบบฯ ครั้งที่ 1 และทำการระดมความคิดเห็นเพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์ โดยมีการกำหนดกิจกรรมผู้รับผิดชอบ พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 3 วันศุกร์ที่ 25 ตุลาคม 2567 การนำเสนอร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 13.30 -15.00 น.

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยทดลองใช้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา

ในวันที่ 31 ตุลาคม 2567 และสิ้นสุดในวันที่ 31 ธันวาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

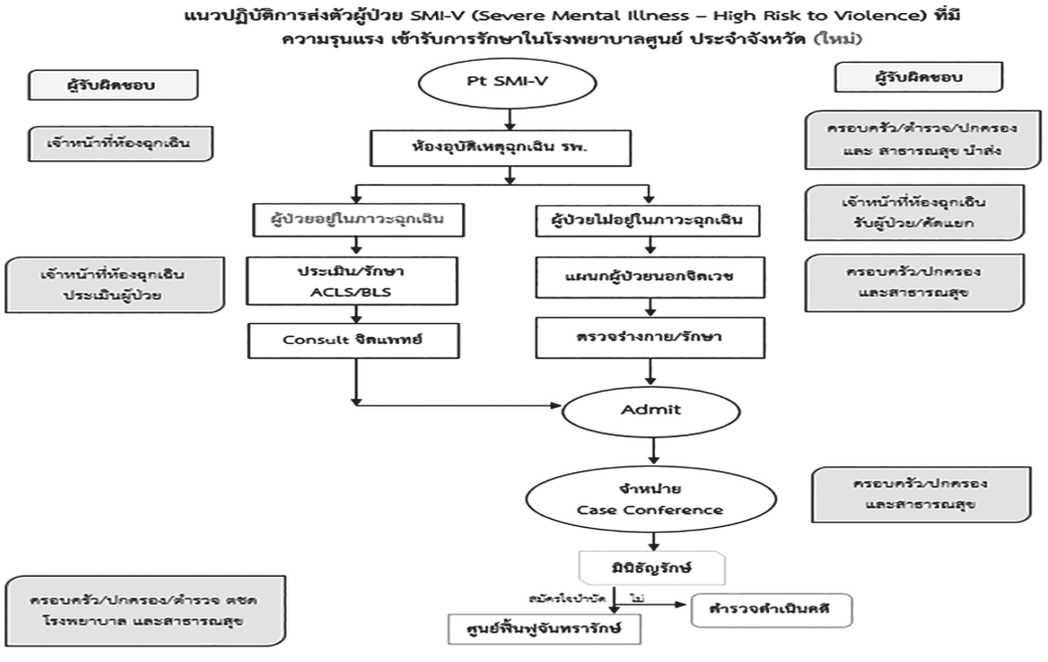
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่ และทักษะให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดก่อความรุนแรงก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ พบประเด็นสำคัญโดยอธิบายตามแนวคิดทฤษฎี ดังนี้ 1.1) ความสัมพันธ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดฯ กับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว ก่อนผู้ป่วยมีอาการป่วยได้ยาเสพติดมาด้วยวิธี “การบอกต่อให้ใช้จากกลุ่มเพื่อนในวงเหล้า” และ “เพื่อนนำมาให้” สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์รุนแรงมากขึ้นจากทานยารักษาทางจิตมีอาการข้างเคียง “รู้สึกว่ากินยาที่หมอให้แล้วมันไม่ดีขึ้น” สิ่งกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึก “ทุกคนชอบว่าฉันเป็นคนไม่ดี ไม่ให้ฉันทำงาน” ขณะมีอารมณ์จำสิ่งที่เกิดขึ้นได้ “ไม่สามารถระงับความโกรธ เพราะเครียด” ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจ “มีปากเสียงกันในครอบครัว ในเรื่องเงินที่ใช้” 1.2) ความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับญาติพี่น้องความรักใคร่ปรองดองสามัคคีอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.6 SD, = 0.96) ด้านช่วยเหลือกันในการทำงาน อยู่ในระดับน้อย (M=2.0 SD, = 0.81) ด้านการดูแลกันและช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือเวลาเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง (M=2.6 SD, = 0.84) ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (M=2.4 SD, = 0.87) 1.3) ความสัมพันธ์เชิงสังคมสังคมเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางด้านลบ “เวลามีอารมณ์รุนแรงเป็นช่วงไม่กินยาอยู่ใกล้จะโดนทำร้าย” ไม่มีหน่วยงานที่เข้าช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือดูแลผู้ป่วย “ใครจะมาช่วย คนระแวกนี้หาว่าบ้านฉันผีเข้าเป็นบ้า” เมื่อถามถึงความต้องการความช่วยเหลือผู้ดูแลต้องการมีช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา “มีคนมาช่วยจับเวลาอารมณ์รุนแรง” และ “มีช่องทางขอความช่วยเหลือ แจ้งใครได้บ้าง” ข้อเสนอแนะในการดูแลในชุมชน “อยากให้ตำรวจเข้าช่วยจับส่งโรงพยาบาล” และ “กลุ่มคนที่เข้าช่วยพาไปโรงพยาบาล”

ตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี แสดงดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี



ตอนที่ 3 ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ความรู้					
ก่อนการใช้รูปแบบ	14.28	4.95	-6.29	30	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	19.45	1.35			
ทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์					
ก่อนการใช้รูปแบบ	2.65	0.23	-55.15	30	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	4.51	0.22			

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ และค่าเฉลี่ยทักษะ ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 30) จากตารางสรุปได้ว่าหลังการใช้รูปแบบในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้านความรู้ และทักษะ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคม[4] ทฤษฎีเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมสามารถเกิดได้ทั้งภายในตัวบุคคลและจากสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์แบบเชิงซ้อนกัน ผลการวิจัยพบว่าด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว 1.1) ก่อนมีอาการป่วยการได้มาของยาเสพติดมาจากเพื่อนจากผู้ขายละแวกบ้านและการไปสถานบันเทิง 1.2) สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอารมณ์ที่รุนแรง มาจากการรับประทานยารักษาอาการทางจิตเวชมีอาการข้างเคียง หงุดหงิด ใช้ยาเสพติดหลายชนิดร่วมกัน กัญชา ยาบ้า ร่วมกับสุรา 1.3) ในขณะที่มีอารมณ์จำสิ่งที่เกิดขึ้นได้จากเรื่องครอบครัวและปัญหาทางเศรษฐกิจ สอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา[8] พบว่า มีการใช้สารเสพติดร่วมประเภทการใช้สุรามากที่สุด รองลงมาสารกระตุ้นประสาท และกัญชา มีประวัติก่อความรุนแรงมาจากอาการหลงผิด ด้านความสัมพันธ์ระดับภายในเป็นความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับครอบครัว อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช[2] พบว่า ด้านสัมพันธภาพของครอบครัว การพูดจาต่อกันด้วยดีหรือการใช้เหตุผลพบว่าเป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมาจากการดูแลผู้ป่วยและญาติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ด้านความสัมพันธ์ระดับภายนอกสถานที่ทำงานที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรม 1) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการด้านลบจากไม่รับประทานยามีการทำร้ายร่างกายบุคคลใกล้ชิด 2) ไม่มีมีหน่วยงานที่เข้าช่วยเหลือ ต้องการให้หน่วยงานเข้ามาช่วยดูแลส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา 3) ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน เสนอเรื่องการดูแลช่องทางแจ้งขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพจึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ผลลัพธ์ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ[9]

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี กำหนดแนวนโยบายที่เป็นมาตรการในชุมชน 4 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ป่วยมีระบบการดูแลที่เป็น Flow (ดังภาพที่ 1) ระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยชุมชน ระบบการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน การถ่ายทอดให้ทุกฝ่ายได้รับทราบขั้นตอนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด

สอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลแบ่งความรุนแรงระดับพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ระดับ 1 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน และระดับ 3 ในโรงพยาบาลจังหวัด หลังปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 13 เหลือร้อยละ 7.6 ไม่ก่อความรุนแรงในพื้นที่ 10 2) ด้านสัมพันธภาพให้ความรู้ครอบครัวการเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือน ทักษะการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยก่อความรุนแรง มีระบบการส่งต่อสอดคล้องกับการมีผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือญาติทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นหลัก โดยพบว่าตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมาจากการดูแลผู้ป่วยของญาติ[2] 3) ด้านการสนับสนุนทางสังคม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยงานรักษา ฝ่ายปกครองช่วยดูแลในชุมชน ตำรวจควบคุมผู้ป่วยและส่งเข้ารับการบำบัดรักษาสาธารณสุขอำเภอประสานหน่วยงานในพื้นที่ ปกครอง ตำรวจเฝ้าระวังติดตามเยี่ยม และสนับสนุนส่วนขาดของครอบครัวชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบภาคีเครือข่าย ระบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน การดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อโดยทีมงานทุกภาคส่วน สอดคล้องการศึกษาต่างประเทศเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง เสนอแนะด้านนโยบายและการปฏิบัติของรัฐบาลสหรัฐอเมริกาเรื่องการมีนโยบายและโปรแกรมเฉพาะที่ตอบสนองการดูแลผู้ป่วย เช่น การรักษาที่จำเป็นเชื่อมโยงกับการมีนโยบายที่มั่นคงเพื่อป้องกันผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงจากการมีอาการที่รุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย การทำงานในสังคม การเสริมพลังผู้ป่วย การเพิ่มการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลให้ดีขึ้นก่อนการจำหน่าย และต้องมีการสนับสนุนทางการเงินในระยะยาว[11] 4) ด้านระยะเวลาในการเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน ระบบการติดตามรับยาอย่างต่อเนื่อง และการไปพบแพทย์ตามนัด พบว่าการศึกษาด้านการสร้างความร่วมมือ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทหน้าที่ทุกภาคส่วนให้ชัดเจน โดยมีดัชนีความสุขของครอบครัว และคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=.01[12]

ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และมีทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดดีกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องในประเทศไทยเรื่องการมีความรู้ของญาติหรือผู้ดูแลที่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหลังได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน และการมีทีมสุขภาพในรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน[9] นอกจากนี้การศึกษาข้างเคียง ด้านการพัฒนาจิตอาสาให้มีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์สาธารณภัยให้ได้รับการดูแลก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึง จะช่วยลดความรุนแรงความพิการและการเสียชีวิต[13]

สรุปผลการดำเนินการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้บุคลากรและผู้ประสบสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงฯ มีรูปแบบฯ มีความรู้ และมีทักษะการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดไม่ก่อความรุนแรงซ้ำในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาติดตามประเมินผลหลังให้กิจกรรมตามรูปแบบฯ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 ระยะเวลา 3 เดือน โดยประเมินจากตัวชี้วัดใน HDC อัตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. เชิงนโยบาย ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ โดยการบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต

2. ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเพื่อให้สามารถติดตามอาการ และมีช่องทางการส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษา

3. ควรมีมาตรการติดตามผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด

อย่างเข้มข้น โดยมีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงฯ เพื่อให้ครอบคลุมทุกปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดทุกพื้นที่ที่บริบทแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีปัจจัยของปัญหาและแนวปฏิบัติที่แตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความเชื่อ มุมมอง ทัศนคติ และความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติด รวมถึงการได้ประเด็นของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสร้างโปรแกรมการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

References

1. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Geneva: WHO; 2021.
2. Sriwilai K. Factors influencing the violent behavior of psychiatric patients in Nong Phok District Roi Et Province. Journal of Health and Environmental Education. 2023;8(4):477-87. (in Thai)
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: UNODC; 2023.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for continuous monitoring and care of psychiatric patients with alcohol/drugs/addictive substances (Trial version). Bangkok: Prosperous Plus Co., Ltd; 2020. (in Thai)
5. Chanthaburi Provincial Public Health Office. Indicators and information on provincial psychiatric and drug patients Chanthaburi. NCD and Mental Health and Drugs. 2024. (in Thai)
6. Bronfenbrenner U, & Morris PA. The bioecological model of human development. In: Damon W, Lerner RM, editors. Handbook of child psychology. 6th ed. Vol. 1. New York: John Wiley & Sons; 2006.
7. Bloom BM. Learning for mastery. Los Angeles: University of California, Center for the Study of Evaluation; 1968.
8. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981
9. Lekmeechai S. Prevalence and associated factors of violence in psychiatric patients admitted as inpatients of Phaholpolpayuhasena Hospital. Journal Phaholpolpayuhasena Hospital. 2024;12(2):60–75. (in Thai)
10. Sriharaksa P. Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community, Mueang District, Sakon Nakhon Province: A case study of Khamin Subdistrict. Journal Health Environ Education. 2023;8(2):438–47 (in Thai)
11. Suntuang O. Development of clinical nursing practice guideline for mental illness patients at high risk of violence in the community of Roi Et. Research and Development in Health Systems Journal. 2023;16(3):198–210. (in Thai)
12. Segal SP, & Riley S. Caring for persons with serious mental illness: Policy and practice suggestions. Department of Health and Human Services Public Access. 2021;1(3):1–7.
13. Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplaimat District, Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3): 851–67. (in Thai)

14. Borirak C, Moolsart S, & Keawpan W. The model of volunteer development for basic response to disaster in the community, Yala Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2023;10(2): 1–12. (in Thai)
15. Sarbrum A, & Upasen R. The Effect of Family Support on Medication Adherence in Schizophrenic Patients with Violence Behaviors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1): 257–65. (in Thai)
16. Arpabuthsayapan R, Nillaban S, Chaipichitpan N, Chinpracha Y, Yeepoo C, & Singto T. Princess Mother National Institute on Drug abuse Treatment, Pathumthani. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1): 72-82. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร และความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรก

The Effects of Enhancing Self-Efficacy Program on Knowledge and Perceived Self-Efficacy in Child Care and Stress in Caring for the First Pregnancy

กุสุมล แสนบุญมา[1] เกศินี ไชยโม*[2] วนิดา ชวเจริญพันธ์[3] นวพร มามาก[2]

Kusumon Saenbunma[1] Kesinee Chaiyamo*[2] Wanida Chavachareanphun[3] Navaporn Mamark[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, สุรินทร์, ประเทศไทย 32000

[1]Boromrajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Surin, Thailand 32000

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ชลบุรี, ประเทศไทย 20000

[2]Boromrajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Chonburi, Thailand 20000

**[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10230**

[3]Boromrajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute,
Bankkok, Thailand 10230

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในมารดาครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลบุตรหลังคลอด 3) แบบประเมินความเครียดในการดูแลบุตร และ 4) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรและค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลบุตรต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ดังนั้นควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และส่งเสริมสุขภาพจิต โดยประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาในการเตรียมความพร้อมดูแลบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, ความรู้, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ความเครียดในการดูแลบุตร, มารดาครรภ์แรก

Corresponding Author: *e-mail: Kesineech.1988@gmail.com

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromrajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chonburi

วันที่รับ (Received) 8 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 มี.ค. 2568

Abstract

This quasi-experimental study, a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program for first-pregnant mothers. The sample consisted of 60 first-pregnant mothers who were randomly selected according to specified criteria. Participants were divided into an experimental group (n=30), which received the self-efficacy enhancement program, and a control group (n=30), which received routine nursing. The research instruments included (1) the self-efficacy enhancement program, (2) a postpartum childcare knowledge questionnaire, (3) a child care stress inventory, and (4) a self-care efficacy perception scale. Data were analyzed using descriptive statistics (percentages, means, and standard deviations), paired t-test, and independent t-test. The result showed that, after the intervention, the experimental group had mean score for child care knowledges and self-efficacy perception compared to both their pretest scores and those of control group ($p < .001$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly lower a child care stress inventory than before the intervention and compared to the control group ($p < .001$). These finding suggest that implementing a self-efficacy enhancement program for first-pregnant mothers in healthcare settings can effectively improve knowledge, confidence, and mental well-being. The program can be applied as a counseling guideline to support effective preparation for postpartum child care

Keywords: Self-Efficacy Program, knowledge, self-efficacy, stress infant care, First Pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่สำคัญและเปราะบางสำหรับหญิงครรภ์แรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และฮอร์โมน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียด[1,2] ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของมารดาเท่านั้นแต่ยังอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์[2] โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลบุตรทำให้มีความเครียดเกิดขึ้น[3] หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[4] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบมารดาหลังคลอดครรภ์แรกส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับมากและระดับน้อย[5] (ร้อยละ 53.4, 31.8 และ 12.5 ตามลำดับ) ซึ่งพบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความเครียดและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังคลอดของมารดา[6] โดยมารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกอย่างเพียงพอมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดลดลงและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมหลังคลอด นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็มีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดและส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของมารดาหลังคลอดเช่นกัน[7] โดยมารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถจัดการกับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[8] กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้สำเร็จ ซึ่งการที่บุคคลมีความรู้ที่เพียงพอจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการมีความรู้ที่เหมาะสมจึงส่งผลให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและสามารถลดความเครียด เกิดการปรับตัว และปฏิบัติตนได้ดีขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งการพัฒนา การรับรู้ความสามารถของบุคคลต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การเรียนรู้จากต้นแบบหรือผู้ที่มีประสบการณ์ 3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงจากการพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ หากมารดามีสมรรถนะแห่งตนสูงส่งผลให้ปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จและลดความเครียดได้

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในมารดาครรภ์แรกในต่างประเทศ พบว่าการวิจัยในประเทศอียิปต์[6] ได้มีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองหลังคลอดในช่วงพักฟื้นที่โรงพยาบาลสำหรับมารดาครรภ์แรก โดยผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มารดามีระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น และระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย[8] ที่มีการจัดโปรแกรมให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านแพลตฟอร์ม Zoom ตั้งแต่ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมารดามีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[9] ที่มีการให้ความรู้มารดาครรภ์แรกผ่านช่องทางออนไลน์ในช่วงระยะตั้งครรภ์ พร้อมทั้งจัดกิจกรรมสาธิตและสาธิตย้อนกลับทักษะการดูแลบุตรขณะพักฟื้นหลังคลอด ผลพบว่าหลังเข้าโปรแกรมมารดามีระดับความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษา[10] ที่จัดโปรแกรมให้ความรู้มารดาครรภ์แรกโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ร่วมกับการสาธิตวิธีการดูแลบุตรเป็นรายบุคคลในระยะหลังคลอดจำนวน 3 ครั้งก่อนกลับบ้าน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมารดามีความรู้ในการดูแลบุตรมากขึ้น ใกล้เคียงกับการศึกษา[11] ที่พบว่าการสนับสนุนสมรรถนะแห่งตนส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความมั่นใจและสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยเพิ่มความรู้ และความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่างๆ และลดความเครียดในการดูแลบุตรได้ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาระหว่างพักฟื้นหลังคลอดที่โรงพยาบาล หรือบางการศึกษาจัดการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งยังขาดการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติแบบตัวต่อตัวกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติจะช่วยเสริมสร้างทักษะ ความมั่นใจในการดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อเสริมสร้างความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และลดความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรก โดยมุ่งให้มารดามีความรู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองอย่างมั่นใจ เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลบุตรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนลดความเครียดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร และความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรก ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร และความเครียดในการดูแลบุตรของมารดาครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

2. คะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

3. กลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

4. กลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

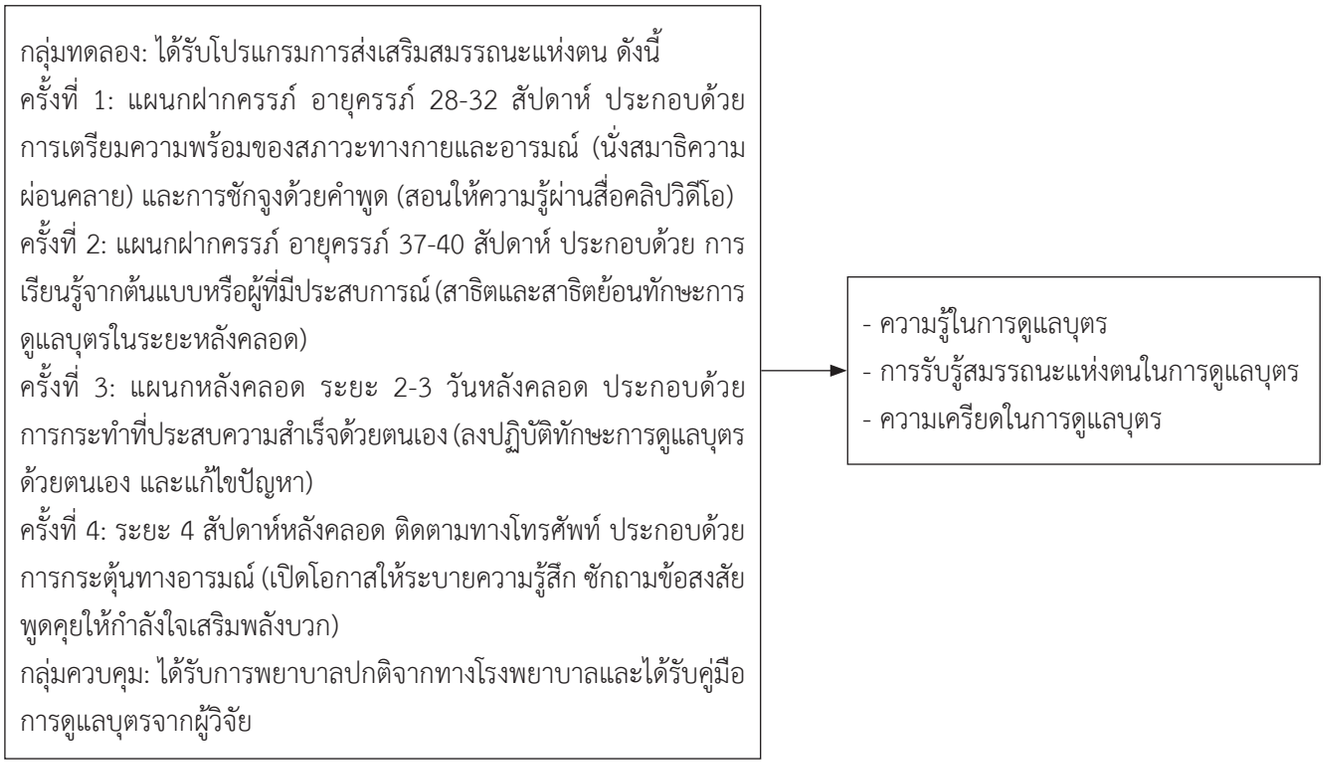
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura[8] ร่วมกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman[12] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสรรถนะแห่งตน เพื่อเตรียมความพร้อมมารดาครรภ์ในการดูแลบุตรในระยะหลังคลอด กิจกรรมประกอบด้วยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง โดยมีการเตรียมตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และมีการติดตามในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ากิจกรรมต่างๆ จะส่งเสริมให้มารดามีความรู้ มีความสามารถในการปฏิบัติทักษะในการดูแลบุตรได้อย่างมั่นใจและลดความเครียดที่เกิดจากการดูแล

บุตรได้ ซึ่งสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ คลอด และพักหลังคลอดที่โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงตุลาคม 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7[13] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และขนาดอิทธิพล .70 จากงานศึกษาใกล้เคียง[14] คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 50 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์ในการคัดเข้าได้แก่ 1) มารดครรภ์แรก อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต 3) เลี้ยงดูบุตรเองหลังคลอด 4) มีคะแนนความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป 5) มีสมาร์ทโฟน 6) อายุ 20-34 ปี 7) คลอดทางช่องคลอด และ 8) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มารดามีภาวะเสี่ยง/แทรกซ้อน 2) ทารกเจ็บป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 3) ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินการทดลอง หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี และอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิ์ในการถอนตัวโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า พร้อมรับรองความลับของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมก่อน โดยให้ตอบแบบประเมินความเครียดในการดูแลบุตร แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินความรู้การดูแลบุตรในระยะหลังคลอด (Pre-test) จากนั้นนัดหมายตอบแบบสอบถามอีกครั้งในช่วง 3 วันหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาล (Post-test) ใช้เวลาตอบแบบสอบถามครั้งละ 15 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับคู่มือการดูแลบุตรจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการทดลองด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรแบบตัวต่อตัว จำนวน 3 ครั้ง และระยะติดตาม 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่แผนกฝากครรภ์ (อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์) โดยเริ่มด้วยกิจกรรมสร้างสภาวะทางกายและอารมณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายด้วยการนั่งหลับตาฟังเพลงบรรเลง “ดั่งดอกไม้บาน” กำหนดลมหายใจ จากนั้นจัดกิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลบุตร ได้แก่ การอุ้มบุตร การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดตาและสะดือ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และการสังเกตอาการผิดปกติหรือความต้องการของบุตร ผ่านคลิปวิดีโอ พร้อมเปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย แจกคู่มือการดูแลบุตรสำหรับทบทวนที่บ้าน และเพิ่มช่องทางการติดต่อผ่าน Application Line เพื่อแก้ไขข้อสงสัยหลังกลับบ้าน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 45 นาที และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่แผนกฝากครรภ์ (อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์) โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากต้นแบบหรือผู้มีประสบการณ์ ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาความรู้จากครั้งที่ 1 สาธิตทักษะการดูแลบุตร และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับโดยใช้หุ่นทารกแรกเกิดเสมือนจริงเป็นสื่อการสอน พร้อมให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด พูดคุยให้กำลังใจ และกล่าวชื่นชมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ รวมทั้งกระตุ้นให้ฝึกแก้ไขปัญหาด้วยตนเองผ่านคำถาม จากนั้นผู้วิจัยแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่แผนกหลังคลอด (2-3 วันหลังคลอด) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธินั่งหลับตาฟังเพลงบรรเลง “ดั่งดอกไม้บาน” กำหนดลมหายใจ เพื่อเสริมสร้างสมาธิ จากนั้นให้ลงมือปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรด้วยตนเอง หากพบปัญหาผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พร้อมให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และกล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความเครียดในการดูแลบุตร แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินความรู้ในการดูแลบุตร (Post-test) ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมและตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง 30 นาที พร้อมนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 ดำเนินการโทรศัพท์ติดตามในช่วง 4 สัปดาห์หลังคลอด โดยมีกิจกรรมกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค พูดคุยให้กำลังใจ และเสริมพลังบวก เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลบุตร พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จจากการปฏิบัติตน ใช้เวลาในการติดตาม 15-30 นาที จากนั้นสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ COA No.09/66 BNC REC NO.09/2566 ลงวันที่ 11 มกราคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Bandura[8] ร่วมกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman[12] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมแบ่งเป็น 4 ครั้ง ตามรายละเอียดการดำเนินการทดลอง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบสอบถามความรู้การดูแลบุตรในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นถูกผิด จำนวน 37 ข้อ ข้อ 4) แบบประเมินความเครียดในการดูแลบุตร เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากแบบประเมินความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรของธัญญมล สุริยานิมิตสุข[15] ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman[12] จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 10-50 คะแนน และ 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแลของจารุวรรณ ประดา, ณิราวรรณ กุลวงศ์, ปรารถนา พรมวัง และเบญจวรรณ ภูชัน[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura[7] จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนนค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 17-85 คะแนน

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามความรู้การดูแลบุตรในระยะหลังคลอด แบบประเมินความเครียดในการดูแลบุตร และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และหัวหน้าพยาบาลแผนก หลังคลอด ได้ค่า CVI เท่ากับ .96, .92, .90, และ .96 ตามลำดับ ปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหาภาษาตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับมารดา

ครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน และนำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับไปทดลองใช้กับมารดาครรภ์แรกที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค เท่ากับ .72, .80 และ .78 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent T-test และสถิติ dependent T-test มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Kolmogorov Smirnov test พบว่ามีการกระจายตัวของทั้ง 2 กลุ่มเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ independent T-test และสถิติ dependent T-test

ผลการศึกษา ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.30 ปี (SD=3.08) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.30 ปี (SD=3.19) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาต้น/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 33.30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 36.70 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.30 เฉลี่ย 13,983.33 (SD = 8,148.12) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 32.10 โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 76.60 เฉลี่ย 16,233.33 (SD = 7,960.55)

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (p > .05) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตร ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง (n=30)

ความรู้ในการดูแลบุตร	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	24.36	5.75	29	5.91	.000*
หลังทดลอง	28.46	3.09			

*p-value < .05

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมติฐาน จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตรก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความรู้ในการดูแลบุตรหลังทดลอง (M = 28.46, SD = 3.09) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 24.36, SD = 5.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.91, p < .001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง (n=30)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	48.90	5.68	29	-15.94	.000*
หลังทดลอง	61.60	6.01			

*p-value < .05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรหลังการทดลอง (M = 61.60, SD = 6.01) สูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรภายก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง (n=30)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	35.50	5.46	29	6.02	.000*
หลังทดลอง	29.66	2.39			

*p-value < .05

(M = 48.90, SD = 5.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -15.94, p < .001)

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรหลังการทดลอง (M = 29.66,

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรภายก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง (n=30)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	35.50	5.46	29	6.02	.000*
หลังทดลอง	29.66	2.39			

*p-value < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
คะแนนความรู้ในการดูแลบุตร							
หลังทดลอง	28.46	3.09	25.20	5.07	58	-3.01	.000*
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตร							
หลังทดลอง	61.60	6.01	51.06	5.47	58	-7.09	.000*

*p-value < .05

SD = 2.39) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M = 35.50, SD = 5.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.02, p < .001)

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตรหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลอง (M = 28.46, SD = 3.09) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 25.20, SD = 5.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.01, p < .001) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลอง (M = 61.60, SD = 6.01) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 51.06, SD = 5.47)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ความเครียดในการดูแลบุตร	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
หลังทดลอง	29.66	2.39	33.70	5.17	58	3.87	.000*

*p-value < .05

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.09, p < .001)

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลอง (M = 29.66, SD = 2.39) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M = 33.70, SD = 5.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.87, p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยจากสมติฐาน ดังนี้

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลบุตรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) เนื่องจากโปรแกรมได้บูรณาการกิจกรรมให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้แบบตัวต่อตัว การใช้คลิปวิดีโอการสอน และคู่มือการดูแลบุตร ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยกระตุ้นการรับรู้และความสนใจของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ผ่านคลิปวิดีโอ เป็นการเรียนรู้ผ่านทั้งภาพและเสียง ช่วยเสริมการจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่มีการใช้สื่อการสอนแบบผสมผสาน ทั้งคลิปวิดีโอ การสอนแบบตัวต่อตัว และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งส่งผลให้มารดาครรภ์แรกมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเป็นมารดาและการดูแลทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) สอดคล้องการศึกษา[9] ที่จัดกิจกรรมให้ความรู้แบบตัวต่อตัว พร้อมใช้คลิปวิดีโอและแผ่นพับเป็นสื่อการสอน รวมทั้งการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทักษะที่จำเป็น พบว่ามารดาหลังคลอดมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .05)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) เนื่องจากโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมฝึกปฏิบัติดูแลบุตรจริง ซึ่งการที่มารดาได้ปฏิบัติและสามารถปฏิบัติสำเร็จด้วยตนเองเป็นการช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura[8] ที่ระบุว่าประสบการณ์ความสำเร็จโดยตรงเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้โปรแกรมยังใช้คลิปวิดีโอการสอนและการสาธิตเพื่อให้มารดาเรียนรู้ผ่านการสังเกต พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม และจัดกิจกรรมให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ช่วยให้มารดาจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษา[9] ที่พบว่าการให้ความรู้ สาธิต ฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลบุตร รวมถึงการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวและการเสริมแรงเชิงบวกในพื้นที่ปลอดภัย ส่งผลให้มารดามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลบุตรหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรอย่างเป็นขั้นตอน การได้รับความรู้และฝึกทักษะเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ความเป็นมารดา เมื่อมารดามีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างคล่องแคล่ว ย่อมส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[8] ที่อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของบุคคลสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมุ่งมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมจนบรรลุผลสำเร็จ และเมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ระดับความเครียดหรือความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman[12] ที่เน้นการจัดการ

ความเครียดโดยมุ่งแก้ไขปัญหาในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม มารดาได้เรียนรู้และวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะอย่างใกล้ชิดกระบวนการนี้ช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่พบว่าการให้ความรู้ในการดูแลบุตรหลังคลอด การวิเคราะห์ปัญหา และการจัดกิจกรรมผ่อนคลาย ช่วยให้มารดาครรภ์แรกมีความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับความต้องการของมารดาครรภ์แรก ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ การใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้วิดีโอถ่ายทอดความรู้ การสาธิตวิธีการดูแลบุตรอย่างเป็นขั้นตอน และการเปิดโอกาสให้มารดาฝึกปฏิบัติย้อนกลับ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การแจกคู่มือการดูแลบุตรเพื่อทบทวนและฝึกปฏิบัติที่บ้าน รวมถึงการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน Line ล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติของมารดา สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่พบว่ามารดาครรภ์แรกหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษา[17] ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มารดามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลบุตรต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ความเครียดลดลง ได้แก่ การได้รับความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุม การทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ การมีโอกาสซักถามข้อสงสัย และการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โปรแกรมนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึงระยะหลังคลอด ผ่านกิจกรรม ได้แก่ การผ่อนคลายอารมณ์ผ่านบทเพลง การให้ความรู้ผ่านวิดีโอที่เข้าใจง่าย การฝึกปฏิบัติจริง การจัดทำคู่มือการดูแลบุตรเพื่อทบทวนด้วยตนเอง และการสื่อสารสองทางผ่านแอปพลิเคชัน Line รวมถึงการเสริมแรงเชิงบวก กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลเชิงบวกต่อการลดความเครียดในการดูแลบุตรอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษา[18] ในประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่าการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์และติดตามจนถึง 3 เดือนหลังคลอด ช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารก การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของมารดาอย่างมีนัยสำคัญ ($P< .05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้มารดาครรภ์มีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลบุตร อีกทั้งยังลดความเครียดในการดูแลบุตรหลังคลอดได้ ดังนั้นเสนอให้นำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติในการดูแลบุตรหรือสื่อการสอนเป็นคลิปวิดีโอที่กระตุ้นการเรียนรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ของแผนกฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่คลอดเองทางช่องคลอดและมีการติดตามผลหลังคลอดเพียงครั้งเดียว จึงเสนอให้ขยายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งต่อไป เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และมารดาที่ผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างครอบคลุม

References

1. Srisawad K, Panyapinitnukul C, & Sonnark N. Health-promoting behavior in pregnancy Songklanagarin. Journal of Nursing. 2018;38(2): 95-109. (in Thai)
2. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, & Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. Ginekologia Polska. 2018;89(2):102–6.
3. Yodthong S, Usaha R, & Poopatayakorn A. Stress and coping of adolescent mothers in first childbirth. Medical journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2020;35(2):281-391. (in Thai)

4. Saenbunma K, Deoisres W, & Chuahom U. Predictors of postpartum depression among women with emergency cesarean section. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2019;27(3):23-31. (in Thai)
5. Anusornteerakul S, Saengsuwan D, Harnklar S, & Ounkaew A. Stress and health promotion behaviors of primigravida and multigravida. Journal of Nursing Science & Health. 2023; 46(4):8-21. (in Thai)
6. Thabet HA, Heiba Eid MF, Mahmoud Dawoud SES, Almakarem ASA, Sweelam RKM, & IbrahimAhmed S. Effect of awareness program regarding motherhood preparationon first-time mothers knowledge, practices, and emotional status. Egyptian Journal of Health Care. 2024;15(1):103-22.
7. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1997;84(2):191-215.
8. Supliyani E, Handayani I, Suhartika S, & Fitria D. The influence of parenting classes on maternal self-efficacy in caring for the baby. Healthcare in low-resource settings. 2024;12(1):1-13
9. Laokhompruttajarn J, Laokhompruttajarn J, Wilawan J, & Puncharee S. The effects of self-efficacy promoting program according to the public health development plan on Knowledge, attitude and practice of postpartum women. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):383-92. (in Thai)
10. Srisukwan D, Matgate W, & Nichaiyok N. The effects of health education program on knowledge and practice in postpartum woman, Krathumbaen hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2020; 3(2):37-43. (in Thai)
11. Pamulila S, Klinbua A, Moalasri C, Paprom W, & Wamaloon C. Effects of the self-efficacy enhancing program on self-care behaviors of patients with cholangiocarcinoma. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3): 320-8. (in Thai)
12. Lazarus RS, & Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Spring publishing company. 1984.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Chonlatankampana W, Khanobdee C, & Pongrua P. The effects of a self-efficacy promoting program on self-care behaviors and newborn care behaviors of first-time mothers. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2018;29(1): 29-41. (in Thai)
15. Suriyanimitsuk T, Deoiseres W, Wongnum P, & Williams PD. A causal model of late postpartum depression and its effects on maternal roles. Journal of health science research. 2015;9(1):16-24. (in Thai)
16. Prada J, Khunlawong N, Promwang P, & Phuchun B. The effect of a family program on the perceived competence of family care behaviors and the development of Individuals with developmental and intellectual disabilities. Rajanukul Institute, department of mental health, ministry of public health; 2010. (in Thai)
17. Thongsaunsom S, & Buaboon N. The effect of a perceived self-efficacy promotion program on breastfeeding behaviors among adolescent first-time mothers. Journal of health science research. 2021;15(3):1-13. (in Thai)
18. Shimpuku Y, Iida M, Hirose N, Tada K, Tsu T, Kubota A, et al. Prenatal education program decreases postpartum depression and increases maternal confidence: A longitudinal quasi-experimental study in urban Japan. Women and Birth. 2022;35(1):456-63.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

Effects of the Empowerment Program in Care Giver on Health literacy and Caring Behavior for Dependent Older Adults in the Community

จรัญญา ดาก่ำ[1] นภาเพ็ญ จันทขัมมา[1]* นงนุช วงศ์สว่าง[2]
Jaranya Dakam[1] Napaphen Jantacumma[1]* Nongnuch Wongsawang[2]
[1]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120
[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ประเทศไทย 70000
[2]Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand 70000

บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล และเปรียบเทียบผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลในตำบลโนนทัน และกลุ่มเปรียบเทียบในตำบลกุดกว้าง กลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ใช้เวลา 12 สัปดาห์ 2) แบบสอบถาม ได้แก่ (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ แมนวิทนีย์ยู และวิลคอลซันซายน์แรงค์ ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the health literacy and caregiving behaviors of caregivers for dependent elderly individuals before and after participating in a caregiver empowerment program, as well as to compare post-intervention outcomes between the experimental and comparison groups. The research employed a quasi-experimental design. Participants included 56 caregivers of dependent older adults, divided into two groups of 28 through simple random sampling. The experimental group comprised caregivers from Non Tan subdistrict, while the comparison group consisted of caregivers from Kut Kwang

Corresponding author: *E-mail: Napaphen.Jan@stou.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 เม.ย. 2568

subdistrict. The intervention was a caregiver empowerment program, conducted over 12 weeks. Data collection tools included questionnaires assessing (1) health literacy and (2) caregiving behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test. The results showed that: 1) After the program, the experimental group demonstrated significantly improved health literacy and caregiving behaviors compared to pre-intervention levels ($p < .05$). 2) After the program, The experimental group outperformed the comparison group in both health literacy and caregiving behaviors ($p < .05$). Therefore, caregiver empowerment effectively enhances health literacy and promotes caregiving behaviors for dependent elderly individuals.

Keyword : Empowerment, Health literacy, Behavior, Caregivers, Dependent older adults

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น[1] ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อปี พ.ศ. 2564[2] สัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากจำนวนคนเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น เป็นผลจากการประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุขและเทคโนโลยีทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น[3]

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคเรื้อรัง จิตใจหดหู่ และภาวะซึมเศร้า[4] การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการจัดกิจกรรมดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล[5] ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จัดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการให้การพยาบาล บริการด้านสังคม และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน[6] และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 1.8 และผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 96.97 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากเป็นหนึ่งในกลุ่มที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป[8] สถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 351,512 คน ร้อยละ 19.741 อำเภอหนองเรือมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 16,184 คน ร้อยละ 25.21 ตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุจำนวน 1,956 คน ร้อยละ 26.79[9] มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 82 คน ร้อยละ 4.19 การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินงานภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบต.โนนทัน มีบุคลากรในพื้นที่ที่ผ่านการอบรมการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนถูกทอดทิ้ง/ขาดผู้ดูแล ร้อยละ 8.53 มีปัญหาทุพโภชนาการร้อยละ 6.09 มีแผลกดทับ ร้อยละ 7.31 ผู้สูงอายุมีภาวะข้อยึดติดร้อยละ 9.75 มีปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 7.31 มีปัญหาด้านการเคี้ยวและกลืนอาหารร้อยละ 6.09 มีปัญหา/มีประวัติหกล้มร้อยละ 4.87 และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวร้อยละ 12.19 ด้านการดูแลมีปัญหาหลักที่พบบ่อย คือ ผู้ดูแลบางคนอาจขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ครบถ้วนและถูกต้อง หรือสับสนกับข้อมูลที่ไม่เป็นทางการ[10]

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ความสามารถและเสริมสร้างอัตมโนทัศน์ในตนเองประจักษ์ในคุณค่าและพัฒนาศักยภาพของตนเอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการสนองตอบความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้[11] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น[12] และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นกระบวนการเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อการวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้[13] โดยการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีคุณภาพชีวิตและดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้น[14]

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงควรมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถแนะแนวทางการดูแลสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยพัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[11] ซึ่งมีกิจกรรมดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองของผู้ดูแล เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ และมีอิสระในการตัดสินใจจะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

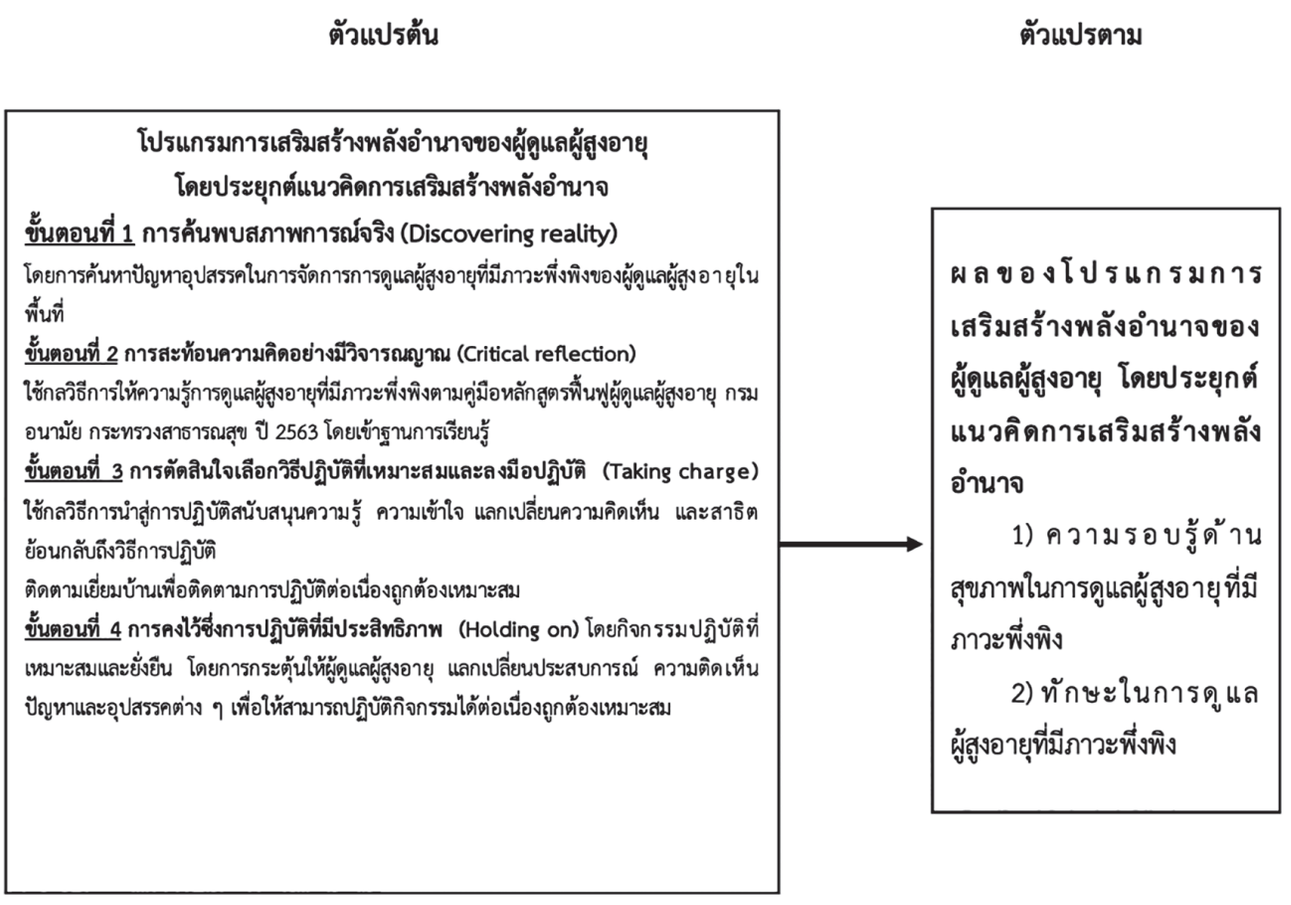
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการสนองตอบความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ดังนั้น กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่าน 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง 2) ความรู้ความเข้าใจ ผ่านการคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ 3) ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นฐานในการเลือกแนวทางดูแลสุขภาพ 5) การจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อช่วยประเมินและแยกแยะข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนิน

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม ทำการวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Two group Pretest-posttest design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีมีอายุ 20 ปี ขึ้นไปผ่านการอบรมหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเวลาการอบรม อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ไม่น้อยกว่า 3 ปี มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในความดูแลอย่างน้อย 1 คน สามารถ ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูล และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ G*Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพลซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมา[15] ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.848 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้ power of test ที่ระดับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในตำบลโนนทัน จำนวน 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในตำบลกุดกว้าง จำนวน 28 คน โดยสุ่มเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[11]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายที่มีภาาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประยุกต์จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ[13] 6 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ 3) พฤติกรรมการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ 4) การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ 5) การจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ และ 6) การบอกต่อ จำนวน 6 ข้อ โดยแต่ละด้านมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ระดับ การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 60–79 และระดับปรับปรุง คือ น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลางและต่ำ ตามเกณฑ์คะแนน[16]

การหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษา ผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.99 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.98 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Pretest) และชี้แจงในการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 2 ชม./1 วัน/สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นให้เปิดโอกาส ได้เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา และวิเคราะห์ ร่วมกันค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยมีการจัดแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 5–6 คน ระยะเวลา 2 ชม./1 วัน/สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือหลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้าฐานการเรียนรู้เพื่อให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้และมีความเข้าใจอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 8 ชม./2 วัน/1สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมนำสู่การปฏิบัติสนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสาธิตย้อนกลับวิธีการปฏิบัติ ชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกและทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 คน ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 คน ใช้ระยะเวลาเยี่ยม 30 นาทีต่อคน รวมใช้เวลาประมาณ 3 ชม./1 วัน / สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) มีกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 6–11 เยี่ยมบ้านตามกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4–5 และสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างฝึกปฏิบัติ และร่วมวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Post-test) ระยะเวลา 3 ชม./1 วัน / สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมดในการทำกิจกรรม 12 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 007/2567 ซึ่งออกให้ ณ วันที่ 2 เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ kolmogorov smirnov test พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรรมการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นโค้งไม่ปกติ ดังนั้น ใช้สถิติ Mann-Whitney U test คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นโค้งไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ข้อมูลกลุ่มเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent t-test (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.4 อายุเฉลี่ย 56.04 ปี (S.D.=9.12) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.0 รายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 53.6 รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 85.7 มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 64.3 การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39.3 มีจำนวน ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลที่มีปัญหาสุขภาพไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ร้อยละ 39.3 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 1–5 ปี ร้อยละ 75.0 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เรื่องโรค กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 55.93 ปี (S.D.=5.79) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 89.3 รายได้ต่อเดือน คือ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 57.1 รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 71.4 มีอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 71.4 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.9 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 71.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 6–10 ปี ร้อยละ 67.9 ความต้องการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ส่วนใหญ่ต้องการความรู้เรื่องโรค

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n =28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	median	IQR	z	p - value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม						
ก่อนทดลอง	132.82	7.01	130.5	7	4.63	.001*
หลังทดลอง	179.57	1.35	180	0		

*สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 132.82 คะแนน (S.D. = 7.01) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. = 1.35) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	Median	IQR	Mean Rank	z	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม							
กลุ่มทดลอง	179.57	1.35	180	0	42.50	6.76	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	102.71	3.70	102	2	14.50		

*สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 179.57 (S.D. =1.35) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม เท่ากับ 102.71 (S.D.=3.70) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n=28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\bar{X}$	S.D.	t	p - value
ก่อนทดลอง	48.57	3.82	15.77	.001*
หลังทดลอง	59.96	0.19		

*สถิติ Dependent t-test (Paired t-test)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 48.57 คะแนน (S.D. = 3.82) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=28) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=28) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\bar{X}$	S.D.	median	IQR	Mean rank	z	p - value
กลุ่มทดลอง	59.96	0.19	60	0	42.50	6.89	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.61	2.27	44	3	14.50		

*สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 59.96 (S.D. = 0.19) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 43.61 (S.D. = 2.27) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีขั้นตอนการเรียนรู้ ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติมีกิจกรรมนำสู่การปฏิบัติและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี กิจกรรมจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ[11] ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะช่วยให้ความสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา[15,17,18] การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นหลักแนวคิดที่สามารถนำมาใช้เสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีสมรรถนะแห่งตน ควบคุมตนเองได้ มีแรงจูงใจเรียนรู้ และมีความรู้สึกเป็นนายตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น[19]

2. จากวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความความแตกต่างของพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัย สำคัญ .05 จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ และฐานการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสาธิตย้อนกลับ โดยมีการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านและการฝึกฝนต่อเนื่องช่วยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทบทวนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลที่พัฒนาขึ้น ทั้งในด้านความรอบรู้

ด้านสุขภาพและความมั่นใจในตัวเอง ส่งเสริมการปฏิบัติที่สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การพัฒนาความความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เป็นการพัฒนาความสามารถหรือของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้[20] และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ[11] โดยการดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิด เลยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงสามารถพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา[12,21,22]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ด้านการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ไปใช้ในการดูแลพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2 ด้านการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล พยาบาลควรขยายผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในการวิจัยกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ อื่น ๆ และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในระยะยาว

2.2 ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมด้วย

References

1. Department of Older Persons. Situation of Thai Older Persons 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023. (in Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Older Persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
3. National Statistical Office. The 2021 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: Statistical Forecasting Division, National Statistical Office; 2022. (in Thai)
4. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thai Health Promotion Foundation. Learning guide to understanding the elderly. 2018. (in Thai)
5. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for Promoting Healthy Aging and Longevity (Individual Wellness Plan) for Older Adults. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
6. Sirikhampheng A, & Hosing P. The long-term care for the elderly dependency in Thailand country 4.0 era. Dhammathas Academic Journal. 2017;17(3): 236-43. (in Thai)
7. National Statistical Office. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2021. (in Thai)
8. Suwanrada W. Project for reviewing, synthesizing, and proposing strategies for driving elderly work in Thailand. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2022. (in Thai)

9. Khon Kaen Provincial Health Office. Gender and age group population classification, Khon Kaen Province, Fiscal Year 2022. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Health Office; 2023. (in Thai)
10. Non Tan Sub-district Health Promoting Hospital. Report on the implementation of long-term care services for the elderly and dependent individuals in Non Tan Sub-district, fiscal year 2022. 2022. (in Thai)
11. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill children [dissertation]. Boston (MA): Boston College; 1993. Dissertation Abstracts International, AAI9402789.
12. Yimyam N, & Rodjakphai Y. Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen. 2017;24(2):46–58. (in Thai)
13. Health Education Division, Department of Health Service Support. Enhancing and evaluating health literacy and health behaviors among children and youth aged 7-14 years and individuals aged 15 years and older. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support; 2018. (in Thai)
14. Sawiram P. Improving quality of life among dependent elderly through the development of health literacy among caregivers with 'expert caregiver' curriculum, Mueang District, Buriram Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1): 86-100. (in Thai)
15. Jafari Y, Tehrani H, Esmaily H, Shariati M, & Vahedian-Shahroodi M. Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2020;34(4):956–63.
16. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1977.
17. Hanbang W, & Nippanont P. The effects of application of health literacy and empowerment in type 2 diabetes mellitus prevention behaviors among people with pre-diabetes in Ban Don Chi Subdistrict, Lue Amnat District, Amnat Charoen Province. The Office of Disease Prevention and Control9th Nakhon Ratchasima Journal. 2022;9(28): 15–25. (in Thai)
18. Tongpeth J, & Som-jai C. The effect of the enhancing empowerment and health literacy developing program on health literacy, stroke prevention behaviors and clinical outcomes among the stroke high-risk group. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2023;33(2):130-46. (in Thai)
19. Poomsanguan K. Health empowerment: nurses' important role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3): 86-90. (in Thai)
20. Intharakamheng A. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2017.
21. Chaiyavuth T, Aungwattana S, & Tamdee D. Effect of empowerment program on positioning practice for bedridden elders among village health volunteers. Nursing Journal CMU. 2020;47(4): 114-28. (in Thai)
22. Thanyathadaphan N, Thongkhamrod R, & Siritharangsri B. Effects of a caregiver empowerment program on knowledge, caregiving abilities, and postoperative recovery of elderly patients with hip fractures at Satun Hospital. Journal of Health Systems Research. 2020;13(2): 231- 9. (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล

Predicting Factors of Early Childhood Care Behaviors Among Caregivers

อัจฉราพร ปิติพัฒน์* ชลินดา พัชรสุข สิริณัฏฐ์ โภคพัชญ์ภูเบศ ผกามาส ตงศิริ
Audcharaporn Pitipat* Chalinda Phatcharasook Sirinut Bhokkhaphatbhubeth Phagamas Tongsiri
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand 48000

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล และศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในเขตตำบลนางาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 91.66, SD = 24.39) ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลมากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta = .649) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้ร้อยละ 65.40 (R^2 = .654, p < .05) จากการศึกษาครั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยรับรู้ถึงผลที่ดีที่จะเกิดขึ้นและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลเด็ก, เด็กปฐมวัย, ปัจจัยทำนาย, ผู้ดูแล

Abstract

This predictive correlational study aimed to explore early childhood care behaviors among caregivers and investigate the predictive power of knowledge, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy on early childhood care behaviors among caregivers. The samples were 120 early childhood caregivers in Nangam Subdistrict, Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province. The instrument was a questionnaire on caregivers' early childhood care behaviors. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that the caregivers' score on overall early childhood care behaviors was at a moderate level ($\overline{X}$ = 91.66, SD = 24.39). The variable with the most predictive power of early childhood care behaviors among caregivers was perceived self-efficacy (Beta = .649). perceived self-efficacy and perceived benefits could jointly predict early childhood care behaviors among caregivers by 65.40% (R^2 = .654, p < .05). Based on this study, health personnel should encourage early childhood caregivers to recognize the positive

Corresponding Author: *E-mail: fb_audcharaporn@npu.ac.th
ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครนพม

วันที่รับ (Received) 27 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไข (Revised) 8 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 พ.ย. 2567

outcomes that will occur and realize their abilities and potential in caring for early childhood children so that early childhood children have appropriate growth and development according to their age.

Keywords: childcare behavior, early childhood, predictive factors, caregivers

บทนำ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็ก เริ่มขึ้นตั้งแต่ปฏิสนธิจนกระทั่งถึงวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย[1] โดยเฉพาะช่วงอายุ 1 - 3 ปีแรกของชีวิต ที่มีความสำคัญในการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อีกทั้งเริ่มเรียนรู้และได้รับการปลูกฝัง คุณธรรม จริยธรรม เพื่อเป็นการสร้างฐานรากของชีวิตที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต[2] จากรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2553, 2557 และ 2560 พบว่า สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับ นอกจากนี้รายงานภาวะโภชนาการภาพรวมระดับประเทศ ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ซึ่งประเมินการเจริญเติบโต โดยพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 11.30 และมีน้ำหนักมากและค่อนข้างมาก ร้อยละ 12.20 สำหรับส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่าเด็กค่อนข้างเตี้ยร้อยละ 12.50 และพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบเด็กผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10 ท้วม ร้อยละ 4.7 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.7[3] สถานการณ์เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2561-2562 พบว่า เด็ก 0-5 ปี ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 15.51 และ 18.03 ตามลำดับ ภาวะผอม ร้อยละ 16.57 และ 17.39 ตามลำดับ ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.38 และ 89.19 ตามลำดับ พัฒนาการสงสัยว่าล่าช้า ร้อยละ 17.21 และ 25.06 ตามลำดับ[4] และผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีจังหวัดนครพนม พ.ศ. 2565 พบว่าภาวะโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 7.1 มีภาวะทุพโภชนาการหรือเตี้ยแคระแกร็นคิดเป็นร้อยละ 13.3 ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังหรือผอมแห้ง คิดเป็นร้อยละ 4.2 และมีภาวะน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 10.1[5] จะเห็นได้ว่าการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กถึงแม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่พบว่ายังคงเป็นปัญหา หากเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาการเจริญเติบโตและมีผลต่อภาวะสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กได้

เด็กที่มีปัญหาน้ำหนักตัวน้อยมักพบว่ามีภาวะขาดสารอาหารบางประเภท เช่น โปรตีน ธาตุเหล็ก ไอโอดีน สังกะสี เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการเจ็บป่วย เช่น การเจริญเติบโตช้า หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ช้า มีภาวะซีด ขาดพลังงาน ภูมิคุ้มกันโรคต่ำทำให้มีการเจ็บป่วยบ่อย อีกทั้งมีผลต่อพัฒนาการโดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก[6] การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เหมาะสมนั้นถือเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพเด็ก หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ โดยเฉพาะครอบครัว เพราะบุคคลในครอบครัวไม่ว่าจะเป็น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย รวมถึงบุคคลที่เป็นผู้คอยดูแลเด็ก ต่างมีหน้าที่รับผิดชอบคอยอยู่ใกล้ชิดและผูกพันกับเด็กมากที่สุด[7] การดำเนินชีวิตของสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเปลี่ยนไป โดยพ่อแม่เด็กมีภาระหน้าที่หลายอย่าง ทั้งยังมีหน้าที่หลักในการหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในครอบครัว และหลายครอบครัวให้ปู่ย่า ตายาย เป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูลูกหลาน[8] ซึ่งผู้ดูแลเด็กควรให้การเลี้ยงดูด้วยความรัก ความเอาใจใส่ สอบถามและพูดคุยทำความเข้าใจกัน เปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจ แสดงความชื่นชมเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมไปถึงการส่งเสริมด้านโภชนาการโดยการจัดอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดี อีกทั้งส่งเสริมการเล่นให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย เพราะฉะนั้นผู้ดูแลหลักจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้แก่เด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป[9,10] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลให้ความสำคัญ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีในด้านต่างๆ และเจริญเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[11] เชื่อว่าประสบการณ์และปัจจัยส่วนบุคคล อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับ

การกระทำ ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตน เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่ส่งผลให้ปฏิบัติสิ่งต่างๆ โดยมีเป้าหมาย ดังนั้นหากผู้ดูแลเด็กมีความเชื่อว่าตนเองสามารถส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก รวมถึงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่าอุปสรรค อาจทำให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแล ส่วนการรับรู้อุปสรรคของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแล ($r = .34$, $p < .01$ และ $r = -.30$, $p < .01$) ตามลำดับ[12] นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ ($r=.561$, $p<.001$) โดยการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ ($r=.-441$, $p<.001$) และการรับรู้สมรรถนะตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ ($r=.786$, $p<.001$)[13] และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ทำนายการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ร้อยละ 33.7 ($\beta = .337$, $p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ร้อยละ 32.1 ($\beta = .321$, $p < .05$)[14] นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองได้ร้อยละ 37.7 ($\beta = .377$, $p< .001$) และการสนับสนุนทางสังคมจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการได้ร้อยละ 19.6 ($\beta = .196$, $p<.05$)[15] และความรู้ของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.429$, $p<.001$)[16]

จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากขึ้น แต่ปัจจัยที่ศึกษาและผลการศึกษายังคงมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงศึกษาเพียงพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็ก จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจมี่จะศึกษาต่อยอดจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแล เพื่อมุ่งหวังว่าจะพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 1-3 ปี ในพื้นที่จังหวัดนครพนมที่ยังคงพบว่ามีปัญหาเรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยแนวทางการศึกษามุ่งการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาปัจจัยทำนายด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัย และช่วยให้พยาบาลได้แนวทางในการวางแผนการจัดทำโปรแกรมสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคนในทุกมิติให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพโดยมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย เป็นต้น[17]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลนี้ ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การส่งเสริมการเจริญเติบโต การดูแลเด็กให้ได้รับอาหารอย่างเหมาะสม การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะตนเอง การศึกษานี้จะช่วยให้ทราบปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กปฐมวัย ทำให้สามารถส่งเสริมผู้ดูแลเพื่อปฏิบัติการดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล และศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม–พฤษภาคม 2566 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ ตำบลนางาม อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมจีสตาร์พาวเวอร์ (G*Power program) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ .196 (r= .196)[15] กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .80 และระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 120 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) สุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดนครพนม โดยสุ่มเลือก 1 อำเภอ จากทั้งหมด 12 อำเภอ ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) สุ่มได้ อำเภอเรณูนคร 2) สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเรณูนคร ได้เป็นตำบลนางาม และ 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีอายุระหว่าง 1-3 ปี, มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ, ไม่มีการเจ็บป่วยหรือความพิการทางด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการดูแลเด็ก และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม รหัสโครงการวิจัย 61/66 Exp. เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สำคัญ 3 หลักการ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาในการวิจัย ข้อมูลวิจัยจะเป็นความลับ และจะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น เอกสารการวิจัยจะถูกทำลายโดยวิธีที่เหมาะสมเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็กที่ดูแล เป็นต้น และข้อมูลของเด็กปฐมวัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะสุขภาพ เป็นต้น โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (check list) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม[11,13] ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ มีคำถาม 17 ข้อ รวม 17-68 คะแนน, แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค มีคำถาม 15 ข้อ รวม 15-60 คะแนน และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคำถาม 12 ข้อ รวม 12-60 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[13,18] เป็นแบบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีข้อคำถาม 35 ข้อ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวม 0-35 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[13,18] เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีข้อคำถาม 35 ข้อ รวม 0-140 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เท่ากับ .98 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลเท่ากับ

.89 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เท่ากับ .98 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล เท่ากับ .97 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลเท่ากับ .92 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเท่ากับ .82 และส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ คำนวณหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) โดยค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม และคณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้วิจัยได้นำส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทำการศึกษาวิจัยโดยการสำรวจกลุ่มตัวอย่างและขอนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตรวจสอบการกระจายปกติของข้อมูลพบว่า ตัวแปรมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติ และยอมรับตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย และผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) นำมาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกตามระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีหาอันตรภาคชั้น คะแนนสูงสุด 140 ลบคะแนนต่ำสุด 0 และหาร 3[19] สามารถจำแนกคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้ ดังนี้ 0–46 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับน้อย 47–93 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ 94–140 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมาก และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 120 ราย พบว่าเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 88.33 ร้อยละ 40.83 มีอายุระหว่าง 20–30 ปี ร้อยละ 89.16 มีสถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 33.33 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.17 เป็นพ่อ/แม่ของเด็ก ร้อยละ 51.67 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.33 รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 68.33 เคยได้รับสื่อหรือความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นประจำ ร้อยละ 37.50 ได้รับสื่อหรือความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าวหมู่บ้าน และร้อยละ 64.17 มีแนวความคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานจากประสบการณ์ในอดีต ข้อมูลเด็กปฐมวัย จำนวน 120 ราย พบว่าร้อยละ 61.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อยู่ในช่วงอายุ 2–3 ปี ร้อยละ 95.83 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.50 มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 11–15 กิโลกรัม และร้อยละ 50.84 มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 70–100 เซนติเมตร

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล (n=120)

พฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลโดยรวม		
ระดับน้อย (0-46 คะแนน)	6	5.00
ระดับปานกลาง (47 – 93 คะแนน)	66	55.00
ระดับมาก (94 – 140 คะแนน)	48	40.00

(Range = 30-140, $\bar{X}$ = 91.66, SD = 24.39)

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการผู้ดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.00 รองลงมาพบว่ามีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณต่อการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล

ปัจจัยทำนาย	b	SE_b	β	t	p
ค่าคงที่ (constant)	-27.546	6.365		-2.596*	.011
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.589	.154	.649	10.324*	.000
การรับรู้ประโยชน์	.890	.219	.256	4.072*	.000
R^2 = .654, R^2_{Change} = .049, F = 16.578					

*p < .05

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลมากที่สุดคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta = .649) และรองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ (Beta = .256) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้ร้อยละ 65 (R^2 = .654, R^2_{Change} = .049, F = 16.578, p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยพบว่าร้อยละ 55.00 ของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 40.00 มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 5.00 มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับน้อย การที่ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่พบว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง[15] ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.33 และส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของเด็กปฐมวัย ร้อยละ 54.17 ซึ่งมารดาเป็นผู้ให้กำเนิดบุตรย่อมมีความรัก ความห่วงใย ปรารถนาดีต่อบุตรของตน รวมทั้งให้ความสนับสนุน ช่วยเหลือและตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่บุตร บิดามารดาจะเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เป็นบุคคลที่เข้าใจความต้องการของบุตรและให้การช่วยเหลือบุตรได้เป็นอย่างดี[2,20] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 1 ปี อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอายุ 2-4 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับสูง[14] และการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด–5 ปีกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด–5 ปีของผู้ปกครอง พบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปีของผู้ปกครองโดยรวมอยู่ในระดับสูง[21]

นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยร้อยละ 40.83 มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี และร้อยละ 89.16 มีสถานภาพสมรส ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีช่วงอายุที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่อยู่ในวัยนี้มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความหมายของสิ่งต่างๆ ได้ดี รวมถึงการดูแลเด็กร่วมกันระหว่างบิดาและมารดา ทำให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก เอาใจใส่เด็กได้ดีและการอยู่รวมกันของบุคคลในครอบครัวจึงสามารถร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่ สกินเนอร์ ทิโร และแชมป์เปียน[22] กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น มีศักยภาพในการตัดสินใจและมีการค้นหาทางเลือกที่ดี มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างต่อเนื่อง[23] อีกทั้งผู้ดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 33.33 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กปฐมวัยของผู้ดูแล พบว่าการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลมีวุฒิภาวะและมีการศึกษาที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับสูง[14] นอกจากนี้ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว โดยผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีคำศัพท์มากกว่าเด็กที่พ่อแม่ไม่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา[24] จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความรู้ของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลเด็กที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสามารถตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กได้ดีกว่าผู้ดูแลเด็กที่จบชั้นประถมศึกษาหรือผู้ดูแลที่ไม่เคยเข้าเรียนในโรงเรียน อธิบายได้ว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ พัฒนากระบวนการคิด สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา รวมไปถึงนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลเด็กได้มากขึ้นตามลำดับ ตามแนวคิดของเพนเดอร์[11] ที่กล่าวว่า บุคคลย่อมแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อสร้างสรรค์การดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพที่ดี และบุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ดังนั้น หากบุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดี รวมถึงการที่ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัย ย่อมทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .583$, $p < .05$ และ $r = .778$, $p < .05$) ตามลำดับ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.335$, $p < .05$) ถึงแม้ว่าปัจจัยด้านความรู้จะมีคะแนนรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 29.69$, $SD = 5.02$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้ของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.429$, $p<.001$)[16] อาจอธิบายได้จากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีแนวความคิดและการปฏิบัติการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานจากประสบการณ์ในอดีต (ร้อยละ 64.17) อีกทั้งได้รับสื่อหรือความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กบ่อยๆ (ร้อยละ 53.33) จากประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าวหมู่บ้านเป็นประจำ (ร้อยละ 37.50) จึงเห็นได้ว่าปัจจุบันทุกคนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้สะดวกมากขึ้น รวมถึงมีการเผยแพร่ความรู้ตามช่องทางของสื่อมากมาย ผู้ดูแลจึงได้รับความรู้จากการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง อีกทั้งการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถให้การดูแลเด็กได้ดียิ่งขึ้น

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล มากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Beta = .649) รองลงมา คือการรับรู้ประโยชน์ (Beta = .256) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประโยชน์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้ร้อยละ 65.40 ($R^2 = .654$, $R^2_{Change} = .049$, $F = 16.578$, $p < .05$) อธิบายผลการศึกษา ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า ร้อยละ 51.67 ของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 1.598 และ .649 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการดูแลเด็กปฐมวัย หากผู้ดูแลเด็กรับรู้สมรรถนะของตนสูง ผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยได้ดีขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[25] การที่บุคคลตระหนักถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่บุคคลคาดหวัง โดยบุคคลจะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเมื่อมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ตนจะปฏิบัตินั้นนำมาซึ่งผลดีต่อตนเอง เชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จได้[22] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .224$, $p < .01$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองได้ร้อยละ 37.7 ($\bar{X} = .377$, $p<.001$)[15] อีกทั้งการศึกษาที่ พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .264$, $p < .05$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการได้ (β = 0.321, $p < .05$)[14]

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 65.84) ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .890 และ .256 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงผลที่ดี ที่จะเกิดขึ้นของการดูแลเด็กปฐมวัย หากผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ จะทำให้เกิดความสนใจ ใส่ใจการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็กปฐมวัย และส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี และสามารถปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยหนึ่งตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[25] เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งคาดหวังประโยชน์หรือผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 26.4 (R^2 = .264, $p < .05$) โดยการรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลได้ร้อยละ 33.7 ($\overline{X}$ = 0.337, $p<.05$)[14] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($\overline{X}$ = 0.146, p = 0.006) โดยตัวแปร 5 ตัว (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการ) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยได้ร้อยละ 58.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05[26] ซึ่งปัจจัยอื่นอีกร้อยละ 34.60 ไม่สามารถอธิบายได้ในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กปฐมวัยไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยความรู้และการรับรู้อุปสรรค ดังผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่จะสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1) บุคคลการทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ในการวางแผนการเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2) ข้อมูลที่ได้ในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลเด็กในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลเด็ก รวมถึงให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และชื่นชมเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจและสามารถให้การดูแลเด็กปฐมวัยได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยในปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล เช่น ปัจจัยทัศนคติต่อการดูแลเด็ก ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กปฐมวัยได้ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Klunklin P. Pediatric Nursing for Health Promotion. 2nded. Chiang Mai: Smart Coating & Service; 2018. (in Thai)
2. Wittayatornrat M & Jaigarun P. Chapter 2 Promoting child growth and development. In: Siriboonpipattana P. editors. Pediatric Nursing 1. Bangkok: Thanapress Company Limited: 2015. (in Thai)
3. Pattanapongthorn J. Research report on factors affecting early childhood development inThailand. No. 6, 2017, Office of Health Promotion, Department of Health. 2018.
4. Regional Health Promotion Center 8 Udonthani. Report on the miraculous drive of the first 1,000 days of life, Udon Thani. 1st ed. Bangkok: Sam Charoen Panich Co., Ltd; 2018. (in Thai)

5. National Statistical Office of Thailand. Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2022: Survey Findings Report. Bangkok: National Statistical Office; 2023.
6. Parimanon C, Chaimay B & Woradet S. Nutritional status and factors associated with nutritional status among children aged under 5 years: literature review. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;5(1):329-42. (in Thai)
7. Tamdee D, Chotibang J, Namprom N, Jintanawat U & Worakidpoonpol P. Guideline for early childhood development, aged 1 month to 2 years. Journal of Nursing and Health Research 2018;19(2):3-16. (in Thai)
8. Rittiron P, Janchua D, Yammen P, Insar N, Niamsawan A, Raso W & Boonmejew R. Research and Development Health System Journal 2021;14(3):42-56. (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. Choomai T. Growth and development of preschool children. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2016;1(2):18-33. (in Thai)
11. Pender NJ, Murdaugh CL & Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6thed. New Jersey: Pearson Education; 2011.
12. Thawitha L, Klunklin P & Urharmnuay M. Preterm infant development promoting behaviors among primary caregivers and related factors. Nursing Journal 2016;43(4):12-22. (in Thai)
13. Pitipat A, Bhokkhaphabhubeth S, Khamsripon C & Reungworaboon S. Factors related to behaviors promoting toddler's groeth and development of toddler caregivers. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(3):1-10. (in Thai)
14. Saengkaew R, Poogpan J, Kamenkan K & Maspromrat W. Factors predicting behaviors of caregivers in promoting early childhood development. Thai Red Cross Nursing Journal 2021;14(2):152-64. (in Thai)
15. Thisara P, Ponmark J, Seekhao P & Sinlapawitthayathon B. Predictive factors of parental behaviors on promoting early childhood development in Phayao province. Journal of Nursing and Health Care 2017; 35(2):169-76. (in Thai)
16. Sarakorn J, Chotibang J & Urhamnuay M. Knowledge and Practice of Primary Caregivers for Promoting Child's Emotional Intelligence in Child Development Centers. Nursing Journal. 2020;47(2):1-11.
17. Office of the Nation Economic and Social Development Board. National Strategy 2018 – 2037 (Summary). Bangkok: National Strategy Secretariat Office; 2018.
18. Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
19. Burns N & Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and Generation of evidence. 6th ed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2009.
20. Marlow DR & Redding BA. Pediatric nursing. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1988.
21. Sondee S, Phetcharak K, Tewasekson N, Jantarasuk C, Polchamratpat R & Narissara S. The relationship between perception of development promotion behaviors and parenting behavior to promote child development from newborn to five years. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2023;38(1):153-61. (in Thai)

22. Skinner CS, Tiro J & Champion VL. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. Glanz K, Rimer BK & Viswanath K, editor. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
23. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 5thed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1995.
24. Sriwongpanich N. Textbook of Child development and behavior: Caring for healthy children. Vol. 3. Hansakunachai T, Roongpraiwan R, Sutchritpongsa S & Chonchaiya W, editors. Bangkok: Beyond enterprise; 2012. (in Thai)
25. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health education monographs 1974;2(4):409-19.
26. Jaimao, P. Factors affecting parental behaviors on promoting early childhood development, li district, Lamphun province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ

Relationship Between Health Belief Factors And Behavior Wound Care In The Elderly

จิตรา น้ำเหนือ ปริศนา อัครธนพล* กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
Jitra Namnoer Prisana Akaratanapol* Kamontip Khungtumneam
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540
Faculty of nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีประวัติการมีบาดแผลเปิด ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีนัดติดตามแผลหลังเกิดบาดแผล 1 สัปดาห์ จำนวน 70 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.89 และ 0.97 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.72 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 2.33, SD = 0.54) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล (r = 0.73, p<.05) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล (r = 0.44, p<.05) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล (r = 0.68, p<.05) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ (r = - 0.45, p<.05)

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลบาดแผล, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between health beliefs and wound care behaviors of the elderly. The sample consisted of 70 elderly with a history of open wounds who were treated as outpatients at Phanomsarakham Hospital, Chachoengsao Province, and had a follow-up appointment 1 week after the wound occurred. Data were collected using the Wound Care Behaviors of the Elderly Questionnaire and the Relationship between Health Beliefs and Wound Care Behaviors of the Elderly Questionnaire. The questionnaire was examined for content validity by 3 experts. The content validity (CVI) was between 0.89 and 0.97, and the Cronbach’s alpha coefficients were 0.72 and 0.93, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson’s product moment correlation coefficient.

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

วันที่รับ (received) 21 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 เม.ย. 2568

The results of the research found that the wound care behavior of the elderly was at a good level overall ($\bar{X}$= 2.33, SD = 0.54). Factors related to wound care behavior of the elderly were : Perceived risk of wound infection (r = 0.73, p<.05), perceived severity of wound infection (r = 0.44, p<.01), perceived benefits of wound care (r = 0.68, p<.05), and perceived barriers to wound care were negatively related to wound care behavior of the elderly (r = -0.45, p<.05).

Keywords: health beliefs, wound care behavior, elderly

บทนำ

จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างก้าวกระโดด ได้คาดการณ์ว่าในปี 2573 ประชากรทั่วโลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคน เป็น 1.4 พันล้านคน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 6 ของประชากรทั่วโลก และภายในปี 2593 ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า สำหรับสัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องและปี 2566 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21.60 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged) คือมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[1] โดยมีการคาดการณ์ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.50 ต่อปี และประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.10 ต่อปี และในปี 2583 ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.40 ของประชากรทั้งหมดเมื่อมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น โรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจึงมีเพิ่มขึ้นไปด้วย

จากรายงานของกรมควบคุมโรคพบการบาดเจ็บที่สำคัญของผู้สูงอายุ ยังพบสาเหตุที่เกิดจากการบาดเจ็บต่าง ๆ จากการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อันดับแรกคือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือการพลัดตกหกล้ม[2] มีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.7 เท่า ซึ่งร้อยละ 67 เกิดจากสาเหตุลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกัน และร้อยละ 5 ที่ตกหรือล้มจากขั้นบันได ทำให้ผู้สูงอายุเกิดบาดแผลตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง เช่น แผลฟกช้ำ แผลถลอก แผลเปิดและรายงานของกรมอนามัยพบว่าสถานที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือบ้านและบริเวณชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ทำให้เกิดบาดแผลเปิด ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีการเสื่อมถอย การทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกจะช้าลง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดบาดแผลบนร่างกายได้ง่าย

ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2566 พบประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 137,303 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 60,025 ราย และเพศหญิง 77, 278 ราย และพบว่าในอำเภอพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 4 ของทุกอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา จากการศึกษาอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่เกิดบาดแผลในปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 14,372 ราย ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บและเกิดบาดแผลถลอกและฉีกขาดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ภายในบ้านและชุมชน จำนวน 691 ราย ผู้วิจัยปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม ได้เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการมารักษาพบอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีบาดแผลฉีกขาดจากอุบัติเหตุชนิดต่าง ๆ แล้วเกิดบาดแผลเกิดอักเสบติดเชื้อ จำนวน 274 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 39.65 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด จากการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ผู้สูงอายุมีความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบาดแผลที่แตกต่างกันออกไป เช่น การใช้สมุนไพรยาฉุน เมล็ดต้อยติ่งตำ หรือพืชชนิดอื่นตำประคบบาดแผลและห้ามเลือดก่อนมาโรงพยาบาล การทาน้ำมันมะพร้าว น้ำมันสมุนไพรลงในบาดแผล อีกทั้งบาดแผลเปิดในผู้สูงอายุบางรายไม่ได้มารับการรักษาต่อเนื่องจากมีความเชื่อว่าแผลจะหายเอง และคิดว่าบาดแผลมีขนาดเล็กน้อย ใช้เศษผ้าที่มีอยู่ดูแลทำแผลและห้ามเลือดตามความสะดวก จากความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะติดเชื้อบริเวณบาดแผล

การที่จะลดการติดเชื้อของบาดแผล ผู้สูงอายุจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลบาดแผลที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการและ

ดูแลบาดแผลที่ถูกต้องจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น แผลอักเสบติดเชื้อ[1] การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลบาดแผลที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ที่เป็นปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนาและสถานภาพสมรส[2] ส่วนปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น อาจขึ้นอยู่กับการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง[2] อธิบายแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพ ว่าการรับรู้หรือความเชื่อทางสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของตน ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อร่างกายจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าโรคนั้นมีผลกระทบทำให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิตได้ จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefit) เมื่อบุคคลเชื่อว่าการกระทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากจะส่งผลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำน้อย นอกจากนี้ ยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เช่นการได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเชื่อทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่าง ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการดูแลบาดแผลในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ และนำปัจจัยที่ศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีบาดแผล และเสริมสร้างป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

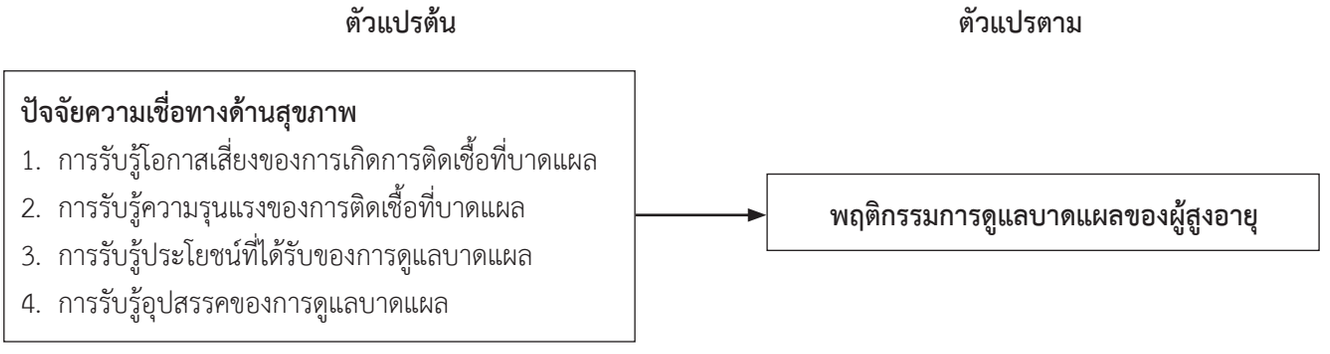
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลบาดแผลเปิดของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพ[2] ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล เชื่อว่า มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยส่งผลให้เกิดผลดีและลดการเกิดบาดแผลอักเสบติดเชื้อ ซึ่งได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีบาดแผลเปิด เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีนัดติดตามแผลหลังเกิดบาดแผล 1 สัปดาห์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-ออก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบไปด้วย มีบาดแผลเปิด และมีนัดมาติดตามบาดแผลที่โรงพยาบาลหลังเกิดบาดแผล 1 สัปดาห์ เป็นผู้ที่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้สามารถสื่อสารได้เข้าใจ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-cog)[3] ต้องได้คะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้ แบบคัดกรอง Barthel ADL index[4] และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนของแบบคัดกรอง Barthel ADL index[4] ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบไปด้วย ผู้ที่มีอาการป่วยเฉียบพลันหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือพิการ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพนมสารคาม ขอยุติการตอบแบบสอบถามในระหว่างดำเนินการตอบแบบสอบถาม

ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) คัดเลือกผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า มีนัดมาติดตามบาดแผลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคราม หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วง มิถุนายน – สิงหาคม 2567 จำนวน 70 ราย

คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดข้อมูลสำหรับคำนวณดังนี้ Effect size = 0.3, α err prob = 0.05, Power (1-β err prob) = 0.8 ได้จำนวน 64 ราย เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 คือ จำนวน 6 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ HCU-EC1479/2567 เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราและผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของบาดแผลเปิด ลักษณะบาดแผล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และมีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-cog)[3] และแบบคัดกรอง Barthel ADL index[4]

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามประกอบไปด้วย 2 ด้าน ได้แก่ การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดบาดแผล จำนวน 6 ข้อ และการส่งเสริมการหายของบาดแผล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ของ[2] ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล จำนวน

13 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล จำนวน 13 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ เป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ พบว่าด้านพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ CVI = 0.69 ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ CVI = 0.83 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าด้านพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.72 และด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และพฤติกรรมการดูแลแผลของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณณา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแผลของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation Coefficient ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์พบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ได้ผลดังนี้ ข้อมูลเป็นระดับ Interval scale การแจกแจงปกติ เป็นโค้งปกติ (Normal Curve) ตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linearity) คะแนนความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นศูนย์หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน (e = 0)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.90) 47.10 มีอายุเฉลี่ย 69 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 48.6 มีสถานการสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (เป็นมากกว่า 1 โรค) ร้อยละ 82.90 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 58.60 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.00 ดื่มสุราเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 4.30 กลุ่มตัวอย่างมีบาดแผลส่วนใหญ่เป็นแผลถลอก (Abrasion wound) ร้อยละ 61.40 รองลงมาเป็นแผลฉีกขาด (Laceration wound) ร้อยละ 35.70 ลักษณะของบาดแผลส่วนมากเป็นบาดแผลไม่ติดเชื้อร้อยละ 51.40 เมื่อเกิดบาดแผลจะได้รับยาชนิดรับประทาน/ยาชนิดฉีดเกี่ยวกับบาดแผลที่แพทย์สั่งจ่าย ร้อยละ 81.40

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.33, SD = 0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดบาดแผลอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.11, SD = 0.74) และด้านการส่งเสริมการหายของบาดแผล อยู่ในระดับดีเช่นกัน ($\bar{X}$= 2.43, SD = 0.55) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ ในชุมชน ทั้ง 4 ปัจจัย ภาพรวมการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.82, SD = 0.05) เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัยอยู่ในระดับมาก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล ($\bar{X}$ = 3.47, SD = 0.49) รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล ($\bar{X}$= 3.42, SD = 0.53) และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล ($\bar{X}$= 3.19, SD = 0.42) แต่ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.18, SD = 0.48)

ตารางแสดง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ (N = 70)

ตัวแปรปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล	0.73**	<.05
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล	0.44**	<.05
การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล	0.68**	<.05
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล	- 0.45**	<.05

P-value <.05

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับแรกคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล (r = 0.73, p<.05) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล (r = 0.68, p<.05) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล (r = 0.44, p<.05) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ (r = - 0.45, p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 2.24, SD = 0.12)[5] สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ ความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายยังไม่มากจึงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง[6] ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดบาดแผลจึงสามารถให้การปฐมพยาบาลและการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผลด้วยตนเองได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผล การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ (r = - 0.45, p<.05) สามารถอธิบายได้ว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อที่บาดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.73, p<.05) กล่าวคือผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.42, SD = 0.53) จึงทำให้มีพฤติกรรมการการดูแลบาดแผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อตนเองจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ[7] และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.243, p<.01)[7] และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.310, p<.01)[8] และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.18, p<.05)[9]

การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.44, p<.05) กล่าวคือผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อที่บาดแผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.19, SD = 0.42) ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค[4] และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.125, p<.05)[10]

มีการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] และการรับรู้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.196, p<.05)[12] และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ (r= .767, p<.05)[13] และยังพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .166, p<.05)[14]

การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการติดเชื้อที่บาดแผลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.68, p<.05) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับของการดูแลบาดแผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.47, SD = 0.49) ซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น[5]

และยังมีการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] และการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.71, p<.05)[16]

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุ (r = - 0.45, p<.05) กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$= 1.18, SD = 0.48) จะมีพฤติกรรมการดูแลบาดแผลในระดับดี จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลบาดแผลในระดับตามแนวคิดของ Rosenstock IM.[2] ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดี มีการศึกษา พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.347, p<.05)[17] และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (r = -0.141, p<.05)[8] และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาหลายขนานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs= -0.43, p<.05)[18]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำปัจจัยความเชื่อทางด้านสุขภาพ มาออกแบบคำแนะนำและแนวทางในการดูแลบาดแผลของผู้สูงอายุเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้การดูแลบาดแผลที่ถูกต้องจนกระทั่งเกิดความตระหนักในการดูแลบาดแผล และสร้างความร่วมมือจากคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ศึกษาต่อยอดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อของบาดแผลแล้ว ในด้านระยะเวลาการหายของบาดแผล การสูญเสียอวัยวะ หรือระยะเวลาการ re-admit ด้วยเรื่องบาดแผลติดเชื้อ และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ของ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ กับการส่งเสริมการหายของบาดแผลในกลุ่มผู้สูงอายุ

References

1. Mamom J, Chansawat P, Niamrit S, & Baikru P. Effects of skill development model on wound healing in patients with pressure ulcers. Science Technology Journal. 2013;21(7): 609-19. (in Thai)
2. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health education monographs. 1974;2(4):328-35.doi:10.1177/109019817400200403
3. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, & Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2000 ; 5(11):1021-027. DOI: 10.1002/1099-1166(200011) PMID: 11113982.
4. Bunnak S, & Thongnum N. Somdej Phra Sangkharat Yannasangworn Institute of medicine for the elderly, department of medical services, ministry of public health. Guidelines for preventing adverse drug events in the elderly. Bangkok: SinthaweePim; 2022. (in Thai)
5. Phasuk P. Health beliefs and self-health care behavior of the elderly in Nong Khae Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province, Journal of Health Service Support. 2017;16(1): 44-55. (in Thai)
6. Siwapriyakul K. Self-care behavior of the elderly in Mueang District, Surat Thani Province, Journal of Health Research and Innovation. 2020;3(1) : 1-14. (in Thai)
7. Nilkaew S, & Pho-am A. Health perception related to health behavior of village health volunteers in Prasat District, Surin Province. Journal of Public Health and Health Sciences. 2020;3(3) :28-38. (in Thai)

8. Dechasaibua N. The relationship between the perception of health belief patterns in preventing COVID-19 and the motivation to continuously receive COVID-19 vaccination services among the elderly in Lin Fa Subdistrict, Yang Chum Noi District, Sisaket Province, Fiscal Year 2022. Sisaket Journal of Health Research and Development. 2022;2(Extra): 87-101. (in Thai)
9. Boonsin C, Pho-am A, & Maimai P. Drug use behavior of elderly people with hypertension in Phetchabun Province. Northern Journal of Science and Technology. 2021;2(2): 16-28. (in Thai)
10. Liunoi W, Phongsaengphan P, Phibun K, & Upawongsaphat T. Factors predicting the behavior of preventing the coronavirus disease 2019 among the elderly in the Eastern region. Journal of Health Center 9.2023;17(2): 394-64. (in Thai)
11. Puangthong N, & Kiratisiroj A. Factors influencing fall prevention behavior among the elderly in Thap Than District, Uthai Thani Province. Journal of Health and Nursing Research. 2022;38(1): 73–85. (in Thai)
12. Sonsuk C, & Khamwong P. The influence of perceived severity, health literacy and family support on self-care behaviors to prevent osteoarthritis in the elderly. Lanna Public Health Journal. 2018;14(2): 35-45. (in Thai)
13. Leksansern P. Development of a model for creating motivation for self-care to prevent hypertension in the elderly through family participation. Interdisciplinary Journal. 2022;22(2): 10-22. (in Thai)
14. Saraphan A, Sirisophon N, Kaynaka P, Onsiri N, Uthayanik B, Thirawetchacharoenchai S, & Sukomon N. Factors related to fall prevention behaviors among the elderly. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Extra): 215-22. (in Thai)
15. Kawilkruea S. Factors related to exercise behavior of the elderly in Saem Ngam District, Lampang Province. Journal of Social Science Doctoral Studies. 2017;7(3): 161–73. (in Thai)
16. Phongphumma L, & Yotprasit T. Health promotion behavior of the elderly in Ban Suan Subdistrict Community, Mueang District, Chonburi Province. Public Health Academic Journal. 2019; 28(2): 236-43. (in Thai)
17. Suwanroj S, Chapradit J, Tonkeat C, Bonkhuntod P, Chaiwong N, & Chaikam R. Drug-using behavior of elderly people with chronic diseases who received services at Ban Tung Samian Tra Subdistrict Health Promotion Hospital, Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province. Sisaket Surin Buriram Hospital Medical Journal. 2022;37(3): 649-58. (in Thai)
18. Kulphatsangthong R, Khlangthamniam K, & Boonthan W. Factors associated with polydrug use behavior among community-dwelling elderly with non-communicable chronic diseases. Prachomklao College Nursing Journal. 2022;5(2): 57-71. (in Thai)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

The Health literacy and Factors Associated with the Health literacy of Relatives in Caring for Patients using Ventilators in the Medical Ward of Buriram Hospital

สุพิน สุโข[1] ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์*[1] เพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์[1] โสภา บุตรดา[2]
Supin Suko[1] Thanyasiri Thanyasawad*[1] Penpis Nugoonsawat[1] Sopa Budda[2]
[1]มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นบุรีรัมย์ บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
[1]Western University, Buriram, Thailand , 31000
[2]โรงพยาบาลบุรีรัมย์ บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
[2]Buriram Hospital, Buriram Thailand , 31000

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเป็นผู้ดูแล (care giver) ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของญาติผู้ป่วยและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเป็นผู้ดูแล (care giver) ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของญาติผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 180 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.30 มีอายุ 41 – 50 ปีร้อยละ 27.72 จบประถมศึกษา ร้อยละ 41.3 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 30.98 มีความสัมพันธ์เป็นลูก ร้อยละ 59.25 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 7-9 วัน ร้อยละ 41.30 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านผลกระทบต่อญาติ และด้านปัจจัยความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และPearson product Moment Correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ในการเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของญาติผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.86, SD=.56) ด้านผลกระทบต่อญาติ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.58, SD=.80) และด้านปัจจัยความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.49, SD=.46) 2) ความรอบรู้ความต้องการด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีความสำคัญทางสถิติ (r=.045, P-value=.000)

คำสำคัญ : ความรอบรู้, ผู้ดูแล, เครื่องช่วยหายใจ

Corresponding : Email:thanyasiri.th@western.ac.th*

วันที่รับ (Received) 11 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 24 มี.ค. 2568

Abstract

This study is a descriptive research aimed at examining the level of health literacy in caregivers of patients who use a ventilator for their relatives. Study of factors related to health literacy in caregivers of patients using ventilators, specifically focusing on family members who care for ventilator-dependent patients. The population and sample consist of 180 people, with 66.30% being female. 27.72% are aged between 41 - 50 years old, while 41.3% have completed primary education. 30.98% are farmers, and 59.25% have a relationship as a child. The duration of caregiving for patients ranges from 7 to 9 days, with 41.30% of the respondents in this category. The tools used for data collection are personal information questionnaires regarding health literacy, the impact on family members, and factors influencing the knowledge of patient care. The data analysis will use descriptive statistics and the Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The study findings revealed that 1) the level of health literacy among caregivers of patients using ventilators for their relatives was generally at a moderate level ($\overline{X}$=2.86, SD=.56) The impact on relatives is moderate overall ($\overline{X}$= 2.58,SD=.80) And the factor of knowledge in patient care, the overall level is moderate ($\overline{X}$= 2.49, SD=.46) The knowledge of physical needs is significantly correlated with the knowledge of caring for patients using ventilators, as indicated by a statistically significant relationship (r = .045, P-value = .000).

Keywords : Health Literacy , Care giver , Ventilator

บทนำ

สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดของผู้ป่วยโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยมีมากกว่าการดูแลทางร่างกายเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยยังต้องการด้านจิตใจด้วย สมาชิกครอบครัวจะส่งผ่านความรักและเชื่อมโยงความห่วงใยไปยังผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ นอกจากจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยแล้วการได้ร่วมดูแลผู้ป่วย ยังเป็นความภาคภูมิใจที่สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ที่มีคุณค่าของตนเอง สมาชิกครอบครัวจะเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วยความรู้สึกสับสน เครียด และวิตกกังวล กระวนกระวายใจ[1] จากการไม่รู้หรือรับรู้ในสิ่งที่ไม่ถูกต้องต่อภาวะเจ็บป่วย มีความกลัวและความวิตกกังวลเมื่อต้องพบทีมสุขภาพ เพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยจึงควรให้ความสำคัญกับสมาชิกครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างทั้งกายและจิต ซึ่งมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแล 3 ด้าน คือด้านการรักษาพยาบาล ด้านความสุขสบาย และด้านการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณ[2] การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัว โดยให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแลยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกันมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการปรึกษาหารือและตั้งเป้าหมายร่วมกันจะทำให้คุณภาพการพยาบาลมีประสิทธิภาพ[3]

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมใช้เครื่องช่วยหายใจ ครอบครัวผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องเผชิญกับสภาพอาการของผู้ป่วย ไม่เข้าใจผลการรักษา มีข้อจำกัด ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งบางรายสามารถอนุญาตเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีผลกระทบกับครอบครัวในด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล รู้สึกสับสนหมดหวัง และกลัวว่าผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต รวมทั้งมีความคาดหวัง ต่อพยาบาลว่าต้องให้การบริการที่ดีมีความถูกต้องและถูกใจมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว[4] พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยตลอดการพักรักษาในโรงพยาบาลรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ ปกป้องคุ้มครอง สนับสนุนส่งเสริมให้กำลังใจ ดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธา ดูแลให้ผู้ป่วยมีความหวังค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย พยายามทำความรู้จักและเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ห่วงใยและอยู่เคียงข้าง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย คอยช่วยเหลือทำ

กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมี คุณภาพ แสดงพฤติกรรมการบริการที่ดี ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล บนพื้นฐานของความรู้ ความสามารถ โดยอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ให้การพยาบาลด้วยการมีทักษะ เคารพในคุณค่าและความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ได้อย่าง ดีที่สุดเปรียบเหมือนเป็นตัวแทนของสมาชิกครอบครัว แต่เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ผูกพันธ์ รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด คุ้นเคยและสามารถตอบสนองความต้องการให้กับผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้มากกว่าและดีกว่า ผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทางด้านจิตใจ สมาชิกครอบครัวจะเป็นสื่อกลางให้พยาบาลได้รู้จักกับผู้ป่วยได้มากขึ้น

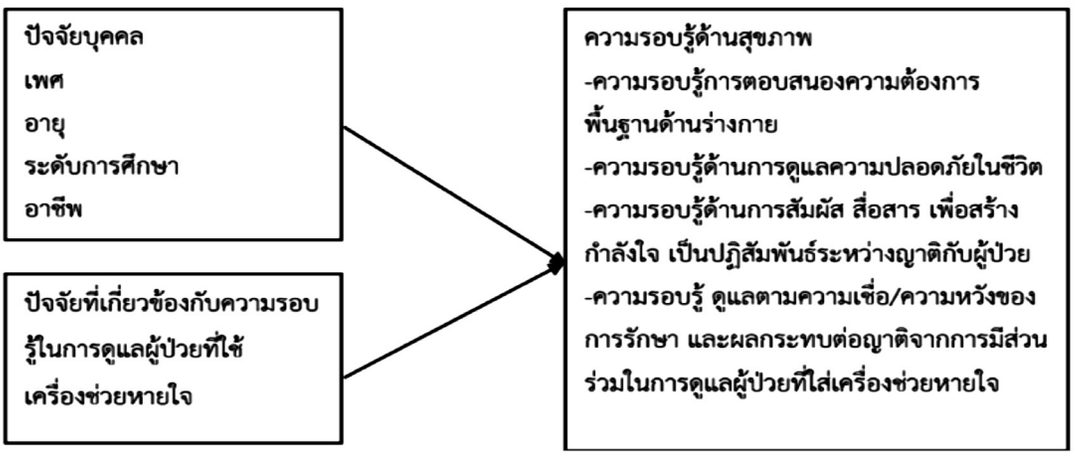
จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาที่เป็นรูปแบบการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พบว่าญาติมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ[5] ผู้ดูแลจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อไหร่ มากน้อยเพียงใด กิจกรรมใดบ้างที่อนุญาตให้ญาติสามารถกระทำได้ มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไร ผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะกิจกรรมการดูแลที่ค่อนข้างซับซ้อน ขาดความรู้ และขาดความมั่นใจในความกล้าตัดสินใจ ในการบีบถุงลมช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลหรือญาติไม่กล้าพอที่จะพูดคุย ซักถามปัญหา และแสดงความคิดเห็นมากขึ้น เมื่อแพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ปัญหาดังกล่าวควรได้รับการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เน้นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน ความรอบรู้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ความรอบรู้ด้านการดูแลความปลอดภัยในชีวิต ความรอบรู้ด้านการสัมผัส สื่อสาร เพื่อสร้างกำลังใจ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วย ความรอบรู้ ดูแลตามความเชื่อ/ความหวังของการรักษา เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวในช่วงวิกฤตของชีวิต รวมทั้งวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความกล้าในการตัดสินใจและยินดีเต็มใจช่วยเหลือในกิจกรรมที่มีความซับซ้อนให้กับผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของญาติผู้ป่วย
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเป็นผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของญาติผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย ความรอบรู้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ความรอบรู้ด้านการดูแลความปลอดภัยในชีวิต ความรอบรู้ด้านการสัมผัส สื่อสาร เพื่อสร้างกำลังใจ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วย และความรอบรู้ ดูแลตามความเชื่อ/ความหวังของการรักษา และผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับอนุญาต จากหอผู้ป่วยให้เฝ้าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น95%พิจารณาเก็บข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยินดีและสามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่กระทบต่อการได้รับบริการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยคิดจากสถิติผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีผู้ดูแล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ประมาณ 3 คน/วัน ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 30 วัน ในวันทำการ ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ช่วงเวลา 09.00–18.00 น.อยู่ในช่วงเวรเช้าและบ่าย และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ใช้แอพพิเคชั่นในโทรศัพท์มือถือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นเข้าสู่ ภาวะฉุกเฉินวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน พร้อมทั้งอาจได้รับหัตถการในการช่วยชีวิต การเก็บรวบรวมข้อมูลอาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้

2. ผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจต้องย้ายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องรีบดำเนินการเรื่องเอกสารต่างๆและประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการย้าย โรงพยาบาล จึงไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การหยุดการวิจัย - ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการทำแบบสอบถามต่อ

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ซึ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจฉุกเฉินที่มาใช้บริการใน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 189 ราย ซึ่งสามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 171 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มประมาณร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Polit & Beck, 2017) ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 188 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร.0033.102.1/26 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อการตัดสินใจ เข้าร่วมวิจัย และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ไม่มี การเปิดเผยข้อมูลให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ไม่ระบุชื่อหรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่แสดงถึงผู้ให้ข้อมูล เก็บไว้ เป็นความลับเฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และวิเคราะห์สรุปผลในภาพรวม จะทำลายข้อมูลหลังจากการ วิจัยเสร็จสิ้นและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาของการเข้ามาดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรอบรู้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ความรอบรู้ด้านการดูแลความปลอดภัยในชีวิต ความรอบรู้

ด้านการสัมผัส สื่อสาร เพื่อสร้างกำลังใจ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วย และความรอบรู้ ดูแลตามความเชื่อ/ความหวังของการรักษา

ส่วนที่ 3 ผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจะประเมินว่าข้อคำถามแต่ละข้อถามหรือวัดได้ตรงกับเรื่องหรือไม่ และข้อคำถามทั้งหมดนั้น ครอบคลุมเนื้อหาของเรื่องที่จะวัด หรือไม่ ความเห็นพ้องต้องกันของคณะผู้ทรงคุณวุฒิแสดงถึงความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนั้น ซึ่งคำนวณออกมาเป็นตัว เลขเรียกว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยผู้เชี่ยวชาญ จะประเมินข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 4, 3, 2, หรือ 1 (4 = เกี่ยวข้องมากที่สุด และ 1 = ไม่เกี่ยวข้อง เลย) ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้ง ฉบับคิดจากค่าร้อยละของข้อคำถามที่ได้คะแนน 3 ขึ้นไป ค่า CVI เท่ากับ .80 มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามความคิดเห็น ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดย โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ชาย โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) โดยภาพรวมมีค่าเท่ากับ .88 รายข้อมีความเชื่อมั่น ดังนี้

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

ด้านผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง จำนวน 122 คนร้อยละ 66.30 เป็นเพศชาย จำนวน 62 คน ร้อยละ 3.70 อายุ ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 51 คน ร้อยละ 27.72 รองลงมา 51–60 ปี จำนวน 37คน ร้อยละ 20.11 อายุ 31 – 40 ปี จำนวน 33 คน ร้อยละ 17.93 และอายุ 21– 30 ปี จำนวน 29 คน ร้อยละ 15.76 และอายุน้อยสุด ต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 12 ร้อยละ 6.52 และอายุน้อยสุดต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 12 ร้อยละ 6.52 มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 57 คน ร้อยละ30.98 รองลงมา ไม่มีรายได้ จำนวน 54 คน ร้อยละ 29.35 และรับจ้าง จำนวน 50 คน ร้อยละ27.17รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ มีน้อยกว่า 5000 บาท จำนวน 78 คน ร้อยละ 42.39 รองลงมา 10001 – 20000 บาท จำนวน 44 คน ร้อยละ 23.91รายได้ 5001- 10000 บาท จำนวน 41 คน ร้อยละ22.28และรายได้น้อยสุด 40001 – 50000 บาท จำนวน 1 คนร้อยละ 0.54 ความสัมพันธ์ เป็นลูกกับผู้ป่วย จำนวน 109 คน ร้อยละ 59.25 รองลงมาเป็นหลานจำนวน 28 คนร้อยละ 15.23 และความสัมพันธ์ที่มีจำนวนน้อยสุดเป็นสามี จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.54 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 7-9 วัน จำนวน 76 คนร้อยละ41.30รองลงมา 1-3 วัน จำนวน 71 คน ร้อยละ 38.59 และระยะเวลาในการดูแลจำนวนน้อยมากและใช้เวลานาน มากกว่า 10 วันจำนวน 12 คนร้อยละ 6.52

ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ภาพรวมในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$=2.96, SD=.80) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย อันดับแรก คือ มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแพมเพิสได้ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย ($\overline{X}$=2.99) รองลงมา คือ มีความรู้และเข้าใจในการดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ($\overline{X}$=2.96) มีความรู้และเข้าใจในการทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะและถ่ายอุจจาระ ($\overline{X}$=2.97) และมีความรู้และเข้าใจในการให้อาหารและน้ำผู้ป่วยผ่านทางสายยางจมูก ($\overline{X}$= 2.90) ตามลำดับ

ระดับความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยในชีวิต ภาพรวมในระดับปานกลาง ($\overline{X}$= 2.67, SD=.81) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจดูแลให้มีการเคลื่อนไหวผู้ป่วยให้ห่างไกลภาวะแทรกซ้อนเช่นแผลกดทับ การไขเตียงให้

ศีรษะสูงเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ($\bar{X}$=2.70) รองลงมามีความเข้าใจในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงจากการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$=2.64) และมีส่วนร่วมและเข้าใจในการดูแลและบรรเทาอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$= 2.66) ตามลำดับ

ระดับความรอบรู้ เกี่ยวกับการสัมผัส สื่อสาร เพื่อสร้างกำลังใจ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วย ภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.20 ,SD=.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจในการปลอบประโลมใจให้กับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในขณะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ($\bar{X}$= 3.22) มีความเข้าใจในการพูดคุย เพื่อเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$=3.22) และมีความเข้าใจในการดูแลให้กำลังใจโดยการ สัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกายเช่น ศีรษะ ไหลแขนและลำตัวเพื่อให้กำลังใจในขณะที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$= 3.17)

ระดับความรอบรู้ เกี่ยวกับ ดูแลตามความเชื่อ/ความหวังของการรักษา ภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.63) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความเข้าใจในการเข้าถึงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยการ สอบถามข้อมูลจากแพทย์พยาบาล($\bar{X}$= 2.76) รองลงมา สามารถนำข้อมูลที่สืบค้นได้จากแหล่งน่าเชื่อถือและข้อมูลของแพทย์ พยาบาล มาตัดสินใจที่จะรับการรักษาต่อหรือปฏิเสธการรักษา ($\bar{X}$=2.68) และมีความเข้าใจในการสืบค้นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและนำข้อมูลมาสอบถาม แลกเปลี่ยนเพื่อความมั่นใจตามความคาดหวังของผู้ดูแล ($\bar{X}$=2.44)

ระดับ ผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.58) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความคิดเห็นระดับปานกลางอันดับแรกคือมีความทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$=2.77) ต้องปรับสภาพตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ($\bar{X}$=2.70) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งนี้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ($\bar{X}$=2.63) มีภาวะสุขภาพทรุดโทรมทางกาย เวลาในการดูแลตนเองลดลง ($\bar{X}$= 2.43) การได้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสุขครอบครัวการได้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสุขครอบครัว ($\bar{X}$= 2.39) ตามลำดับ

ระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.92) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามี ความคิดเห็นระดับปานกลางอันดับแรกคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพราะเป็นญาติสายตรงและญาติสนิทของผู้ดูแล ($\bar{X}$=3.46) รองลงมา ผู้ดูแลมีจิตใจ และอยากช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่มีความเจ็บป่วย ($\bar{X}$= 3.22) ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากเครือญาติและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ ($\bar{X}$=3.01)[4] ผู้ดูแลยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่เครื่องช่วยหายใจ ($\bar{X}$= 2.90) การดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ที่ทำให้มีความสามารถในการดูแลคนอื่นได้บ้าง ($\bar{X}$= 2.76) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยใจเพราะตนเองเป็นผู้ดูแล ($\bar{X}$= 2.74) ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีมาก่อนระหว่างแพทย์ พยาบาล ($\bar{X}$= 2.69) ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติอย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ ($\bar{X}$=2.50) ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กันกับค่าความรอบรู้ความต้องการด้านร่างกาย อย่างมีความสำคัญทางสถิติ (r=.180, P-value = .014) ความรอบรู้ความต้องการด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับค่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีความสำคัญทางสถิติ (r=.045, P-value=.000) และความรอบรู้ด้านผลกระทบต่อญาติจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีความสำคัญทางสถิติ (r=.177, P-value=.016)

การอภิปรายผลการวิจัย

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นลูกของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทางอายุรกรรมจำนวน 184 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น[6] และพบว่าญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมที่ต้องกลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย อธิบายได้ ว่าเป็นเพราะบริบทของสังคมไทยที่เชื่อว่าการทำหน้าที่ดูแลสมาชิก

ในครอบครัวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง และมีการประกอบอาชีพเกษตรกร ที่มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท นอกจากนั้นพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทั้ง 4 ด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[7] สอดคล้องกับความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤต ทางอายุรกรรม: การศึกษาแบบผสานวิธี กล่าวว่า ความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งใน[8] การสำรวจความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กล่าวถึงความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จัดว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก[7] ที่มีความพร้อมที่จะทำให้ทั้งตนเองและผู้ป่วยมีความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแพมเพิสและเข้าใจในการดูแลความสะอาดร่างกายซึ่งความเข้าใจในการให้อาหารทางสายยางทางจมูกยังมีความเข้าใจน้อย[9] ซึ่งผลของการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลในการย้าย ผู้ป่วยออกจาก หอผู้ป่วยกึ่งวิกกฤตด้านการหายใจ ต่อความวิตกกังวล พบว่า ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และญาติจะมีความพร้อมสามารถทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ แต่อาจไม่มีความมั่นใจในการดูแล[10] จากการศึกษาประสบการณ์ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยวิกฤติในหอผู้ป่วยสามัญ กล่าวคือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยไม่ได้ถูกรับทราบให้เข้าใจอย่างเพียงพอ รวมทั้งการประเมินอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ส่วนด้านความปลอดภัยในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลให้มีการเคลื่อไหว และมีส่วนร่วมและเข้าใจในการดูแลและบรรเทาอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจแต่ มีความเข้าใจน้อย ในการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงจากการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ[7] ส่วนการศึกษาความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤต ทางอายุรกรรม: การศึกษาแบบผสานวิธี ได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคของญาติในการทำหน้าที่ผู้ดูแล พบว่าข้อคิดเห็นที่ถูกระบุ มากที่สุดคือการไม่ทราบว่าจะเตรียมตัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไรและกลัวว่าเวลาฉุกเฉินจะช่วยไม่ทัน ทั้งนี้เป็นเพราะญาติรับรู้ว่าผู้ป่วยวิกฤตมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรง หลายโรค การทำหน้าที่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความสามารถสูงทำให้ญาติรู้สึกไม่ พร้อม นอกจากนั้นยังพบว่า ญาติส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อนจึงอาจรู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ส่วนด้านการสัมผัสและสื่อสาร เพื่อสร้างกำลังใจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่ามีความเข้าใจในการปลอบประโลมใจให้กับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในขณะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย และ มีความเข้าใจในการพูดคุย เพื่อเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีความเข้าใจในการดูแลให้กำลังใจโดยการ สัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกายเช่น ศีรษะ ไหล แขน และลำตัวเพื่อให้กำลังใจในขณะที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ[8] และการให้ความเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจญาติ ต่อการให้ข้อมูลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล การเปิด โอกาสให้ญาติสอบถาม การมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษา การแสดงความเห็นอกเห็นใจของแพทย์ และการให้เวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างความ พึงพอใจให้กับญาติผู้ป่วย และจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ยังมีประเด็นต่างๆ ที่สามารถพัฒนา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีคุณภาพที่ดีขึ้น อันได้แก่ การสื่อสารที่ดี ให้ข้อมูลแก่ญาติ อย่างครอบคลุมต่อเนื่องและการปรับปรุงการดูแลอาการไม่สบายตัวของญาติ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการดูแลที่สมบูรณ์มากขึ้นผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาด้านการดูแลตามความเชื่อ/ความหวังของการรักษาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีความเข้าใจในการเข้าถึงข้อมูลการเจ็บป่วยโดยการสอบถามข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลและสามารถนำข้อมูลที่สืบค้นได้จากแหล่งน่าเชื่อถือและข้อมูลของแพทย์พยาบาล มาตัดสินใจที่จะรับการรักษาต่อหรือปฏิเสธการรักษา และยังมีความเข้าใจในการสืบค้นข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและนำข้อมูลมาสอบถาม เพื่อแลกเปลี่ยนความมั่นใจตามความคาดหวังของผู้ดูแลต่อไป[8] ได้พบว่าการให้ข้อมูลของ แพทย์ทั้งหมดกับญาติผู้ป่วยในครั้งเดียวนั้นไม่เพียงพอ ที่จะทำให้ญาติเข้าใจสถานการณ์ทั้งหมดได้ มีความเห็นว่าควรให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้งถึงการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่แพทย์ให้ข้อมูลและตอบคำถามได้ชัดเจนและอธิบายแนวทางการรักษาทั้งหมดให้แก่ญาติ และการเปิดโอกาสให้ญาติสอบถามและมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษา การแสดงความเห็นอกเห็นใจของแพทย์ และการให้เวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้กับญาติผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้นำไปถ่ายทอดให้พยาบาลในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจได้สื่อสารให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลให้ปลอดภัยและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการ พัฒนาต่อยอดเพิ่มประสิทธิผลของระบบบริการทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการจัดทำวิจัยเชิงกึ่งทดลองด้วยแอพพิเคชั่นการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ตามความต้องการด้านร่างกาย ทั้ง 3 ด้าน และ ผลที่เกิดจากผลกระทบการดูแลของผู้ดูแล Care Giver ในผู้ป่วยที่มีการใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อเป็นการวัดประสิทธิผลและคุณภาพ

References

1. Chiaranai C. Nursing Care of Critical Patients with Mechanical Ventilation: Self-care Theory and the Application of Nursing Systems Theory. Journal of Health and Nursing Education. 2022 ; 28 (1):1 – 12 (in Thai)
2. Phumivadhana S. Humanized nursing care for patients receiving invasive mechanical ventilator : From concept to practice. Vajira Nursing Journal. 2020; 22 (1):70-91. (in Thai)
3. Watcharasin P. Endotracheal intubation. In: Rungreunhiranya S, Watcharasin, P, Pirompanich P, Sawawiboon C, & Kongpolprom N, editors. ICU survival guide. 2nd ed. Nakhon Pathom: Sintaveekij Printing; 2020. 172–6. (in Thai)
4. Jeeranai C, & Chulari S. Basic concepts of nursing science. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology Press.; 2019. (in Thai)
5. Janpradit P. On the topic of “Patients’ Experiences with Receiving a Ventilator” for a Master’s Degree in Nursing Science at Songkhla Rajabhat University ; 2000 (in Thai)
6. Udchumpisai M. Thriving in Family Caregiver : A Grounded Theory Study of Thai Family Caregivers of Patients with Home Mechanical Ventilation (HMV)[dissertation]. Prince of Songkla University ; 2017
7. Udchumpisai M, & Sangsongrit N. Needs and Preparedness of Caregivers to care for Medical Critically-Ill Patients: A Mixed-Method Study. Thái Red Cross Nursing Jounal. 2020; 13 (1): 263-78. (in Thai)
8. Suraarunsumrit P, Thongpraphai S, et al. Survey of family satisfaction with delivered care in terminally Ill patients. Department of Medicine, Siriraj Hospital. 2018: 37-45. (in Thai)
9. Boonphimon P. The Effect of Preparing Family Caregivers for Transferring Patients from the Respiratory Intermediate Care Unit on Anxiety and Satisfaction. (Quality Festival): Respiratory Sub-Critical Care Unit, Critical Care Nursing Division, Si Ayutthaya Hospital; 2020 (in Thai)
10. Vibulchai N, Somsup R, PhemPhul C, & Prajanpol J. Experiences of Critical Patients Receiving Mechanical Ventilators in General Wards. Journal of The Royal Thai Army Nurses .2021; 22 (3) : 95-103.(in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทาน ของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน

Effects of Parent Training Program on Story Reading in Promoting Toddler Language Development

วิศนีย์ บุญหมั่น*[1] ไปยดา วิรัศมี[2] นาฏอนงค์ แฝงพงษ์[1]
Wisanee Boonmun*[1] Paiyada Wirutsamee[2] Natanong Faengphong[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
[1]Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Ubonratchathani, Thailand 34190
[2]ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
[2]Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani, Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-3 ปีจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 และกลุ่มควบคุม 32 คน เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานและแบบสอบถามด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการอ่านนิทานในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, chi-square, independent t-test, Mann-Whitney U test และ Generalized Estimating Equations (GEE)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการอ่านนิทานหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ หลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และติดตามผล 1 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กโดยการอ่านนิทาน

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา, การอ่านนิทาน, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a parent training program on story reading in promoting toddler language development based on Theory of Planned Behavior. The participants consisted of 64 parents of children aged 2-3 years, divided into the experimental group (32 participants) and the control group (32 participants). The research instruments included the program and questionnaires assessing parents' attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, intention and behaviors. Data were

Corresponding Author: *E-mail: vitsanee.b@ubu.ac.th
ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
The research funding from Reading Culture Promotion Program Thai Health Promotion Foundation

วันที่รับ (Received) 22 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 21 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 2 พ.ค. 2568

analyzed using descriptive statistics, chi-square, independent t-test, Mann-Whitney U test, and Generalized Estimating Equations (GEE).

The results revealed that the experimental group had a statistically significant increase in the mean scores of story reading behaviors after the intervention and at the one-month follow-up ($p<.05$). The mean scores of attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and intention showed a statistically significant increase after the intervention ($p<.05$). At the one-month follow-up, perceived behavioral control and intention remained significantly increased ($p<.05$). Healthcare professionals involved in promoting child development can use this program to support parents' roles in enhancing children's language development through story reading.

Keywords: Promoting Language Development, Story Reading, Theory of Planned Behaviors

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงเวลาสำคัญของการสร้างรากฐานชีวิตและจิตใจของมนุษย์ นอกจากร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างเร็ว สมองของเด็กจะเจริญเติบโตสูงสุดในช่วงวัยนี้[1] ปัจจุบันเด็กอยู่ในสังคมที่เทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น รูปแบบของการใช้สื่อผ่านจอมีความหลากหลายและเข้าถึงง่าย ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูและพัฒนาการของเด็กโดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา[2]

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปี 2562-2566 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีษะเกษ ยโสธร และอำนาจเจริญ พบว่า ปี 2562 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 58 ในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 60 โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา ในเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน มีพัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษาสงสัยล่าช้าร้อยละ 33.8 และ ร้อยละ 44.7 ตามลำดับ ในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน พัฒนาการด้านเข้าใจภาษาสงสัยล่าช้า ร้อยละ 44.8[3] และในปี 2564 พบว่า เด็กมีพัฒนาการภาพรวมสงสัยล่าช้าร้อยละ 41.2 พัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษามากที่สุด ร้อยละ 28.4[4] จากการศึกษาการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กไม่เพียงพอ[5] จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย[6] พบว่า พัฒนาการของเด็กด้านสติปัญญาและภาษาต่ำที่สุด ประมาณร้อยละ 60 ผลการวิเคราะห์พบว่า การที่ผู้ปกครองเล่านิทาน อ่านหนังสือหรือให้เด็กดูสมุดภาพ มีผลต่อพัฒนาการเด็กที่สมวัยมากขึ้นร้อยละ 28[6]

การอ่านนิทานมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก[7] สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา เพราะทำให้ผู้ปกครองและเด็กมีปฏิสัมพันธ์กัน ส่งเสริมการสร้างจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ในเด็ก[8] จากการศึกษาพบว่าเด็กอายุ 2-4 ปี มากกว่าร้อยละ 70 ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิคส์และมากกว่าร้อยละ 40 ใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงต่อวัน[6] พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ อ่านนิทานให้เด็กฟังทุกวัน[9] ครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีเด็กอายุ 2-4 ปี มีหนังสือสำหรับเด็กจำนวนน้อยที่สุด โดยมีหนังสือนิทานอย่างน้อย 3 เล่มต่อครอบครัวร้อยละ 22.80[9] ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทาน เพราะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาได้เป็นอย่างดี[9,10] ดังนั้น การอ่านนิทานจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นที่ยอมรับและนำมาใช้กันมากในการสร้างและปรับพฤติกรรมของบุคคล[2,11] โดยอธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด มาจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งความตั้งใจมาจากความคิดของบุคคล คือ ทัศนคติการรับรู้บรรทัดฐานของสังคมและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้น[10] ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ จึงนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน โดยมีกิจกรรมเพิ่มทัศนคติ เพิ่มการรับรู้บรรทัดฐาน

ของสังคม เพิ่มการรับรู้ความสามารถ เสริมสร้างความตั้งใจ และเพิ่มพฤติกรรมของผู้ปกครองในส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานในเด็ก

จากการสอบถามครูผู้ดูแลเด็ก ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลคำขวาง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เด็กบางส่วนมีพัฒนาการด้านภาษาไม่สมวัย เนื่องจากช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 เด็กอยู่กับสื่อหน้าจอเพิ่มมากขึ้น ผู้ปกครองอ่านนิทานไม่ถูกวิธี ครูผู้ดูแลเด็กได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดินตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มทัศนคติ สร้างการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม เพิ่มความสามารถเสริมสร้างความตั้งใจ และเพิ่มพฤติกรรมของผู้ปกครองในส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานในเด็กวัยหัดเดินเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กของผู้ปกครองโดยการอ่านนิทาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง

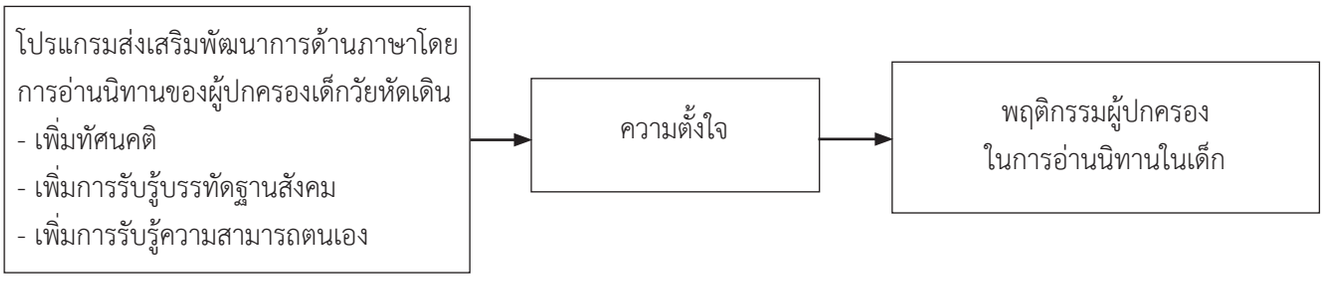
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กของผู้ปกครองโดยการอ่านนิทาน หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[12] เป็นกรอบแนวคิดในการจัดโปรแกรม โดยอธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด มาจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น มาจากความคิดของบุคคล คือ ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคมและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้น[12] ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มทัศนคติ เพิ่มการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม เพิ่มการรับรู้ความสามารถ เสริมสร้างความตั้งใจ และเพิ่มพฤติกรรมของผู้ปกครองในส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานในเด็ก



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการวัดซ้ำ 3 ครั้ง (ก่อนทดลอง, หลังทดลองและติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองเด็กอายุ 2-3 ปี ที่มารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ปกครองเด็กที่รับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลคำขวางเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) และผู้ปกครองเด็กที่รับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลโพธิ์ใหญ่เป็นกลุ่มควบคุม (control group) ซึ่งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองแห่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = .05 วัดซ้ำจำนวน 3 ครั้ง คำนวณค่าอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน[7] ค่า effect size (d) = 0.317 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 29 คนต่อกลุ่ม และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10%[2] จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คนต่อกลุ่ม จากนั้นทำการสุ่มแบบง่าย (Sample random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน รวมทั้งสิ้นมีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 64 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ปกครองเด็ก อายุ 2-3 ปี โดยเด็กมีพัฒนาการสมวัย อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กและมีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีความสมัครใจและยินดีตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 และย้ายภูมิลำเนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทานของผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน

พัฒนาโดยผู้วิจัย จัดกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 กิจกรรมประกอบด้วยการบรรยาย การอภิปราย การแสดงบทบาทสมมุติ การตอบคำถาม การวิเคราะห์สถานการณ์ (รายกลุ่ม) และกิจกรรมครั้งที่ 2 เพิ่มความสามารถรายบุคคล (รายบุคคล) โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม "พัฒนาการภาษาสมวัย สร้างได้ด้วยนิทาน" วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มทัศนคติ สร้างการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม เพิ่มความสามารถ เสริมสร้างความตั้งใจและเพิ่มพฤติกรรมของผู้ปกครองในอ่านนิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1: เพิ่มทัศนคติ อภิปรายกลุ่มและนำเสนอเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก ผลกระทบจากการใช้สื่อจอใสของเด็ก ประโยชน์ของนิทานกับพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก

กิจกรรมที่ 2: สร้างการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม อภิปรายโจทย์สถานการณ์เกี่ยวกับการอ่านนิทานในเด็ก บุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมของอ่านนิทานในเด็กของผู้ปกครอง วิธีการส่งเสริมการอ่านนิทานในเด็ก

กิจกรรมที่ 3: เพิ่มความสามารถในการแสดงพฤติกรรม อภิปรายและแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์ที่กำหนดเกี่ยวกับวิธีการอ่านนิทานในเด็ก ผู้วิจัยสรุปเรื่องเทคนิคของการอ่านนิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กและแนวทางการใช้สื่อจอใสในเด็ก

กิจกรรมที่ 4: เสริมสร้างความตั้งใจ อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สิ่งสนับสนุน และตั้งเป้าหมายในการอ่านนิทานในเด็ก ผู้ปกครองได้รับคู่มือผู้ดูแลเด็ก ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับนิทานกับพัฒนาการเด็ก ประโยชน์ของการอ่านนิทาน และเทคนิคการอ่านนิทานในเด็ก

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเพิ่มความสามารถในการอ่านนิทานในเด็กของผู้ปกครอง โดยติดตามพฤติกรรมในการอ่านนิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็ก สอบถามปัญหาอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนที่ทำให้ผู้ปกครองอ่านนิทานในเด็กและให้คำแนะนำรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน พัฒนาโดยผู้วิจัย ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก 2)แบบสอบถามทัศนคติ ให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ ข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 2 ข้อ คะแนนสูงสุด 65 คะแนน และต่ำสุด 13 คะแนน 3) แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานสังคม ให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ คะแนนสูงสุด 20 คะแนน และต่ำสุด 4 คะแนน 4) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ คะแนนสูงสุด 55 คะแนน และต่ำสุด 11 คะแนน 5) แบบสอบถามความตั้งใจ ให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 1 ข้อ คะแนนสูงสุด 5 คะแนน และต่ำสุด 1 คะแนน และ 6) แบบสอบถามพฤติกรรม ให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า

4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 2 ข้อ คะแนนสูงสุด 48 คะแนน และต่ำสุด 12 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก และอาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยาพัฒนาการ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) แบบสอบถามทัศนคติ มีค่า IOC = 0.91 แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรม มีค่า IOC = 1.00 หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในผู้ปกครองที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.87, 0.96, 0.97, และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-24/2567 ลงวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย การเคารพสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดความลับ หากไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยุติได้โดยที่ไม่ต้องแจ้งผู้วิจัย และในการเขียนรายงานการวิจัยจะเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ independent t-test และ Chi-square

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้ความสามารถ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test เมื่อมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรทัดฐานสังคม ความตั้งใจ และพฤติกรรม ด้วยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เมื่อมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา (ก่อนทดลอง, หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง) โดยใช้สถิติ Generalized Estimating Equations (GEE)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.80 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.50 รองลงมา คือ ย่าหรือยาย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 31.20 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 37.50 อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 39.91 ปี (SD = 13.77) และกลุ่มควบคุม 37.66 ปี (SD = 13.01) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.30 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 65.60 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง กลุ่มทดลองร้อยละ 31.20 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 43.80 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p >.05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ ความสามารถ ความตั้งใจและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n=64)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังการทดลอง	B	SE	95%CI	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)				
ทัศนคติ						
กลุ่มควบคุม	52.13(3.74)	52.28(4.70)				
กลุ่มทดลอง	53.47 (3.47)	55.90(4.23)	2.28	1.03	.25, 4.31	.028*
การรับรู้บรรทัดฐานสังคม						
กลุ่มควบคุม	16.12 (1.76)	15.50(1.94)				
กลุ่มทดลอง	17.28 (2.61)	18.40(1.80)	1.75	.56	.66, 2.84	.002*
การรับรู้ความสามารถ						
กลุ่มควบคุม	40.94 (7.67)	42.59(4.93)				
กลุ่มทดลอง	43.34 (5.52)	48.50(5.96)	3.5	1.66	1.18, 6.82	.039*
ความตั้งใจ						
กลุ่มควบคุม	3.63 (1.16)	3.81(0.82)				
กลุ่มทดลอง	3.38 (0.84)	4.66(0.54)	1.09	.26	.59, 1.59	<.001*
พฤติกรรม						
กลุ่มควบคุม	34.19 (4.44)	34.81(4.20)				
กลุ่มทดลอง	35.50 (3.88)	42.13(4.24)	6.62	.60	5.44, 7.81	<.001*

* p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจและพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง (n=64)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน	B	SE	95%CI	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)				
ทัศนคติ						
กลุ่มควบคุม	52.13(3.74)	52.12(3.74)				
กลุ่มทดลอง	53.47 (3.47)	54.25(3.84)	.78	.92	-1.01, 2.57	.391
การรับรู้บรรทัดฐานสังคม						
กลุ่มควบคุม	16.12 (1.76)	16.13(1.75)				
กลุ่มทดลอง	17.28 (2.61)	17.93(1.81)	.66	.49	-.32, 1.63	.185
การรับรู้ความสามารถ						
กลุ่มควบคุม	40.94 (7.67)	40.93(7.67)				
กลุ่มทดลอง	43.34 (5.52)	47.44(4.07)	4.09	1.05	2.03, 6.16	<.001*
ความตั้งใจ						
กลุ่มควบคุม	3.63 (1.16)	3.63(1.16)				
กลุ่มทดลอง	3.38 (0.84)	4.53(0.57)	1.16	.18	.87, 1.45	<.001*
พฤติกรรม						
กลุ่มควบคุม	34.19 (4.44)	34.43(4.34)				
กลุ่มทดลอง	35.50 (3.88)	42.16(4.33)	6.41	.81	4.82, 7.99	<.001*

* p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจ และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติและการรับรู้บรรทัดฐานสังคม ก่อนทดลองและติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถและความตั้งใจ หลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และจากการติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติและการรับรู้บรรทัดฐานสังคม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$)

โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มทัศนคติของผู้ปกครองในการอ่านนิทานในเด็กได้ เนื่องจากมีการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์พัฒนาการเด็ก ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษา ผลกระทบจากการใช้สื่อจอใส ประโยชน์ของนิทานกับพัฒนาการด้านภาษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่บุคคลมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับทราบถึงผลดีหรือประโยชน์ของการกระทำนั้น สามารถเพิ่มทัศนคติได้[2,11,13]

เมื่อวิเคราะห์ทัศนคติรายข้อพบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ผู้ปกครองคิดว่านิทานทุกชนิดเหมาะสมสำหรับเด็ก จึงควรให้คำแนะนำในการเลือกนิทานให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย ในกิจกรรมสร้างการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม ได้มีการอภิปรายถึงบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครอง ซึ่งบุคคลที่มีผลให้ผู้ปกครองอ่านนิทานส่วนใหญ่ คือ ครู สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครูมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็ก[2] และข้อที่มีคะแนนระดับสูงแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยหลังการทดลอง พบว่า บุคลากรทางสุขภาพเป็นบุคคลที่มีผลต่อผู้ปกครองในการอ่านนิทานที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพในการให้คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านนิทาน

การรับรู้ความสามารถในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ผู้ปกครองได้แสดงบทบาทสมมุติเกี่ยวกับการอ่านนิทานในเด็ก อภิปรายร่วมกัน และได้รับความรู้เพิ่มเติมเรื่องวิธีการอ่านนิทาน และแนวทางการใช้สื่อจอใสในเด็ก ทำให้มีความมั่นใจในการอ่านนิทานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเพิ่มความสามารถของบุคคลโดยการแสดงบทบาทสมมุติ และมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้[2,11]

การติดตามสอบถามปัญหา อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนที่ทำให้ผู้ปกครองอ่านนิทานในเด็ก พบว่า ผู้ปกครองที่ได้เริ่มอ่านนิทานให้เด็กฟัง ส่งผลให้เด็กอยากอ่านนิทานด้วยตนเอง ผู้ปกครองบางส่วนไม่มีเวลาในการอ่านนิทานให้เด็กฟัง ผู้วิจัยจึงได้อธิบายความสำคัญของการใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก อ่านนิทานวันละ 5-10 นาทีต่อวัน สามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กได้ เพราะการอ่านนิทานทำให้ผู้ปกครองและเด็กมีปฏิสัมพันธ์กัน สร้างความผูกพัน ส่งเสริมการสร้างจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ เชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาสมองและสติปัญญาของเด็ก[8]

พฤติกรรมการอ่านนิทานของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือนเพิ่มขึ้น การที่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการอ่านนิทานที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงหลังการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมนี้ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีกับการอ่านนิทาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ เห็นถึงประโยชน์ของการอ่านนิทานว่าสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กได้ จึงมีพฤติกรรมการอ่านนิทานที่เพิ่มขึ้น[7,14] การคล้อยตามบุคคลที่ผู้ปกครองให้ความสำคัญ มีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจ และเพิ่มความตั้งใจที่จะอ่านนิทาน จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการอ่านนิทานที่เพิ่มมากขึ้น เป็นการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสมวัยต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กโดยวิธีการอ่านนิทาน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว และส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมการอ่านนิทานกับเด็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามความคงทนของพฤติกรรมการอ่านนิทานของผู้ปกครองและศึกษาติดตามพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก

2. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ของผู้ปกครองในการเลือกนิทานให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก และวิธีการอ่านนิทานในเด็ก

3. ส่งเสริมบทบาทบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กโดยการอ่านนิทาน

References

1. Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Bangkok: The war veterans organization of Thailand under royal patronage of his majesty the king; 2024. (in Thai)
2. Boonmun W, Phuphaibul R, Hongsanguansri S, Nookong A, & Chansatitporn N. A Program for Parents' Screen Time Reduction for Preschool Children: A Quasi-experimental Study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2023; 27(2): 368-80.
3. Pannaphop N. The Evaluation of Child Development Project on the Auspicious Occasion of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorns 5th Cycle Birthday Anniversary Regional Health in Regional Health Promotion Center 10. Ubonratchathani: Regional Health Promotion Center 10; 2020. (in Thai)
4. Chaichanasang T, Jantanam W, Hungspruek U, & Srisong P. Community Potential in Early Childhood Development: Participatory Action Research. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(2): 451-9. (in Thai)
5. Sungsakul W, & Meenongwah J. Perception of Parents of Children with Suspected Developmental Delays Regarding an Access to Services for the Promotion of Early Childhood Development in 10th Public Health Region. Journal of Health and Nursing Education. 2022; 28(1): 1-18. (in Thai)
6. National Statistical Office of Thailand. Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2022 Report of 12 Selected Provinces in Thailand. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2023. (in Thai)
7. Uaapisak K, Sakuldee N, & Thongpong D. The Effects of storytelling education programs to promote early childhood language development on the knowledge and storytelling behavior of the child caregivers who come to receive services at well child clinic of Health promotion center 7 Khon Kaen. Regional Health Promotion Center 7 Journal. 2021; 13(2): 37-54. (in Thai)
8. Roberts MY, Curtis PR, Sone BJ, & Hampton LH. Association of parent training with child Language development: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics. 2019; 173(7): 671–80.
9. Machara S, Kokphai P, Kansin S, Suparatanagool S, & Sangsuwan D. Knowledge and Language Development Promoting Behaviors of Caregivers and Language Development for 2-5-Year-Old Children at Child Development Centers in Subdistrict Municipality Udon Thani Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021; 15(38): 574-87. (in Thai)

10. Promma N, & Somjit P. Effectiveness of Storytelling Promoting Program for Three Generations Family with Development of Pre-school Children in Phayao Province. Journal of Health Science of Thailand. 2023; 32(6): 1092-102. (in Thai)
11. Bhusiri P, Phuphaibul R, Suwonnaroop N, & Viwatwongkasem C. Effects of parenting skills training program for aggressive behavior reduction among school-aged children: a quasi-experimental study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2018; 22(4): 332-46.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision Process; 1991; 50(2): 179-11.
13. Chokprajakchad M, Phuphaibul R, Sieving ER, & Phumonsakul S. Effectiveness of parent participation in a technology-based adolescent sexuality education program: a randomized control trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2020; 24(2): 219-32.
14. Thanachaibubparom T, Nookong A, & Rungamornrat S. Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Language Development Promoting Behavior of Caregivers and Expressive Language Development of Children Aged 2 - 5 Years Old. Journal of Health and Nursing Research. 2024; 40(2): 14-24. (in Thai)

ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ : การศึกษาย้อนหลัง 24 เดือน

Complication of Post Catheterization Transradial Artery: A 24-Month Retrospective Study

นงนภัส เฉยเจริญ สิรีธร วิเชียรวรรณ์* ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล กฤษฎา มีมุข
Nngnapas Cheyjarean Sireetorn Wichienwan* Teepatad Chintapanyakun Krissada Meemook
[1]**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400**
[1]**Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลภาวะแทรกซ้อนหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ 4 ชั่วโมงเป็น 2 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ณ หอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1,013 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษา และข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะคลายสายรัดข้อมือ และหลังคลายสายรัดข้อมือ พบได้ร้อยละ 1.18, 1.28, และ 3.46 ตามลำดับ ระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ 4 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ทั้งในระยะก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะคลายสายรัดข้อมือ และหลังคลายสายรัดข้อมือ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ, การใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This retrospective study aimed to compare the complications after catheterization transradial artery the duration of the wrist brace from 4 hours to 2 hours. The sample consisted of 1,013 patients who underwent catheterization transradial artery at the post cardiac care unit, Ramathibodi hospital. The sample was purposively selected. The research instruments were a general information record form, treatment information, and complication information of patients after catheterization transradial artery. The data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

The results of the research found that the complications of patients after the coronary catheterization procedure through the wrist artery before, during, and after the wrist strap were 1.18, 1.28, and 3.46 percent, respectively. The duration of the wrist strap after the procedure was significantly related to the occurrence of

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

วันที่รับ (received) 1 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 เม.ย. 2568

complications of patients after the coronary catheterization procedure through the wrist artery at a statistical level of .05. The occurrence of complications in the group of patients who took 4 hours to loosen the wrist strap after the procedure was higher than the group of patients who took 2 hours to loosen the wrist strap, both before, during, and after the wrist strap was loosened.

Keywords: patients with catheterization transradial artery, transradial coronary angiography, complication

บทนำ

การสวนหัวใจทางหลอดเลือดแดง (cardiac catheterization) และการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง (percutaneous coronary intervention: PCI) เป็นวิธีการวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน กระทำโดยแพทย์แทงเข็มใส่ท่อนำสายสวนคาไว้ที่หลอดเลือดแดง ใส่สายสวนเข้าไปยังหลอดเลือดแดงใหญ่เอออตาร์ แล้วฉีดสารทึบแสงเข้าทางสายสวนเพื่อตรวจวินิจฉัยสิ่งผิดปกติของหลอดเลือด ได้แก่ การตีบแคบหรือตันของหลอดเลือด และทำการวินิจฉัยหรือรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจตำแหน่งที่เข็มสอดใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (femoral artery) หลอดเลือดแดงที่แขน (brachial artery) และหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ (radial artery)[1] แต่ในปัจจุบันแพทย์โรคหัวใจพิจารณาใช้ตำแหน่งหลอดเลือดที่ข้อมือมากขึ้น (transradial catheterization) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงขาหนีบ เช่น ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) ภาวะเลือดคั่งที่ช่องท้อง (retroperitoneal hematoma) ถ้ามีก้อนเลือดขนาดใหญ่อาจต้องผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก ภาวะเลือดออกที่แผล (bleeding) หรือ อาการปวดหลัง เนื่องจากต้องนอนนานและไม่สามารถงอขาหรือขยับขาข้างที่มีแผล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายเป็นต้น อีกทั้งยังเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดใส่สายสวนหลอดหัวใจที่ขาหนีบ เช่น ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ และผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่แดงที่ขาตีบตันหรือคด เป็นต้น[2-5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ คือ การเกิดรอยช้ำที่ผิวหนัง (ecchymosis) ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) และภาวะเลือดออกที่แผล (puncture site bleeding) พบร้อยละ 22, 12 และ 4 ตามลำดับ ในการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ พบร้อยละ 5, 0, และ 2 ตามลำดับ[6] พบว่า ภายหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ จะเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังประมาณร้อยละ 1.2 และเกิดภาวะเลือดออกที่แผลประมาณร้อยละ 97 และจากการศึกษาของประเทศจีน พบว่า การใช้สายรัดข้อมือ TR Band (Terumo Medical) ช่วยทำให้ไม่เกิดภาวะเลือดออกที่แผลได้เมื่อเทียบกับการใช้สายรัดข้อมือสำหรับลดความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] จะเห็นได้ว่าการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยและเป็นที่นิยมเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่แพทย์โรคหัวใจสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงได้ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ[9]

จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากจำนวน 369 คน เป็น 620 คน หลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือแพทย์จะทำการถอดท่อนำสายสวนพร้อมใส่อุปกรณ์สายรัดข้อมือชนิดใส่ลมเพื่อห้ามเลือด (patent hemostasis) ไว้นานประมาณ 4 ชั่วโมงหลังหัตถการจนกว่าหมดฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด (heparin) และจะเริ่มคลายสายรัดข้อมือ (deflate balloon of radial compression device) โดยดูดลม ขนาด 2 มิลลิลิตร ออกทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้งและครั้งที่ 4 ดูดลมออกจนหมดและนำสายรัดข้อมือออก สังเกตภาวะแทรกซ้อนตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการรัดข้อมือเพื่อห้ามเลือดไว้นาน 4 ชั่วโมง อาจเพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน (radial artery occlusion) ภาวะความดันกล้ามเนื้อผิดปกติ (compartment syndrome) ที่เกิดจากการกดแผลเป็นเวลานาน และผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายบริเวณที่รัดข้อมือ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลารัดข้อมือ 2 ชั่วโมง มีความเหมาะสมและประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน (radial artery occlusion) อีกทั้งยังปลอดภัย ในการป้องกันการเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (hematoma) และภาวะเลือดออก

ที่แผล (puncture site bleeding)[10] หอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ จึงได้ปรับขั้นตอนวิธีการปฏิบัติการพยาบาลหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ คือจะเริ่มคลายสายรัดข้อมือหลังจากทำหัตถการสวนหัวใจแล้ว 2 ชั่วโมง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังจากทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงตำแหน่งข้อมือที่เปลี่ยนระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือจาก 4 ชั่วโมงมาเป็น 2 ชั่วโมง ยังไม่มีผลลัพธ์ที่ชัดเจน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ หลังปรับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลและเปรียบเทียบผลของการปรับระยะเวลาคลายอุปกรณ์ห้ามเลือดแบบสายรัดข้อมือ ในผู้ป่วยสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือต่อไป

คำถามการวิจัย

ภาวะแทรกซ้อนหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือจาก 4 ชั่วโมง เป็น 2 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของภาวะแทรกซ้อนหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือระหว่าง 4 ชั่วโมง กับ 2 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลย้อนหลัง 24 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ โรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ณ หอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ (post cardiac care unit) โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 1,013 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยภายหลังได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือและได้รับการใส่สายรัดข้อมือชนิดใส่ลมเพื่อห้ามเลือด (patent hemostasis) ไว้นาน 4 ชั่วโมง เป็นข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical record: EMR) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 – 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 461 คน ส่วนอีกกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยใส่สายรัดข้อมือชนิดใส่ลมเพื่อห้ามเลือด (patent hemostasis) ไว้นาน 2 ชั่วโมง เป็นข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 – 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 552 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ
2. ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. มีประวัติหลังการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป เช่น การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหลอดเลือดดำหรือแดง เป็นต้น
4. ผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤต

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการและอาการแสดงที่มีภาวะวิกฤตหรือการได้รับการรักษาเร่งด่วน เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด และมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหลังสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับสมรรถนะของหัวใจ ตำแหน่งที่ทำหัตถการสวนหัวใจที่ข้อมือ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหัวใจ ผลการตรวจวินิจฉัย ยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับ และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือระยะเวลา 2 และ 4 ชั่วโมง หลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว หมายเลขรับรอง COA. MURA2023/429 เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความขออนุญาตสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยและใช้ข้อมูลของผู้ป่วยจากหน่วยเวชระเบียน ผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนงานที่วางไว้จนได้ข้อมูลครบถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาต เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึง ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตุประสงค์และวิธีดำเนินงานวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังทำหัตถการหัวใจ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้รหัสส่วนตัวเข้าสู่แฟ้มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยหลังสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับสมรรถนะของหัวใจ ตำแหน่งที่ทำหัตถการสวนหัวใจที่ข้อมือ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหัวใจ ผลการตรวจวินิจฉัย ยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับ และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลภาวะแทรกซ้อนหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจระหว่าง 2 ชั่วโมงกับ 4 ชั่วโมง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test of independence) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,013 คน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของตัวอย่าง (n = 1,013)

ลักษณะข้อมูลของตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. ข้อมูลทั่วไป		
เพศ		
ชาย	668	65.94
หญิง	345	34.06
อายุ (ปี) (Mean = 65.40, SD = 11.16)		
< 40	30	2.96
41 - 50	64	6.32
51 - 60	204	20.14
61 - 70	372	36.72
> 70	343	33.86
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) (M = 25.36, SD = 4.58)		
< 18.50 (น้ำหนักน้อยหรือผอม)	45	4.44
18.50 - 22.90 (น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ)	273	26.95
23.00 - 24.90 (น้ำหนักเกิน)	221	21.82

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของตัวอย่าง (n = 1,013) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลของตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
25.00 - 29.90 (โรคอ้วนระดับที่ 1)	340	33.56
≥ 30 (โรคอ้วนระดับที่ 2)	134	13.23
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
โรคเบาหวาน	396	39.09
โรคความดันโลหิตสูง	691	68.21
ไขมันในเลือดสูง	673	66.44
โรคหลอดเลือดหัวใจ	176	17.37
โรคหลอดเลือดสวนปลาย	10	0.99
โรคหัวใจล้มเหลว	124	12.24
โรคไตวายเรื้อรัง	129	12.73
โรคหลอดเลือดสมอง	47	4.64
ระดับสมรรถนะของหัวใจ		
Class I	260	25.67
Class II	708	69.89
Class III	45	4.44
2. ข้อมูลการรักษา		
ตำแหน่งที่ทำหัตถการสวนหัวใจที่ข้อมือ		
หลอดเลือดแดงข้อมือซ้าย (left radial)	12	1.18
หลอดเลือดแดงข้อมือขวา (right radial)	1,001	98.82
หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนหัวใจ		
CAG	645	63.67
CAG and PCI without stent	5	0.49
CAG and PCI with stent	363	35.83
ผลการตรวจวินิจฉัย		
non obstructive coronary artery disease	448	44.23
Single vessel disease (SVD)	165	16.29
Double vessel disease (DVD	148	14.61
Tripple vessel disease (TVD)	196	19.35
SVD with stent	20	1.97
DVD with stent	15	1.48
TVD with stent	21	2.07
ยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
Heparin	991	97.83
Aspirin	565	55.77
Integrilin	26	2.57
Prasugrel	27	2.67
Clopidogrel	482	47.58
Ticagrelor	39	3.85
Enoxaparin	6	0.59
Pletaal SR	2	0.20
ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย		
พักฟื้น 6 ชั่วโมง	611	60.31
นอนรักษาตัว 24 ชั่วโมง	393	38.80
นอนรักษาตัวมากกว่า 24 ชั่วโมง	9	0.89

หมายเหตุ: CAG = Coronary artery angiography PCI = Percutaneous coronary intervention

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.94) มีอายุเฉลี่ย 65.40 (SD = 11.16) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 61 – 70 ปี (ร้อยละ 36.72) รองลงมาคือ มากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 33.86) และช่วงอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 20.14) ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.36 (SD = 4.58) กิโลกรัม/เมตร2 ถือว่าเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 เมื่อพิจารณาโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 68.21) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 66.44) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 39.09) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะของหัวใจอยู่ในระดับ 2 (class II) (ร้อยละ 69.89)

สำหรับข้อมูลการรักษา พบว่า ตำแหน่งที่ทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือข้างขวา (ร้อยละ 98.82) ได้รับการทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจเพียงพอย่างเดียว (ร้อยละ 63.67) ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่า ไม่มีหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน (ร้อยละ 44.23) รองลงมาคือ หลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 3 เส้น (ร้อยละ 19.35) และหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 1 เส้น (ร้อยละ 16.29) ตามลำดับ ยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับก่อนหรือระหว่างทำหัตถการมากที่สุด คือ Heparin (ร้อยละ 97.83) Aspirin (ร้อยละ 55.77) และ Clopidogrel (ร้อยละ 47.58) ตามลำดับ ภายหลังทำหัตถการสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาพักฟื้น 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 60.31) จึงสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ดังตารางที่ 1

2. ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการหัวใจในผู้ป่วยสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ

ผลการวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือ (n = 1,013)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนคลายสายรัดข้อมือ		
ไม่เกิด	1,001	98.82
เกิด	12	1.18
ภาวะเสียเลือด (bleeding)	2	0.20
ภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma)	9	0.88
รอยช้ำ (ecchymosis)	1	0.10
ขณะคลายสายรัดข้อมือ		
ไม่เกิด	1,000	98.72
เกิด	13	1.28
ภาวะเสียเลือด (bleeding)	6	0.59
ภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma)	5	0.49
รอยช้ำ (ecchymosis)	2	0.20
หลังคลายสายรัดข้อมือ		
ไม่เกิด	978	96.54
เกิด	35	3.46
ภาวะเสียเลือด (bleeding)	1	0.10
ภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma)	3	0.30
รอยช้ำ (ecchymosis)	31	3.06

จากตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือ พบว่า ก่อนคลายสายรัดข้อมือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร้อยละ 1.18 ซึ่งเกิดภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนังมากที่สุด (ร้อยละ 0.88) รองลงมาคือ ภาวะเสียเลือด (ร้อยละ 0.20) และรอยช้ำ (ร้อยละ 0.10) ตามลำดับ ขณะคลายสายรัดข้อมือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร้อยละ 1.28 ซึ่งเกิดภาวะเสียเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 0.59) รองลงมาคือ ภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 0.49) และรอยช้ำ (ร้อยละ 0.20) ตามลำดับ หลังคลายสายรัดข้อมือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร้อยละ 3.46 ซึ่งเกิดรอยช้ำมากที่สุด (ร้อยละ 3.06) รองลงมาคือ ภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (ร้อยละ 0.30) และภาวะเสียเลือด (ร้อยละ 0.10) ตามลำดับ

3. ผลการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจระหว่าง 4 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือ ภายหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจระหว่าง 4 ชั่วโมง กับ 2 ชั่วโมง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะและหลังคลายสายรัดข้อมือ ภายหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจจาก 4 ชั่วโมง เป็น 2 ชั่วโมง

ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงข้อมือ	ระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจ, n(%)		χ^2	p-value
	4 ชั่วโมง	2 ชั่วโมง		
ก่อนคลายสายรัดข้อมือ				
ไม่เกิด	452 (98.05)	549 (99.46)	4.259	.039
เกิด	9 (1.95)	3 (0.54)		
ขณะคลายสายรัดข้อมือ				
ไม่เกิด	450 (97.61)	550 (99.64)	8.122	.004
เกิด	11 (2.39)	2 (0.36)		
หลังคลายสายรัดข้อมือ				
ไม่เกิด	438 (95.01)	540 (97.83)	5.969	.015
เกิด	23 (4.99)	12 (2.17)		

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะคลายสายรัดข้อมือ และหลังคลายสายรัดข้อมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจ 4 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ทั้งในระยะก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะคลายสายรัดข้อมือ และหลังคลายสายรัดข้อมือ

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะแทรกซ้อนหลังปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ระหว่าง 4 ชั่วโมง กับ 2 ชั่วโมง มีความแตกต่างกัน โดยระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจจำนวน 2 ชั่วโมง เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ทั้งระยะก่อนคลายสายรัดข้อมือ ขณะคลายสายรัดข้อมือ และหลังคลายสายรัดข้อมือ ทั้งนี้จากแนวปฏิบัติเดิม ภายหลังเสร็จสิ้นการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ ผู้ป่วยจะได้รับการห้ามเลือดตำแหน่งที่ทำหัตถการด้วยวิธีการรัดข้อมือเพื่อห้ามเลือดไว้นาน

4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่สุขสบายบริเวณที่รัดข้อมือ และเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันได้เมื่อถูกรัดข้อมือเป็นเวลานาน[7] ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ (Mean = 65.40, SD = 11.16) ถือว่ามีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ขาดความยืดหยุ่นของผิวหนังเนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง ส่งผลให้ความทนทานของผิวหนังวัยสูงอายุ[11] หากผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ถูกรัดข้อมือเพื่อห้ามเลือดไว้นาน 4 ชั่วโมง อาจเกิดภาวะความดันกล้ามเนื้อผิดปกติ (compartment syndrome) ที่เกิดจากการกดแผลเป็นเวลานานได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่หัตถการสวนหัวใจไม่ได้หยุดยารับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เช่น Aspirin, Prasugrel, และ Clopidogrel เป็นต้น หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) เช่น Heparin และ Warfarin เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงเกิดภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) หรือภาวะเลือดออกที่แผล (bleeding) ได้[9]

จากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรัดข้อมือเพื่อห้ามเลือดไว้นาน 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยย่อมมีความสุขสบายมากกว่า มีความปลอดภัยในการป้องกันการเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนังและภาวะเลือดออกที่แผล มีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันได้ สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ[10] พบว่า ระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือ 2 ชั่วโมง หลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงข้อมือมีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ไม่ต่างจากระยะเวลา 4 ชั่วโมงและการคลายสายรัดข้อมือเหลือ 2 ชั่วโมง หลังทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงข้อมือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและมีความพึงพอใจต่อการบริการด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือจาก 4 ชั่วโมง มาเป็น 2 ชั่วโมง เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าและทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย นอกจากนี้แล้วสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเข้ารับหัตถการสวนหัวใจได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากบริหารจัดการหมุนเวียนเตียงในหอผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการปรับระยะเวลาคลายสายรัดข้อมือหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือจาก 4 ชั่วโมง มาเป็น 2 ชั่วโมง ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดยังไม่หมดฤทธิ์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะยาว ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านข้อมือ โดยมุ่งเน้นให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและข้อจำกัด มีการติดตามแผลโดยการโทรศัพท์ติดตาม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

References

1. Manda YR, & Baradhi KM. Cardiac catheterization risks and complications. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
2. Di Santo P, Simard T, Wells GA, Jung RG, Ramirez FD, Boland P, et al. Transradial Versus Transfemoral access for percutaneous coronary intervention in ST-segment-elevation myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. Circulation: Cardiovascular interventions. 2021;14(3):e009994.
3. Jhand A, Atti V, Gwon Y, Dhawan R, Turagam MK, Mamas MA, et al. Meta-analysis of transradial vs transfemoral access for percutaneous coronary intervention in patients with ST elevation myocardial infarction. The American Journal of Cardiology. 2021;141:23-30.
4. Singh S, Singh M, Grewal N, Khosla S. Transradial vs transfemoral percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation myocardial infarction: A systemic review and meta-analysis. The Canadian Journal of Cardiology. 2016;32(6):777-90.

5. Bootsri S, Supina P, Naowapanich S, & Tungsubutra W. Incidence and associated factors with contrast-induced nephropathy after emergency percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):101-1. (in Thai)
6. Norman S, Mohd Zaki N, David T, Lee A, Shetty P, Nguyen-Dang T, et al. 865 outcomes with accelerated TR band removal time for trans-radial cardiac catheterisation. Heart Lung and Circulation. 2020;29(suppl):S425-6.
7. Córdova ESM, Santos LRD, Toebe D, Moraes MAP, & Souza EN. Incidence of hemorrhagic complications with use of a radial compression device: a cohort study. Revista da Escola de Enfermagem da U S P. 2018;52:e03410.
8. Wu B, Zhang R, Liang C, Zhang C, & Qin G. Study on the Safety of the New Radial Artery Hemostasis Device. Journal of Interventional Cardiology. 2022:2345584.
9. Riyami HA, Riyami AA, & Nadar SK. Comparison between two protocols for deflation of the TR band following coronary procedures via the radial route. Journal of the Saudi Heart Association. 2020;32(1):52-6.
10. Maqsood MH, Pancholy S, Tuozzo KA, Moskowitz N, Rao SV, & Bangalore S. Optimal hemostatic band duration after transradial angiography or intervention: insights from a mixed treatment comparison meta-analysis of randomized trials. Circulation: Cardiovascular interventions. 2023;16(2):e012781.
11. Guo J, Huang X, Dou L, Yan M, Shen T, Tang W et al. Aging and aging-related diseases: from molecular mechanisms to interventions and treatments. Signal Transduction and Targeted Therapy. 2022;7(1):391.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน

Effects of the Activity-based Learning Enhancing Program on Knowledge and Practices of Wounds First Aid Among Student Leaders

นวรัตน์ ใจกล้า* วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ ศิวพร อึ้งวัฒนา
Navarut Jaikla* Wilawan Tuanrat Sivaporn Aungwattana
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University ChiangMai Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหัวหน้าชั้น รองหัวหน้าชั้น และนักเรียนที่พัฒนาศักยภาพเป็นแกนนำนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียนภายใต้แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) คู่มือปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 2) แบบสังเกตการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ดัชนีความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน ระหว่าง .815 ถึง .984 ที่ความเชื่อมั่น 95% วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการทดสอบทีแบบจับคู่, การทดสอบทีแบบอิสระ และการทดสอบแบบฟิชเชอร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียนสามารถนำมาใช้พัฒนาแกนนำนักเรียนได้

คำสำคัญ: ปฐมพยาบาลบาดแผล, แกนนำนักเรียน, การเรียนรู้และปฏิบัติ, กิจกรรมเป็นฐาน

Abstract

This quasi-experimental research aims to evaluate the effects of an activity-based learning enhancing program on knowledge and practices of basic wound first aid among student leaders. The sample consisted of 36 primary school students (Grades 4–6) serving as class presidents, vice-presidents, or selected as potential student leaders. Participants were randomly assigned to experimental and control groups, with 18 students in each group. The research instruments included: (1) an activity-based learning enhancing program on wound first aid for student leaders, developed based on the activity-based learning (ABL) framework, over a 4-week period; (2) and a basic wound first aid manual. The data collection tools comprised: (1) a knowledge questionnaire on basic wound first aid for student leaders, which achieving a content validity index of 0.94 and

Corresponding Author: *E-mail: Navarut.j@gmail.com

วันที่รับ (received) 15 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accept) 17 พ.ค. 2568

reliability (KR-20) = 0.73, and (2) an observation form to assess basic wound first aid practices for student leaders. Inter-rater reliability yielded an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from 0.815 to 0.984 with a 95% confidence level. The data were analyzed by using the paired sample t-test, independent t-test and Fisher's exact Test

The results revealed that the experimental group showed significantly higher post-intervention scores in both knowledge and practical skills compared to their pre-intervention scores and to the control group ($p < .001$). These findings suggest that the Activity-based Learning enhancing Program effectively enhances student leaders' competencies in basic wound first aid and can serve as a valuable strategy for student health leadership development in schools.

Keywords: Wound first aid, Student Leaders, Knowledge and Practices, Activity based

บทนำ

การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะกิจกรรมที่เด็กชื่นชอบมักเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในโรงเรียน เช่น การทรงตัว การกระโดด และการวิ่ง เป็นต้น[1] จากรายงานการบาดเจ็บรุนแรงทุกสาเหตุในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่า เด็กอายุ 5-9 ปี และ 10-14 ปี มีอัตราการบาดเจ็บมากที่สุด[2] ส่วนใหญ่เกิดจากพลัดตกหกล้มและการชนปะทะกระแทก ร้อยละ 35 รองลงมาคือของมีคมบาด ร้อยละ 12 บาดแผลที่พบบ่อย ได้แก่ แผลถลอก ฟกช้ำ และแผลถูกของมีคมบาด[3] ซึ่งการปฐมพยาบาลอย่างถูกต้องและทันท่วงทีช่วยลดโอกาสการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของบาดแผล และส่งเสริมการหายของบาดแผล นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กเรียนรู้วิธีดูแลตนเองเบื้องต้นและสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัย การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นมี 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมินบาดแผล การเตรียมอุปกรณ์ และการทำแผล[4] โดยทั่วไปดำเนินการในห้องพยาบาลของโรงเรียน แต่บางกรณีเด็กอาจไม่ได้รับการรักษาและปล่อยให้แผลหายเองหรือดูแลต่อที่บ้าน[5]

การศึกษานำร่องในจังหวัดลำพูน พบว่า โรงเรียนเอกชนมีระบบห้องพยาบาลและการพัฒนาแกนนำนักเรียนด้านการปฐมพยาบาลโดยครูอนามัยโรงเรียน ตามคู่มือการคุ้มครองนักเรียนปี 2566 แกนนำนักเรียนด้านการปฐมพยาบาลเป็นผู้นำนักเรียนในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับเพื่อนนักเรียนด้วยกัน เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีภายในโรงเรียน[6] โดยได้รับการพัฒนาการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นผ่านรายวิชาสุขศึกษาและพลศึกษาตามหลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ. 2551 และอบรมเสริมต่อเนื่องเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยายและการสาธิตการปฐมพยาบาลบาดแผลถลอก ฟกช้ำ และแผลถูกของมีคมบาด อย่างไรก็ตาม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสาระดังกล่าวไม่บรรลุเป้าหมาย[7] สอดคล้องกับการศึกษานำร่องในพื้นที่ แกนนำนักเรียนมีความรู้และการปฏิบัติปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นที่ไม่เพียงพอ จากเนื้อหามีรายละเอียดมาก เน้นการบรรยายแบบและสาธิตแบบทางเดียวมากกว่าการปฏิบัติจริง ส่งผลให้แกนนำนักเรียนขาดความพร้อม ขาดความเข้าใจที่ครบถ้วน และขาดประสบการณ์ปฐมพยาบาลบาดแผล ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผล ไม่สามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ ไม่สามารถเผชิญสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4]

การพัฒนาแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพต้องผ่านการพัฒนาที่ครอบคลุมหลายด้าน เช่น การฝึกอบรมให้ความรู้ การสร้างเจตคติ การทำงานเป็นทีม รวมถึงการเปิดโอกาสให้แสดงความสามารถและความคิดสร้างสรรค์บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์[8] จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (Activity Based Learning: ABL) ของกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ขั้นตอนเชิงสำรวจค้นคว้า 2) ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ และ 3) การแสดงออก โดยยึดหลักการศึกษามุ่งเน้นผลลัพธ์มากกว่าการใส่ความรู้เพียงอย่างเดียว การเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานจึงสามารถส่งเสริมให้แกนนำนักเรียนพัฒนาองค์ความรู้จากการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ด้วยตนเอง พร้อมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง (Learning by doing)[9]

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทเชื่อมโยงในงานอนามัยโรงเรียน เห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนนำนักเรียน จากกรอบแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน โดยออกแบบการวิจัยที่สอดคล้องแนวคิดดังกล่าว ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มุ่งเน้นให้แกนนำนักเรียนมีความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ได้แก่ บาดแผลถลอก ฟกช้ำ และบาดแผลจากของมีคม ประกอบด้วย การประเมินบาดแผล อุปกรณ์และการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียน เมื่อแกนนำนักเรียนมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง จะสามารถแสดงบทบาทการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นได้เต็มศักยภาพและสามารถช่วยเหลือบรรเทาอาการบาดเจ็บความรุนแรงจากบาดแผลให้กับเพื่อนในโรงเรียน ทั้งยังช่วยขับเคลื่อนการยกระดับการดูแลสุขภาพในโรงเรียนได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

4. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ

2. การปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

4. การปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัย การส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (Activity based learning: ABL) ของกระทรวงศึกษาธิการ ส่งผลโดยตรงต่อความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเชิงสำรวจเสาะหาค้นคว้า (exploratory) ผ่านกิจกรรมวิเคราะห์ความรู้เดิมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลบาดแผล การสร้างผังมโนทัศน์ อภิปรายกลุ่ม และวิเคราะห์วิดีทัศน์ จากนั้นปรับปรุงผังมโนทัศน์ตามการเรียนรู้ อภิปรายสรุปความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกัน เพื่อให้แกนนำนักเรียนเกิดความคิดรวบยอดสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง 2) ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ (constructive) ผ่านเกมเติมกระเป๋าปฐมพยาบาล เพื่อเชื่อมโยงความรู้ในการเลือกอุปกรณ์การปฐมพยาบาล และการปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง เพื่อให้แกนนำนักเรียนเกิดการสังเคราะห์ความรู้และเทคนิคการปฏิบัติ และ 3) ขั้นตอนการแสดงออก (expression) ผ่านการฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลในสถานการณ์จำลอง พร้อมประเมินและให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ร่วมกับการใช้แรงเสริมทางบวก เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะจากการลงมือปฏิบัติจริง จนนำไปสู่ความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนที่ถูกต้องต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนเอกชนในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาลำพูน เขต 1

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ แกนนำนักเรียนที่เป็นหัวหน้าและรองหัวหน้าชั้นเรียน และ/หรือนักเรียนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการเป็นแกนนำนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2567 ระดับชั้นละ 5-6 ราย โดยการสุ่มอย่างง่ายได้โรงเรียนเอกชน จำนวน 2 แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย โดยครูโรงเรียนดำเนินตามเกณฑ์การคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของนักเรียนและต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองทุกราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดำเนินวิจัย ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย และสื่อสาร อ่าน พูด เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย นักเรียนพ้นสภาพ ลาออกหรือย้ายสถานศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 083/2567 วันที่อนุมัติ 2 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ สำหรับแบบสอบถามความรู้และแบบสังเกตการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นจะไม่มีชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุถึงกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน จากแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (Activity-Based Learning) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบปรับแก้ไขตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยโรงเรียน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และครูอนามัยโรงเรียน 1 ท่าน และผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1.1 แผนกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานสำหรับแกนนำนักเรียน

1.2 สื่อวิดีทัศน์การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน

1.3 ชุดเกมการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน

1.4 คู่มือการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน แบบสอบถามปรนัย 15 ข้อ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ 0.94 และค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (S-CVI) เท่ากับ 0.94 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.73

2. แบบสังเกตการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน แบบสังเกตแบบมีโครงสร้าง (structured inspection) ข้อประเมินการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียน 3 ขั้นตอน คือ การประเมินบาดแผล การเตรียมอุปกรณ์และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลถลอก ฟกช้ำ และบาดแผลถูกของมีคมบาด จำนวน 15 ข้อ ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน แปรผลการปฏิบัติผ่าน คือ 15 คะแนน (ร้อยละ 100) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) 1.0 และค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (S-CVI) 1.0 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาความตรงกันของการสังเกต (inter-rater reliability) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .815 ถึง .984 ที่ความเชื่อมั่น 95%

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินกิจกรรมตามการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายการดำเนินการวิจัยโดยให้แกนนำนักเรียนเข้ารับการตอบแบบสอบถาม ความรู้ฯ และการทดสอบการปฏิบัติฯ โดยครูโรงเรียนประเมินตามแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติฯ

สัปดาห์ที่ 2-4 กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมหลักสูตรแกนนำนักเรียนตามระบบปกติ

สัปดาห์ที่ 4 แกนนำนักเรียนเข้ารับการตอบแบบสอบถามความรู้ และการทดสอบการปฏิบัติฯ โดยครูโรงเรียนประเมินตามแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติฯ

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายการดำเนินการวิจัย โดยให้แกนนำนักเรียนเข้ารับการตอบแบบสอบถามความรู้ฯ และการทดสอบการปฏิบัติฯ โดยครูโรงเรียนประเมินตามแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติฯ

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานฯ ดังนี้

1. ขั้นตอนเชิงสำรวจ เสาะหา ค้นคว้า (exploratory) แกนนำนักเรียนสำรวจความรู้เดิมการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ประกอบด้วย กิจกรรม “หนูโตแล้วทำแผลเองได้” (10 นาที) การอภิปรายกลุ่ม ทำผังมโนทัศน์การปฐมพยาบาลบาดแผลถลอก ฟกช้ำ และบาดแผลถูกของมีคมบาด และกิจกรรม“เราคิดด้วยกัน” วิเคราะห์สื่อวิดีทัศน์การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ปรับปรุงความรู้สู่การทำผังมโนทัศน์ฉบับใหม่ และการอภิปรายกลุ่ม

2. ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ (Constructive) ประกอบด้วย กิจกรรม“เติมให้เต็ม” (15 นาที/กลุ่ม) แกนนำนักเรียนคิดริเริ่มสร้างสรรค์เชื่อมโยงความรู้ในการเลือกอุปกรณ์ปฐมพยาบาลผ่านสื่อการ์ดเกม โดยจับคู่เลือกการ์ดเกมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลให้เหมาะกับบาดแผล พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลรับการตรวจสอบโดยเพื่อนในกลุ่ม อธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยเพื่อเสริมความเข้าใจ และกิจกรรม“ลองทำแผลกันหน่อย” (15 นาที/กลุ่ม) สั่งสมประสบการณ์การปฏิบัติจริงผ่านบาดแผลเสมือน โดยใช้สติ๊กเกอร์ tattoo แผลปลอมและอุปกรณ์ปฐมพยาบาล อภิปรายกลุ่มและสะท้อนคิดในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลภายในกลุ่ม พร้อมทั้งการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

3. ขั้นตอนการแสดงออก (Expressional) ประกอบด้วย กิจกรรม“ก่อนลงสนามแบบฉายเดี่ยว” (15 นาที) การสาธิตการปฏิบัติฯในสถานการณ์จำลอง โดยใช้ tattoo บาดแผลปลอมและอุปกรณ์ปฐมพยาบาลบาดแผล แสดงบทบาทผู้ประเมินจากการสะท้อนคิดให้คำแนะนำการปฏิบัติฯ กับเพื่อนแกนนำนักเรียน และกิจกรรม “ลงสนามด้วยความสง่า” ฝึกปฏิบัติทั้งในบทบาทของผู้ปฏิบัติฯและบทบาทผู้ประเมิน บันทึกการฝึกในคู่มือฯ อย่างน้อย 5 ครั้ง โดยสุ่มประเภทบาดแผล เพิ่มแรงเสริมทางบวกจากการสะสมแต้มคะแนน

สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผล แกนนำนักเรียนโดยให้ตอบแบบสอบถามความรู้ฯ และภายหลังสัปดาห์ที่ 4 แกนนำนักเรียนเข้ารับการทดสอบการปฏิบัติฯ โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลด้านความรู้ฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pair sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

2. ข้อมูลด้านความรู้ฯ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

3. ข้อมูลการปฏิบัติฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Fisher’s exact Test

4. ข้อมูลการปฏิบัติฯ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Fisher’s exact Test

ผลการวิจัย

1. คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ (n=18)	8.39	1.195	14.67	0.485	<.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมแกนนำตามปกติ (n=18)	7.00	2.058	7.56	1.247	.197

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ฯ สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการอบรมแกนนำตามปกติ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.197)

2. ผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มควบคุม (n=18)					
ผ่าน	0	0.0	1	5.6	1.000
ไม่ผ่าน	18	100.0	17	94.4	
กลุ่มทดลอง (n=18)					
ผ่าน	0	0.0	18	100	<.001
ไม่ผ่าน	18	100.0	0	0	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการอบรมแกนนำตามปกติ พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียน	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	8.39	1.195	7.00	2.058	.020
หลังได้รับโปรแกรมฯ	14.67	0.485	7.56	1.247	<.001

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า คะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ได้รับการอบรมแกนนำตามปกติ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

4. ผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสำหรับแกนนำนักเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียน	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปฏิบัติผ่าน	18	100	1	5.6	<.001
ปฏิบัติไม่ผ่าน	0	0	17	94.4	

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ผลการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ได้รับการอบรมแกนนำตามปกติ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีผลการปฏิบัติฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานด้านความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียน แกนนำนักเรียนมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการวิจัยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานผ่าน 3 ขั้นตอน (1) ขั้นตอนเชิงสำรวจ การสำรวจความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผล พร้อมส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการวิเคราะห์วิดีทัศน์ ผังความคิด และการอภิปรายกลุ่มจุดเด่นในวิดีทัศน์การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สื่อประสมในรูปแบบของข้อมูลดิจิทัลที่ดึงดูดความสนใจด้วยสีสัน เสียง เน้นภาพเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับวัย เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และการพัฒนาเยาวชน โดยเฉพาะในมิติของความรู้[10] (2) ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ ใช้สื่อเกมและสถานการณ์จำลองเพื่อกระตุ้นการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ส่งเสริมความสนุกและความภาคภูมิใจเมื่อชนะเกมส่งผลดีต่อบรรยากาศการเรียน และฝึกปฏิบัติผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับภายใต้สถานการณ์เสมือน ช่วยให้เชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (3) ขั้นตอนการแสดงออก ที่เน้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การนำเสนอผลงาน การผ่านการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นอย่างต่อเนื่องและการตรวจสอบซึ่งกันและกัน พร้อมแรงเสริมทางบวกจากการสะสมแต้มคะแนน ช่วยให้เกิดการสังเคราะห์ความรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีองค์ความรู้ด้านการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผ่านการจัดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานประกอบด้วยการฝึกทักษะ การคิดวิเคราะห์ และการลงมือปฏิบัติ จนผู้เรียนเกิดทักษะต่าง ๆ สามารถสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง เชื่อมโยงความรู้และเรียนรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง[11]

2. ผลการวิจัยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เนื่องจากกลุ่มกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านฐานกิจกรรมที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง (1) ขั้นตอนเชิงสำรวจ กลุ่มทดลองสร้างผังความคิด อภิปราย และวิเคราะห์วิดีทัศน์ร่วมกัน ทำให้สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นทักษะการคิดชั้นสูง สร้างองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล[12] (2) ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ ใช้สื่อเกม จุดเด่นในการเรียนรู้การปฏิบัติผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในสถานการณ์จำลอง ซึ่งการใช้อุปกรณ์จริงและบาดแผลเสมือน ช่วยกระตุ้นความสนใจลดความตื่นกลัวในการหยิบจับอุปกรณ์ปฐมพยาบาลบาดแผลและส่งเสริมการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (3) ขั้นตอนการแสดงออก กลุ่มทดลองนำเสนอผลงานผ่านบทบาทผู้ปฏิบัติการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งตรวจสอบให้คำแนะนำในบทบาทของผู้ตรวจสอบ แรงเสริมทางบวกที่ส่งผลให้เกิดการฝึกฝนต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในบทบาทของผู้ปฏิบัติและผู้ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ ปฏิบัติการปฐมพยาบาลได้ถูกต้องอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ จากการใช้กรอบแนวคิด

ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน 3 ขั้นตอน ผ่านกิจกรรมการทำผังความคิด สื่อวิดีทัศน์ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และการฝึกปฏิบัติด้วยการลงมือทำจริงอย่างต่อเนื่อง[8]

3. ผลการวิจัยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งนี้จากความแตกต่างในวิธีการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยกลุ่มทดลองสามารถพัฒนาองค์ความรู้ได้ด้วยตนเองผ่านการเรียนรู้ตามกรอบการใช้กิจกรรมเป็นฐาน (1) ขั้นตอนเชิงสำรวจ กลุ่มทดลองเรียนรู้จากการอภิปรายและผังมโนทัศน์ร่วมกับสื่อวิดีทัศน์ที่สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและมุมมองหลากหลายจากการวิเคราะห์และอภิปราย (2) ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์เรียนรู้ผ่านเกมและสถานการณ์จำลองที่ช่วยจัดระบบความรู้และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง และ (3) ขั้นตอนการแสดงออก กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติจริง ส่งผลให้มีทักษะการวิเคราะห์ การใช้เหตุผล และความคิดสร้างสรรค์ที่นำไปใช้ในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นได้ เกิดมุมมองและความเข้าใจการปฐมพยาบาลบาดแผลที่หลากหลาย การวิเคราะห์และอภิปรายเป็นองค์ความรู้ที่ยั่งยืน ดังนั้นภายหลังกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาการเรียนรู้รูปแบบเกมและฐานกิจกรรม การลงมือปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม และการใช้แรงเสริมทางบวก ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้จนเกิดองค์ความรู้ด้วยตนเอง ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ผ่านการบรรยายเนื้อหาด้วยสไลด์ ซึ่งเป็นการส่งต่อความรู้แบบทางเดียว พร่องการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือการวิเคราะห์ปัญหา จนความเข้าใจที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและอาจทำให้ผู้เรียนรู้สึกเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการเรียนจึงไม่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ต้องการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ[13]

4. ผลการวิจัยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เน้นการส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติ (1) ขั้นตอนเชิงสำรวจ ใช้การอภิปรายผังความคิด และวิดีทัศน์เพื่อกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และสะท้อนลำดับขั้นตอนการปฐมพยาบาล เห็นภาพการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น ซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจในการปฏิบัติได้ดีกว่าการบรรยายแบบทางเดียวของกลุ่มควบคุม (2) ขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ ใช้สื่อเกม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับโดยใช้อุปกรณ์จริงและบาดแผลเสมือนภายใต้สถานการณ์จำลอง (3) ขั้นตอนแสดงออก กิจกรรมเน้นลงมือปฏิบัติกลุ่มทดลองที่ผ่านการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน การใช้เกมสถานการณ์จำลอง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองมาเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจมุ่งมั่นในการเล่นเกมสนใจฝึกฝนการปฏิบัติและสนุกกับการพัฒนาตนเอง เกิดการสะท้อนคิดต่อประสบการณ์และบูรณาการความรู้จนกลายเป็นความคิดรวบยอด[14] ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่อาจด้วยข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร ทำให้ภายหลังได้รับการอบรมตามปกติยังคงไม่ได้ใช้ความรู้ความเข้าใจในการลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนการเรียนรู้หยุดชะงัก ส่งผลให้เมื่อกลุ่มควบคุมลงมือปฏิบัติจริง เกิดความตื่นเต้น กลัวและไม่มั่นใจในการลงมือปฏิบัติ ไม่มั่นใจในการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการปฐมพยาบาลบาดแผล และในขั้นตอนของการปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลที่ถูกต้อง

สรุป โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (Activity Based Learning) ผ่าน 3 ขั้นตอน สามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในแกนนำนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าการอบรมแบบปกติ แกนนำนักเรียนวิเคราะห์และพัฒนาองค์ความรู้ด้วยตนเองผ่านการอภิปรายกลุ่ม การทำผังความคิด สื่อสร้างสรรค์วิดีทัศน์และเกมช่วยกระตุ้นความสนใจ ฝึกปฏิบัติด้วยอุปกรณ์จริงและบาดแผลเสมือน พร้อมแรงเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อแกนนำนักเรียนมั่นใจในองค์ความรู้จะสามารถประยุกต์สู่การปฏิบัติการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นได้ครบถ้วนถูกต้องและสมบูรณ์ อีกทั้งยังมีความมั่นใจในการสอน แนะนำการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนให้กับแกนนำนักเรียนคนอื่นด้วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐานในการพัฒนานักเรียนขั้นเป็นแกนนำนักเรียนด้านการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้นในโรงเรียนได้

2. นำการออกแบบกิจกรรมในการปฐมพยาบาลสอดแทรกในการศึกษาในรายวิชาสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและรายวิชาทักษะการใช้ชีวิต เช่น ลูกเสือ เนตรนารี ยุวกาชาด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงพัฒนาต่อยอดไปสู่นวัตกรรมแอพลิเคชันเกมการปฐมพยาบาลบาดแผลเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความน่าสนใจและสอดรับกับยุคปัจจุบันที่ส่งเสริมการพัฒนาและนำใช้นวัตกรรมทางด้านสุขภาพ

References

1. The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric Society of Thailand. A guide for parents to spread knowledge on child care and development, for school-aged children aged 6-12 years. Bangkok: Thailand Pediatric; 2019. (in Thai)
2. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. Situation of child injury deaths in Thailand, 2015-2019. Nonthaburi: Ministry; 2022. (in Thai)
3. Ministry of Public Health, Pathum Thani Provincial Public Health Office. Report of 19 causes of injury. Pathum Thani: Ministry; 2015. (in Thai)
4. Khumthong P, & Srisiri S. The effects of health education learning by Gagne's instructional model to first aid basic skills in grade 7 students. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2019. (in Thai)
5. Ngerncharoen S, Suteeprasert T, Kitsanapun A, & Duangjinda I. Incidence of injury at school among students in grades 4-6 in Muang municipality, Suphanburi Province. Journal of Health Science of Thailand. 2019;28(S2):63-71. (in Thai)
6. Chanthida S, Aungwattana S, & Tuanrat W. Effects of a learning enhancement program on COVID-19 prevention knowledge and practices of student leaders in Anukul Wittaya School, Mae Sot District, Tak Province. Nursing Journal Chiang Mai University. 2023; 50(2):227–37. (in Thai)
7. Tunyapuech A. Usage report and development the supplementary book, health education and physical education, by noodee with first aid for students of Prathom Suksa 4. Journal of Educational Technology and Communications Faculty of Education Mahasarakham University. 2020;1(2):77-87. (in Thai)
8. Inthachai S, Aungwattana S, & Tuanrat W. Effects of a capacity development program for student leaders through activity-based learning on knowledge and practices of visual examination in a school. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2021;31(1): 110-20. (in Thai)
9. Inuris J, & Cheausuwantavee C. The learning management using activity based learning with cooperative learning on mathematical problem solving ability and learning achievement in linear equations in one variable of seventh grade students from Srinakharinwirot University Prasarnmit DEM. Journal of MCU Nakhondhat. 2022;9(5):186–97. (in Thai)
10. Thamwipat K, Princhankol P, Bantisak C, & Binraman P. The development of digital content kit for public relations of the project "Paper-Cycle Separate, Exchange & New" on social media of MCOT Plc. Journal of Mass Communication Technology, Rajamangala University of Technology Phra Nakhon. 2024; 9(1):39-56. (in Thai)
11. Awae A, Orasa J, Lemok B, & Paramal N. Managing activity-based learning to enhance 21st century skills of first year students of Yala Rajabhat University. Journal of Learning Innovation and Technology. 2023;3(1):83–92. (in Thai)
12. Chanchang J. Integrated teaching and learning management for the development of higher order thinking skills: Learning to practice. Journal of Education Studies. 2020;3(5):78-89. (in Thai)

13. Tipwaree T, Yingyuad N, & Thongsuksai S. The development of game-based learning activities toward learning achievement in occupation and technology subject, learning unit 4 knowledgeable agriculture of Matthayomsuksa 1 students at Thamuang Rajbumrung School, Kanchanaburi Province. Journal of Education and Human Development Sciences. 2024;8(1):177-90. (in Thai)

14. Wiriyanupappong W. Effects of using simulation game based learning to prepare Air force student nurses before pediatric and adolescent nursing practice. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):433-41. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มสตรีเปราะบางชาวมุสลิม อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

Effectiveness of a Participatory Learning Program in Coronavirus Prevention for Vulnerable Muslim Women in Pak kret district, Nonthaburi province

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว กาญจนา ศรีสวัสดิ์*

Duangkamol Pinchaleaw Kanjana Srisawad*

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี ประเทศไทย 11120

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

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนาในกลุ่มสตรีเปราะบาง ชาวมุสลิม อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมุสลิมที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน อายุ 18-59 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสำหรับสตรีเปราะบาง ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคล์บ ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ และ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 3) ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และ 4) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .89-1.00 และมีความเที่ยงเท่ากับ .78, .88 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสตรีเปราะบางกลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้และความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, ไวรัสโคโรนา, สตรีเปราะบาง, มุสลิม

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a participatory learning program on self-awareness, knowledge and coronavirus 2019 preventive behaviors in vulnerable Muslim women, Pak Kret District, Nonthaburi Province. The sample included 40 Muslim women aged 18-59 years who had body mass index over standard, and they were divided into the experimental (20) and the comparison (20) groups. The research instruments included: 1) the participatory learning program which was developed

Corresponding Author: *Email: Kanjana.sri@stou.ac.th

วันที่รับ (received) 8 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไข (revised) 19 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 พ.ค. 2568

based on the participatory learning concept of Kolb, with a duration of 6 weeks, and 2) questionnaires on general information, self-awareness, knowledge and coronavirus 2019 preventive behaviors. Content validity indexes (CVI) were .89–1.00, and the reliability scores were .78, .88, and .92, respectively. Data was analyzed by descriptive statistics and t-test.

The result revealed as follows. 1) After attending the program, self- awareness and knowledge of the experimental group were not significantly different than before attending the program, and these results were not significantly different from the comparison group. 2) After attending the program, coronavirus 2019 preventive behaviors of the experimental group were significantly higher than before attending the program (p-value<.01), and were different from those of the comparison group, but not to a significant degree (p-value<.05).

Keywords: Participatory Learning program, Coronavirus, Vulnerable women, Muslim

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาเฉพาะเจาะจง และวัคซีนป้องกันโรคก็ยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ เพียงแค่ลดความรุนแรงของการป่วย จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากในหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่า มีอัตราการป่วยตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จากระลอกแรก โดยมีผู้ป่วยจำนวน 4,331,338 ราย เสียชีวิต จำนวน 29,143 ราย ในจังหวัดนนทบุรี มีผู้ติดเชื้อเป็นอันดับที่สามของประเทศ จำนวน 158 คน รองจากกรุงเทพฯ และภูเก็ต ซึ่งมีจำนวน 1,557 คน และ 227 คน ตามลำดับ[1] ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมีหลายปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกี่ยวข้องกับความอ้วน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 18–49 ปี โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 มีโอกาสที่จะป่วยเพิ่มมากขึ้น 2–3 เท่า จากรายงานทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศจีนจำนวน 214 คน พบว่าในผู้ติดเชื้อที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตรมีความสัมพันธ์การเพิ่มความรุนแรงของโรคถึง 6.3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า และพบอัตราการเสียชีวิตจากเชื้อไวรัสโคโรนามากกว่าคนผอมร้อยละ 48[2] ดังนั้นสตรีที่มีโรคอ้วนจึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรงหากได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา เนื่องจากการมีปริมาณไขมันสะสมทั้งในช่องท้องและช่องอกมากกว่าปกติ ปริมาณไขมันที่สะสมจะไปดันกระบังลมให้ขึ้นไปเบียดกับช่องอก จนปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ เมื่อเกิดภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ก็จะไปเพิ่มโอกาสให้เกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ง่ายขึ้น ก็จะมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตที่สูงขึ้นตามไปด้วย[3] อีกทั้งโรคอ้วนมักจะเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ไม่แข็งแรง เมื่อได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาเข้าไป อาการจึงรุนแรงมากขึ้นและอาจลุกลามไปอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ปอด และหัวใจ จนก่อให้เกิดภาวะการทำงานล้มเหลว และนำไปสู่การเสียชีวิตได้

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนผ่านทางเดินหายใจ ละอองของเสมหะ การไอ จาม การสัมผัสน้ำมูก น้ำลายในระยะประมาณ 1-2 เมตร และละอองเชื้อที่ตกอยู่ตามพื้นผิววัสดุแล้วนำมาสัมผัสกับปาก จมูก ตา โดยผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงภายใน 14 วันที่สัมผัสเชื้อ ที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เจ็บคอ น้ำมูกไหล ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน สูญเสียการรับรสหรือกลิ่น บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต[4] การติดเชื้อไวรัสโคโรนาส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อแตกต่างกัน บางรายอาจเกิดผลกระทบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบทางร่างกายเท่านั้นยังส่งผลกระทบทางจิตสังคม ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เนื่องจากถูกแยกตัวออกจากครอบครัว ญาติ บางคนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลไม่มีญาติมาเยี่ยม โดยเฉพาะสตรีวัยทำงานที่เป็นแม่บ้านที่ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว จากการที่จะต้องให้การดูแลในช่วงที่รักษาตัว สมาชิกในครอบครัวจะมีภาวะเครียด วิตกกังวลว่าจะเกิดโรค

แทรกซ้อน อีกทั้งต้องระวังตนเองและสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ติดเชื้อด้วย และยังส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัว จากการที่ต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ บางครอบครัวต้องกู้เงินทำให้เป็นหนี้ ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในสตรีที่มีภาวะอ้วนจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดอันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นวิธีการดูแลตนเองที่ดีที่สุดจากการติดเชื้อโควิดโดยเฉพาะในชุมชนชาวมุสลิม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตที่จำเป็นต้องมีการพบปะ การสัมผัสร่างกายกันและกัน และการรวมกลุ่มคนเป็นจำนวนมาก เช่น การทักทายกันด้วยวิธีการสลาม การละหมาดในมัสยิด การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การบริจาคซะกาต และการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจน์ เป็นต้น ซึ่งวิธีการป้องกันการเกิดโรคที่เหมาะสม นอกจากการคำนึงถึงขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิตแล้ว ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย เนื่องจากชุมชนจะมีความเข้าใจในบริบทสังคมที่ตนเองอาศัย สามารถระบุวิธีการป้องกันที่มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ก่อให้เกิดการร่วมมือและการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

จากการสนทนากลุ่มสตรีมุสลิมจำนวน 15 คน พบว่า สตรีมุสลิมในชุมชนมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากต้องไปตลาดหรือซื้ออาหาร บางคนมีอาชีพค้าขาย จึงต้องพบปะกับคนอื่น นอกจากนี้การละหมาดที่ต้องทำวันละ 5 ครั้ง ต้องเดินทางออกนอกบ้านบ่อย อีกทั้งบ้านแต่ละหลังอยู่ติดกันไม่มีรั้วกั้น บ้านหลังไหนติดเชื้อไวรัสโคโรนา บ้านหลังใกล้เคียงกันจะติดตามไปด้วย ด้วยเหตุนี้ช่วงที่ผ่านมา คนในชุมชนจึงติดเชื้อไวรัสโคโรนาทั้งหมู่บ้าน ต้องปิดหมู่บ้านเพื่อกักตัวตามนโยบายของรัฐ โดยเฉพาะคนอ้วนต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเกือบทุกคน และส่วนใหญ่ (12 ราย) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้โดยเฉพาะสอนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการป้องกันโรคโควิด 19 การที่สตรีกลุ่มเปราะบางชาวมุสลิมจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนาได้ถูกต้องเหมาะสม ต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ โดยการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติ ซึ่งการให้ความรู้มีหลายรูปแบบ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้โดยอาศัยพื้นฐานเดิมจากประสบการณ์ในแต่ละบุคคลร่วมกับกระบวนการกลุ่มที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มร่วมเรียนรู้ด้วยกัน แบ่งปันกัน โดยอาศัยการสื่อสารด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้สมาชิกได้รับความรู้ใหม่และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ เป็นการนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ของตนเอง 2) การสะท้อนความคิด/อภิปราย เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ซึ่งกันและกัน 3) ความคิดรวบยอด เป็นการสร้างความเข้าใจ โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากผลของการสะท้อนความคิดเพื่อนำไปสู่ความคิดรวบยอดให้เป็นความรู้ของตนเอง และ 4) การทดลองและประยุกต์แนวคิด เป็นขั้นที่ต้องการให้ผู้เรียนนำผลจากความคิดรวบยอดที่เกิดขึ้นใหม่ ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางของตนเอง[5]

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มสตรีเปราะบางชาวมุสลิมที่มีภาวะอ้วน สตรีที่มีภาวะอ้วนจึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการรุนแรงหากได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา ที่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีความสัมพันธ์การเพิ่มความรุนแรงของโรคถึง 6.3 เท่า และพบอัตราการเสียชีวิตจากเชื้อไวรัสโคโรนาร้อยละ 48[2] โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการสร้างเสริมการเรียนรู้แก่สตรีเปราะบาง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนามีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคโควิดและการป้องกัน นำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่ถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปใช้ในการป้องกันโรคได้แม้ว่าโรคนี้จะกลับมาระบาดซ้ำครั้งใหม่อีกก็ตาม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในสตรีเปราะบางมุสลิม จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในสตรีเปราะบาง

มุสลิม โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดการเรียนรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ เป็นขั้นตอนที่นำความรู้และประสบการณ์เดิมมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ของตนเอง 2) การสะท้อนความคิด/อภิปราย เป็นขั้นตอนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ซึ่งกันและกัน 3) ความคิดรวบยอด เป็นขั้นตอนการสร้างความเข้าใจ โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากผลของการสะท้อนความคิด เพื่อนำไปสู่ความคิดรวบยอดให้เป็นความรู้ของตนเอง และ 4) การทดลอง โดยนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปทดลองใช้จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง โดยรูปแบบการสอนเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทำให้สตรีเปราะบางชาวมุสลิมเกิดการตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคโควิด และความสำคัญในการป้องกันไม่ให้ตนเองติดเชื้อโควิดมีความรู้ที่ถูกต้อง มีการนำความรู้มาแบ่งปันกันทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับความรู้ใหม่ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดที่ถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research, pretest-posttest design)

ประชากร คือ สตรีมุสลิมกลุ่มเปราะบาง ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด และตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 4,537 คน

ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีมุสลิมอายุ 18-59 ปี อาศัยอยู่ในตำบลท่าอิฐ และตำบลละหาร อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีภาวะอ้วน BMI > 25.5 ขึ้นไป กำหนดให้กลุ่มทดลอง คือสตรีมุสลิม ตำบลท่าอิฐ และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ สตรีมุสลิม ตำบลละหาร จังหวัดนนทบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05[6] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 21 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุ 18-59 ปี 2) นับถือศาสนาอิสลาม 3) มีภาวะอ้วน BMI > 25.5 ขึ้นไป และ 4) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนดในโปรแกรม และโรคที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงหรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนในการพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความตระหนักรู้ ความรู้ในป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และความต้องการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในสตรีกลุ่มเปราะบาง เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยให้ตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จัดกิจกรรมแบบเผชิญหน้าจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง และการใช้ไลน์กลุ่ม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว ช่องทางการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประวัติการติดเชื้อโควิด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความตระหนักรู้ในตนเอง โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเองของดูวาลล์และวิคลันด์[7] จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การเลือกตอบตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลางน้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีเกณฑ์การเลือกตอบ คือ ใช่และไม่ใช่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด ประกอบด้วย การปฏิบัติโดยทั่วไป การปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การเลือกตอบได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ 100) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (มากกว่าร้อยละ 70-99) ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ 50-69) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (น้อยกว่าร้อยละ 49) และ ไม่ปฏิบัติเลย

3. การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความตระหนักรู้, ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง .90-.95 และหาค่าความเที่ยง โดยแบบสอบถามความรู้ใช้คูเดอร์ ริชชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .88 ส่วนแบบสอบถามความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .78 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มสธ. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้หนังสือรับรอง เลขที่ 15/2565 ลงวันที่ 27 มกราคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัย ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนอธิบายสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และภายหลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มเปรียบเทียบทุกคนจะได้รับการเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตตามปกติ และสัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

2. การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 แจ้งผลการประเมินความรู้ ความตระหนักรู้ในตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิดที่กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมฯ เสริมสร้างความตระหนักรู้ โดยให้ความรู้และให้ชมวิดิทัศน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการใส่ การถอด การทิ้งหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคมตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเอง สะท้อนคิด เพื่อให้เกิดความคิดรวบยอด สาธิตและฝึกปฏิบัติการใส่และถอดหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่และเจล 7 ขั้นตอน การตรวจ ATK ด้วยตนเอง และจัดตั้งกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่บ้าน ส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคโควิดโดยส่งวิดิทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาทุกวันอาทิตย์และวันอังคาร กระตุ้นเตือน สอบถามปัญหา และร่วมกันชี้แนะ ให้คำแนะนำ/แนวทางในการแก้ปัญหาทางไลน์กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่าง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สาธิตและให้ฝึกทักษะการคำนวณค่าดัชนีมวลกายของตนเอง และบันทึกลงในสมุดบันทึก ให้ชมวิดิทัศน์ และอภิปรายกลุ่ม มีการสะท้อนความคิด พูดชักจูงให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคอ้วน และเห็นความสำคัญของการควบคุมหรือลดน้ำหนัก อธิบายถึงความรุนแรงของโรคโควิดในผู้ที่มีภาวะอ้วน ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักในการรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก สาธิตและฝึกปฏิบัติการคำนวณพลังงานและสัดส่วนอาหาร ตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักในแต่ละสัปดาห์ ชั่งน้ำหนักทุกวัน และบันทึกในคู่มือการปฏิบัติในการลดน้ำหนัก สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย แนะนำให้ปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก

สัปดาห์ที่ 4-5 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด และกิจกรรมลดน้ำหนักที่บ้าน โดยผู้วิจัยส่งวิดิทัศน์เกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับลดน้ำหนัก วิธีการออกกำลังกายประเภทต่างๆ ทางไลน์กลุ่ม ทุกวันอาทิตย์และวันอังคาร กระตุ้นเตือนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด การออกกำลังกาย และการให้กำลังใจกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 6 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชั่งน้ำหนัก และคำนวณค่าดัชนีมวลกายเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และประเมินผลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความตระหนักรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดโดยใช้สถิติทดสอบทีชนิด Independent t-test

ผลการวิจัย

สตรีเปราะบางกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 42.51 และ 47.30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45 และร้อยละ 30) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 50 และร้อยละ 45) มีรายได้ทั้งเพียงพอ (ร้อยละ 50 และร้อยละ 20 ตามลำดับ) และพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35 และร้อยละ 65) ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด จากอินเทอร์เน็ท/สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 80 และร้อยละ 40) สมาชิกในครอบครัวเคยติดเชื้อโควิด (ร้อยละ 90 และร้อยละ 85) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด 19 (ร้อยละ 70 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม) และทั้งสองกลุ่มได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ร้อยละ 95

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสตรีกลุ่มเปราะบางระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)			Independent t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.17	.40	มาก	4.29	.64	มาก	.886	.190
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.26	.39	มาก	4.28	.41	มาก	-.174	.432

จากตารางที่ 1 สตรีเปราะบางกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา หลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับมาก และเพิ่มขึ้นจาก 4.17 (SD = .40) เป็น 4.26 (SD =.39) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 4.29 (SD =.64) เป็น 4.28 (SD =.41) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสตรีกลุ่มเปราะบางระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)			Independent t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.15	2.18	มาก	13.35	1.75	มาก	-.485	.375
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	13.70	1.78	มาก	13.75	1.65	มาก	-.092	.463

จากตารางที่ 2 สตรีเปราะบางกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นจาก 13.15 (SD = 2.18) เป็น 13.70 (SD =1.78) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นจาก 13.35 (SD = 1.75) เป็น 13.75 (SD =1.65) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสตรีกลุ่มเปราะบาง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)			Independent t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.12	.49	มาก	4.15	.31	มาก	-.253	.401
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.34	.42	มาก	4.21	.40	มาก	.960	.171

จากตารางที่ 3 สตรีเปราะบางกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้นจาก 4.12 (SD =.49) เป็น 4.34 (SD =.42) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.15 (SD =.31) เป็น 4.21 (SD =.40) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคโควิดของสตรีเปราะบางมุสลิมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด (ศบค.) เพื่อให้ประชาชนติดตามข่าวสารความรู้ และเฝ้าระวังสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ประชาชนรับรู้ถึงอันตรายและผลกระทบจากโรคโควิดทั้งปัญหาสุขภาพ วิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาเศรษฐกิจ อีกทั้งหน่วยงาน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศมีการรณรงค์การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด การให้ความรู้แก่ประชาชน และเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานบริการสุขภาพ เพื่อนำไปถ่ายทอดแก่ประชาชนในชุมชน รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงง่ายทางอินเทอร์เน็ท/สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 80) จาก อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 15) ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงอันตรายของการติดเชื้อโควิดในระดับหนึ่ง และการเสริมสร้างความตระหนักรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคโควิด และสถิติการตายเปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี การให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด ตามการรับรู้และประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างเอง อีกทั้งให้ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ได้รับ และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยสะท้อนความคิด และให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ทำให้เกิดความคิดรวบยอด และทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า ตนเองมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อมากน้อยเพียงใด และหากปล่อยให้ติดเชื้อโดยไม่มีการป้องกันจะส่งผลต่อตนเองและครอบครัวอย่างไรบ้าง อีกทั้งการที่สมาชิกในครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างเคยติดเชื้อโควิด (ร้อยละ 90 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) และยังมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น หายใจเหนื่อย เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด มากยิ่งขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของการติดเชื้อโรคโควิดจาก ศบค. การรณรงค์การป้องกันโรคโควิด การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่น เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และการที่สมาชิกในครอบครัวและกลุ่มตัวอย่างเคยติดเชื้อโควิด (ร้อยละ 85 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) และมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ (ร้อยละ 40) ร่วมกับส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65) ซึ่งเป็นโรคที่จะทำให้มีอาการรุนแรงจนอาจเสียชีวิตได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความรุนแรงของการติดเชื้อโควิดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบจึงมีค่าเฉลี่ยความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ในด้านความรู้พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิดของสตรีเปราะบางมุสลิมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทั้งสองกลุ่ม แต่เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการติดเชื้อโรคโควิดเพิ่มขึ้นนั้น ผู้วิจัยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่าง มีการสะท้อนคิด ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้นและเกิดความคิด

รวบยอด การสาธิตและฝึกปฏิบัติการใส่ การถอดหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคม และให้ชมวิดิทัศน์ร่วมด้วย และทุกครั้งก่อนเข้าห้องทำกิจกรรมทุกคนต้องล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ 7 ขั้นตอน และเว้นระยะห่างทางสังคม นอกจากนี้มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “สตรีมุสลิมปลอดภัยจากโควิด 19” เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด และแนวทางการป้องกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลกระตุ้นเตือน และสอบถามปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกันผ่านทางข้อความ หรือใช้สัญลักษณ์หรือคำพูด วิธีการเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ทั้งจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด (ศบค.) เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานบริการสุขภาพ อสม. รวมทั้งข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ทและสื่อสังคมออนไลน์ จึงทำให้มีความรู้อยู่ในระดับหนึ่งเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และการที่รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 50) จึงหารายได้เพิ่มด้วยการค้าขายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจึงกลัวไม่อยากติดเชื้อโควิดเพราะจะทำให้ขาดรายได้จากการกักตัว ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างเคยติดเชื้อโควิดมาก่อน จึงรับรู้ถึงความรุนแรงการติดเชื้อโควิดเป็นอย่างดี ดังนั้นค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจึงอยู่ในระดับมากทั้งสองกลุ่ม และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักรู้ มีความรู้ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 นั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย ประสบการณ์เดิม การสะท้อนความคิด การเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลอง[5] โดยให้กลุ่มทดลองรวบรวมประสบการณ์เดิมของตนเองที่เคยเผชิญมาเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด ทั้งในครอบครัวและในชุมชน ร่วมกันแสดงความคิดเห็น มีการสะท้อนคิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความคิดรวบยอด และให้ชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด และผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ ภาระที่ต้องเผชิญและความเครียดของครอบครัว โดยเฉพาะการติดเชื้อในคนที่อ้วน จะทำให้โรครุนแรงขึ้นและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้อ้วน แนวทางการลดน้ำหนัก ให้โภชนากรบรรยายเกี่ยวกับหลักในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก สาธิตและฝึกปฏิบัติการคำนวณสัดส่วนและปริมาณอาหารที่ควรได้รับ การออกกำลังกาย นอกจากนี้สาธิตการล้างมือที่ถูกวิธี การสวมใส่ และถอดหน้ากากอนามัย การตรวจ ATK ด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะที่ถูกต้องในการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด อีกทั้งได้ให้ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด และการลดน้ำหนักเพิ่มเติมทางไลน์ทุกวันอาทิตย์และวันอังคาร และให้สมาชิกในกลุ่มส่งสัญลักษณ์และข้อความกระตุ้น และชักชวนกันปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโควิดและลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้กำลังใจแก่กลุ่มทดลอง การให้คำปรึกษาหรือสอบถามปัญหาได้ตลอดเวลา การให้คำแนะนำสามารถป้องกันโรคได้[9] ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงการเอาใจใส่ มีผู้ช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโควิดอย่างต่อเนื่อง หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเกิดความตระหนักรู้ และมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโควิดอยู่ในระดับมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิดอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ร่วมการที่กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80 มีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จึงหารายได้เพิ่มด้วยการค้าขาย หากเกิดการติดเชื้อโควิดก็จะทำให้ขาดรายได้ กลุ่มตัวอย่างจึงปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโควิดอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดลดความรุนแรงลง อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคจากประสบการณ์ที่เคย ติดเชื้อโควิดและการมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ รวมทั้งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65) ซึ่งเป็นโรคที่จะทำให้มีอาการรุนแรงจนอาจเสียชีวิตได้ จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด ดังนั้นหลังการทดลองจึงพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิดระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8]

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การคำนวณสัดส่วนและปริมาณอาหารที่ควรได้รับ และใช้ไลน์กลุ่มในการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การกระตุ้นเตือนและชักชวนกันลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่องทางไลน์ จึงพบว่า ส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนักได้ ประเมินจากการบันทึกในคู่มือการปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถลดน้ำหนักได้จำนวน 16 คน (จาก 20 คน) คิดเป็นร้อยละ 80 โดยสามารถลดน้ำหนักตลอด 6 สัปดาห์ เฉลี่ย 0.1-5 กิโลกรัม

ดังนั้นโปรแกรมสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนานี้ จึงสามารถนำไปใช้กับสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของโปรแกรมฯ คือระยะเวลาที่ดำเนินการทดลองค่อนข้างสั้น คือ 6 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถลดน้ำหนักได้เพียงร้อยละ 80 หากเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมเป็น 3-6 เดือน คาดว่าจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลดน้ำหนักได้ทุกคนและน้ำหนักอาจลดลงได้มากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลชุมชน สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้กับสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ในโรงพยาบาลหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลสตรีกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยเพิ่มตัวแปรอื่นๆ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Statistics of COVID-19 patients. Retrieved From https://www.ddc.moph.go.th/ind ex.php4. 2022.
2. Saengwattanaroj S. Risks of obese people and COVID-19. Faculty of Medicine. Chulalongkorn University. Retrieved from https://www.chula.ac.th/news/31. 2021. (in Thai)
3. Manochpitipong A. Obesity and diabetes increase Risk of severe symptoms from being infected with COVID-19. Retrieved from https://www.praram9.com/covid. 2021. (in Thai)
4. Thongngam S, Phumoon S, & Rattanarat R. Nursing care for COVID-19 patients in the solation ward Siriraj Hospital. Siriraj Medical Journal. 2020; 13(3), 222-31.
5. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall. Retrieved from http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pd. 1984.
6. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
7. Duval TS, Wicklund RA. A theory of objective self-awareness. England: Academic Press. 1982.
8. Katanyutanon T, Thongsiri T, & Phichitchainarong A. Factors related to behavior to prevent COVID-19 disease. of health science students Huachiew Chalermprakiet University. Huachiew Chaloem Phrakiat. Science and Technology Journal. 2021; 9, 7(1), 15-17. (in Thai)
9. Chaleoykitti S, & Srisawad K. Nurses's Role in Taking care of Pregnant women at risk of Coronavirus infection. Journal of the Police Nurse. 2020;12(1):210-21. (in Thai)

ผลการใช้โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์ต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

Effects of the Internal Locus of Control Program and Emotion Control Skill Program on Psychological Trait and Violence Prevention Behaviors of Upper Elementary School Students

ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล นวลลออ ทวิชศรี*
Thipkhumporn Keskomon Nuanla-or Thawitsri*
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, Thailand, 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและ/หรือทักษะการควบคุมอารมณ์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย สุ่มอย่างง่ายจากโรงเรียนทุกสังกัดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 410 คน เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน และโปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ วิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดจิตลักษณะและพฤติกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ วัดก่อนฝึก วัดทันทีหลังฝึก และวัดติดตาม 3 เดือนหลังฝึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงสรุปอ้างอิง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 และ 3 ทาง

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (1) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน มีคะแนนความเชื่ออำนาจในตน และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี วัดทันทีหลังฝึก มากกว่าวัดก่อนฝึก และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี วัดทันทีหลังฝึกมากกว่าวัดก่อนฝึก และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (3) กลุ่มที่ได้รับทั้ง 2 โปรแกรมมีคะแนนจิตลักษณะและพฤติกรรม วัดทันทีหลังฝึกแตกต่างจากวัดก่อนฝึกและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

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

วันที่รับ (received) 23 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 พ.ค. 2568

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the scores of the internal locus of control, likability behavior, friend protection behavior, and emotion control behavior of upper elementary school students within and between experimental and control groups, before and after participating in internal locus of control and/or emotion control skill program. The sample was comprised of 410 upper elementary students, a simple random sampling from the schools affiliated with Bangkok. The instruments used in the experimental groups were the internal locus of control program and the emotional control skills program. The instruments used in the comparison group were educational videos on health care for adolescents. The instruments for data collection included a general information questionnaire and psychological and behavioral test. Data collection was conducted in three phases: pre-training, immediate post-training, and three-month follow-up. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including frequency, percentages, mean, standard deviation, repeated measures ANOVA, and 2-way and 3-way ANOVA.

The results for upper elementary students revealed that: (1) The group that received the internal locus of control program showed significantly higher internal locus of control and friend protection behavior scores when measured immediately post-training compared to pre-training and comparative group ($p < 0.05$). (2) The group that received the emotion control skill program showed significantly higher friend protection behavior scores when measured immediately post-training compared to pre-training and comparative group ($p < 0.05$). (3) The group that received both programs showed psychological trait and behavior scores that were not significantly different from pre-training and comparative group ($p > 0.05$).

Keywords: internal locus of control, likability behavior, friend protection behavior, emotion control behavior, upper elementary school students

บทนำ

ประสบการณ์ความรุนแรงทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางอารมณ์ หรือถูกทอดทิ้งของเด็กอายุ 2–17 ปี มีความรุนแรงสูงถึง 1 พันล้านคน ความรุนแรงต่อบุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี เกิดขึ้นทุกรูปแบบของความรุนแรง[1] การกลั่นแกล้งในโรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นและปลูกฝังเยาวชนเรื่องความรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจและร่างกาย เยาวชนที่ถูกกลั่นแกล้งมักเกิดอาการเครียด ซึมเศร้า และหากถูกกดดันรุนแรงอาจนำไปสู่การทำร้ายคนอื่นเพื่อแก้แค้น ส่วนนักเรียนที่รังแกคนอื่น เมื่อทำบ่อยครั้งก็จะกลายเป็นความเคยชิน มีปัญหาในเรื่องความก้าวร้าว ความรุนแรงต่อผู้อื่น ใช้ความรุนแรงแก้ปัญหา เป็นอันธพาลหรืออาชญากรได้[2] สถิติคดีที่เด็กและเยาวชนถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศไทย ปี 2565 มีจำนวน 4,036 คน เป็นเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.1 ของคดีทั้งหมด[3] ความรุนแรงในโรงเรียน ส่งผลต่อความผาสุก และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน และสามารถทำลายค่านิยมประชาธิปไตยและการศึกษาเพื่อความเป็นพลเมือง[4] โรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาเป็นขั้นแรกที่เด็กมาพบประสบการณ์ในโรงเรียน เด็กต้องการใช้เวลาในช่วงนี้ในสถานที่ที่ปลอดภัย ดังนั้นการกระทำที่มีความรุนแรงในระดับชั้นประถมศึกษาควรมีการศึกษา วิเคราะห์ และอภิปรายอย่างรอบคอบ[5] เนื่องจากผลกระทบของความรุนแรงในเด็ก ก่อให้เกิดความบอบช้ำและความกลัว มีผลกระทบต่อสุขภาพและการศึกษา โดยจำกัดอนาคตและโอกาสในชีวิต นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในเด็กในระยะยาวและปัญหาทางพฤติกรรมหลังเกิดบาดแผล ความเครียด ความวิตกกังวล มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร เมื่อเติบโตเป็นหนุ่มสาว จะอ่อนแอต่อการใช้สารเสพติด สุขภาพด้านการเจริญพันธุ์และทางเพศไม่ดี ผลที่ตามมาคือปัญหาความยากจน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่ดี มีประวัติการทารุณกรรมติดไป หลีกเลี่ยงสังคม ไม่อยากไปโรงเรียน กลัวถูกเพื่อนแกล้ง กลัวครูลงโทษ วัยรุ่นที่ถูกรังแกมักจะมีผล

การเรียนแย่ลง ถูกกลั่นแกล้ง ส่งผลเสียทำให้มีนิสัยอันธพาล หรือถูกรังแก และสุขภาพแย่ลง ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อไปยังวัยผู้ใหญ่ มีปัญหาทางสุขภาพ ทางสังคม อับอายและโทษตัวเอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำ และมีความพยายามฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มมีส่วนร่วมในความผิดทางอาญามากขึ้น และการใช้ยาในทางที่ผิด ที่สำคัญความรุนแรงในวัยเด็กสามารถถ่ายทอดผ่านรุ่นสู่รุ่น จากพ่อแม่สู่ลูกหรือพี่น้องถึงพี่น้อง เพราะเด็กเป็นพยานรู้เห็นความรุนแรง ยิ่งมีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิด จะกระทำความรุนแรงต่อไปเช่นเดียวกับผู้ใหญ่[6]

พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง ประกอบด้วย 3 ตัวแปรที่คัดเลือกมาจากงานวิจัย[7] ได้แก่ พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอธิบายด้วยทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม[8] พบว่า มี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนแรก คือ ดอกและผลไม้บนต้น ซึ่งพฤติกรรมของคนดี ได้แก่ 1) พฤติกรรมการไม่เบียดเบียนผู้อื่น เช่น พฤติกรรมช่วยเหลือเอื้อเฟื้อ ไม่ก้าวร้าวหรือก้าวร้าวน้อย เป็นต้น 2) พฤติกรรมการทำตามหน้าที่ เช่น พฤติกรรมรับผิดชอบต่อครอบครัว ต่อโรงเรียน ต่อชุมชน เป็นต้น และ 3) พฤติกรรมการพัฒนาตนและสังคม เช่น พฤติกรรมทางศาสนา จริยธรรม เป็นต้น ส่วนที่สอง คือ ลำต้นของต้นไม้ เป็นพฤติกรรมที่มีสาเหตุทางจิตใจ ได้แก่ เหตุผลเชิงจริยธรรม ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ความเชื่ออำนาจในตน และทัศนคติ และส่วนที่สาม คือ รากของต้นไม้ ซึ่งเป็นจิตลักษณะที่อาจใช้เป็นสาเหตุของการพัฒนาจิตลักษณะในส่วนลำต้น และอาจเป็นสาเหตุร่วมกับจิตลักษณะเพื่ออธิบายทำนายและพัฒนาพฤติกรรมของคนดี การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และสุขภาพจิต

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยเชิงเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและสังคมของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครพบว่า ตัวแปรจิตลักษณะที่สำคัญได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตน[9] ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของวัยรุ่นในทางบวก เช่น ความผาสุกทั่วไป และความสำเร็จในการเรียน และเป็นปัจจัยปกป้องต่อการแสดงความรุนแรงในชุมชนและลดพฤติกรรมทางลบ[10] และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและสังคมได้ในสามอันดับต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น ความเชื่ออำนาจในตนกับพฤติกรรม[11] และการศึกษาที่ใช้นวัตกรรมมาพัฒนาจิตด้านความเชื่ออำนาจในตนที่มีผลต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมของนักเรียนวัยรุ่น[8] โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ฝึกด้วยนิทานเป็นหลักและนิทานสมทบ กลุ่มที่ 2 ฝึกด้วยนิทานหลักเพียงอย่างเดียว และอีกครึ่งหนึ่งฝึกธรรมชาติศึกษาชุด B กลุ่ม 3 ฝึกด้วยนิทานสมทบอย่างเดียว อีกครึ่งหนึ่งฝึกธรรมชาติศึกษาชุด A และกลุ่ม 4 กลุ่มควบคุม ฝึกธรรมชาติศึกษาชุด A และ B ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกด้วยนิทานเป็นหลักและนิทานสมทบวัดทันที และวัดติดตามการฝึกสูงกว่านักเรียนกลุ่มอื่น นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้ผลิตและเผยแพร่หนังสือโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง (self-control) เพื่อป้องกันพฤติกรรมการรังแกกัน (bullying) ในเด็กประถมศึกษาที่ 1-3[12] ประกอบด้วย 6 แผนการสอน ได้แก่ แผนการสอน 1 เรื่อง เข้าอก เข้าใจ รับมือและสร้างพลังสู่การช่วยเหลือการรังแกกัน แผนการสอน 2 เรื่อง พฤติกรรมการรังแกกัน แผนการสอน 3 เรื่อง การจัดการกับพฤติกรรมรังแกกัน แผนการสอน 4 เรื่อง การเลือกคบเพื่อน แผนการสอน 5 เรื่อง เมื่อถูกเพื่อนรังแก หนูควรทำอย่างไร และแผนการสอน 6 เรื่อง ทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง และควบคุมอารมณ์ตนเอง โดยหวังว่าจะช่วยให้ครูและผู้ที่สนใจ หรือผู้ใช้มีแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังการรังแกกันในโรงเรียน รวมทั้งการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมการรังแกกันได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ในเด็กวัยเรียน เอื้อต่อการใช้ศักยภาพในการเรียนรู้ตามวัยอย่างเต็มที่ เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

อย่างไรก็ดี แม้ว่าการฝึกจิตลักษณะอย่างเดียวตัวเดียวหรือฝึกร่วมหลายตัวจากการทบทวนการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะสามารถส่งเสริมจิตลักษณะและพฤติกรรมของนักเรียนวัยรุ่นได้ หากนักเรียนได้รับการฝึกทักษะร่วมกับการฝึกจิตลักษณะ ย่อมเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ ที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาในลักษณะดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์ต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อันเป็นวัยที่เปราะบางต่อสิ่งแวดล้อม ความรุนแรงและเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางพฤติกรรมตามมาได้มากเป็นหลัก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน หรือทักษะการควบคุมอารมณ์ และติดตาม 3 เดือน

สมมุติฐานการวิจัย

จิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง ได้แก่ คะแนนความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย หลังได้รับโปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน หรือทักษะการควบคุมอารมณ์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยตัวแปรต้น คือ โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์ แบ่งเป็น 2 โปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยได้ผ่านการพัฒนาและทดลองใช้มาก่อนแล้ว[8,14] ได้แก่ 1) โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน และ 2) โปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ สำหรับกลุ่มทดลอง และกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ และตัวแปรตาม คือ จิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง ประกอบด้วย 1) จิตลักษณะ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตน และ 2) พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม[7,8]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนหญิงและชาย ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 โรงเรียนทุกสังกัดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 168,000 คน

ตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนหญิงและชาย ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 โรงเรียนในกรุงเทพมหานคร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power13 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ 0.95 อิทธิพลสำหรับการทดสอบได้จากการศึกษา ผลการใช้นวัตกรรมนิทานชุดมุ่งอนาคต ควบคุมตนเพื่อพัฒนาจิตลักษณะทัศนคติ และพฤติกรรมรักษาความสะอาดของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น[14] ขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร เท่ากับ 0.25 (ระดับปานกลาง)[15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน คัดเลือกนักเรียนจากโรงเรียนที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนระบุอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ โดยผู้ปกครองและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 410 คน จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน 137 คน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน 148 คน และสังกัดกรุงเทพมหานคร 125 คน ผู้ประสานงานของโรงเรียนส่งรายชื่อนักเรียนให้คณะผู้วิจัยทำการสุ่มนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งชายและหญิง เข้ากลุ่มทดลอง 1, 2, 3 และกลุ่มเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม โดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและทักษะการควบคุมอารมณ์แบ่งเป็น 2 โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน ปรับจากคู่มือครูฝึกการใช้นวัตกรรมนิทาน : ความเชื่ออำนาจในตน[8] และโปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากหลักสูตรสมาธิเพื่อพัฒนาพลังจิตของสถาบันพลังจิตตานุภาพ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0 หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว คณะผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับละ 10 คน เพื่อตรวจสอบกิจกรรม สื่อการสอน และระยะเวลาในการฝึกอบรม พบว่า นักเรียนสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และระยะเวลาในการฝึกอบรม 5-6 ชั่วโมง ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ “การฝึกโปรแกรมในการทำกิจกรรม ควรมีการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการฝึกจิตและฝึกทักษะ หากได้รับการฝึกพร้อมกันจะทำให้ได้ผลดีกว่าการฝึกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สังกัด เพศ ระดับชั้น และอายุ ตอนที่ 2 แบบวัดจิตลักษณะและพฤติกรรม

การป้องกันความรุนแรง ซึ่งวัดความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์[7] รวม 26 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคหลังการใช้เครื่องมือ เท่ากับ 0.88, 0.75, 0.87, 0.72 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งให้ตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเองโดยสมัครใจ หากปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

2. สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากรายชื่อของนักเรียนเข้ากลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มเปรียบเทียบ 1 กลุ่มดังนี้ กลุ่มทดลอง 1 ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน (ฝึกจิต 100%) กลุ่มทดลอง 2 ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ (ฝึกทักษะ 100%) กลุ่มทดลอง 3 ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมความเชื่ออำนาจในตนและโปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ (ฝึกจิต 50% และฝึกทักษะ 50%) และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวัยรุ่น (ฝึก 0%) โดยแต่ละกลุ่มแยกเข้าห้องตามที่กำหนดไว้

3. เก็บข้อมูลวัดก่อนฝึก โดยนักเรียนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง

4. ดำเนินการฝึกอบรม โดยผู้ช่วยวิจัยที่เคยผ่านการใช้โปรแกรมฝึกทักษะและมีประสบการณ์ในการใช้สื่อนิทานเป็นผู้นำทำกิจกรรมในแต่ละโปรแกรม ส่วนนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมฝึกตามโปรแกรมดังนี้ กลุ่มทดลองที่ 1 โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน ฝึกนิทานความเชื่ออำนาจในตน จำนวน 5 เรื่อง ตามลำดับดังนี้ (1) หมู่บ้านกอไผ่ (2) แมวน้ำยอดนักอนุรักษ์ (3) พลังคำ พลังคน (4) มะม่วงทิพยรส และ (5) เราทำได้ ถ้าใจต้องการ ระยะเวลาในการฝึกรวม 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลองที่ 2 โปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ 5 กิจกรรม ได้แก่ เกมฝึกรู้ตัว อารมณ์กับสมาธิ สมาธิอย่างง่าย ฝึกเดินจงกรมและนั่งสมาธิ และสมาธิกับการพัฒนาปัญญา ระยะเวลาในการฝึกรวม 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลองที่ 3 โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน ฝึกนิทานความเชื่ออำนาจในตน จำนวน 3 เรื่อง ตามลำดับดังนี้ (1) หมู่บ้านกอไผ่ (2) แมวน้ำยอดนักอนุรักษ์ และ (3) พลังคำ พลังคน ร่วมกับ 4 กิจกรรม ได้แก่ เกมฝึกรู้ตัว อารมณ์กับสมาธิ สมาธิอย่างง่าย ฝึกเดินจงกรมและนั่งสมาธิ ระยะเวลาในการฝึกรวม 6 ชั่วโมง และกลุ่มเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น ดูวิดีโอประกอบคำอธิบาย และการตอบคำถามจากเนื้อหา ระยะเวลาในการฝึกรวม 6 ชั่วโมง

5. เก็บข้อมูลวัดทันทีหลังฝึก โดยนักเรียนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง

6. เก็บข้อมูลวัดติดตาม 3 เดือน หลังฝึก โดยนักเรียนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดจิตลักษณะและพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนจิตลักษณะและพฤติกรรมใช้สถิติเชิงสรุปอ้างอิง ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 และ 3 ทาง ได้แก่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง วจ. 49/2566 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่รหัสโครงการ E012qs/66 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2566 ข้อมูลที่ได้รับจะรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายทั้งหมด 410 คน ส่วนใหญ่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (เอกชน) ร้อยละ 36.1 รองลงมาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ร้อยละ 33.4 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 36.8 รองลงมาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 31.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ63.2 มีอายุ 10 ปี ร้อยละ 49.3 รองลงมาอายุ 11 ปี ร้อยละ 31.7 ค่าเฉลี่ยอายุ 10.71 ปี (SD=0.80) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=410)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สังกัด			
1.1 สพฐ.		137	33.4
1.2 เอกชน		148	36.1
1.3 กทม.		125	30.5
2. ระดับชั้นประถมศึกษา			
2.1 ปีที่ 4		151	36.8
2.2 ปีที่ 5		129	31.5
2.3 ปีที่ 6		130	31.7
3. เพศ			
3.1 ชาย		151	36.8
3.2 หญิง		259	63.2
4. อายุ	M = 10.71 SD = 0.80		
4.1 10 ปี		202	49.3
4.2 11 ปี		130	31.7
4.3 12 ปี		73	17.8
4.4 13 ปี		5	1.2

2. ตัวแปรตาม 4 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตน พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ วัดก่อนฝึก วัดทันทีหลังฝึก และวัดติดตาม 3 เดือนหลังฝึก พบว่า ความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M=4.93, SD=0.58; M=4.95, SD=0.61 และ M=4.95, SD=0.60 ตามลำดับ) พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M=4.59, SD=0.77; M= 4.59, SD=0.78 และ M=4.60, SD=0.78 ตามลำดับ) พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M=4.69, SD=0.83; M=4.85, SD=0.78 และ M=4.74, SD=0.92 ตามลำดับ) และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M=4.09, SD=0.97; M=4.17, SD=1.05 และ M=4.14, SD=1.05 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร (n=410)

ตัวแปร	M	SD
ความเชื่ออำนาจในตน		
1. วัดก่อนฝึก	4.93	0.58
2. วัดทันทีหลังฝึก	4.95	0.61
3. วัดติดตาม	4.95	0.60
พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา		
1. วัดก่อนฝึก	4.59	0.77
2. วัดทันทีหลังฝึก	4.59	0.78
3. วัดติดตาม 3 เดือนหลังฝึก	4.60	0.78
พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี		
1. วัดก่อนฝึก	4.69	0.83
2. วัดทันทีหลังฝึก	4.85	0.78
3. วัดติดตาม 3 เดือนหลังฝึก	4.74	0.92
พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์		
1. วัดก่อนฝึก	4.09	0.97
2. วัดทันทีหลังฝึก	4.17	1.05
3. วัดติดตาม 3 เดือนหลังฝึก	4.14	1.05

3. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง Sphericity ความแปรปรวนของคะแนนผลต่างระหว่างทุกกลุ่มที่วัดซ้ำจะต้องเท่ากัน ด้วยการวิเคราะห์ Mauchly's test เมื่อพบผลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงพิจารณาจากค่า Epsilon ของ Greenhouse-Geisser พบว่าส่วนใหญ่มีค่าใกล้เคียงหรือมากกว่า 0.75 และในการเปรียบเทียบรายคู่ ใช้การปรับค่าความคลาดเคลื่อนแบบ Bonferroni จึงทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำต่อไป ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของแต่ละกลุ่ม แสดงในตารางที่ 3

3.1 กลุ่มทดลอง 1 ฝึกจิต 100% (103 คน) 1) ความเชื่ออำนาจในตน วัดทันทีหลังฝึก (M=5.00, SD=.58) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=4.85, SD=0.58) และวัดติดตาม (M=4.94, SD=0.61) และความเชื่ออำนาจในตนวัดติดตามมากกว่าวัดก่อนฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า คะแนนความเชื่ออำนาจในตนวัดทันทีหลังฝึกมากกว่าวัดก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig.=0.03) 2) พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา วัดก่อนฝึก (M=4.65, SD=0.70) มากกว่าวัดทันทีหลังฝึก (M=4.55, SD=0.72) และวัดติดตาม (M=4.58, SD=0.69) และพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหาวัดติดตามมากกว่าวัดทันทีหลังฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดทันทีหลังฝึก (M=4.96, SD=0.67) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=4.75, SD=0.79) และวัดติดตาม (M=4.80, SD=0.87) และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดติดตาม มากกว่าวัดก่อนฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดทันทีหลังฝึกมากกว่าวัดก่อนฝึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig.=0.03) และ 4) พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดก่อนฝึก (M=4.18, SD=0.92) มากกว่าวัดทันทีหลังฝึก (M= 4.14, SD=1.12) และวัดติดตาม (M=4.15, SD=0.95) แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดติดตามน้อยกว่าทั้งวัดก่อนฝึกและวัดทันทีหลังฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 กลุ่มทดลอง 2 ฝึกทักษะ 100% (104 คน) 1) ความเชื่ออำนาจในตน วัดก่อนฝึก (M=5.06, SD=0.32) และวัดติดตาม (M=5.06, SD=0.56) สูงกว่าวัดทันทีหลังฝึก (M=4.99, SD=0.56) ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา วัดก่อนฝึก (M=4.69, SD=0.73) มากกว่าวัดทันทีหลังฝึก (M=4.67, SD=.68) และวัดติดตาม (M=4.64, SD =0.85) ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี วัดทันทีหลังฝึก (M=5.02, SD=0.62) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=4.87, SD=0.66) และวัดติดตาม (M=4.92, SD=0.76) และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี วัดติดตามมากกว่าวัดก่อนฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดทันทีหลังฝึก มากกว่าวัดก่อนฝึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (sig.=0.005) และ 4) พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ วัดทันทีหลังฝึก (M=4.24, SD=1.04) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=4.13, SD=0.93) และวัดติดตาม (M=4.19, SD=1.11) และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดติดตามมากกว่าวัดก่อนฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3. กลุ่มทดลอง 3 ฝึกจิต 50% และฝึกทักษะ 50% (100 คน) 1) ความเชื่ออำนาจในตนวัดก่อนฝึก (M=4.83, SD=0.59) และวัดติดตาม (M=4.84, SD=0.66) มากกว่าวัดทันทีหลังฝึก (M=4.81, SD=0.67) ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหาวัดทันทีหลังฝึก (M=4.47, SD=0.85) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=4.35, SD=0.91) และวัดติดตาม (M=4.46, SD=0.86) และพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา วัดติดตามมากกว่าวัดก่อนฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดทันทีหลังฝึก (M=4.48, SD=0.92) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=4.32, SD=0.97) และวัดติดตาม (M=4.34, SD=1.07) และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี วัดติดตามมากกว่าวัดก่อนฝึก ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดทันทีหลังฝึก (M=3.95, SD=1.06) และวัดติดตาม (M=3.95, SD=1.05) มากกว่าวัดก่อนฝึก (M=3.82, SD=1.00) ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 กลุ่มเปรียบเทียบ ฝึก 0% (103 คน) 1) ความเชื่ออำนาจในตน วัดทันทีหลังการให้ความรู้ (M=5.00, SD=0.64) มากกว่าวัดก่อนการให้ความรู้ (M=4.96, SD=0.61)

และวัดติดตาม (M=4.95, SD=0.58) และความเชื่ออำนาจในตนวัดก่อนการให้ความรู้มากกว่าวัดติดตาม ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหาวัดติดตาม (M=4.70, SD=0.70) มากกว่าวัดทันทีหลังการให้ความรู้ (M=4.66, SD=0.84) และวัดก่อนการให้ความรู้ (M=4.65, SD=0.69) ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดทันทีหลังการให้ความรู้ (M=4.93, SD=0.62) มากกว่าวัดก่อนการให้ความรู้ (M=4.80, SD=0.79) และวัดติดตาม (M=4.87, SD=0.86) และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดีวัดติดตามมากกว่าวัดก่อนการให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดทันทีหลังการให้ความรู้ (M=4.33, SD=0.97) มากกว่าวัดก่อนการให้ความรู้ (M=4.20, SD=1.00) และวัดติดตาม (M=4.26, SD=1.06) และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดติดตาม มากกว่าวัดก่อนการให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจิตลักษณะและพฤติกรรม โดยวัดก่อนฝึก วัดทันทีหลังฝึกและวัดติดตาม จำแนกตามกลุ่ม/โปรแกรมที่ได้รับ

กลุ่ม	N	โปรแกรม	ตัวแปร	M (S.D.)			คู่ที่แตกต่าง*
				วัดก่อนฝึก	วัดทันทีหลังฝึก	วัดติดตาม	
1	103	ฝึกจิต100%	ความเชื่ออำนาจในตน	4.85 (.58)	5.00 (.58)	4.94 (.61)	ทันที>ก่อน
			พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา	4.65 (.70)	4.55 (.72)	4.58 (.69)	-
			พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี	4.75 (.79)	4.96 (.67)	4.80 (.87)	ทันที>ก่อน
			พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์	4.19 (.92)	4.14 (1.12)	4.15 (.95)	-
2	104	ฝึกทักษะ100%	ความเชื่ออำนาจในตน	5.06 (.70)	4.99 (.56)	5.06 (.56)	-
			พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา	4.69 (.73)	4.67 (.68)	4.64 (.85)	-
			พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี	4.87 (.66)	5.02 (.62)	4.92 (.76)	ทันที>ก่อน
			พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์	4.13 (.93)	4.24 (1.04)	4.19 (1.11)	-
3	100	ฝึกจิต50%ทักษะ50%	ความเชื่ออำนาจในตน	4.83 (.59)	4.81 (.67)	4.84 (.66)	-
			พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา	4.35 (.91)	4.47 (.85)	4.46 (.86)	-
			พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี	4.32 (.97)	4.48 (.92)	4.34 (1.07)	-
			พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์	3.82 (1.00)	3.95 (1.06)	3.95 (1.05)	-
4	103	ฝึก0%	ความเชื่ออำนาจในตน	4.96 (.61)	5.00 (.64)	4.95 (.58)	
			พฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา	4.65 (.69)	4.66 (.84)	4.70 (.70)	
			พฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี	4.80 (.79)	4.93 (.78)	4.87 (.86)	
			พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์	4.20 (1.00)	4.33 (.97)	4.26 (1.06)	

การอภิปรายผลการวิจัย

1. โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน คณะผู้วิจัยพัฒนาสื่อการสอนในรูปภาพวิดีโอและไฟล์เสียงขึ้นใหม่ และปรับกิจกรรมการสอนให้เหมาะสม โดยคงเนื้อหานิทานและเป้าหมายในการฝึกอบรมไว้ ซึ่งโปรแกรมทั้ง 2 นี้ ได้ผ่านการพัฒนาและทดลองใช้มาก่อนแล้ว[8,14] และครูฝึกในการวิจัยนี้ได้รับการฝึกโดยครูฝึกของศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทยที่ผ่านการอบรมวิธีฝึกด้วยนิทานเหล่านี้มาแล้ว 18-20 ชั่วโมง

2. โปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากหลักสูตรสมาธิเพื่อพัฒนาพลังจิต ของสถาบันพลังจิตตานุภาพ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง 0.80-1.00 นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง

แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะฝึกอบรม และระยะสิ้นสุด แต่ละระยะประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกอบรม การสะท้อนคิด และสรุปเนื้อหา สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ผ่านมา เช่น ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรง ในสถานแรกรับเด็กหญิง เขตภาคกลาง[16] เป็นต้น ผลการทดลองใช้โปรแกรมทักษะที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มคะแนนจิตลักษณะและพฤติกรรมได้บางกลุ่ม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

3. โปรแกรมความเชื่ออำนาจในตน สามารถพัฒนาให้นักเรียนมีความเชื่ออำนาจในตน และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี เพิ่มขึ้นได้ทันทีหลังฝึก และโปรแกรมฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ สามารถพัฒนาให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี เพิ่มขึ้นได้ ทันทีหลังฝึก สามารถสรุปได้ว่าการฝึกจิตลักษณะด้วยนิทานอย่างเดียว หรือฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์อย่างเดียว ให้ผลดีกว่าการฝึกจิตลักษณะด้วยนิทานร่วมกับการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ และให้ผลดีกว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น ที่พบผลเช่นนี้อาจเป็นเพราะการฝึกด้วยนิทานครบทั้ง 5 เรื่อง โดยเรียงเนื้อหาตามขั้นของการพัฒนาจิตลักษณะด้านความเชื่ออำนาจในตนที่เด็กสามารถพัฒนาทั้งจิตลักษณะและพฤติกรรมไปทีละขั้นทีละตอน เช่นเดียวกับการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ที่ได้รับความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ และการร่วมกิจกรรมที่ครูได้สะท้อนความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ในการทำกิจกรรมร่วมกันได้ ผลการศึกษาที่พบนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและสังคม ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตน ซึ่งเป็นตัวแปรอันดับสองรองมาจากตัวแปรทัศนคติ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตน ซึ่งเป็นอันดับต้นในการทำนายพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา และพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์[7] ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาความเชื่ออำนาจในตน การเรียนรู้โดยการกำกับตนเอง ทักษะทางสังคมและสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01[17] และการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของการใช้นวัตกรรมนิทานพัฒนาจิตด้านความเชื่ออำนาจในตนที่มีผลต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการฝึกด้วยนิทานหลัก เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับการฝึกด้วยนิทานหลัก[8]

4. โปรแกรมทักษะการควบคุมอารมณ์ ไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ของนักเรียนทั้งในระยะหลังฝึกและระยะติดตามได้ อาจเป็นเพราะการฝึกเพียงครั้งเดียว ถึงแม้ว่าจะมีการให้บันทึกการฝึกที่บ้านหรือที่โรงเรียน หากไม่มีผู้ปกครองหรือครูควบคุมนักเรียนจะไม่ได้ปฏิบัติ และเรื่องของอารมณ์ นักเรียนระดับประถมศึกษา อาจยังไม่สามารถควบคุมได้ดีนัก ซึ่งเป็นไปตามวัยและพัฒนาการของเด็ก

5. ข้อค้นพบเพิ่มเติมจากการศึกษานี้ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 และ 3 ทาง สรุปได้ว่า โปรแกรมฝึกจิตลักษณะอย่างเดียว เหมาะกับนักเรียนสังกัด กทม. โปรแกรมฝึกทักษะอย่างเดียวเหมาะกับนักเรียนสังกัด สพฐ. และสังกัดเอกชน นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนสังกัดเอกชนที่ได้รับการฝึกทั้ง 2 โปรแกรมพร้อมกัน มีคะแนนพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหา วัดทันทีหลังฝึกและวัดติดตาม มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันเพื่อนจากสิ่งไม่ดี และมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ วัดทันทีหลังฝึกและวัดติดตาม มากกว่านักเรียนสังกัด กทม. วัดทันทีหลังฝึก และมีคะแนนพฤติกรรมการทำตนให้เป็นที่น่าคบหาวัดทันทีหลังฝึกและมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์วัดติดตามมากกว่านักเรียนที่ได้รับโปรแกรมฝึกจิตลักษณะอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

1. ครู อาจารย์ ผู้สนใจที่จะนำชุดสื่อนิทานพัฒนาจิตลักษณะหรือโปรแกรมการพัฒนาทักษะ[7,11] ไปใช้กับนักเรียนหรือเยาวชนไทย ควรศึกษาคู่มือ ประกอบการใช้ชุดนิทานฝึกจิตลักษณะและทักษะแต่ละชุดอย่างละเอียดเสียก่อน

2. การวัดตัวแปรพฤติกรรม เป็นการรายงานผลโดยนักเรียนแต่เพียงด้านเดียว ในการวิจัยต่อไปอาจเก็บข้อมูลจากครู เพื่อน หรือผู้ปกครอง เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของการวัดผลตัวแปรที่ศึกษา และสามารถสรุปผล

การวิจัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น สามารถพัฒนาเด็กและเยาวชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดการศึกษาแก่เยาวชนไทยโดยตรง ได้ให้ความสำคัญและการสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาสื่อนวัตกรรมชุดนิทานพัฒนาจิตใจและพฤติกรรมจริยธรรมและสุขภาพแก่เยาวชน โดยให้การสนับสนุนโครงการวิจัยการทำวิจัยเชิงทดลองประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาที่สร้างขึ้นใหม่ การทำวิจัยเชิงทดลองประเมินประสิทธิภาพของชุดฝึกอบรมหรือสื่อการสอนที่ปรับปรุงใหม่แต่เนื้อหาเหมือนเดิม หรือพัฒนาขึ้นใหม่ด้วยวิธีการที่มีมาตรฐานสูงระดับสากล แต่มีความสะดวกในการนำไปใช้ (user friendly) เพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมในการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้ตรงกับบริบทที่แท้จริงมากที่สุด

References

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A & Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. Pediatrics. 2016; 137 (3): e20154079.
2. Wongrachit, K. Mental Health Newspapers online. Department of Mental. 2019.
3. Digital Department of Juvenile Observation and Protection. Judicial Statistics Yearly Report, 2022.
4. Smith K A. A Multi- Case Analysis of Perceived Circumstances and Life Experiences Contributing to the Presidential Ascent of Mississippi's Female College and University Presidents. Dissertation Abstracts International. 2014 Retrieved June 20, 2007, from http://proquest.umi.com.
5. Girmen P, Kaya MF, & Kilic Z. Violence at primary schools and its reflections on the press and the visual media in Turkey. International Journal of Research in Education and Science. 2018; 4(2): 703-13.
6. Ending Violence in Childhood: Global Report. 2017.
7. Keskomon T & Traprasit Y. Confirmatory Factor Analysis of upper primary school students' scales: attractive behavior, behavior for protecting friends from bad things, and emotional control behavior. Journal of the Royal Thai Army Nurses; 2024, 25(1): 383-93. (in Thai)
8. Bhanthumnavin D. The influence of using innovative stories to develop the mind in terms of internal locus of control that affect the mental characteristics and behaviors of early adolescent students. Research report of research funding for research and development of Thai behavioral systems, National Research Council of Thailand. 2017. (in Thai)
9. Keskomon T, Phansang K, & Traprasit Y. Research report of "Causal factors of violence prevention behaviour in family and society of upper primary school students in Bangkok". Research granted from the National Research Office, Fiscal year 2021. 2023. (in Thai)
10. Ahlin E M, & Antunes M J L. Locus of control orientation: parents, peers, and place. Journal of Youth Adolescence. 2018; 44: 1803–818.
11. Seena T, Nukaew O, & Suttharangse W. Factors Predicting Caregivers' Capabilities in Caring for Older Persons with Major Depressive Disorder (MD). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018; 5(2), 216-30. (in Thai)

12. Department of Mental Health. Self-control skills development program to prevent bullying in elementary school children 1-3. Division of Mental Health Promotion and Development. 2019. (in Thai)
13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009; 41(4), 1149-160.
14. Leowarin U. The results of using the innovative of the future-oriented and self-control story series to develop the personality, attitude, and behavior of cleanliness of early adolescent students. Research report of research funding for research and development of Thai behavioral systems, National Research Council of Thailand. 2017. (in Thai)
15. Wiratchai N. Confirmatory Factor Analysis–CFA. Journal of Research and Curriculum Development. 2012; 2(1), 68-74. (in Thai)
16. Titawattanakul A., Vuthiarpa S. & Somprasert C. The effects of therapeutic relationship program on self-esteem among girls in exposure to violence in the central region reception home for girls. The journal of Psychiatric Nursing and Mental health. 2017; 31(2), 47-63. (in Thai)
17. Sriwiset W, & Wongkumsin T. Internal locus of control, self- regulation learning, social skills and helping relationship of nursing students at a college of nursing, Ministry of Public Health. Journal of Social Sciences and Humanities. 2014; 40(1), 54-68. (in Thai)

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

The Effectiveness of A Safe Motorcycle Riding Behavior Promotion Program among High School Students in Mae Chai District, Phayao Province

ฟ้าสว่าง ฟองจำ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ* ธีรพล ผังดี
Fasawang Fongcham Nutthakritta Sirisopon* Theerapon Phungdee
ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand, 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 56 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที กลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้และกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม, ขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

A quasi-experimental study with two groups, measured before and after the experiment, was conducted to investigate the effectiveness of a safe motorcycle riding behavior promotion program among high school students in Mae Chai District, Phayao Province. The sample size was determined using the formula for calculating the sample size for comparing the means of two independent populations, resulting in a total of 56 participants. These participants were selected through simple random sampling and divided equally into an experimental group and a comparison group (28 students in each). The experimental group received the program for 4 weeks (one session per week, with each session lasting 45 minutes), while the comparison group received the regular curriculum and activities provided by the school. The research instruments included: The

Corresponding Author: *Email: nuttakrittta.s@ku.th

วันที่รับ (Received) 17 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 13 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 24 พ.ค. 2567

safe motorcycle riding behavior promotion program, and A questionnaire to evaluate the program. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (Paired Samples t-test and Independent t-test).

The results indicated that after participating in the program, the experimental group showed a significant increase in the average scores of safe motorcycle riding behavior compared to their pre-test scores, and their post-test scores were significantly higher than those of the comparison group at the .05 significance level. This demonstrated that the developed program could effectively promote safe motorcycle riding behavior among upper secondary school students.

Keywords : Behavioral Promotion Program, Safe Motorcycle Riding, Hight School Students

บทนำ

อุบัติเหตุบนท้องถนนถือเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก โดยรายงานการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในปี 2564 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกประมาณ 1.19 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 15 คนต่อแสนประชากร โดยในปี 2562 การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อับดับแรกของประชากรในช่วงอายุ 5 - 29 ปี และยังเป็นสาเหตุอันดับที่ 12 ของการเสียชีวิตทุกช่วงอายุ ในเอเชียและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดและยังสูงเป็นลำดับที่ 9 ของโลก[1] ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนจำนวน 3 ใน 4 มีสาเหตุจากการซ้อนโดยสารหรือขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งเมื่อคิดต่อสัดส่วนของจำนวนประชากรในประเทศแล้ว ประเทศไทยจะมีผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์สูงเป็นลำดับที่ 1 ของโลก[2] ในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2559 – 2563) พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 20,000 คนต่อปี และมีผู้บาดเจ็บมากถึง 1 ล้านคนต่อปี โดยช่วงอายุ 15 – 19 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดถึงร้อยละ 11.80 และยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุเป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 78.00[3]

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต พิการ และบาดเจ็บจำนวนมาก โดยเฉพาะการบาดเจ็บทางสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม[4] ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่[5] ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจ โดยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT)[6] ประกอบด้วยกระบวนการประเมินภาวะคุกคามและการเผชิญปัญหา โดยมี 4 ตัวแปรสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อประสิทธิผลของการตอบสนอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งตัวแปรสุดท้ายนี้พัฒนามาจากแนวคิดของแบนดูรา[7] โดยเชื่อว่าความเชื่อมั่นในตนเองเกิดจากประสบการณ์ตรง การเห็นแบบอย่าง การได้รับการชักจูงทางวาจา และสภาวะทางร่างกายหรืออารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยเน้นการประเมินภาวะคุกคามและการเผชิญปัญหา ร่วมกับการใช้อิทธิพลจากแหล่งข้อมูล สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ของบุคคล ผ่านกลวิธีทางสุขศึกษาที่หลากหลาย ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม[8,9,10] แม้โปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการขับขี่ได้ดี แต่ยังมีข้อเสนอแนะให้เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเยาวชนสูง โดยออกแบบกิจกรรมให้เน้นการลงมือปฏิบัติ (Experiential Learning) และการมีส่วนร่วม เพื่อกระตุ้นการรับรู้และแรงจูงใจในการปฏิบัติตนอย่างปลอดภัยตามแนวทางของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการ

ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

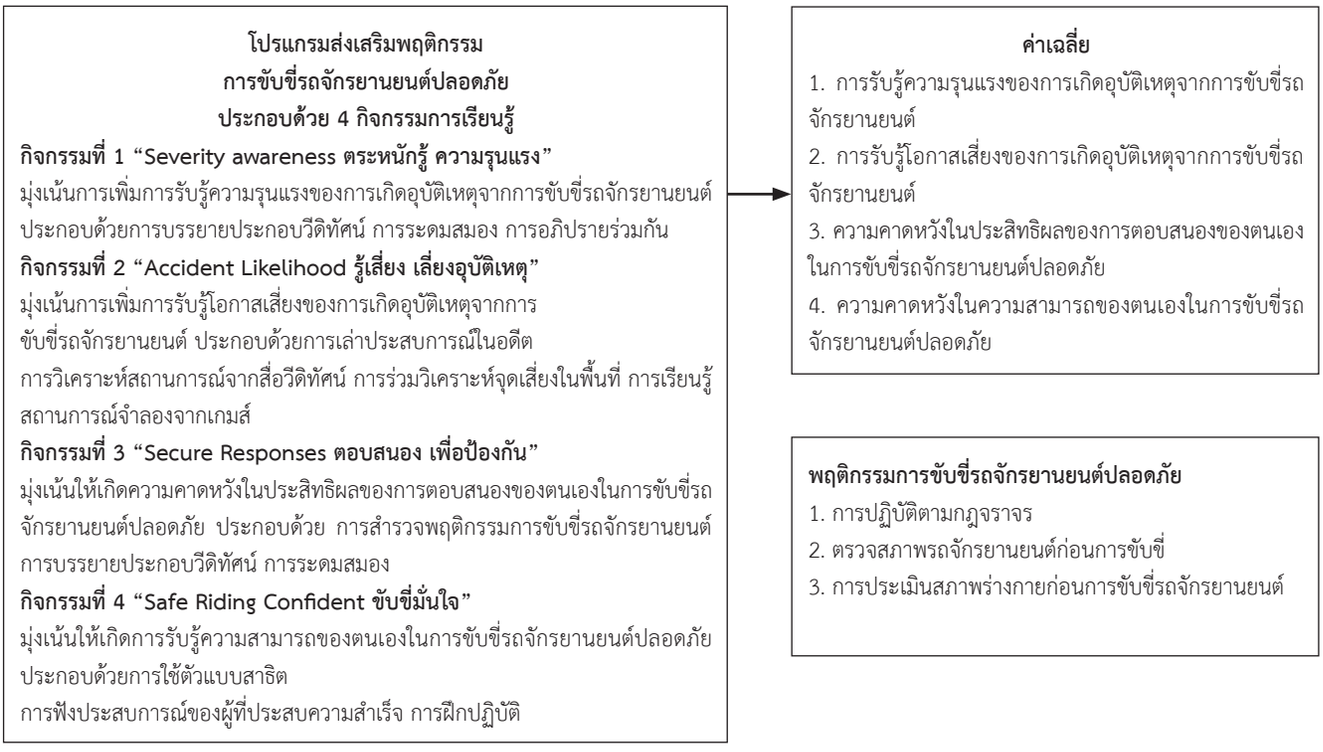
สมมติฐาน

1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยสูงกว่าก่อนการทดลอง

2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) ของ Rogers ที่เชื่อว่าการตัดสินใจป้องกันโรคขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยงและความสามารถในการรับมือ โดยคนจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหากรู้สึกว่าโรคมีความร้ายแรงและตนเองเสี่ยงที่จะเป็น และเชื่อว่าวิธีป้องกันมีประสิทธิภาพและทำได้จริง ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมภายในที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ประชากร เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ปีการศึกษา 2567 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นประจำ มีใบขับขี่ ไม่มีโรคร้ายแรง และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง จำนวน 165 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในชีวิตประจำวัน
2. เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์
3. ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโปรแกรมและยินดีเข้าร่วมโปรแกรม
4. ต้องไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง เช่น โรคลมชัก

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 4 ครั้ง
2. เปลี่ยนวิธีการเดินทางโดยไม่ใช้รถจักรยานยนต์ในระหว่างเข้ารับโปรแกรม
3. ย้ายสถานศึกษาไปที่อื่น
4. ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถขับขี่รถจักรยานยนต์ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria for individual participants)

1. กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจออกจากการวิจัย
2. เกิดเหตุสุดวิสัยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุ เกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น
3. ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามข้อกำหนดของการวิจัยหลายประการ

เกณฑ์การยุติ (Termination criteria for the whole research project) มีดังนี้

ผู้มีอำนาจยุติการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มอิสระ และป้องกันการสูญหาย 10% จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน โดยการสุ่มเลือกนักเรียนเข้ากลุ่มใช้การสุ่มอย่างง่าย

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดยสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการเริ่มโปรแกรมจะทำการวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นจะนำเข้ากิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 “Severity awareness ตระหนักรู้

ความรุนแรง” สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้ “Accident Likelihood รู้เสี่ยง เลี่ยงอุบัติเหตุ” สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเรียนรู้ “Secure Responses ตอบสนอง เพื่อป้องกัน” สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการเรียนรู้ “Safe Riding Confident ขับขี่มั่นใจ” หลังจากทำกิจกรรมครบทั้ง 4 สัปดาห์แล้ว วัดผลภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 เสร็จสิ้นแล้ว 1 สัปดาห์ ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองได้รับความรู้และกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน

กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการประเมินผลการวัดผลก่อนดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และวัดผลหลังดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 โดยได้รับความรู้และกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน ซึ่งเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมฯ เหมือนกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย KUREC-SSR67/161 เลขที่เอกสารรับรองโครงวิจัย COA67/083 วันที่รับรอง 20 พฤศจิกายน 2567 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนแม่ใจวิทยาคม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการศึกษาวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงอธิบายถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือในกาวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ แบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย แบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และแบบสอบถามส่วนที่ 6 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 – 6 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient Reliability) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลอง (Try Out) ใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ณ โรงเรียนอื่นที่มีที่ตั้งและลักษณะกายภาพคล้ายคลึงกับที่ตั้งของโรงเรียนที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ เท่ากับ 0.785 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ เท่ากับ 0.849 คาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย เท่ากับ 0.781 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย เท่ากับ 0.843 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย เท่ากับ 0.785 และทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.92

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ด้านความถูกต้อง เท่ากับ 4.24 ด้านความเป็นประโยชน์ เท่ากับ 4.67 ด้านความเหมาะสม เท่ากับ 4.42 ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เท่ากับ 4.07 ด้านความเป็นปรนัย เท่ากับ 4.17 และคุณภาพในภาพรวม เท่ากับ 4.31

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะข้อมูล กำหนดนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบที่ระดับ .05 โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired Samples t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent Samples t-test) จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยตรวจสอบการแจกแจงปกติ ด้วยการทดสอบ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test และตรวจสอบความเท่ากันของตัวแปรทุกตัว ด้วยการทดสอบ Test of Homogeneity of Variance พบว่าการกระจายของข้อมูลดังกล่าวเป็นปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน เพศชายร้อยละ 53.6 อายุ 17 และ 18 ปี ร้อยละ 28.6 มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ 4 ปี และ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.1 มีหมวกนิรภัยเป็นของตัวเองและไม่มีการดัดแปลงสภาพรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 100 รถจักรยานยนต์ที่ใช้ขนาดเครื่องยนต์น้อยกว่า 250 ซีซี ร้อยละ 92.9 ขับขี่รถจักรยานยนต์ทุกวัน ร้อยละ 78.6 ระยะทางจากบ้านถึงโรงเรียนเฉลี่ย 8.54 กม. ใช้ความเร็วเฉลี่ย 63 กม./ชม.และส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุในรอบ 1 ปี ร้อยละ 78.6

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน เพศชายร้อยละ 57.1 อายุ 18 ปี ร้อยละ 35.7 มีประสบการณ์ขับขี่รถจักรยานยนต์ 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.1 มีหมวกนิรภัยเป็นของตัวเอง ร้อยละ 100 รถจักรยานยนต์ที่ใช้ขนาดเครื่องยนต์น้อยกว่า 250 ซีซี ร้อยละ 96.4 ไม่มีการดัดแปลงสภาพรถจักรยานยนต์ร้อยละ 96.4 ขับขี่รถจักรยานยนต์ทุกวัน ร้อยละ 64.3 ระยะทางจากบ้านถึงโรงเรียนเฉลี่ย 8.07 กม. ใช้ความเร็วเฉลี่ย 60.7 กม./ชม.และส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุในรอบ 1 ปี ร้อยละ 71.4

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	4.11	0.44	3.90	0.42	-2.016	0.054
กลุ่มทดลอง (n=28)	3.98	0.65	4.34	0.51	2.613	0.014
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	3.77	0.46	3.54	0.49	-2.014	0.054
กลุ่มทดลอง (n=28)	3.71	0.57	4.12	0.51	2.508	0.018
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	3.67	0.61	3.49	0.54	-1.313	0.200
กลุ่มทดลอง (n=28)	3.62	0.67	4.06	0.65	2.085	0.047
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	4.33	0.41	4.14	0.49	-1.554	0.132
กลุ่มทดลอง (n=28)	4.18	0.59	4.50	0.43	2.151	0.041
พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	4.05	0.53	3.85	0.42	-1.427	0.165
กลุ่มทดลอง (n=28)	3.95	0.53	4.34	0.49	2.542	0.017

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยก่อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์						
ก่อนการทดลอง	3.98	0.65	4.11	0.44	- 0.859	0.394
หลังการทดลอง	4.34	0.51	3.90	0.42	3.629	0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์						
ก่อนการทดลอง	3.71	0.57	3.77	0.46	- 0.457	0.649
หลังการทดลอง	4.12	0.51	3.54	0.49	4.329	0.000
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย						
ก่อนการทดลอง	3.62	0.67	3.67	0.61	- 0.301	0.765
หลังการทดลอง	4.60	0.65	3.49	0.54	3.610	0.001
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย						
ก่อนการทดลอง	4.18	0.59	4.33	0.41	- 1.077	0.765
หลังการทดลอง	4.50	0.43	4.14	0.49	2.877	0.006
พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย						
ก่อนการทดลอง	3.95	0.53	4.05	0.53	- 0.715	0.478
หลังการทดลอง	4.34	0.49	3.85	0.42	4.038	0.000

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของตนเองในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการบรรยายถึงสถานการณ์อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ทั้งสถานการณ์ในระดับโลก สถานการณ์ในประเทศและสถานการณ์ในพื้นที่ การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความกลัว

การระดมสมองและอภิปรายผล การใช้คำพูดชักจูงและให้เกิดความกลัว 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ใช้การเล่าประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการพบเจอพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชีวิตประจำวัน การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่กระตุ้นให้นักเรียนเกิดความกลัว การวิเคราะห์พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ การวิเคราะห์จุดเสี่ยงหรือจุดอันตรายที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ การร่วมหามาตรการป้องกันและแนวทางการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองจากเกมส์ 3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง สำรวจพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ การบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยและผลของการปฏิบัติ การใช้สื่อวีดิทัศน์ และการระดมสมอง 4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ใช้การเล่าประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในอดีตของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การเขียนแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยในชีวิตประจำวัน การพูดชักจูงด้วยคำพูด การฝึกควบคุมอารมณ์ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ และฝึกการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่อาจทำให้เกิดความเครียด กระตุ้นให้นักเรียนรับรู้ถึงความเสี่ยงและความสามารถในการรับมือกับภัยนั้น ๆ ซึ่งเมื่อนักเรียนรู้สึกว่ามีความเสี่ยงสูงและมั่นใจในวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจะมีแนวโน้มที่จะเลือกดำเนินการป้องกันโรคมากขึ้น กอปรกับการใช้กระบวนการทางสุขศึกษาที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความตระหนัก ยอมรับ และเกิดพฤติกรรมอย่างถาวร[11] โดยสอดคล้องกับการศึกษา[12,13,14] ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMT) ในการสร้างโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ควรประกอบด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การเสริมแรงจูงใจภายใน การมีส่วนร่วมของผู้เรียน และการใช้สื่อหรือเทคนิคที่เหมาะสมกับวัยและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งสามารถนำโปรแกรมฯ ไปต่อยอดกับโรงเรียนอื่น ๆ ในพื้นที่ข้างเคียง หรือโรงเรียนที่สนใจ โดยอาจให้กลุ่มตัวอย่างเดิมเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมฯ

2. เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัยทางถนนหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อให้โปรแกรมฯ เกิดประสิทธิผลสูงสุด และสามารถเกิดพฤติกรรมอย่างยั่งยืนต่อไป

3. การนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ต้องคำนึงถึงบริบทในพื้นที่ โดยต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ และผู้ใช้โปรแกรมต้องศึกษาอย่างละเอียดและต้องเข้าใจในกิจกรรมอย่างถ่องแท้ก่อนนำโปรแกรมไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม เพื่อดูว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมอย่างถาวรและยั่งยืน และควรมีการกระตุ้นอยู่สม่ำเสมอ

2. ควรสอดแทรกเนื้อหาในโปรแกรมฯ ในสาระการเรียนรู้ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องหรือกิจกรรมของโรงเรียน เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้นักเรียนเกิดการรับรู้อยู่ตลอดเวลา

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยในการทดลองให้มากขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติหรือชมการสาธิตนานขึ้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

4. เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัย ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนดำเนินงานในครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

References

1. Chadbunchachai W. Situation of Road Traffic Injury and Rode Safety Management in Thailand. Journal of Emergency Medical Services of Thailand. 2022;2(2):187-98. (in Thai)
2. Thessingha C, Srichanchai J, Pattalapo C, & Thongpool S. Situation and Impact of road accidents in Na Dun Sub-district Municipality Area Na Dun District, Maha Sarakham Province. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office. 2022;4(2):239-53. (in Thai)

3. Intham G, Luangwilai T, Wanichnopparat W, Mohotarn K, & Kunno J. Prevalence and factors affecting road traffic accidents during festivals: an ecological study, Thailand. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(1):276-92. (in Thai)
4. Thaiudom A, & Dean-Baar S. Health-related Consequences of Traumatic Brain Injury: A Scoping Review. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2022;23(1), 65-72. (in Thai)
5. Iamtrakul P, & Chayphong S. The Study of Risk Behavior Factors Affecting Road Accident. Research Community and Social Development Journal. 2021;15(3):30-42. (in Thai.)
6. Rogers RW. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. The Journal of Psychology. 1975;91(1):93-114.
7. Badura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review. 1977;84(2):191-215.
8. Poopiwkaew W, Thongkum W, & Tippayanate N. Effects of Driving Safety Program of Motorcycle Accident Prevention among Student In Rajabhat Mahasarakham University. The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal. 2018;24(1): 76-85. (in Thai)
9. Mehri A, Hosseini ZS, Davarzani A, Barati H, Joveini H, Shahrabadi R, et al. The Role of Education in Promoting Safe Motorcycle Riding Behaviors Among Iranian Students: An Application of the Protection Motivation Theory and the Information Motivation-Behavioral Skills Model. Journal of Education and Community Health. 2022;9(3);176-83.
10. Borhani A, Behdad E, Mehri A, Hosseini ZS, & Tatari M. The Effect of an Educational Intervention Based on the Theory of Protection Motivation on the Promotion of Safe Traffic Behaviors in Adolescents. Journal of Education and Community Health. 2023;10(1):28-34.
11. Suphantus S. Health Education Process and Strategies for Solving Health Problems. Journal of Education. 2016;39(132):1-6. (in Thai)
12. Sitti S, Narin R, & Tuanrat W. Effectiveness of a Motivation Enhancement Program on Practices to Prevent Motorcycle Accident Injuries in Middle High School Students, Chiang Mai Province. Lanna Public Health Journal. 2022;18(2):1-15. (in Thai)
13. Surakarn A, ChiangKhong A, Pounglek W, & Kleebbua C. Effectiveness of Motorcycling Avoidance Behaviors Promotion Program among Adolescence under 15 Years Old. Kuakarun Journal of Nursing. 2022;29(1):145-59. (in Thai)
14. Sophan K, Granger J, Chokprajakchad M, & Jongaramraun J. Prevention of Risky Motorcycle Driving Behaviors Using Gamification among Senior Secondary School Students in Bangkok: A Quasi-experimental study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 28(4), 825-37.

ผลของโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในครอบครัว

Effect of the Patient and Family Centered Care Program on Family Caregivers' Confidence in Caring for Stroke Patients

มัณฑนา สาขันธ์โคตร* จินดารัตน์ ชัยอาจ จันทร์ฉาย โยธาใหญ่
Mounthana Sakuncote* Jindarat Chaiard Chanchai Yothayai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, 50200

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 46 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ แบบประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่าเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนความมั่นใจในการดูแลในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และคะแนนความมั่นใจในการดูแลในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ไม่แตกต่างกับระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ มีการประเมินความมั่นใจสิ้นสุดที่สัปดาห์ที่สี่ ดังนั้นควรมีการติดตามต่อเนื่องหลังสัปดาห์ที่สี่ เพื่อประเมินคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, ความมั่นใจในการดูแล, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

Stroke is an acute condition of the neurological system. This illness affects caregivers by decreasing their confidence in the patient's condition. Therefore, providing care centered on the patient's family is necessary. The aims of this study were to compare the confidence scores of caregivers using patient- and family-centered care developed by the Institute for Patient- and Family-Centered Care combined with Bandura's self-efficacy theory. A two-group post-test design was used for this quasi-experimental research.

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

วันที่ได้รับ(received) 14 ธ.ค. 2566 วันที่แก้ไขสำเร็จ(revised) 22 ก.พ. 2567 วันที่ตอบรับ(accepted) 2 มี.ค. 2567

The 46 participants were purposively selected. The instruments included the Patient- and Family-Centered Care Program and the Family Caregiver Confidence Scale. The Family Caregiver Confidence Scale demonstrated a content validity index (CVI) of 0.80 and Cronbach's alpha of 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and t-test.

The results of this study revealed that: The family caregiver confidence scores in the experimental group who received the program were statistically significantly higher than those in the control group who received standard care predischarge and at the 4-week follow-up period ($p < .05$). The family caregiver confidence scores at the 4-week follow-up period were statistically significantly higher than those predischarge in the experimental group who received the program. The family caregiver confidence scores at the 4-week follow-up period did not differ from those predischarge in the experimental group who received the program ($p < .05$). This study's recommendations were assessed with confidence at the end of the fourth week. Therefore, follow-up should be continued after the fourth week. To assess the confidence scores of long-term family caregivers.

Keywords: Patient and Family Centered Care Program, Confidence in Caring, Family Caregiver, Stroke Patients,

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่อระบบประสาทอย่างกระทันหัน[1] จากรายงานการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2561 พบจำนวนและอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2561 เท่ากับ 84,375 และ 92,578 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 820.75 และ 863.16 ต่อประชากรแสนคน[2] โรคหลอดเลือดสมองแตก มีสาเหตุหลักจากการฉีกขาดของหลอดเลือด[3] การรักษาหลักคือการผ่าตัด[4] ภายหลังผ่าตัดอาจพบภาวะแทรกซ้อน[5] เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและตกอยู่ในภาวะพึ่งพาที่ต้องมีผู้ดูแล[6] ดังนั้นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือผู้ดูแลในครอบครัว[7] ซึ่งจะต้องดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมักขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการสร้างโปรแกรมลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ[9] แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากกว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ซับซ้อน ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ยังไม่พบมีการศึกษาโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมามีการสร้างโปรแกรมเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ อาทิ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต[10] ผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต[11] พบว่าการที่จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลนั้น จะต้องมีการส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถ จากเหตุผลดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างโปรแกรมเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยนำเอาแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[12] ร่วมกับร่วมกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[13] มาใช้เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด โดยมีกลไกที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจประกอบด้วย การให้เกียรติและเคารพส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความไว้วางใจ การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลตลอดกระบวนการดูแล การสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ในความสามารถของตน การกระตุ้นอารมณ์ทางบวก การกล่าวคำชมเชยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวพิจารณาความสามารถของตน มีความ

สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ และการประสานความร่วมมือส่งต่อการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4

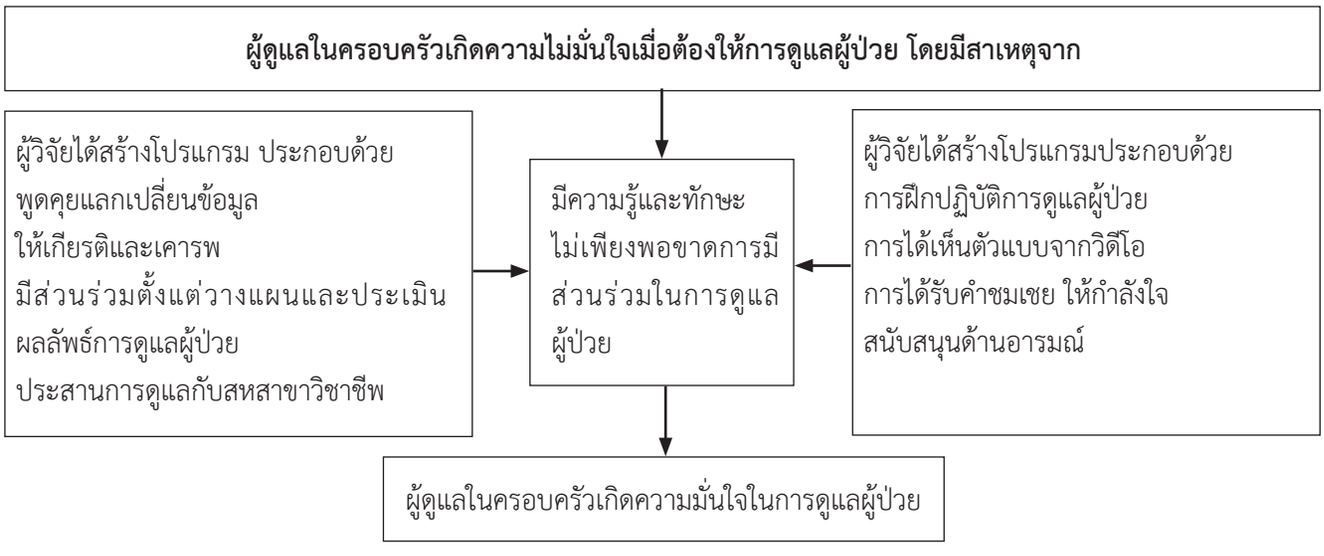
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ทั้งในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4

2. คะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และมีคะแนนไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[12] ร่วมกับวิธีการส่งเสริมความมั่นใจของแบนดูรา[13] นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรม ซึ่งผลของโปรแกรมส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้การวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมกันแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญและรับรู้ถึงความสามารถของตน ซึ่งก่อให้ก่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองและวัดระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด มีอายุ 18-60 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย โดยไม่รับค่าตอบแทนใด ๆ พูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการ

เข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละเท่ากันจำนวน 23 ราย

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตามที่กำหนดทุกครั้ง ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิเสธขอถอนตัวออกจากงานวิจัย เปลี่ยนผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องย้ายโรงพยาบาลในขณะเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[12] ซึ่งประกอบด้วย 1) การเคารพผู้ดูแลในครอบครัว 2) การสนับสนุนข้อมูล 3) การให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และ 4) การประสานความร่วมมือในการดูแล ร่วมกับวิธีการส่งเสริมความมั่นใจ[13] ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 2) การเห็นตัวแบบจากผู้ดูแลในครอบครัว 3) การกล่าวคำชมเชย และ 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยดำเนินการใน 8 ครั้ง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และติดตามต่อที่บ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วย 4 สัปดาห์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 11 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แบบประเมินการพึ่งพาดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index) ดัดแปลงโดย สถาบันประสาท (2550) แบบประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแบบลิเกตสเกล (Likert type scale) การแปลผลคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 6 ท่าน และผู้วิจัยนำโปรแกรมไปดำเนินการศึกษานำร่อง ก่อนนำไปใช้จริง สำหรับแบบประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน คำนวณหาดรรชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.8 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า (Cronbach's alpha) เท่ากับ .88

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 057/2565 วันที่ 27 มิถุนายน 2565 และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่ IRB No.30/65 วันที่ 27 เมษายน 2565 การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยความสมัครใจ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นแบบภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา สิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วย จนกระทั่งติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน 23 ราย หลังจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 23 ราย เพื่อลดการปนเปื้อน โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก สร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ทำการรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินการพึ่งพา

และประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวตามแบบบันทึก

ครั้งที่ 3 ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมโดยใช้วิธีโทรศัพท์มือถือประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม สอบถามที่อยู่เพื่อจัดส่งคู่มือการดูแลผู้ป่วย และลิงก์วิดีโอ กล่าวขอบคุณแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกในหอผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาผู้ดูแลหลัก ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มอบคู่มือและทำการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 ระยะ 48-72 ชั่วโมงในหอผู้ป่วย ซักถามการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย ประสานพยาบาลและแพทย์ให้ข้อมูลผู้ป่วย เสนอกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลเบื้องต้น สาธิตการดูแล ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ดูวิดีโอและทำการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3,4,5 ผู้ป่วยมีแผนฟื้นฟูสภาพ ประเมินการรับรู้สภาวะผู้ป่วย บอกเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพ เสนอกิจกรรมการดูแล พูดคุยแบ่งปันข้อมูล สาธิตกิจกรรมการดูแล ติดต่อประสานสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ดูวิดีโอและทำการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินการพึ่งพาและประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

ครั้งที่ 7 ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมโดยใช้วิธีโทรศัพท์มือถือสอบถามการนำความรู้ไปใช้ ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ และทำการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 ภายในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมโดยใช้วิธีโทรศัพท์มือถือรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามแบบประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวขอบคุณในความร่วมมือ และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้สถิติบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ยใช้สถิติที (t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ independent-t-test, paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 ราย โดยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองร้อยละ 78.30 และร้อยละ 95.70 เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 73.90 และร้อยละ 56.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 30.40 และร้อยละ 26.10 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 34.80 และร้อยละ 52.2 ทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 69.60 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 87.00 และร้อยละ 78.30 โดยมีผู้ช่วยเหลือเป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 30.40 และร้อยละ 34.80 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 73.90 และร้อยละ 60.90 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา ระดับการศึกษา และผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในระยะก่อนจำหน่ายและระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 (n = 46)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 23)		กลุ่มทดลอง (n = 23)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนจำหน่าย	97.26	10.54	111.91	7.91	-5.330	.000*
ติดตามผล สัปดาห์ที่ 4	100.61	12.50	116.61	6.23	-5.653	.000*

* p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในระยะก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 111.91 คะแนน (S.D. =7.91) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 97.26 คะแนน (S.D. = 10.54) ในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 116.61 คะแนน (S.D. = 6.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจ 100.61 คะแนน (S.D. = 12.05) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล ทั้งในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 (n = 46)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนจำหน่าย (n = 23)		ติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 (n = 23)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	111.91	7.91	116.60	6.23	-6.258	.000*
กลุ่มควบคุม	97.26	10.54	100.60	12.05	-1.828	.081

* p < .05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ย 97.26 คะแนน (S.D. = 10.54) และในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ย 100.60 คะแนน (S.D. = 12.05) ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความมั่นใจในการดูแลไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในกลุ่มทดลองในระยะก่อนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ย 111.91 คะแนน (S.D.= 7.91) และหลังจากที่ได้รับโปรแกรมในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ย116.60 คะแนน (S.D. = 6.23) ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนความมั่นใจสูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความมั่นใจในระยะติดตามผล

สัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าในระยะก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความมั่นใจไม่แตกต่างกันทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต[14] และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต[15] พบว่าการที่จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยนั้น จะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งวิธีดังกล่าวสอดคล้องกับการปฏิบัติตามโปรแกรมฯประกอบด้วย การให้เกียรติและเคารพ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการ การให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตน การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการประเมินความพร้อม การให้ความรู้ การสนับสนุนการมีส่วนร่วม การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว[14]

จากผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว ภายหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนความมั่นใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบของการดูแลตามมาตรฐานปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจำนวนน้อยครั้ง ซึ่งอาจเกิดความสงสัยหรือยังมีข้อซักถามอยู่ อีกทั้งการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากกว่าการแลกเปลี่ยน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถนำสิ่งที่พยาบาลแนะนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะแสดงอาการตกใจหรือแปลกใจเมื่อทีมสุขภาพแจ้งให้เตรียมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ขาดความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับ และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านขาดการเชื่อมโยงข้อมูล จึงส่งผลให้คะแนนความมั่นใจของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตราฐานปกติมีคะแนนความมั่นใจต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

ผู้ดูแลในครอบครอบที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้น อธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ ได้มีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งเป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว สอบถามข้อจำกัดการปฏิบัติการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร่วมวางแผนและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำสาธิตและให้ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิบัติซ้ำ จนกระทั่งผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามช่วยเหลือแก้ปัญหาและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง และมีการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ศึกษาเพิ่มเติม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. นำเสนอโปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อฝ่ายการพยาบาลในการกำหนดให้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

2. พยาบาลที่จะใช้โปรแกรมการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควรศึกษาเข้าใจถึงหลักการของแนวคิด เพื่อให้สามารถนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการประเมินความมั่นใจสิ้นสุดที่สัปดาห์ที่สี่ ดังนั้นควรมีการติดตามต่อเนื่องหลังสัปดาห์ที่สี่ เพื่อประเมินคะแนนความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะยาว

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นควรมี

การศึกษาซ้ำเพื่อทดสอบความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล

3. ควรมีการศึกษาซ้ำประเมินความมั่นใจในระยะก่อนจำหน่าย ระยะสัปดาห์ที่สองหลังจำหน่าย และระยะสัปดาห์ที่สี่หลังจำหน่าย เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในแต่ละระยะ

References

1. World Health Organization. Cerebrovascular accident. Geneva; 2019.
2. Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2018. Strategy and Planning Division. Nonthaburi; 2018. (in Thai)
3. Binthaisong T. Arrival time in patients with acute stroke. Journal of The Police Nurse. 2017; 6(2): 276-82. (in Thai)
4. Prasat Neurological Institute. Caring for patients with hemorrhagic Stroke. Veerasan K, editor. Bangkok publishing: Prasat Neurological Institute; 2018: 6-29. (In Thai)
5. Nanda A. Complications in Neurosurgery 1st Edition. Basel: Elsevier; 2019.
6. Steigleder T, Kollmar R, & Ostgathe C. Palliative care for stroke patients and their families: Barriers for implementation. Front Neurol. 2019;164(10): 1-8.
7. Kable A, Pond D, Baker A, Turner A, & Levi C. Evaluation of discharge documentation after hospitalization for stroke patients discharged home in Australia: A cross-sectional, pilot study. Nursing & health science. 2018; 20: 24–30.
8. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, & Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. Medicine (Baltimore). 2018;97(40) :e12638.
9. Yotsurin P, Chaiard J, & Srirat C. Effect of the Family Centered Care Program on Anxiety Among Caregivers of Stroke Patients. Nursing Journal CMU. 2021; 48(2) :132-45. (in Thai)
10. Sapantong J, Thainiwattananon P, & Chinnawong T. The effects of transition nursing program on role confidence among caregivers of elderly patients during transferred from an intensive care unit. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018; 26(3) :32-41. (in Thai)
11. Chasri D, Pookboonmee R, & Orathai P. Effect of self-efficacy promotion on caregiver's confidence of participation in child care before discharge from pediatric intensive care unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3): 234-42. (in Thai)
12. Institute for Patient Family Centered Care (IPFCC). Patient-and family-centered care. Virginia, United States: Author; 2015.
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2): 191-215.
14. Sapantong J, Thainiwattananon P, & Chinnawong T. The Effects of Transition Nursing Program on Role Confidence Among Caregivers of Elderly Patients During Transferred from an Intensive Care Unit. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018;26(3): 32-41. (in Thai)
16. Chasri D, Pookboonmee R, & Orathai P. Effect of Self-Efficacy Promotion on Caregiver's Confidence of Participation in Child Care before Discharge from Pediatric Intensive Care Unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(3): 234-42. (in Thai)

อิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Influence of Innovation Leadership Competencies of First Line Nursing Administrators and Climate for Innovation on Job Satisfaction of Registered Nurses at a Tertiary Hospital in the Northeastern Region

จรรยา ชมชายผล เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย* กาญจนา ศรีสวัสดิ์
Janya Chomchaipol Premruethai Noimuenwai* Kanjana Srisawad
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม และความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) อิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมที่มีต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 118 คน จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยคือ1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม 3) แบบสอบถามบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92, 0.84 และ 0.91 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98, 0.86 และ 0.95 ตามลำดับ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติแบบพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับสูง (Mean=4.13, SD=0.56) บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมอยู่ในระดับสูง (Mean =3.82, SD = 0.43) และความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับสูง (Mean=4.04, SD=0.46) 2) สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานโดยทั้งสองตัวแปรร่วมอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 62.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.01) ดังนั้นผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น

คำสำคัญ : สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม, ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น, บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม, ความพึงพอใจในงาน

Corresponding Author: Email: premruetairat@yahoo.com

วันที่รับ (received) 20 เม.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 มิ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 มิ.ย. 2568

Abstract

The descriptive research purposes of this descriptive research were (1) to study the innovativon leadership competencies of first line nursing administrators, climate for innovation, and job satisfaction of registered nurses at a tertiary hospital in the Northeastern Region; and (2) to analyze the influences of innovation leadership competencies of first line nursing administrators, and climate for innovation on job satisfaction of registered nurses.

The study utilized a multi-stage random sampling technique to select a sample of 118 registered nurses working in a tertiary hospital. Research instruments included: 1) a general information questionnaire, 2) an innovation leadership competencies questionnaire, 3) a climate for innovation questionnaire, and 4) a job satisfaction questionnaire. These instruments underwent content validity assessment by 5 experts, yielding Content Validity Index (CVI) values of 0.92, 0.84, and 0.91 respectively. Their reliability, assessed by Cronbach's Alpha coefficient, was 0.98, 0.86, and 0.95 respectively. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The major findings were as follows:: 1) innovation leadership competencies of first-line nursing administrators (Mean = 4.13, SD = 0.56), climate for innovation (Mean = 3.82, SD = 0.43), and overall job satisfaction (Mean = 4.04, SD = 0.46) were at a high level. 2) Innovation leadership competencies of first-line nursing administrators and climate for innovation significantly influenced the job satisfaction of registered nurses ($P < .01$), with both variables collectively explaining 62.8% of the variance in registered nurses' job satisfaction.Therefore, administrators should promote the development of innovation leadership competencies among first-line nursing administrators and foster a climate for innovation to enhance registered nurses' job satisfaction

Keyword: Innovation leader competencies, First line administrators, Climate for innovation, Job satisfaction

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าที่สำคัญยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จำเป็นต้องมีสมรรถนะที่ครอบคลุม ทั้งด้านวิชาชีพ จริยธรรม และการปรับตัวต่อสถานการณ์โลกปัจจุบัน[1] แรงจูงใจและความพึงพอใจในงาน ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรวมถึงอัตราการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล[2] หากมีความพึงพอใจในงานสูง จะส่งผลให้มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ และลดอัตราการลาออก ที่ระบบสาธารณสุขทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยกำลังประสบปัญหาขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ[2,3] ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราวในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไประหว่างปี พ.ศ. 2548-2553 95 แห่ง มีอัตราการลาออกสูงถึง 40.8 ทำให้พยาบาลที่คงอยู่มีภาระงานมากขึ้นจนเหนื่อยล้าจากการทำงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน จึงจำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดีในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจงานและมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร[4] จากปัญหาดังกล่าวองค์กรพยาบาลจึงออกแบบระบบการให้บริการที่เอื้อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามงานมาตรฐานและมีความพึงพอใจในงาน รวมถึงการส่งเสริมสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมแก่ผู้บริหารการพยาบาล โดยกำหนดแผนกลยุทธ์การพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569 มีสาระสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการองค์กรของพยาบาลทุกระดับ และการสนับสนุนการทำวิจัยและนวัตกรรม รวมทั้งการมีระบบฐานข้อมูลวิจัยที่เข้าถึงง่าย

และทันสมัย[5] โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ทำการศึกษามีพันธกิจสำคัญในการรักษาโรคต่าง ๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อน มีทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมในการตรวจวินิจฉัยรักษาที่ทันสมัยมาใช้[6] ในขณะที่กลุ่มการพยาบาลมีความตื่นตัวได้นำแนวคิดการบริหารจัดการแบบใหม่มาใช้เพื่อช่วยลดภาระงานด้านการบันทึกรายงานและการส่งเวร อันจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ปฏิบัติต่องานในเชิงบวก ทำให้เกิดร่วมมือร่วมใจกัน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ[7] เมื่อมีความพึงพอใจในงานจะทำให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ดีและคงอยู่ในงาน[2,8,9] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทั้งสมรรถนะเชิงนวัตกรรมของผู้นำและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม เป็นปัจจัยระดับองค์การที่เอื้อให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมสร้างสรรค์นวัตกรรมในการทำงานและส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน[8,10,11] เป็นกลยุทธ์สำคัญในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดี และสร้างแรงจูงใจการทำงานของพยาบาล จะช่วยแก้ไขปัญหาการลาออกจากงานที่มีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมและสัมพันธภาพในองค์การที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานได้[2,3,4] ดังนั้นในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเทคโนโลยีและสังคมที่ก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการและนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ[1] จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม ที่มีทักษะในการกระตุ้นและเอื้ออำนวย สร้างแรงจูงใจให้พยาบาลระดับปฏิบัติการ นำแนวคิดใหม่มาแก้ไขปัญหาและพัฒนานวัตกรรมเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่ดี[11] เกิดความพึงพอใจในงานและส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน[2,3] หากผู้บริหารขาดสมรรถนะดังกล่าว อาจทำให้บุคลากรไม่กล้านำแนวคิดใหม่ๆ มาใช้และส่งผลกระทบต่อการสร้างบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม[10,12] ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในองค์การที่สนับสนุนความคิดใหม่ การจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งตัวบุคคล เงิน เวลา และการให้รางวัล รวมถึงให้อิสระคิดค้นสิ่งใหม่เพื่อให้ได้ผลการปฏิบัติงานที่ดี[13] ส่งผลให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมสร้างสรรค์นวัตกรรมในการทำงานและมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงาน[10,13,14] แม้ว่า สภาการพยาบาลมีการเสริมสร้างสมรรถนะและแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล[5] โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษายังคงเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานเกินกำลัง และเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อันนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง[2,3] จากการสำรวจบรรยากาศองค์กร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 71.8, 70 และ 72.9 และความยึดมั่นผูกพันองค์กร ร้อยละ 73.9, 72 และ 73.6 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและมีแนวโน้มลดลง และพบว่าอัตราการลาออกจากงานร้อยละ 1.46, 4.05 และ 2.17 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น พยาบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 64.28, 38.46, และ 47.62 ตามลำดับ รองลงมามีอายุงานมากกว่า 25 ปี ร้อยละ 35.71, 20.51 และ 28.57 ตามลำดับ โดยจากการสัมภาษณ์ของผู้บริหารก่อนลาออก พบว่าสาเหตุจากเหนื่อยล้าจากการทำงาน ค่าตอบแทน และปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรด้านการมีส่วนร่วม[15] ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงปัญหาเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรที่อาจไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพประสบการณ์สูงไว้ในระบบรวมทั้งการส่งเสริมความพึงพอใจในงาน มีการศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงและอ้อมผ่านตัวแปรตัวกลางต่อความพึงพอใจในงานในบริบทอื่น ๆ เช่น บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในงานผ่านตัวแปรพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมของบุคลากร หรือการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาอิทธิพลโดยตรงของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมที่มีต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและแม่นยำ ซึ่งจะแตกต่างจากบริบทอื่น ๆ ที่อาจมีปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้บริหารการพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ที่ตรงจุด เพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้นำและส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ อันจะส่งผลดีต่ออัตราการคงอยู่ในงานและคุณภาพการบริการพยาบาลโดยรวมของโรงพยาบาลต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดที่พบว่าปัจจัยระดับองค์กรที่เป็นสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ สมรรถนะเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารและบรรยากาศที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมนั้น ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากร โดยผู้บริหารองค์กรมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นจูงใจ ให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร ให้มีส่วนร่วมในการทบทวนเป้าหมาย การคิดวิเคราะห์ปัญหา การสร้างทดสอบ ปรับปรุงมาตรฐานการทำงาน และการพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อผลลัพธ์ของงานที่ดีขึ้น จะส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน[10] โดยแนวคิดสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม[11] มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างแนวคิดใหม่ 2) การกลั่นกรองแนวคิด 3) การประเมินความเป็นไปได้ และ 4) การนำสู่การปฏิบัติ แนวคิดบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม[13] มี 2 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนขององค์การ 2) การจัดสรรทรัพยากร และใช้แนวคิดความพึงพอใจในงานมี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจส่วนบุคคล 2) ความพึงพอใจต่อภาระงาน 3) ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนอย่างมืออาชีพ 4) ความพึงพอใจต่อการจ่ายค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในงาน 5) ความพึงพอใจต่อการการฝึกอบรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 965 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานในเดือน มิถุนายน 2567 เกณฑ์คัดเข้าคือมีประสบการณ์ 1 ปีขึ้นไป ไม่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลอายุงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 880 คน เกณฑ์คัดออกคือ อายุงานน้อยกว่า 1 ปี หรือเป็นหัวหน้าหน่วยงาน หรือปฏิบัติหน้าที่แทนหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.15 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 118 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ขั้นแรกใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มโดยสุ่มมา 8 จาก 16 กลุ่มงาน แล้วสุ่มอย่างง่ายเลือกหน่วยงานที่สังกัดแต่ละกลุ่มงาน ตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพจนครบ 118 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม[11] มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างแนวคิดใหม่ 2) การกลั่นกรองแนวคิด 3) การประเมินความเป็นไปได้ 4) การนำสู่การปฏิบัติ จำนวน 38 ข้อ มีคำถามเชิงบวก 37 ข้อ คำถามเชิงลบ 1 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม[13] จำนวน 19 ข้อ คำถามเชิงบวก 16 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ มี 2 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนขององค์การ จำนวน 14 ข้อ 2) การจัดสรรทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ[7] จำนวน 35 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจส่วนบุคคล 2) ความพึงพอใจต่อภาระงาน 3) ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนอย่างมืออาชีพ 4) ความพึงพอใจต่อการจ่ายค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในงาน 5) ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง “ต่ำที่สุด” ถึง 5 หมายถึง “สูงที่สุด” การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (4.50-5.00) หมายถึง สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมหรือบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมหรือความพึงพอใจในงานอยู่ระดับสูงมาก (3.50-4.49) หมายถึง สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม

หรือบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมหรือความพึงพอใจในงานอยู่ระดับสูง (2.50-3.49) หมายถึง สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมหรือบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมหรือความพึงพอใจในงานอยู่ระดับปานกลาง (1.50-2.49) หมายถึง สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมหรือบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมหรือความพึงพอใจในงานอยู่ระดับต่ำ และ (1.00-1.49) หมายถึง สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมหรือบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมหรือความพึงพอใจในงานอยู่ระดับต่ำมาก[16] ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาล 2 ท่าน และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการบริหารหอผู้ป่วย 1 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญการวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องครอบคลุมของเนื้อหาในข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี การใช้ภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแบบสอบถาม ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92, 0.84 และ 0.91 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกลุ่มตัวอย่าง และได้ความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.98, 0.86 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ NS No. 23/2566 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2566 และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา ใบรับรองเลขที่ COE NO. 036/2566 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2567 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และให้เข้าร่วมในการวิจัยตามความสมัครใจ โดยมีการลงนามในเอกสารยินยอม แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ และทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยลงนามในเอกสารยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปร โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation) วิเคราะห์อิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 118 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 108 คน (ร้อยละ 91.53) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31 ปี (SD = 6.79) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 57.62) และอายุงาน 6-10 ปี จำนวน 32 คน (ร้อยละ 27.12) อายุงานเฉลี่ย 8 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 27.97) และวุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 99.15)

2. ระดับสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น รายด้านและค่าเฉลี่ยรวม (n=118)

รายการ	Mean	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้	4.18	0.62	สูง
ขั้นตอนการสร้างแนวคิดใหม่	4.15	0.56	สูง
ขั้นตอนการนำสู่การปฏิบัติ	4.13	0.58	สูง
ขั้นตอนการกลั่นกรองแนวคิด	4.05	0.47	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.13	0.56	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนการกลั่นกรองแนวคิด

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม รายด้านและค่าเฉลี่ยรวม (n=118)

บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม	Mean	S.D.	ระดับ
การจัดสรรทรัพยากร	3.91	0.52	สูง
การสนับสนุนขององค์การ	3.74	0.37	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.82	0.43	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การจัดสรรทรัพยากร และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการสนับสนุนขององค์การ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพรายด้านและค่าเฉลี่ยรวม (n=118)

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความพึงพอใจต่อการสนับสนุนอย่างมืออาชีพ	4.21	0.54	สูง
ด้านความพึงพอใจส่วนบุคคล	4.17	0.52	สูง
ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม	4.16	0.57	สูง
ด้านความพึงพอใจต่อภาระงาน	3.90	0.58	สูง
ด้านความพึงพอใจต่อการจ่ายค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในงาน	3.78	0.62	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.04	0.46	สูง

จากตารางที่3 พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานเฉลี่ยรวม อยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านความพึงพอใจต่อการสนับสนุนอย่างมืออาชีพ และมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความพึงพอใจต่อการจ่ายค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในงาน

3. อิทธิพลของสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R2 Change) ในการทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 118)

Model	ตัวแปรทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F	p-value
1	บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม	.770	.592	.592	***168.592	.000
2	บรรยากาศส่งเสริมวัตกรรมและสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม	.793	.628	.036	***11.047	.000

*** p<.001

จากตารางที่ 4 พบว่า บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม สามารถทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 59.2 และสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมีสามารถทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 โดยทั้ง 2 ตัวแปรร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 62.8 ($p < .001$)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายความพึงพอใจในงาน ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยสถิติ Stepwise multiple regression analysis (n = 118)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	β	t	p-value
บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม	1.251	.176	.577	7.108	.000***
สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม	.208	.063	.270	3.324	.000***
Constant = 19.930 R = .793 R^2 = .628 F = 97.121					

*** p<.001

จากตารางที่ 5 สามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้ ดังนี้

Ý (ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ) = 19.930+1.251 (บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม) + .208 (สมรรถนะเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น) อธิบายว่า เมื่อคะแนนบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม และสมรรถนะเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น 1.251 และ 0.208 คะแนน ตามลำดับ และตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถทำนายความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 62.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับสูง (mean= 3.82, SD = 0.43) โดยด้านการประเมินความเป็นไปได้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจาก

องค์การพยาบาลได้นำกลยุทธ์ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคลของสภาการพยาบาลสู่การปฏิบัติ โดยสื่อสารและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารผู้บริหารระดับต้นด้านต่าง ๆ ให้สามารถจัดการบริการพยาบาลได้เหมาะสม[5] ทำให้พยาบาลในหน่วยงานมีการรับรู้ถึงการทดลองนำแนวทางการปฏิบัติงานใหม่ไปใช้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถออกแบบระบบงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้องค์กรบรรลุตามเป้าหมาย[18] ซึ่งสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมต้องมีกลยุทธ์ที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ใช้ผลงานวิจัยร่วมกับเทคโนโลยีใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8,11] ส่วนด้านการกลั่นกรองแนวคิดมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีการใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม ในการวินิจฉัยรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องทันสมัยแตกต่างจากเดิม ต้องขอความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกับทีม เพื่อการออกแบบบริการที่ดีและปฏิบัติได้จริง ในส่วนนี้พยาบาลวิชาชีพอาจรับรู้ว่ายังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร จึงต้องเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้นำที่สร้างแรงจูงใจให้เกิดการสร้างนวัตกรรมในองค์กรพยาบาล ต้องมีทัศนคติเชิงบวก รับฟังความคิดเห็น จัดการความขัดแย้ง คำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน[6,11] นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการ จะช่วยให้ปรับตัวได้ทันยุคและจัดการกับปัญหาซับซ้อนได้[8,17]

บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่า ด้านการจัดสรรทรัพยากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายให้หน่วยงานที่มีงานวิจัยและนวัตกรรมเป็นเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมด้านองค์การที่สนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ จะมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร[18] อย่างไรก็ตามพบว่า ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือการสนับสนุนขององค์การทั้งนี้ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ จำนวน 909 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 965 คน การสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจ และการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติขององค์กรพยาบาลสื่อสารผ่านหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการส่วนใหญ่ที่ทำงานในเวรบ่ายและเวรดึกอาจรับรู้การสื่อสารไม่ทั่วถึง จึงส่งผลให้ระดับการรับรู้ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากบุคลากรรับรู้ว่า องค์การสนับสนุนด้านนวัตกรรมทั้งสภาพแวดล้อม และกลุ่มงานมีลักษณะที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเชิงนวัตกรรม จะทำให้บุคลากรถึงพฤติกรรมเชิงนวัตกรรมที่สร้างมูลค่าเพิ่มของผลการปฏิบัติงาน และมีผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากร[19,20]

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความพึงพอใจต่อการสนับสนุนอย่างมืออาชีพ เนื่องจากเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของแพทย์ และพยาบาลจากหลายสถาบัน ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงสุดคือ ด้านลักษณะงาน ส่วนปัจจัยเกื้อหนุนที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานพยาบาล คือ การนิเทศงานและความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา[21] อย่างไรก็ตาม ด้านความพึงพอใจต่อการจ่ายค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในงานมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 31 ปี ทำให้เงินเดือนยังไม่สูงมาก ในปัจจุบันที่ค่าครองชีพสูง รายรับอาจจะเป็นความสำคัญอันดับแรก ทำให้การรับรู้ด้านค่าตอบแทนน้อยกว่าด้านอื่น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลคือ เงินเดือน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม สวัสดิการ และความก้าวหน้าในอาชีพ[7,10,21]

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมและบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมมีอิทธิพลต่อความแปรปรวนของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 62.8 โดยบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรมมีอิทธิพลสูงสุด ($r = .770$, $p < .001$) เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์และการพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนให้คิดค้นนวัตกรรมและแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆให้ทันยุคสมัย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความคิดสร้างสรรค์มีผลต่อความพึงพอใจในงาน และประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์[9,10,12,18] ทั้งภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนนวัตกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจในงาน[10,11] ในทางตรงข้ามการขาดภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ดี รวมถึงอัตราการคงอยู่ในงานลดลง[12] ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนให้ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรมของผู้บริหารการพยาบาล

ระดับต้นและสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม อันส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ผู้บริหารระดับสูงองค์การพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นได้พัฒนาสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและมุ่งเน้นในขั้นตอนการกลั่นกรองแนวคิดเพื่อสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ให้มีทักษะเพียงพอในการนำไปใช้ในการจัดบริการที่สร้างสรรค์ในหน่วยงาน

2. ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล ควรส่งเสริมบรรยากาศที่สนับสนุนนวัตกรรมขององค์การ โดยมุ่งเน้นที่การสนับสนุนความร่วมมือและสื่อสารอย่างทั่วถึงบุคลากรในหลายช่องทาง

3. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารในองค์การพยาบาล ควรทบทวนการให้ค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในงาน ให้เหมาะสมกับภาระงาน เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงานและอัตราการคงอยู่ในงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษานี้ ได้ยืนยันอิทธิพลทางตรงระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลร่วมด้วย หรือตัวแปรส่งผ่านที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะผู้นำเชิงนวัตกรรม บรรยากาศส่งเสริมนวัตกรรม และความพึงพอใจในงาน การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอ้อมของตัวแปร เช่น แบบจำลองสมการโครงสร้าง เพื่อให้ได้แบบจำลองที่สะท้อนความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ในการเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลต่อไป

References

1. Autthachaiwat A, Sathiraangkun T, Likhitluecha, N, & Paisanphanitkul A. Bureau of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Professional nurses' role and functions. Bangkok: Suetawan Publisher. 2018. (in Thai)
2. Thangkrathok P, Trinadtawan W, Chaimo E, & Yingyuad P. Influence of work-life balance and job satisfaction on quality of life among Thai professional nurses. Journal of Health Science. 2021; 30(20), 344-52. (in Thai)
3. Lu H, Zhao Y, & While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies. 2019; 94(1), 21-31.
4. Sawaengdee K. Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, ministry of public health: policy recommendations. Journal of Health Science 2017; 26(2), 456-68. (in Thai)
5. Suchaya P. Nursing Council of Thailand. Strategic plan for nursing and midwifery 2022-2026. Nonthaburi: Suetawan Publisher. 2022. (in Thai)
6. Homnaim N. Concept of innovative leadership in health for nursing profession. Udon Thani Hospital Medical Journal. 2020; 28(2), 244-53. (in Thai)
7. Traynor M, & Wade B. The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. Journal of Advanced Nursing.1993; 18(1), 127-36.
8. Motsi A, Gumbe S & Muzondo N. Innovative leadership: A literature review paper. Journal of Industrial Distribution & Business. 2024; 15(1), 9-18.
9. Khamsiri A, Mullasart S, & Bunrod W. The relationship between personal factors, self-leadership, job satisfaction and performance among charge nurses in Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016; 17(2), 145-53. (in Thai)

10. Wipulanusat W, Panuwatwanich K, & Stewart R. A. Pathways to workplace innovation and career satisfaction in the public service: The role of leadership and culture. International Journal of Organizational Analysis. 2018; 26(5), 890-914.
11. Swart D B. The development of an innovation leadership questionnaire [Doctoral dissertation]. Stellenbosch University, South Africa. 2013.
12. Raghu S, & Souza L B D. The impact of organizational climate on the well-being and performance of healthcare professionals: A comprehensive systematic review of modern healthcare workplace and further research agendas. Research in Business and Management. 2024; 12(1), 8-21
13. Scott S G, & Bruce R A. Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace. Academy of Management Journal. 1994; 37(3), 580-607.
14. Park S, Tseng Y, & Kim S. The impact of innovation on job satisfaction: Evidence from US Federal agencies. Asian Social Science. 2016; 12(1), 274-86.
15. Division of Nursing. Annual report 2023 Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province. Sakon Nakhon: Author. 2023. (in Thai)
16. Karnasuta P. Statistics for Behavioral Science Research. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999. (in Thai)
17. Sorntem R, Singchangchai P, & Pathumarak N. Innovation leadership competency of head nurses in tertiary hospitals using Delphi technique. Vajira Nursing Journal. 2020; 22(2), 40-57. (in Thai)
18. Somboon P, Noimuenwai P, & Prasertsri N. Factors influencing job retention among temporary employed professional nurses in Royal Thai Army hospitals in the northeastern region. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(1), 164-72. (in Thai)
19. Jan-ui C. Innovative Behavior of Generation Y Employees at Electricity Generating Authority of Thailand [Master's thesis]. Prince of Songkla University; 2019. (in Thai)
20. Amabile TM. A model of creativity and innovation in organizations. Research Organizational Behavior. 1988;10(1),123-67.
21. Kraiwong N, & Leenoom R Job satisfaction of nurses in Songklanagarind Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2020; 12(2), 51-66. (in Thai)

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Elderly Dependency Health Care Model in Community, Ban Jandee Sub-District Health Promoting Hospital, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province

อรวรรณ โพธิ์ถาวร[1] วิทยา ศรแก้ว[1] สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ*[2] บุบผา รักษานาม[2] รัตนา กรายแก้ว[1]

Orawan Phothaworn[1] Wittaya Sornkeaw[1] Sukhumaphorn Sriwisit*[2] Buppha Raksanam[2] Rattana Kraikeaw[1]

[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80250

[1]Chang Klang District Public Health Office, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand 80250

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 92110

[2]Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Thailand 92110

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบสำหรับดูแลสุขภาพผู้อายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 280 คน ได้แก่ 1) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจันดี จำนวน 5 คน 2) ตัวแทนผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำในชุมชน จำนวน 30 คน และ 3) ประชาชน จำนวน 245 คน ด้วยการสุ่มเป็นระบบ (Systematic Sampling) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL index วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลจากการพัฒนารูปแบบใหม่ภายใต้คำย่อ “BAN JANDEE” ได้ถูกนำมาใช้ โดยประกอบด้วย 9 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การดูแลพื้นฐาน (Basic Care), การประเมินสุขภาพ (Assessment), การสนับสนุนด้านโภชนาการ (Nutrition Support), การจัดกิจกรรมกลุ่ม (Joint Activities), การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว (Assistance with Mobility), บริการพยาบาล (Nursing Services), การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Dedicated Follow-ups), ระบบตอบสนองเหตุฉุกเฉิน (Emergency Response), และการอบรมให้ความรู้ (Education and Training) ส่งผลให้หลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index ของกลุ่มผู้สูงอายุ เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ยุคใหม่, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Corresponding author *e-mail: sukhumaphorn@scphtrang.ac.th

วันที่รับ (Received) 11 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 26 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 12 พ.ค. 2568

Abstract

The action research aimed at the following objectives: 1) to develop a model for caring elderly dependency and 2) to assess a model for the care of elderly dependency health in the community. The target group consists of 280 individuals: 1) 5 staff members from Ban Chandi Sub-district Health Promoting Hospital, 2) 30 elderly representatives from the elderly club and community leader elders, selected using purposive sampling, and 3) 245 community members, selected using systematic sampling. The study period is from February to August 2024. The tools used include a quality assessment questionnaire for the model, knowledge of elderly health care, elderly health care behaviors, and ability to perform daily activities according to the Barthel ADL index. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test were used for data analysis.

The results from the development of the new model under the acronym "BAN JANDEE" were implemented, consisting of 9 main steps: Basic Care, Assessment, Nutrition Support, Joint Activities, Assistance with Mobility, Nursing Services, Dedicated Follow-ups, Emergency Response, and Education and Training. After implementing the new model, the average scores in areas such as knowledge of elderly health care, health behavior regarding elderly care, and the ability to perform activities of daily living (according to the Barthel ADL Index) significantly increased compared to before, with statistical significance at the .05 level.

Keywords: Health Care Model, Elderly Dependency, New Era, Sub-District Health Promoting Hospital

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินว่าในช่วงปี พ.ศ. 2544-2563 จะเป็นศตวรรษของผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ว่าในปี 2563 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีมากกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรทั่วโลก[1] ขณะนี้ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างเต็มรูปแบบในปี 2572 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนประชากรนี้จะสร้างความต้องการเร่งด่วนในด้านการให้บริการสาธารณสุขและการสนับสนุนด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นเมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกในโลกที่มีสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ เนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนการเกิดเพียงประมาณ 6 แสนคนต่อปี ซึ่งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ ประเทศไทยจะขยับขึ้นเป็นสังคมสูงอายุที่มีสัดส่วนประชากรที่อายุเกิน 65 ปีถึงร้อยละ 20.00 หรือเกินร้อยละ 30.00 สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปภายในปี พ.ศ. 2584[2]

สำหรับในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุจำนวน 266,411 คน หรือร้อยละ 17.24 ของประชากรทั้งหมด ในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรทั้งสิ้น 28,141 คน[3] ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 4,882 คน (ร้อยละ 17.35) โดยมีการจำแนกผู้สูงอายุตามศักยภาพความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เธล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถติดสังคม ได้มากที่สุด มีจำนวน 4,301 คน ตามด้วยกลุ่มติดบ้าน 106 คน และกลุ่มติดเตียง 35 คน[4]

ปัญหาด้านสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในอำเภอช้างกลาง ได้แก่ ปัญหาด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การกลั้นปัสสาวะ, การมองเห็น, การได้ยิน, สุขภาพช่องปาก, ภาวะซึมเศร้า, ความคิดความจำ และการเคลื่อนไหว รวมถึงปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งพบว่าในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันดี มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 516 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม 492 คน ติดบ้าน 8 คน และติดเตียง 16 คน[5]

ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้สะท้อนถึงความพยายามในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในด้านการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ เช่น พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม

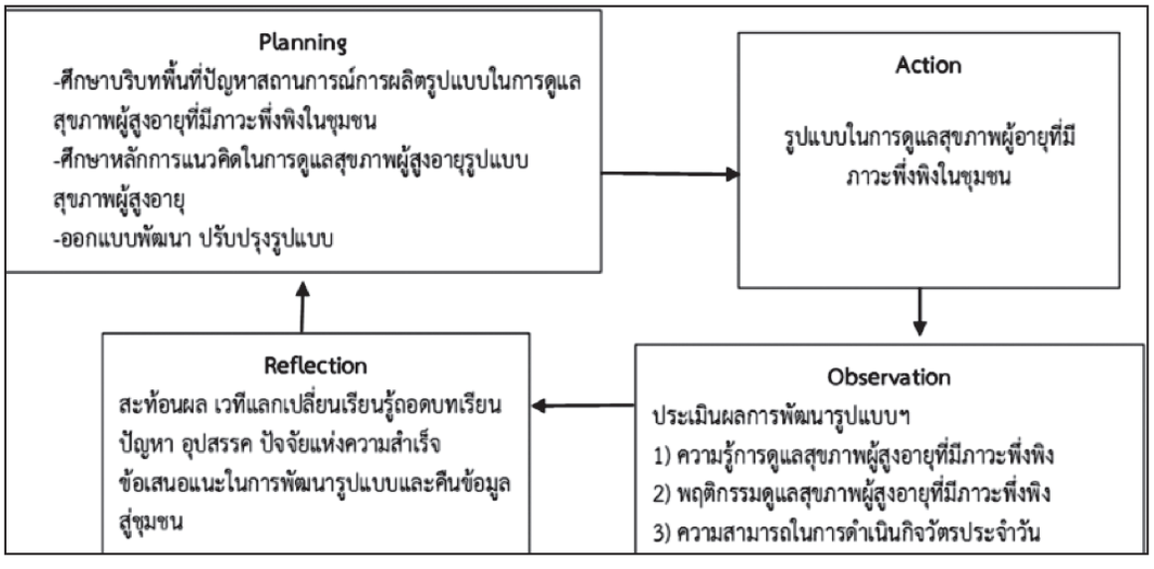
สุขภาพตำบล (รพสต.) ในตำบลบ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นชุมชนชนบทที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เฉพาะตัว พบว่า ในชุมชนดังกล่าวมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว และชุมชน รวมถึงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมี รพสต. บ้านจันดี เป็นกลไกหลักในการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนี้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการวิเคราะห์กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อาทิ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะองค์รวมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ดังนั้น ความขาดแคลนในงานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลบ้านจันดี ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาการบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการร่วมมือของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ประชาชนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีโอกาสเข้าถึงการดูแลที่ดี รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและการจัดการดูแลในชุมชน ซึ่งยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอในบริบทนี้

การดูแลผู้สูงอายุในยุคใหม่ที่มีเทคโนโลยีก้าวหน้า จึงมีความสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุเข้ากับโลกยุคเทคโนโลยี โดยการนำนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมาบูรณาการร่วมกับองค์ประกอบและบทบาทของเขตสุขภาพเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพทุกมิติ ทั้งการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนั้นยังพบปัญหาในกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งรูปแบบเดิมยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบใหม่ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพดีขึ้นและทันสมัยตามการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบ รพสต. บ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบสำหรับดูแลสุขภาพผู้อายุยุคใหม่ในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบ รพสต. บ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน หรือ PAOR ตามแนวคิดในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ[6] การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาบริบทพื้นที่สถานการณ์การผลิตรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลักการแนวคิดออกแบบพัฒนา และปรับปรุงรูปแบบ 2) ระยะพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 3) ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ด้านความรู้ พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 280 คน ได้แก่ 1) บุคลากรของ รพสต. บ้านจันดี 5 คน 2) ตัวแทนผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำในชุมชน 30 คน และ 3) ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต.บ้านจันดี 245 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 2) อ่านหนังสือออกและสามารถเขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากไม่สะดวกใจให้ข้อมูลและไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการวิจัย 2) ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในวันที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) ผู้ที่ป่วยจากโรคติดต่อติดเชื้อที่เป็นอันตราย ในระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากเครื่องมือมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว และสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับแนวคิดในรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน[6] ยุคใหม่ พื้นที่รับผิดชอบ รพสต. บ้านจันดี ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และลักษณะครอบครัว ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ[5,7] ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ[7] และตอนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวัน[8]

ในการพัฒนารูปแบบตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง จากการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล = .78, ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ = .88, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ = .81 และความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวัน = .80 และหาค่า Reliability โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลุ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มเป้าหมาย โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ประชาชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน ในภาพรวมเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 15/2567 รับรอง วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ การรายงานผล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลเอกสารและจากบุคคล ข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บในการศึกษานี้ ได้แก่ ประเมินคุณภาพรูปแบบ ประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อายุ รายได้ คุณภาพรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวันตาม Barthel ADL Index ใช้ Paired t-test วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยตัวแปรก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเด็นของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และประเด็นปัญหาที่ต้องการนำมาพัฒนาให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบใหม่ โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

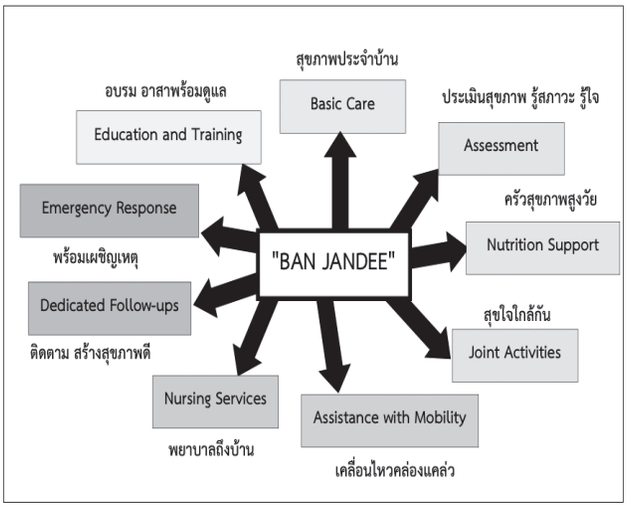
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.60 อายุเฉลี่ย 52 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 51.79 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.07 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.93 และและลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 57.87

2. ผลการพัฒนารูปแบบสำหรับการดูแลสุขภาพผู้อายุในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

รูปแบบสำหรับการดูแลสุขภาพผู้อายุในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ “BAN JANDEE” โดยมีองค์ประกอบหลัก 9 ด้าน ได้แก่ 1. **B** (Basic Care): การตรวจสุขภาพประจำเดือนและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 2. **A** (Assessment): การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจเพื่อวางแผนการดูแล 3. **N** (Nutrition Support): คำแนะนำด้านโภชนาการและโปรแกรมอาหารที่เหมาะสม 4. **J** (Joint Activities): กิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ทางสังคม 5. **A** (Assistance with Mobility): การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวและกายภาพบำบัด 6. **N** (Nursing Services): การให้บริการพยาบาล เช่น การดูแลแผลและการให้ยา 7. **D** (Dedicated Follow-ups): การติดตามผลและปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง 8. **E** (Emergency Response): การเตรียมพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉิน และ 9. **E** (Education and Training): การอบรมครอบครัวและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบที่ได้ประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) กิจกรรม “สุขภาพประจำบ้าน” การตรวจสุขภาพประจำเดือนโดยทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดี 2) กิจกรรม “ประเมินสุขภาพ รู้สภาวะ รู้ใจ” การจัดการประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจผ่านการสัมภาษณ์และการทดสอบเบื้องต้น เพื่อจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสม 3) กิจกรรม “ครัวสุขภาพสูงวัย” กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ พร้อมการทำเมนูง่าย ๆ ที่เน้นโภชนาการครบถ้วน 4) กิจกรรม “สุขใจใกล้กัน” การจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การร้องเพลง การเล่นเกมพื้นบ้าน และการออกกำลังกายเบา ๆ ร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และสุขภาพจิตที่ดี 5) กิจกรรม “เคลื่อนไหวคล่องแคล่ว” คลาสกายภาพบำบัดและการฝึกใช้เครื่องช่วยเดิน โดยมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้สอน 6) กิจกรรม “พยาบาลถึงบ้าน” บริการพยาบาลที่บ้านสำหรับการตรวจแผล การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น และการให้ยาตามแพทย์สั่ง 7) กิจกรรม “ติดตาม สร้างสุขภาพดี” การโทรติดตามผล การเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้า และการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 8) กิจกรรม “พร้อมเผชิญเหตุ” การฝึกอบรมการปฐมพยาบาลและการจัดการเหตุฉุกเฉินให้กับครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้ทุกคนรู้วิธีตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน และ 9) กิจกรรม “อบรม อาสาพร้อมดูแล” การจัดการอบรมและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อเสริมทักษะการดูแล



ภาพที่ 2 รูปแบบสำหรับการดูแลสุขภาพผู้อายุในชุมชน พื้นที่รับผิดชอบ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=280)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		p*
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	7.66	.72	11.98	.69	< .001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	9.45	.82	13.07	.79	< .001
กิจวัตรประจำวัน	1.37	.68	1.47	.73	< .001

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05, *Paired t-test

จากตาราง 1 ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ 7.66 (SD = .72) หลังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 11.98 (SD = .69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) การพัฒนารูปแบบช่วยเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ที่ 9.45 (SD = .82) และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 13.07 (SD = .79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และด้านกิจวัตรประจำวัน ในการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนพัฒนา คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาอยู่ที่ 1.37 (SD = .68) และหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 1.47 (SD = .73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช แสดงให้เห็นถึงการต่อยอดจากรูปแบบเดิมที่ใช้ในชุมชน ซึ่งได้ถูกปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและตอบโจทย์การดูแลผู้สูงอายุในยุคใหม่ โดยเน้นการพัฒนาและปรับปรุงในหลายด้าน ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การใช้คำว่า “BAN JANDEE” เป็นตัวย่อสำหรับการอธิบายการดูแลในรูปแบบใหม่แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วนและมีทั้งการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการสร้างสมดุลระหว่างความต้องการด้านการดูแลทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับโภชนาการ การพัฒนาสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลสุขภาพทุกมิติแก่ผู้สูงอายุสามารถทักษะในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพได้[9]

การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้รูปแบบ “BAN JANDEE” สามารถสะท้อนให้เห็นถึงการให้บริการที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละด้าน เช่น กิจกรรมสุขภาพประจำบ้าน ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่สม่ำเสมอ การให้คำแนะนำด้านโภชนาการใน “ครัวสุขภาพสูงวัย” ที่เน้นการดูแลสุขภาพด้วยการเลือกอาหารที่เหมาะสม รวมไปถึงกิจกรรมการฝึกฝนทางกายภาพใน “เคลื่อนไหวคล่องแคล่ว” เพื่อเสริมสร้างความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว การฝึกอบรมการปฐมพยาบาลและการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินในกิจกรรม “พร้อมเผชิญเหตุ” เพื่อเพิ่มความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมติดตาม สร้างสุขภาพดี ที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยการประเมินผลการดูแลและปรับเปลี่ยนตามความต้องการของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีการอบรมอาสาสมัครและครอบครัว เพื่อเสริมทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพในกิจกรรม “อบรม อาสาพร้อม

ดูแล” ในภาพรวม รูปแบบการดูแลนี้ไม่เพียงแต่เป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชนอีกด้วย ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว การบูรณาการชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพสูงสุดในงานศึกษาซึ่งพบว่า การสร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน[6] ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันถึงแนวทางที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนอื่น ๆ ได้ รูปแบบ BAN JANDEE เป็นแนวทางที่สามารถตอบโจทย์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ด้วยการบูรณาการการดูแลในทุกมิติ และส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยุคใหม่ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของ รพสต. บ้านจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช หลังจากเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจวัตรประจำวัน หลังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบช่วยเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และด้านกิจวัตรประจำวัน ในการประเมินกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนถึงการพัฒนาที่ยังสามารถปรับปรุงการทำกิจวัตรประจำวันให้ดีขึ้นได้ ซึ่งจัดอยู่ในระดับความรู้สูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่า การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมดูแลสุขภาพที่มีการประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้[10]

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมที่มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การประเมินสุขภาพเบื้องต้น การให้คำปรึกษาสุขภาพ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยังพบปัญหาในด้านงบประมาณ ระบบการประสานงาน และภาระงานของเจ้าหน้าที่การศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ระบุว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ[9] นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระบบสาธารณสุขและภาระงานที่มากเกินไปของเจ้าหน้าที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ผลเท่าที่ควร[8]

หลังจากเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สุง (ผู้สูง) อายุในชุมชนเพิ่มขึ้น ซึ่งจัดอยู่ในระดับความรู้สูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้การอบรมและการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสามารถเพิ่มพูนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[11] นอกจากนี้ ยังมีการอบรมที่มีการติดตามและประเมินผลช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[8]

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบ BAN JANDEE มีประสิทธิผลในการพัฒนาองค์ความรู้ พฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้าน ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ระบุว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพและลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ[12] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ[13] หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจทำให้มีการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้[14]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนา สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

2. ระบบการติดตามและการประเมินผลที่มีความต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงการดูแลและการให้

บริการผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและขยายผลรูปแบบการดูแลไปยังชุมชนอื่น โดยนำรูปแบบการดูแลที่ได้รับการพัฒนาไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่นในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเพิ่มโอกาสในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในวงกว้างและสร้างมาตรฐานการดูแลที่เป็นแบบแผน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านนโยบาย ควรพิจารณาขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ทั้งในเขตเมือง ชานเมือง และชนบท เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันได้อย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลเชิงลึกที่ได้จะช่วยให้ผู้นำไปใช้สามารถกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับประเทศ

2. ด้านการพยาบาล ควรมีการออกแบบงานวิจัยในลักษณะของการติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงเวลาต่าง ๆ และจะช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ และสามารถปรับปรุงแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในระยะยาว

3. ด้านวิชาการ โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ หรือระบบติดตามสุขภาพจากระยะไกล (Remote Monitoring Systems) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม ประเมินผล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ช่วยในการตัดสินใจทางการพยาบาล และส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. World report on aging and health. WHO Press; 2015.
2. Department of Older Persons. Elderly Statistics: Thai Elderly Statistics 2022 by the Policy and Strategy Group, Department of Older Persons. Department of Older Persons: Bangkok; 2022. (in Thai)
3. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2023. (in Thai)
4. Ministry of Public Health HDC. Percentage of Healthy Ageing in Nakhon Si Thammarat Province, Fiscal Year 2023. Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office: Nakhon Si Thammarat; 2023. (in Thai)
5. National Health Security Office. Gold Card Fund, Fiscal Year 2023: NHSO Exceeds Target in Providing Healthcare Services to the Public. National Health Security Office: Bangkok; 2023. (in Thai)
6. Kemmis S, & McTaggart R. The action research planner. Deakin University; 1998.
7. Wongwattanachai S. The Effect of Model Development of Elderly Care in Community toward Knowledge and Skills of Caregivers. Journal of Health Sciences. 2018;17(2): 50-60. (in Thai)
8. Pholtammeeboon K, Fongtanakit R, & Rusmee A. Development of care for elderly in community. International Journal of Health Sciences. 2022;6(S2): 1468-79.
9. Wang J, Wang J, Cao Y, Jia S, & Wu B. Older residents' perspectives of long-term care facilities in China. Journal of Gerontological Nursing. 2016;42(8): 34–43.
10. Kyriacou C, & Vladeck, F. A new model of care collaboration for community-dwelling elders: findings and lessons learned from the NORC-Health Care linkage evaluation. International Journal of Integrated Care. 2011; 29(11): 1-20.

11. Chantarasukul P. Factors Affecting the Success of Elderly Care in Community. Journal of Community Health Research. 2019;11(3): 89-102. (in Thai)
12. Nakanish M, & Nakashima T. Features of the Japanese long-term care insurance system. International Journal of Aging and Human Development. 2014;78(3): 183-201.
13. Chen L, Yu J, Song Y, Zhang L, & Wang X. Community-based elderly care services in China: Status, challenges, and prospects. International Journal of Environmental-Research and Public Health. 2020;17(2): 1-15.
14. Sirited P, & Thammaseeha N. Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2): 58-65. (in Thai)

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน

Nursing Supervision Model for Pressure Ulcer Prevention in Patients at Risk of Pressure Ulcers at King Taksin Memorial Hospital

มณี ภาณุวัฒน์สุข[1] ประวิทย์ ทองไชย*[2] ชญาภัค บุญสูตร[1]
Manee Panuwatsuk[1] Prawit tongchai*[2] Chayapak Boonsut[1]
[1]โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10600
[1]Taksin Hospital, Bangkok Metropolitan Administration, Bangkok, Thailand, 10600
[2]มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10170
[2]Bangkokthonburi University, Bangkok, Thailand, 10170

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลตากสิน ประชากรประกอบด้วยผู้นิเทศซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 9 คน และผู้รับการนิเทศซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 142 คน วิธีดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) การประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจ 24 ข้อ มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลตากสิน คือ COMPASS Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การนิเทศแบบร่วมมือ การนิเทศแบบสหวิชาชีพ การนิเทศเชิงรุก การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน และการนิเทศแบบยั่งยืน 2) ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.85) โดยมีความพึงพอใจด้านผลลัพธ์และความยั่งยืนสูงสุด รองลงมาคือด้านเนื้อหาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และด้านการนิเทศแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ตามลำดับ รูปแบบมีจุดเด่นที่เป็นระบบชัดเจน ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้แบบทีม เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการป้องกันแผลกดทับแก่พยาบาลได้

คำสำคัญ : การนิเทศแบบร่วมมือ, การนิเทศแบบสหวิชาชีพ, การนิเทศเชิงรุก, การนิเทศแบบยั่งยืน, การป้องกันแผลกดทับ

Abstract

The aim of this study was to develop and evaluate a nursing supervision model for preventing pressure ulcers in at-risk patients at Taksin Hospital. The population consisted of 9 head nurses as supervisors and 142 professional nurses as supervisees. This participatory action research was conducted in three phases 1) Situation analysis, 2) Model development, and 3) Evaluation. Research instruments included semi-structured interview forms and a 24-item satisfaction assessment questionnaire using a 5-point rating scale. Data analysis was conducted using percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

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

วันที่ได้รับ (received) 5 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 มิ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ก.ค. 2568

The findings revealed that 1) The nursing supervision model for preventing pressure ulcers in at-risk patients at Taksin Hospital is termed the COMPASS Model, comprising five key elements Collaborative supervision, Multidisciplinary supervision, Proactive supervision, Technology-supported supervision, and Sustainable supervision. 2) Following implementation, both supervisors and supervisees reported good satisfaction levels ($\bar{X}$ = 3.85), with the highest satisfaction related to outcomes and sustainability, followed by content and technology application, and creative participatory supervision. The model is characterized by a clear systematic approach, encourages participation, fosters team-based learning, and enhances nurses' skills and confidence in preventing pressure ulcers.

Keywords: Collaborative Supervision, Multidisciplinary Supervision, Proactive Supervision, Sustainable Supervision, Pressure Ulcer Prevention

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นในสถานพยาบาลและถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญอันดับที่ 10 ที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพการดูแลผิวหนังผู้ป่วยโดยทีมการพยาบาล ปัญหานี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทั่วไปในสถานพยาบาลทั่วโลก จากสถิติผู้ป่วยทั้งหมด 1,366,848 ราย พบอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 12.8 ขณะที่อัตราการเกิดอุบัติการณ์ใหม่จากผู้ป่วย 681,885 ราย คิดเป็น 5.4 ต่อ 10,000 ผู้ป่วย/วัน ลักษณะของแผลกดทับที่พบบ่อยที่สุดคือระดับที่ 1 (ร้อยละ 43.5) และระดับที่ 2 (ร้อยละ 28.0)[1] ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเนื้อตาย จึงจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง[2]

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับแบ่งเป็นสองกลุ่มหลัก ปัจจัยทางกายภาพประกอบด้วยแรงกดและระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด แรงเฉือน และแรงเสียดทานจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้และความรู้สึกตอบสนองที่ไม่ดี ปัจจัยทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การเพิ่มขึ้นของอายุ กระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ระบบไหลเวียนโลหิต ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล[3] นอกจากนี้ยังพบปัจจัยในเรื่องของทรัพยากร พยาบาลที่มีภาระงานมาก การขาดอุปกรณ์และแหล่งสนับสนุน ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอ[4]

จากข้อมูลการประเมินความรู้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้น้อยที่สุดในด้านการป้องกัน (ร้อยละ 42.7) ด้านสาเหตุของแผลกดทับ (ร้อยละ 45.6) และด้านการป้องกันสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (ร้อยละ 46.6)[5] และสอดคล้องข้อมูลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลแผลกดทับในระดับสูง (ร้อยละ 78) แต่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันเพื่อลดระยะเวลาและแรงกดแรงเฉือน (ร้อยละ 51) และมีความเชื่อมั่นในระดับต่ำเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ[6]

ดังนั้นการค้นหาวิธีที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาลตามแนวคิดของการนิเทศทางการพยาบาลถูกนำมาใช้ในวงการพยาบาลอย่างแพร่หลาย โดยเป็นกระบวนการเสริมสร้างความรู้ทักษะและเจตคติให้แก่พยาบาล โดยใช้หลักการสอน แนะให้คำปรึกษา และเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ช่วยแก้ไขปัญหาในการทำงาน สร้างความมั่นใจ และยกระดับการดูแลผู้ป่วยให้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ[7]

ในปัจจุบันโรงพยาบาลตากสินเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิในสังกัดกรุงเทพมหานครขนาด 420 เตียง ให้บริการครอบคลุม 4 มิติ ทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาลได้กำหนดอัตราการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ โดยกำหนดเกณฑ์ไม่เกิน 3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน แต่พบว่าในบางปีมีอัตราสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จากการสถิติข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี พบว่าในปี 2563 อัตราการเกิดแผลกดทับสูงถึง 4.88 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน หลังจากนั้นมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์โดยนำคณะกรรมการมาช่วยในการนิเทศในปี 2564 ส่งผลให้อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงเหลือ 2.69 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน แต่ในปี 2565 เกิด

อุปสรรคในการเยี่ยมหน่วยงาน ทำให้อัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นเป็น 3.85 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน[8] ต่อมาได้มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (TS : SD-IPD01-MED000 : Rev03)[9] โดยเน้นการจัดท่า พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การดูแลทำความสะอาดผิวหนัง และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ส่งผลให้ในปี 2566 อัตราการเกิดแผลกดทับลดลงเหลือ 3.03 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน[10]

จากการศึกษาพบประเด็นปัญหาที่คล้ายคลึงกันในแต่ละหอผู้ป่วย คือ บุคลากรระดับปฏิบัติการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และหัวหน้าหอผู้ป่วยขาดการกำกับติดตามอย่างเพียงพอ ทั้งที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตลอด 24 ชั่วโมง[11] นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความผิดพลาดจากผู้ปฏิบัติงาน (Human Error) เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลตากสิน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศ[12] ที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วม[13] กับแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับระดับนานาชาติ[14] ที่เน้นองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การสนับสนุน (Support) การศึกษา (Education) และการจัดการ (Management) และการมีส่วนร่วมแบบวิพากษ์ของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล COMPASS Model และตัวแปรตาม คือ ความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศ

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลในด้านต่างๆ แต่ยังขาดรูปแบบการนิเทศเฉพาะทางด้านการป้องกันแผลกดทับที่มีการบูรณาการหลายมิติ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและการสร้างความยั่งยืน ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการพัฒนารูปแบบและประเมินผลในทันที

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 9 หอผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลตากสิน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. **ผู้นิเทศ** หัวหน้าหอผู้ป่วยจาก 9 หอผู้ป่วย คือ อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง/รวม ศัลยกรรมชาย/หญิง ศัลยกรรมกระดูกชาย/หญิง ICU อายุรกรรม และ ICU กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 10 ปี และเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ มีภาระงานที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้โครงการวิจัยได้ หรือกำลังลาศึกษาต่อ/ลาคลอด

2. ผู้รับการนิเทศ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเดียวกับผู้นิเทศ (9 หอผู้ป่วย) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน (จากประชากรทั้งหมด 158 คน หักออกตามเกณฑ์คัดออก 16 คน) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ มีภาระงานที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้โครงการวิจัยได้ หรือกำลังลาศึกษาต่อ/ลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 5 หัวข้อหลัก คือ 1) บทบาทและหน้าที่ของผู้มีส่วนได้เสียในการนิเทศ 2) ประสบการณ์และความท้าทายในการนิเทศ 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันแผลกดทับ 4) ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ

สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการนิเทศของ Proctor

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล COMPASS Model สำหรับผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการนิเทศแบบร่วมมือ (Collaborative Supervision Process) 8 ข้อ 2) ด้านเนื้อหาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Content and Technology Application) 8 ข้อ 3) ด้านผลลัพธ์และความยั่งยืน (Outcomes and Sustainability) 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ สร้างขึ้นตามแนวคิด COMPASS Model ที่ผู้วิจัยพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 5 คน ก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. แบบประเมินความพึงพอใจ นำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน และข้าราชการบำนาญ 1 ท่าน ผลการประเมินพบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.80-1.00 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.986

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการการนิเทศทางการพยาบาล ระยะเวลา 2 เดือน (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2568) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหัวหน้าหอผู้ป่วย 9 คน แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ระยะเวลา 3 เดือน (มีนาคม-พฤษภาคม 2568) ใช้วงรอบการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนงาน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลของการปฏิบัติงาน (Observation) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)[13] ดำเนินการ 2 วงรอบ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ระยะเวลา 1 เดือน (มิถุนายน 2568) ภายหลังสิ้นสุดการนำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล COMPASS Model สู่การปฏิบัติครบ 1 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร หมายเลขหนังสือรับรอง 16 วันที่รับรอง 21 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 สามารถจำแนกปัญหาได้ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) สภาพปัญหาและความท้าทายในการนิเทศ โดยพบว่าผู้นิเทศขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน และระบบการบันทึกข้อมูลมีความซ้ำซ้อน 2) การนิเทศที่มีประสิทธิภาพ โดยพบว่าต้องเน้นการมีส่วนร่วม การใช้เทคโนโลยี การนิเทศแบบทีม และการใช้สถานการณ์จริง 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนการนิเทศ พบว่าต้องพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลและเพิ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

การพัฒนารูปแบบการนิเทศในระยะที่ 2 ใช้วงรอบการปฏิบัติตามแนวคิด[13] บูรณาการกับแนวคิดการนิเทศ[12] ดำเนินการเป็น 2 วงรอบ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบ COMPASS Model (Collaborative, Multidisciplinary, Proactive, Application-supported, Sustainable Supervision) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การนิเทศแบบร่วมมือ (Collaborative Supervision) ได้แก่ การเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการนิเทศ การสร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาแนวทางร่วมกัน การจัดการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพูดคุยและสะท้อนปัญหา การทำงานเป็นทีมและพัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2. การนิเทศแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Supervision) ได้แก่ การมีทีมเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านแผลกดทับคอยให้คำปรึกษา การบูรณาการความร่วมมือกับทีมโภชนากร แพทย์ และสหวิชาชีพอื่น ๆ การสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ การมีคณะกรรมการระดับองค์กรที่ขับเคลื่อนนโยบาย

3. การนิเทศเชิงรุก (Proactive Supervision) ได้แก่ การนิเทศที่เน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหา การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การใช้การตั้งคำถามและ GROW Model เพื่อกระตุ้นการคิด การติดตามอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการนิเทศตามสถานการณ์

4. การนิเทศโดยใช้เทคโนโลยีสนับสนุน (Application-supported Supervision) ได้แก่ การใช้ระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงง่าย การใช้แอปพลิเคชันในการถ่ายภาพและติดตามแผล การใช้กลุ่มสื่อสารออนไลน์แบบ Real-time การพัฒนาระบบ Smart IPD

5. **การนิเทศแบบยั่งยืน (Sustainable Supervision)** ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศอย่างต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจและระบบการให้รางวัล การพัฒนาเครื่องมือช่วยเตือนและแนวทางปฏิบัติที่ง่ายต่อการใช้งาน การลดภาระงานด้านเอกสาร

ผลการประเมินรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ภายหลังการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติครบ 1 เดือน จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 151 คน พบว่าโดยภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=3.85, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบรายละเอียดดังนี้

ด้านกระบวนการนิเทศแบบร่วมมือ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$= 3.77, S.D. = 0.38) โดยประเด็นการสื่อสารที่ชัดเจน ($\overline{X}$=3.89) และการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับการนิเทศ ($\overline{X}$=3.89) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด

ด้านเนื้อหาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$= 3.84, S.D. = 0.41) โดยการนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขอย่างเป็นระบบ ($\overline{X}$= 3.87) และการใช้กลุ่มสื่อสารออนไลน์ ($\overline{X}$= 3.87) ได้รับการประเมินสูงสุด

ด้านผลลัพธ์และความยั่งยืน มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$= 3.94, S.D. = 0.35) ซึ่งเป็นด้านที่ได้รับการประเมินสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ($\overline{X}$= 3.93) และความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันแผลกดทับ ($\overline{X}$= 3.92)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบจุดเด่นของรูปแบบ COMPASS Model คือ มีความชัดเจนและเป็นระบบ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้แบบทีม และเพิ่มทักษะความมั่นใจในการป้องกันแผลกดทับ โอกาสในการพัฒนา คือ ควรมีการนิเทศอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาระบบติดตามประเมินผล ข้อจำกัด คือ ปัญหาด้านสมรรถนะบุคลากร เวลา ทรัพยากร การสื่อสาร และเทคโนโลยี

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตากสิน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้ทั้ง 2 ข้อ โดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของหน่วยงาน

รูปแบบ COMPASS Model ที่พัฒนาขึ้นมีความโดดเด่นในการบูรณาการองค์ประกอบที่สำคัญหลายด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นการสนับสนุน การศึกษา และการจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนการนิเทศและการสร้างความยั่งยืน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่แตกต่างจากรูปแบบการนิเทศทั่วไป การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการนิเทศสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย[15] และการศึกษาที่พบว่าการบูรณาการหลายมิติในการนิเทศสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

การที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ COMPASS Model ในระดับดี ($\overline{X}$=3.85) แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดย

เฉพาะอย่างยิ่งด้านผลลัพธ์และความยั่งยืนที่ได้รับการประเมินสูงสุด ($\bar{X}$= 3.94) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการนิเทศทางคลินิกที่มีโครงสร้างและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[17] และการศึกษาที่ยืนยันความสำคัญของการนิเทศที่มีระบบในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ[18]

การที่รูปแบบนี้เน้นการนิเทศเชิงรุกและการมีส่วนร่วมแบบสร้างสรรค์ สอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการสะท้อนคิดร่วมกัน ซึ่งช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การบูรณาการเทคโนโลยีในการนิเทศเป็นนวัตกรรมที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาระบบสุขภาพในยุคดิจิทัล ทำให้การนิเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดภาระงานของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการป้องกันแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพ

การเน้นการนิเทศแบบสหวิชาชีพในรูปแบบ COMPASS Model ช่วยให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างทีมโภชนากร แพทย์ และสหวิชาชีพอื่น ๆ ในการป้องกันแผลกดทับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพช่วยลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และแนวทางการป้องกันแผลกดทับตามแนวปฏิบัติสากลของ European Pressure Ulcer Advisory Panel ที่เน้นการใช้แนวทางแบบองค์รวมในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่ในระดับดีสะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของรูปแบบในหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านผลลัพธ์และความยั่งยืน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นคุณค่าและประโยชน์จากการใช้รูปแบบนี้ในระยะยาว การที่ความพึงพอใจในด้านเนื้อหาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการเทคโนโลยีในการนิเทศได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับผ่านการนิเทศที่มีโครงสร้างช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[19]

ความพึงพอใจในด้านกระบวนการนิเทศแบบร่วมมือแม้จะเป็นด้านที่ได้คะแนนต่ำสุด แต่ยังคงอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจากการนิเทศแบบดั้งเดิมสู่การนิเทศแบบมีส่วนร่วมต้องการเวลาในการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสร้างทัศนคติเชิงบวกและความมั่นใจในการป้องกันแผลกดทับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการนิเทศ โดยเฉพาะเครื่องมือบันทึกและติดตามการป้องกันแผลกดทับ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนช่วยลดภาระงานด้านเอกสารและเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม
2. การสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญด้านแผลกดทับระหว่างหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์
3. การจัดตั้งระบบรางวัลและการยกย่องสำหรับหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นในการป้องกันแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยแบบระยะยาว (Longitudinal Study) เป็นระยะเวลา 1-2 ปี เพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบ COMPASS Model อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการป้องกันแผลกดทับต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการวัดผลในระยะยาว
2. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ COMPASS Model กับรูปแบบการนิเทศแบบดั้งเดิมในการลดอัตราการเกิดแผลกดทับ
3. การศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบ COMPASS Model ในบริบทของโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือหน่วยงานสุขภาพอื่น
4. การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบ COMPASS Model ไปปฏิบัติ รวมถึงอุปสรรคและข้อจำกัดในการใช้งาน

References

1. Li Z, Lin F, Thalib L, & Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2020; 103546:1-13.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. 3rd ed. Cambridge: EPUAP/APIAP/PPPIA; 2019.

3. Doh CY, & Heo G. Pathogenesis and prevention of pressure ulcer. Journal of the Korean Medical Association. 2021; 64(1):16-25.
4. Etafal W, Argaw Z, Gemechu E, & Melese B. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. BioMed Central Nursing. 2018;17(14):1-8.
5. De Meyer D, Verhaeghe S, Van Hecke A, & Beeckman, D. Knowledge of nurses and nursing assistants about pressure ulcer prevention: A survey in 16 Belgian hospitals using the PUKAT 2.0 tool. Journal of Tissue Viability. 2019;28(2):59-69.
6. Usher K, Woods C, Brown J, Power T, Lea J, Hutchinson M, et al. Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure injury prevention: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2018;81(1):14-20.
7. Ministry of Public Health, Division of Nursing. Nursing standards in hospitals. Nonthaburi: Division of Nursing; 2018. (in Thai)
8. Nursing Division, Taksin Hospital. Report on the incidence of pressure injuries in high-risk patient groups. Bangkok: Taksin Hospital; 2022. (in Thai)
9. Practice guidelines for prevention and care of pressure injuries. Bangkok: Taksin Hospital; 2022. (in Thai)
10. Nursing Division, Taksin Hospital. Summary report on pressure injury incidence and quarterly statistics. Bangkok: Taksin Hospital; 2024. (in Thai)
11. Pheetarakorn P. Nursing care of the patients with pressure injury: Nurse's role. Hua Hin Medical Journal. 2021;1(1):1-16. (in Thai)
12. Proctor B. Training for the supervision alliance: attitude, skills and intention. In: Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2018.
13. Kemmis S, McTaggart R, & Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York: Springer; 2020.
14. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries Quick Reference Guide. Haesler E, editor. [Place of publication not specified]: National Pressure Injury Advisory Panel; 2019.
15. Liankruea K, Prayunmahisorn S, & Charoenpanich S. Development of a nursing supervision model in clinics to prevent ventilator-associated pneumonia in the critical care unit, Phaholpolpayuhasena Hospital. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2022;7(9):300-16. (in Thai)
16. Poomipuk P, Somgit W, Pukkaerakaw, Thanoochan R, & Dana K. Development of a nursing management model for ventilator associated pneumonia prevention in general ward, Mahasarakham Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025;26(1):287-97. (in Thai)
17. Kajonjaroenkulw, 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)
18. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs SJ, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2013;50(7):974-1003.
19. Siyu C, Rungrueng P, Rungruang P, & So-in R. Factors influencing customer's purchasing intentions of fashion bags in offline stores in China. Journal of Vongchavalitkul University (Humanities and Social Sciences). 2023;1(1): 78-94. (in Thai)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

Factors Related to Preventive Behaviors for Influenza Infection in Persons with Coronary Artery Disease

วรรณพร จงชิดกลาง[1] นรลักขณ์ เอื้อกิจ*[2]
Wannaporn Jongchidklang[1] Noraluk Ua-Kit*[2]
[1]โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
[1]Police General Hospital, Bangkok, Thailand 10330
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10900
[2]Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand 10900

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE MODEL ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 101 คน คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ใช้แบบสอบถาม 7 ชุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ระหว่าง 0.80–0.98 ตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน ที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.72–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\overline{X}$ = 42.58, SD = 4.82) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ ($r = 0.405$, $p < .01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.335$, $p < .01$) และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.242$, $p < .05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่สัมพันธ์, พฤติกรรมป้องกัน, โรคไข้หวัดใหญ่, โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine factors related to influenza preventive behaviors among patients with coronary artery disease by applying the PRECEDE model, which includes predisposing, enabling, and reinforcing factors. The sample consisted of 101 patients receiving treatment at tertiary hospitals in Bangkok, namely King Chulalongkorn Memorial Hospital, Ramathibodi Hospital, and Police General Hospital. Participants were selected through multistage sampling between July and November 2024.

Corresponding Author: * Email: noralukuakit@gmail.com

วันที่รับ (Received) 21 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 30 มิ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 5 ก.ค. 2568

Data were collected using seven sets of questionnaires. Content validity was assessed by five experts, with Content Validity Index (CVI) ranging from 0.80 to 0.98. Reliability was tested among 30 patients with similar characteristics at the cardiology clinic of Police General Hospital, yielding Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.72 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that participants had a relatively high influenza preventive behaviors ($\overline{X}$ = 42.58, SD = 4.82). Positive correlations were found between preventive behaviors and attitude toward influenza ($r = 0.405$, $p < .01$), perceived risk of infection ($r = 0.335$, $p < .01$), and access to health information and services ($r = 0.242$, $p < .05$).

The findings demonstrated that these factors are essential in promoting influenza preventive behaviors among patients with coronary artery disease.

Keywords: associated factors, preventive behavior, influenza, coronary artery disease

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส Influenza สามารถแพร่ระบาดได้ง่าย และก่อให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงต่อระบบทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว[1] โดยการระบาดของไข้หวัดใหญ่จะเกิดขึ้นเป็นประจำในทุกประเทศทั่วโลก และจะเกิดความเสียหายอย่างมหาศาลเป็นระยะ ๆ ทุก 10-30 ปี[2] โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลอย่างต่อเนื่องทุกปี

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การล้างมือ การไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยที่มีอาการไข้หวัดและไม่ใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด งานวิจัยในต่างประเทศชี้ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจยังคงมีอัตราการเข้ารับวัคซีนค่อนข้างต่ำในผู้ใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากการขาดการรับรู้ถึงความสำคัญ พบว่าค่อนข้างต่ำในหลายการศึกษา[3] อีกทั้งมีพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง คือ การล้างมือ การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงไปในที่มีผู้คนจำนวนมาก[4] ในผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ชนิดรุนแรงจากสาเหตุหัวใจและหลอดเลือด Major Adverse Cardiac Event (MACE)[5] การติดเชื้อสามารถทำให้เนื้อเยื่อหลอดเลือดถูกทำลาย เพิ่มกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย กระตุ้นการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด และนำไปสู่ภาวะการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ความเสี่ยงนี้อาจสูงขึ้นถึง 6 เท่า[6] สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาจึงแนะนำให้เข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปีให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจทุกราย โดยถือเป็นคำแนะนำที่มีหลักฐานสนับสนุนในระดับ A การป้องกันไข้หวัดใหญ่ครอบคลุมการฉีดวัคซีน การหลีกเลี่ยงสัมผัสฝอยละอองจากผู้ติดเชื้อ และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล

ในประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง[4] แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เจาะจงพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงและมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตโดยตรง และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[5] โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE MODEL[7] ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสำคัญหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งช่วยกระตุ้นความตระหนักและการตอบสนองเชิงบวกต่อการป้องกันโรค ปัจจัยเสริม เช่น

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเครือข่ายสุขภาพที่ช่วยเพิ่มกำลังใจและทรัพยากรในการปฏิบัติตัว[8] และปัจจัยเอื้อ เช่น การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและดำเนินการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัด และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE MODEL[7] ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นตัวแปรตามของการศึกษา มีแนวคิดเชื่อว่าพฤติกรรมมาจากสาเหตุพหุปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมนั้น ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนที่เป็นปัจจัยภายนอกมาจากตัวบุคคล และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)9 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการบริการ ณ คลินิกโรคหัวใจในโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลรามาธิบดี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple-stage sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power อำนาจทดสอบที่ 0.5 ขนาดอิทธิพล 0.310 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 101 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินด้วย Mini-CogTM 11 เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขึ้นก่อน ขณะ หรือระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ และหายใจเร็วขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คำถามปลายปิด และ เติมคำลงช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ แบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ เชิงลบ 2 ข้อ โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับการเห็นด้วยกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่มาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคม เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มาก

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ เชิงลบ 1 โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคหัวใจ หรือมีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 3 คน เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาปรับแก้ตาม - ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ≥ .8012 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.97, 0.96, 0.98, 0.8, 0.9 และ 0.98 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องที่ปรับแก้ไขแล้ว มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่ม ประชากร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม โดยค่าความเที่ยง (Reliability) 1.00, 0.72, 0.81, 0.76, 0.72, 0.73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2567 (COA No.MURA2024/5433) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2567 (COA NO.125/2024) และโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 (วจ.41/2567) โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยถือว่าเป็นความลับ นำและมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของของการวิจัยภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ทดสอบค่าการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติด้วยค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) และค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) ซึ่งพบว่าตัวแปรเป็น normal distribution จึงวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.3 มีอายุเฉลี่ย 66.18 ปี ($\bar{X}$ = 66.18 S.D.= 11.93) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ33.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 41.6 รายได้เฉลี่ย 25,798.02 บาท ส่วนมากพักอาศัยกับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 93.1 ผู้ดูแลส่วนมากเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 31.7 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 62.4 และเคยได้รับวัคซีนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 78.2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่เท่ากับ 12.79 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD = 11.93) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.41 (SD = 2.63) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 40.98 (SD = 4.69) ด้านการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 19.65 (SD = 3.13) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ที่ 23.88 (SD = 3.8) และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.58 (SD = 4.82)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ค่อนข้างสูง ร้อยละ 42.58 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า พฤติกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 ท่านหลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่มีผู้คนรวมกลุ่มกันจำนวนมาก ร้อยละ 92.20 อันดับที่ 2 ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่มีอาการ ไอ จาม และมีน้ำมูก ร้อยละ 91.20 และอันดับที่ 3 ท่านใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกันกับคนในครอบครัว เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า กระติกน้ำ และช้อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 91.00 ส่วนพฤติกรรมที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 67.60

ตาราง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่	0.028	0.783
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัด	0.402	< .01
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่	0.330	< .01
ปัจจัยเสริม		
การสนับสนุนทางสังคม	0.116	0.096
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.292	< .05

จากตาราง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยนำ คือ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.402) หมายถึง ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สูงขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคก็มีแนวโน้มสูงขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.330) หมายถึง ผู้ที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นมักมีพฤติกรรมการป้องกันที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.292) หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่สูงขึ้นย่อมส่งผลให้แนวโน้มพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้น

ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (r = 0.028, 0.116, p >.05) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

1. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ค่อนข้างสูง สะท้อนถึงความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันโรค โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงและการปฏิบัติสุขอนามัย แต่ยังพบว่าการออกกำลังกาย[4] และการเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ต่ำยังต้องส่งเสริม ความใส่ใจในด้านนี้เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เคยได้รับวัคซีนร้อยละ 78.2 และได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 62.4 แสดงถึงศักยภาพในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม เช่น หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่มีผู้คนรวมกันจำนวนมาก และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่มีอาการ ไอ จาม และมีน้ำมูก กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.18 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่าคนอายุน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพได้ดีกว่าในกลุ่มวัยหนุ่มสาว[13,14] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเรื้อรัง[15,16] เป็นโรคที่ไม่หายขาด ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุและมีผลกระทบต่อชีวิต จึงตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกัน ใส่ใจในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัยนำ ทัศนคติ และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ปานกลาง ทัศนคติสะท้อนถึงการตระหนักรู้ความสำคัญของการป้องกันโรค และมีแนวโน้มที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาที่ผ่านมา[15,17] อีกทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญและมีแนวโน้มเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ได้ แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน แสดงว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาบางฉบับที่ชี้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค[16] กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับมัธยมและปริญญาตรีร้อยละ ร้อยละ 64.4 สะท้อนถึงมีระดับความรู้ใกล้เคียงกัน ความรู้ไม่ได้ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการป้องกันโดยตรง หรือไม่พอในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน แต่ต้องอาศัยปัจจัยเสริมอื่น ๆ[18] ซึ่งผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสอดคล้องกับ PRECEDE model[7] ด้านปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยสนับสนุนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับราชการ ซึ่งเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ผ่านสิทธิ์ข้าราชการ ได้รับการดูแลจากระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุม และการตรวจติดตามสุขภาพประจำทุก 3 เดือน ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสต่อการเข้าถึงและชี้ว่ามีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[15,16] อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยี เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพยังคงน้อย การเพิ่มศักยภาพด้านเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุอาจช่วยเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัยและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นพฤติกรรมนั้นได้รับการสนุนหรือคงอยู่ของพฤติกรรม แรงกระตุ้นที่เป็นปัจจัยภายนอกมาจากตัวบุคคล หรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้นๆ ซึ่งส่งผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรม[19] ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 94 ซึ่งถือเป็นกลุ่มสนับสนุนที่สำคัญ แต่การสนับสนุนนี้ส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การให้คำแนะนำด้านสุขภาพพื้นฐานหรือจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น ขณะที่ยังขาดการสนับสนุนที่กระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึก เช่น การส่งเสริมให้ฉีดวัคซีนประจำปี หรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพจึงต้องเน้นการสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงและการให้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน[20]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเน้นการสร้างทัศนคติที่ดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะถึงผลกระทบของการไม่ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนการจัดช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่สะดวกเหมาะสม และนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติที่ชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในระยะยาว

2. ส่งเสริมบทบาทบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักรู้ ถ่ายทอดด้านการป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งด้านความเสี่ยง ผลกระทบของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และ การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เช่น การมีโรคร่วม หรือปัจจัยทางสุขภาพอื่น ๆ เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ได้เพิ่มขึ้น

References

1. Near AM, Tse J, Young-Xu Y, Hong DK, Reyes CM, & Shinde V. Burden of influenza hospitalization among high-risk groups in the United States. BMC Health Service Reseach. 2022;22(1):1209. doi:10.1186/s12913-022-08586-y.
2. Carro A. The impact of influenza vaccination on cardiovascular diseases. European Heart Journal Supplements. 2023;25(1):A25-30.
3. Bhugra P, Grandhi GR, Mszar R, Satish P, Singh R, Blaha M, et al. Determinants of influenza vaccine uptake in patients with cardiovascular disease and strategies for improvement. Journal of the American Heart Association. 2021;10(15):e019671.
4. Siriphakhamongkhon S, Siramaneerat I, & Siriphakhamongkhon S. The comparison of preventive behaviors of influenza virus among outpatients with and without chronic disease in Nakhon Sawan province. Disease Prevention and Control Journal. 2018;25(3):1–10. (in Thai).
5. Jaiswal V, Ang SP, Yaqoob S, Ishak A, Chia JE, Nasir YM, et al. Cardioprotective effects of influenza vaccination among patients with established cardiovascular disease or at high cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Preventive Cardiology. 2022;29(14):1881–92.
6. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, Bittner V, Brewer LC, Demeter SH, Dixon DL, Fearon WF, Hess B, Johnson HM, & Kazi DS. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA guideline for the management of patients with chronic coronary disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology. 2023 ;82(9):833-955.
7. Green LW, & Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. Mountain View, CA: Mayfield; 2005.
8. Namlaithoong P, & Pongpan S. Factors related to influenza preventive behavior and control among private. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;25(3):1–10. (in Thai)
9. Burns N, & Grove S. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
10. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behaviors Sciences. 2nd ed. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Thai National Committee for Elderly Health Screening and Assessment Development, Ministry of Public Health. Manual for elderly health screening and assessment. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
12. Polit DF, & Hungler B. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 8thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

13. Munir F, Khan HTA, Yarker J, Haslam C, Long H, & Bains M, et al. Self-management of health behaviors among older and younger workers with chronic illness. Patient Education and Counseling. 2009;77(1): 109–15. doi: 10.1016/j.pec.2009.02.014
14. Mielenz TJ, Kannoth S, & Xue QL. Patterns of Self Care Behaviors and Their Influence on Maintaining Independence: The National Health and Aging Trends Study. Front Aging. 2021; 2:770476. doi:10.3389/fragi.2021.770476
15. Manart C, Kredmongkol P, & Amnatsatsue K. Factors related to preventive behaviors toward Coronavirus 2019 among older adults in Nonthaburi province. Journal of Public Health Nursing. 2023;37(2): 33–46. (in Thai)
16. Nakdee P. Factors affecting Coronavirus 2019 prevention behaviors of type 2 diabetic patients in Bang Mun Nak District, Phichit Province [Master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
17. Sommang K. Factors related to influenza preventive behavior among patients at outpatient department, King Narai Hospital. Journal of Health Education. 2014;37(126): 9–21. (in Thai)
18. Chemama N, Makchuchit S, & Ruangroengkulrit P. The relationship between knowledge, attitude, and preventive behavior against COVID-19 among the elderly in a municipal area in southern Thailand. Journal of Nursing Education. 2022;15(2): 1-15.
19. Ua-Kit N, & Pensri L. Utilization of the PRECEDE model in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019;12(1): 38–48. (in Thai)
20. Thaweelap S, & Pobkeeree V. Predictive factors associated with the acceptance of seasonal influenza vaccination for the elderly in Phra Phutthabat District, Saraburi Province. Disease Control Journal. 2019;45(4): 418–30. (in Thai)

การวิเคราะห์นโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย

Analysis of Research Data Management Policies in Health Sciences at Thai Universities

ชาตรี วงษ์แก้ว*[1] นงเยาว์ ศรีพรมสุข[2] บดินทร์ ทรัพย์สมบูรณ์[3] น้ำทิพย์ วิภาวิน[1]

Chatree Wongkaew*[1] Nongyao Sripromsuk[2] Bordin Sapsomboon[3] Namtip Wipawin[1]

[1]แขนงวิชาสารสนเทศศาสตร์ สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120

[1]Department of Information Science, School of Liberal Arts, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

[2]สถาบันนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10140

[2]Science Technology and Innovation Policy Institute, King Mongkut's University of Technology Thonburi, Bangkok, Thailand 10140

[3]คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

[3]Faculty of Medicine-Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย 10 แห่งที่มีผลงานวิจัยโดดเด่น ช่วงปี 2564-2566 โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงเอกสารผ่านการสำรวจข้อมูลจากฐานข้อมูลวิชาการภายในประเทศและเว็บไซต์หน่วยงาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการความรู้ และหลักการ FAIR Data Principles ผลการวิจัยพบว่า ในระดับชาติ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรมได้กำหนดมาตรฐานคลังสารสนเทศคอร์ทรัสซีลเป็นเกณฑ์จัดการกับระบบจัดเก็บข้อมูล แต่ยังไม่มีนโยบายด้านการจัดการข้อมูลของประเทศ ในระดับมหาวิทยาลัย พบว่าทุกแห่งมีนโยบายพื้นฐานครบถ้วนในด้านการวิจัย จรรยาบรรณ และทรัพย์สินทางปัญญา แต่ไม่มีมหาวิทยาลัยใดที่มีนโยบายเฉพาะด้านการจัดการข้อมูลวิจัยอย่างครอบคลุม แต่ยังคงมีแนวทางการปฏิบัติจริงบางหัวข้อกระจายอยู่ในระดับคณะและหน่วยงานย่อย การวิเคราะห์ตามทฤษฎีการจัดการความรู้พบการพัฒนาที่ไม่สมดุลในแต่ละองค์ประกอบ ในขณะที่การประเมินตามหลักการ FAIR แสดงข้อจำกัดในทุกมิติ โดยเฉพาะความสามารถในการนำข้อมูลกลับมาใช้ซ้ำ นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างชัดเจนระหว่างมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และภูมิภาคทั้งในด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยที่เป็นระบบและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

คำสำคัญ: การจัดการข้อมูลวิจัย, นโยบายการวิจัย, วิทยาศาสตร์สุขภาพ, คลังสารสนเทศสถาบัน

Corresponding Author: * Email: chatree.won@hotmail.com

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยไทย" หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาศิลปศาสตร์ แขนงวิชาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 1 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ก.ค. 2568

Abstract

This research aimed to analyze and compare research data management policies in health sciences among ten distinguished Thai universities with outstanding research output during 2021-2023. The study employed documentary research methodology through systematic data collection from domestic academic databases and institutional websites. Data analysis was conducted using the knowledge management theoretical framework and FAIR Data Principles. The findings revealed that at the national level, the National Research Council of Thailand and the Thai Industrial Standards Institute have established Trustworthy Digital Repository standards as criteria for data storage system governance; however, a comprehensive national data management policy has yet to be formulated. At the institutional level, all universities possessed comprehensive foundational policies encompassing research governance, ethics, and intellectual property management. Nevertheless, none of the institutions had established specific, comprehensive research data management policies, with practical guidelines remaining dispersed across faculty and departmental levels. Analysis through the knowledge management theoretical lens revealed asymmetrical development across constituent components, while assessment according to FAIR principles demonstrated limitations across all dimensions, particularly in data reusability capabilities. Furthermore, significant disparities were observed between Bangkok-based and regional universities regarding both resource allocation and infrastructure development. These findings underscore the imperative for developing systematic research data management policies that conform to international standards and best practices.

Keywords: Research Data Management, Research Policy, Health Sciences, Institutional Repository

บทนำ

การจัดการข้อมูลวิจัยในยุคดิจิทัลที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (data-driven research) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทคโนโลยีสมัยใหม่เอื้อให้นักวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ในปริมาณมหาศาลและมีความซับซ้อนสูง[1] ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ข้อมูลวิจัยมีลักษณะเฉพาะที่ต้องการการจัดการพิเศษ ทั้งในแง่ความอ่อนไหวของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และความหลากหลายของประเภทข้อมูล ตั้งแต่ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลภาพถ่ายทางการแพทย์ ไปจนถึงข้อมูลพันธุกรรม[2] ดังนั้นปริมาณข้อมูลวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว สิ่งพิมพ์ทางวิทยาศาสตร์มีการเติบโตแบบเอกซ์โปเนนเชียลที่อัตรา 4.10% ต่อปี[3] ก่อให้เกิดข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เนื่องจากปริมาณข้อมูลวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด[4] ตัวอย่างเช่น ข้อมูลลำดับดีเอ็นเอ สามารถประมวลผลหลายพันล้านชุดต่อวัน หรือระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) ที่มีการใช้งานเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา[5] จึงกลายเป็นความท้าทายใหม่ของทั้งนักวิจัยและหน่วยงานที่กำกับดูแลข้อมูลวิจัยต่อการจัดการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลของงานวิจัย (Research Data) หมายถึงข้อมูลที่นักวิจัยสร้างขึ้น รวบรวมหรือใช้ในกระบวนการวิจัยตลอดวงจรชีวิตของงานวิจัย ตั้งแต่ขั้นวางแผน ระหว่างการดำเนินการวิจัย และหลังการเผยแพร่ผลงาน[6,7] สภาพการณ์ที่ข้อมูลวิจัยมีปริมาณมหาศาลและความซับซ้อนสูงดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ข้อมูลวิจัยในยุคดิจิทัลต้องจัดเก็บในรูปแบบไฟล์ดิจิทัลที่หลากหลาย ได้แก่ ไฟล์เอกสารข้อความ (Text) ไฟล์รูปภาพ (Image) ไฟล์ข้อมูลสเปรดชีต (Spreadsheet) ไฟล์นำเสนอ (Presentation) ไฟล์เสียง (Audio) ไฟล์วิดีโอ (Video) และไฟล์ฐานข้อมูล (Database)[8] ดังนั้นการที่งานวิจัยหนึ่งชิ้นในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพประกอบด้วยข้อมูลในรูปแบบที่หลากหลายและมีปริมาณมาก ตั้งแต่ข้อมูลลำดับดีเอ็นเอ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ไปจนถึงข้อมูลภาพถ่ายทางการแพทย์ ทำให้การจัดการข้อมูลวิจัยอย่างเป็นระบบมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะเมื่อต้องเตรียมข้อมูล

สำหรับการเผยแพร่ในรูปแบบผลงานตีพิมพ์ (Publication) หรือไฟล์ข้อมูลประกอบบทความ (Supplementary Files) ที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้

ในการสำรวจข้อมูลในระดับสากลแสดงให้เห็นว่า สถาบันอุดมศึกษาในยุโรป อเมริกาเหนือ และออสเตรเลีย ได้พัฒนาบริการและนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยที่เป็นระบบมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนการวิจัยที่มีคุณภาพ ส่งเสริมความโปร่งใสในกระบวนการวิจัย และเอื้อต่อการแบ่งปันและการนำข้อมูลกลับมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยใหม่[9,10] ตัวอย่างเช่น สถาบันการศึกษาในสหราชอาณาจักรมีบริการข้อมูลวิจัยที่เป็นทางการถึง 70% ขณะที่ประเทศแคนาดาพัฒนา Tri-Agency Research Data Management Policy ที่กำหนดให้นักวิจัยจัดทำแผนการจัดการข้อมูลก่อนเริ่มโครงการวิจัย นอกจากนี้ Queensland University of Technology ในออสเตรเลียได้พัฒนากรอบการทำงาน ERDMAS (Exemplar-driven Research Data Management and Analysis Strategy) ที่เน้นการปรับใช้ตามลักษณะเฉพาะของงานวิจัยแต่ละประเภท

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนานโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยในระดับสถาบันได้รับแรงผลักดันจากมาตรฐานสากลและนโยบายระดับชาติ เช่น Tri-Agency Research Data Management Policy ของแคนาดา และ FAIR Guiding Principles ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ข้อมูลวิจัยสามารถค้นหาได้ เข้าถึงได้ เชื่อมโยงกันได้ และนำกลับมาใช้ได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพและผลกระทบของการวิจัย[7,11] การสำรวจของ Tenopir และคณะ[10] ที่ครอบคลุมนักวิจัยทั่วโลกพบว่า 46% ของนักวิจัยมีการแบ่งปันข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และ 60% ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันในการจัดการข้อมูลวิจัย

อย่างไรก็ตาม ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย การพัฒนานโยบายและระบบการจัดการข้อมูลวิจัยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นและขาดความเป็นระบบทั้งในระดับประเทศและระดับสถาบัน การศึกษาของ Bhoi และคณะ[9] เกี่ยวกับสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำในอินเดียพบปัญหาคล้ายคลึงกับไทย คือ การขาดนโยบายเฉพาะด้านการจัดการข้อมูลวิจัยและการพัฒนาที่ไม่สม่ำเสมอระหว่างสถาบัน มหาวิทยาลัยส่วนใหญ่มีการจัดเก็บข้อมูลวิจัยกระจายอยู่ในหลายระบบและหลายหน่วยงาน ทั้งในระบบคลังสารสนเทศสถาบัน ฐานข้อมูลของห้องสมุดบัณฑิตวิทยาลัย และสถาบันวิจัย[12] ในประเทศไทยโดยเฉพาะการศึกษาของ สุกัญญา เรืองสุวรรณ[13] เกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านการวิจัยของมหาวิทยาลัยวิจัยไทยพบว่า ทุกแห่งมีระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการวิจัย แต่ส่วนใหญ่เป็นฐานข้อมูลย่อยที่แยกกันและไม่เชื่อมโยง

การขาดนโยบายและระบบการจัดการข้อมูลวิจัยที่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบในวงกว้างต่อระบบวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสืบค้นและต่อยอดองค์ความรู้ การตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร การประเมินคุณภาพทางวิชาการ และการประกันคุณภาพการศึกษาไทย[14] ในบริบทของวิทยาศาสตร์สุขภาพ การไม่มีการจัดการข้อมูลวิจัยอย่างเป็นระบบอาจส่งผลต่อการทำซ้ำผลการวิจัย (research reproducibility) การแบ่งปันข้อมูลทางคลินิก และการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล[15,16] Hamilton และคณะ[15] พบว่าเพียง 5.8% ของการศึกษาทางการแพทย์ในช่วงปี 2019-2022 มีการแบ่งปันข้อมูลดิบซึ่งต่ำกว่าสาขาอื่น ๆ อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ประสบการณ์จากการจัดการ COVID-19 ในประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันได้ เนื่องจากการขาดระบบการแบ่งปันข้อมูลแบบเรียลไทม์ส่งผลต่อความล่าช้าในการพัฒนาแนวทางการรักษาและการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ การขาดระบบการจัดการข้อมูลวิจัยที่ได้มาตรฐานยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตอบสนองต่อวิกฤตสาธารณสุข โดยเฉพาะสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อที่จำเป็นต้องมีการแบ่งปันข้อมูลวิจัยแบบเรียลไทม์เพื่อพัฒนาวัคซีน ยารักษาโรค และแนวทางการรักษา ประสบการณ์จากการจัดการ COVID-19 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบข้อมูลวิจัยที่สามารถเชื่อมโยงและแบ่งปันกันได้[17] ในบริบทของประเทศไทย Kijsanayotin และคณะ[18] ชี้ให้เห็นว่าการขาดกลไกการจัดการข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการตอบสนองต่อวิกฤตสาธารณสุขอย่างชัดเจน การที่ข้อมูลวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขาดนโยบายและการจัดการที่เป็นระบบทำให้การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) มีข้อจำกัด และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทไทยไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลวิจัยในบริบทสากลอย่างกว้างขวาง แต่ยังขาดการศึกษาที่เจาะจงเกี่ยวกับสถานภาพและการเปรียบเทียบนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยมุ่งเน้นที่ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานวิจัยทั่วไป แต่ไม่ได้วิเคราะห์เจาะลึกเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลวิจัยตามมาตรฐานสากลเช่น หลักการ FAIR หรือมาตรฐานคอร์ทรัสซีล นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสถาบันที่สามารถระบุแนวปฏิบัติที่ดีและช่องว่างที่ต้องปรับปรุง โดยเฉพาะในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความซับซ้อนและความอ่อนไหวของข้อมูลเป็นพิเศษ

ช่องว่างทางวิชาการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบันและการเปรียบเทียบระหว่างสถาบันทำให้การกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับบริบทไทย การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยการวิเคราะห์และเปรียบเทียบนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยของมหาวิทยาลัยไทยที่มีผลงานโดดเด่นในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมสำหรับการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลวิจัยให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

การศึกษานี้มุ่งตอบคำถามวิจัย 2 ข้อสำคัญ ได้แก่ (1) นโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยในระดับชาติและหน่วยงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร และ (2) การเปรียบเทียบนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย 10 แห่ง มีลักษณะอย่างไร เพื่อได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลวิจัยที่เป็นไปตามมาตรฐานสากลและเหมาะสมกับบริบทไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษานโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยในระดับชาติ และในหน่วยงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อศึกษานโยบายและการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยไทย 10 แห่ง

ขอบเขตการวิจัย

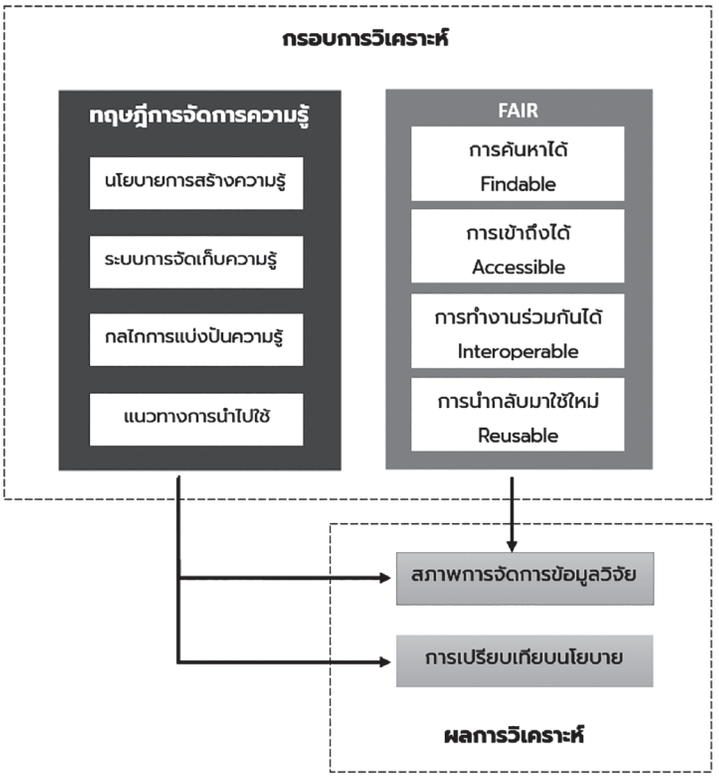
การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเอกสาร (documentary survey research) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นหลัก ซึ่งข้อมูลได้จากเอกสารนโยบาย แนวปฏิบัติ และเอกสารที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลที่เป็นทางการของสถาบัน การวิจัยมุ่งศึกษานโยบายและการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยครอบคลุม 2 ส่วนหลัก คือ (1) การศึกษานโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อมูลวิจัย และ (2) การศึกษาเชิงเปรียบเทียบนโยบายในมหาวิทยาลัยไทย 10 แห่ง มหาวิทยาลัยที่ศึกษาเป็นสถาบันที่มีการเรียนการสอนและการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยผ่านการคัดเลือกจากสถาบันที่มีคณะแพทยศาสตร์และ/หรือคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีผลงานวิจัยโดดเด่นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2564-2566) ประเด็นที่ศึกษาครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ (1) นโยบายในการจัดการข้อมูลวิจัย (2) โครงสร้างพื้นฐานและระบบคลังสารสนเทศ (3) กระบวนการจัดการตาม ทฤษฎีการจัดการความรู้ สำหรับช่วงเวลาที่ศึกษาเป็นนโยบายที่ยังผลบังคับใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

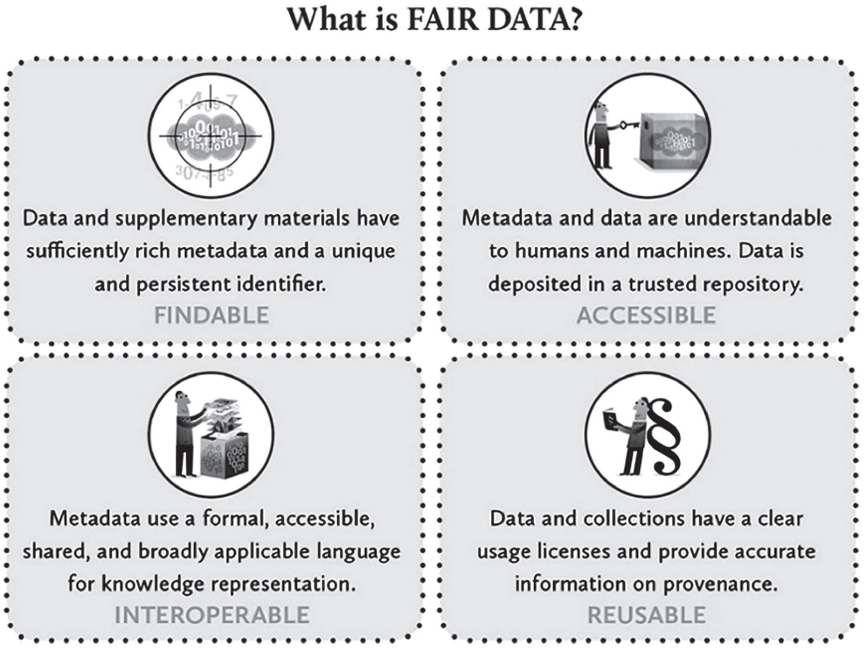
กรอบแนวคิดการวิเคราะห์สำหรับการศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์นโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย” ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎีสำคัญสองส่วน ดังแสดงในรูปที่ 1

ส่วนแรกคือ ทฤษฎีการจัดการความรู้ (Knowledge Management Theory)[19] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์บทบาทของเทคโนโลยีสารสนเทศต่อการสนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้ และสอดคล้องกับความสำคัญกับกระบวนการจัดการข้อมูลวิจัยอย่างเป็นระบบและครบวงจร โดยเริ่มจากการสร้างความรู้ (Knowledge Creation) ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างและรวบรวมข้อมูลวิจัยใหม่ ต่อมาเป็นการจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage/Retrieval) ที่เทียบได้กับการจัดระบบและเก็บรักษาข้อมูลอย่างเป็นระบบ จากนั้นคือการแบ่งปัน ถ่ายโอนความรู้ (Knowledge Transfer) ที่เอื้อให้เกิดการกระจายและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย และสุดท้ายคือการนำความรู้ไปใช้ (Knowledge Application) ซึ่งเน้นการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวิจัยและพัฒนา

ส่วนที่สองคือแนวคิด FAIR Data Principles ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการจัดการข้อมูลวิจัยสมัยใหม่ ประกอบด้วยหลักการสำคัญสี่ประการ ได้แก่ Findable หรือความสามารถในการค้นหาข้อมูล Accessible หรือความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล Interoperable หรือความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างระบบต่าง ๆ และ Reusable หรือความสามารถในการนำข้อมูลกลับมาใช้ใหม่[7] หลักการทั้งสี่ประการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลวิจัยที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 1 กรอบการแนวคิดการวิเคราะห์และผลการวิเคราะห์, ที่มา: ผู้วิจัย



รูปที่ 2 แนวคิดของ FAIR DATA, ที่มา: Open Consultation on FAIR Data Action Plan [Internet]. LIBER. 2018, https://libereurope.eu/blog/2018/07/13/fairdataconsultation/

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานโยบายการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการสำรวจเอกสาร (documentary research) ของมหาวิทยาลัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 10 แห่ง ที่ได้คัดเลือกไว้ ทั้งเอกสารชั้นต้นและเอกสารชั้นรอง เพื่อค้นหาแนวนโยบายที่เกิดขึ้นภายในมหาวิทยาลัยไทย รวมถึงนโยบายด้านสารสนเทศที่เกี่ยวกับกับการวิจัย เก็บข้อมูลผ่านการศึกษาเอกสารในระบบเว็บไซต์ทั้งภายในหน่วยงานหลักและหน่วยงานย่อยที่เกี่ยวกับการวิจัยในมหาวิทยาลัย ดำเนินการในช่วงระหว่าง มกราคม-สิงหาคม 2567 และสำรวจจากฐานข้อมูลทางวิชาการภายในประเทศ ที่มีรายงานหรือผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ไว้ สามารถจัดกลุ่มข้อมูลเว็บไซต์ที่ทำการสำรวจเนื้อหาได้ดังนี้

1. Thai Citation Index; TCI ฐานข้อมูลวารสารวิชาการของไทย เว็บไซต์ https://tci-thailand.org
2. ThaiLIS Digital Collection
3. งานห้องสมุด e-Library สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เว็บไซต์ https://elibrary.tsri.or.th/
4. ระบบคลังข้อมูลงานวิจัยไทย (Thai National Research Repository) เว็บไซต์ https://tnrr.nriis.go.th/
5. เว็บไซต์ของมหาวิทยาลัย และหน่วยงานภายในต่าง ๆ ในกลุ่มที่คัดเลือกไว้ ทั้ง 10 แห่ง

สำหรับ การคัดเลือกมหาวิทยาลัยไทย จำนวน 10 แห่ง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การเลือกจาก รายชื่อมหาวิทยาลัยไทยหรือสถาบันอุดมศึกษาไทย ที่มีการเปิดสอนหลักสูตรในสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยใช้การตรวจสอบจำนวนผลงานตีพิมพ์รวมสูงสุด 10 ลำดับแรก ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ช่วงระหว่างปี 2021-2023 (2564-2566)

ผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ ใช้การสืบค้นจากฐานข้อมูล SCOPUS โดยมีเงื่อนไข การสืบค้นในเอกสารวิชาการประเภท Research Articles, Review Articles, Conference Papers, Books, Book Chapters และ เอกสารวิจัยอื่น ๆ ในสาขา (Subject Area) ด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ Medicine, Immunology and Microbiology, Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutics, Neuroscience, Veterinary, Nursing, Dentistry, Psychology, Health Professions

จากเกณฑ์การคัดเลือก ได้จำนวน มหาวิทยาลัย/สถาบันอุดมศึกษาของไทย 10 อันดับแรก และพบว่ามหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นมหาวิทยาลัยลำดับที่ 1 และ 2 ที่มีจำนวนผลงานทางวิชาการตีพิมพ์ ในทุกสาขา ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิง SCOPUS ระหว่างปี 2021-2023 โดยมีจำนวน 13,283 รายการ และ 12,494 รายการ ตามลำดับ (รวมบทความจากทุกหน่วยงานย่อย) จากจำนวนผลงานของประเทศไทยทั้งหมด 82,102 รายการ และนับเฉพาะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพแต่ละสาขา (แสดงข้อมูลจำนวนผลงานไว้ในตาราง 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นหลัก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสองส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) ทฤษฎีการจัดการความรู้ (Knowledge Management Theory) ของ Alavi & Leidner19 และ 2) หลักการ FAIR Data Principles ของ Wilkinson และคณะ[7] เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์และจำแนกข้อมูล

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูล (Data Preparation)

o การรวบรวมเอกสาร จัดหมวดหมู่เอกสารจาก 5 แหล่งข้อมูลหลัก: ได้แก่ 1) Thai Citation Index (TCI), 2) ThaiLIS Digital Collection 3) ระบบห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ สกสว. 3) คลังข้อมูลงานวิจัยไทย (TNRR) 4) เว็บไซต์มหาวิทยาลัยและหน่วยงานภายใน

o การคัดกรองข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของเอกสารนโยบายที่มีผลบังคับใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2568

o การจัดระเบียบข้อมูลที่รวบรวม จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามระดับการจัดการ ของหน่วยงานระดับชาติ/มหาวิทยาลัย/คณะ/หน่วยงานย่อย

2. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

เริ่มจากการสำรวจสถานภาพการมีอยู่และลักษณะของนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยในแต่ละมหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารนโยบายต่าง ๆ เพื่อระบุความครอบคลุมและความเฉพาะเจาะจงของแต่ละนโยบาย จากนั้นจึงจำแนกประเภทและแบ่งกลุ่มมหาวิทยาลัยตามระดับการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลวิจัย โดยพิจารณาจากความเงื่อนไขของนโยบาย ความครอบคลุมของนโยบาย และ

การได้รับการรับรองมาตรฐานสากล ขั้นตอนสุดท้ายคือการจัดทำตารางเปรียบเทียบสถานภาพการพัฒนาระหว่างมหาวิทยาลัยเพื่อให้เห็นภาพรวมและความแตกต่างในแต่ละข้อกำหนด

3. การวิเคราะห์ตามกรอบทฤษฎี (Theoretical Framework Analysis)

แบ่งออกเป็นสองส่วนหลักตามกรอบทฤษฎีที่กำหนดไว้ ส่วนแรกคือการวิเคราะห์ตามทฤษฎีการจัดการความรู้ของ Alavi & Leidner[19] โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์นโยบายและการปฏิบัติของแต่ละมหาวิทยาลัยใน 4 มิติ ได้แก่ การสร้างความรู้ (Knowledge Creation) ซึ่งครอบคลุมนโยบายการสร้างและรวบรวมข้อมูลวิจัย การจัดเก็บความรู้ (Knowledge Storage) ที่ประเมินระบบการจัดเก็บและการรักษาข้อมูล การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Transfer) ที่วิเคราะห์กลไกการแบ่งปันและการเผยแพร่ข้อมูล และการนำความรู้ไปใช้ (Knowledge Application) ที่ศึกษาแนวทางการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ตามหลักการ FAIR Data Principles ของ Wilkinson และคณะ[7] โดยประเมินระบบและนโยบายของแต่ละมหาวิทยาลัยใน 4 หลักการ คือ ความสามารถในการค้นหา (Findable) ซึ่งรวมถึงการใช้ metadata และ identifier ความสามารถในการเข้าถึง (Accessible) ที่วิเคราะห์กลไกการเข้าถึงข้อมูลและระบบการยืนยันตัวตน ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperable) ที่ศึกษาความสามารถในการเชื่อมโยงระหว่างระบบ และความสามารถในการนำกลับมาใช้ใหม่ (Reusable) ที่ประเมินแนวทางการนำข้อมูลกลับมาใช้ประโยชน์

4. การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative Analysis)

จัดทำในสองระดับ ระดับแรกเป็นการเปรียบเทียบภายในประเทศโดยพิจารณาจากมิติภูมิศาสตร์ที่เปรียบเทียบระหว่างมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครและภูมิภาค มิติขนาดสถาบันที่วิเคราะห์ความแตกต่างตามจำนวนผลงานวิจัยและทรัพยากรที่มีอยู่ และมิติการพัฒนาที่จำแนกระดับความก้าวหน้าตามมาตรฐานสากล โดยเฉพาะการรับรองมาตรฐานของคลังสารสนเทศเก็บข้อมูลคอร์ทรัสซีล ระดับที่สองเป็นการเปรียบเทียบกับบริบทสากลโดยนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องในประเทศอื่น เช่น แนวทาง ERDMAS ของ Queensland University of Technology มาตรฐานของประเทศพัฒนาแล้วในยุโรปและอเมริกาเหนือ และการวิเคราะห์ตำแหน่งของไทยในบริบทของประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

5. การวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์ (Synthesis Analysis)

เป็นการรวบรวมและตีความผลการวิเคราะห์จากทุกขั้นตอนก่อนหน้า การวิเคราะห์เริ่มจากการระบุรูปแบบ (Pattern Recognition) ที่ค้นหาลักษณะร่วมและความแตกต่างระหว่างสถาบัน โดยมองหาแนวโน้มการพัฒนาและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือข้อจำกัดในการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลวิจัย ตามด้วยการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) เพื่อระบุจุดอ่อนและโอกาสในการพัฒนาโดยเปรียบเทียบสถานภาพปัจจุบันกับมาตรฐานสากลและแนวปฏิบัติที่ดี สุดท้ายคือการสร้างกรอบแนวคิดและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทไทย โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและทรัพยากรที่มีอยู่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองแบบยกเว้น (Exemption) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SCPHYLIRB-2567/235 ของสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา แม้ว่าข้อมูลที่ศึกษาเป็นข้อมูลสาธารณะ แต่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักการรักษาความเป็นกลางและความเป็นธรรมในการนำเสนอข้อมูลโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่นำไปใช้ในการประเมินหรือเปรียบเทียบอย่างไม่เป็นธรรม และนำเสนอผลการศึกษาอย่างเป็นกลาง

ผลการวิจัย

1. ข้อค้นพบเอกสารระดับชาติ

1.1 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

วช.มีการกำหนดนโยบายด้านมาตรฐานการวิจัย โดย กองมาตรฐานการวิจัย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ในเรื่อง “มาตรฐานการจัดการข้อมูลวิจัยในคลังสารสนเทศดิจิทัล” โดยใช้มาตรฐานคอร์ทรัสซีลเป็นเกณฑ์คุณภาพของคลังสารสนเทศฯ ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล[20,21] มีคลังสารสนเทศฯ 4 แห่ง ได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการรับรองจากมาตรฐานคอร์ทรัสซีล ได้แก่ 1) คลังความรู้ดิจิทัล

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2) คลังปัญญาจุฬาฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3) คลังสารสนเทศของสถาบันนิติบัญญัติ สำนักงานสภาผู้แทนราษฎร 4) คลังข้อมูลดิจิทัล วช. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ[22] ทั้งหมดได้รับการรับรองแล้ว และ ยังมีคลังฯที่ส่งเข้ารับการรับรองในภายหลัง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ คลังปัญญามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คลังข้อมูลการวิจัยการเกษตรไทยของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) และคลังปัญญา สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่ทยอยผ่านการรับรอง ตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นมา[23]

1.2 สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม (สมอ.)

สมอ.มีการกำหนดรายละเอียดมาตรฐานการตรวจสอบและรับรองแห่งชาติ ของคลังสารสนเทศ โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เลขที่ มตช. 2001-2567 เรื่อง คลังสารสนเทศดิจิทัล – ข้อกำหนด (Digital Repositories – Requirements) มาตรฐานนี้กำหนดข้อกำหนดสำหรับให้องค์กรนำไปใช้ในการจัดการคุณภาพข้อมูลในคลังสารสนเทศดิจิทัล โดยไม่คำนึงถึงสถานที่ตั้ง ขนาด กลุ่มประเภทและรูปแบบการดำเนินงาน[24]

2. ข้อค้นพบจากเอกสารในระดับมหาวิทยาลัย และ ระดับหน่วยงานย่อยภายใน

สถานภาพของการนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยของ มหาวิทยาลัยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 แห่ง พบว่าไม่มีมหาวิทยาลัยใดกำหนดนโยบายจากมหาวิทยาลัย เพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการจัดการข้อมูลวิจัยเป็นการเฉพาะ นโยบายจะอยู่ในรูปแบบของ นโยบายวิจัยหรือนโยบายการบริหารงานวิจัย ทุกมหาวิทยาลัยมีนโยบายจริยธรรมการวิจัย มีสารสนเทศด้านงานวิจัย และมีระบบคลังสารสนเทศสถาบันเพื่อนำฝากข้อมูลที่แล้วเสร็จของงานวิจัยเท่านั้น เช่น บทความวิชาการ รายงานวิจัยฯ ข้อมูล สถานภาพนโยบายด้านการจัดการข้อมูลการวิจัย และคลังข้อมูลสถาบัน/ระบบจัดเก็บข้อมูลวิจัย ข้อมูลโดยสรุปสามารถดูได้จากตารางที่ 2

อย่างไรก็ดี ในการจัดการข้อมูลวิจัยและข้อมูลทางคลีนิค บางมหาวิทยาลัยมีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตามระบบมาตรฐานเฉพาะ ผ่านโปรแกรม REDCap (Research Electronic Data Capture) ซึ่งเป็นโปรแกรมแบบ Open Source โปรแกรมนี้ ช่วยจัดเก็บและบริหารจัดการข้อมูลโครงการวิจัย เป็นสารสนเทศระบบปิด จัดเก็บบนคอมพิวเตอร์แม่ข่าย เข้าถึงผ่านทางเครือข่ายอินทราเน็ต ไม่สามารถเข้าถึงทางสาธารณะ และมีระบบการยืนยันตัวตนของนักวิจัย มี คณะแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุข ในมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลและหน่วยวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 43 แห่ง ใช้ระบบดังกล่าว ในประเทศไทย[25]

ตาราง 1 มหาวิทยาลัยไทย 10 อันดับแรกที่มีผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสูงสุด ระหว่างปี 2021 - 2023 โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูล Scopus

		Publication in Health Science Category								
Ranking*	Thai University	Dentistry	Health Professions	Immunology and Microbiology	Medicine	Neuroscience	Nursing	Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutics	Psychology	Veterinary
1	MU	272	350	1,235	6,900	317	448	929	183	256
2	CU	311	210	720	3,600	286	224	628	154	359
3	CMU	165	302	495	2,387	118	312	643	105	250
4	PSU	87	103	279	1,499	77	171	313	53	75
5	KU	10	78	448	494	38	33	210	21	383
6	KKU	55	113	276	1,570	80	133	357	28	232
7	WU	44	59	191	463	39	47	164	9	106
8	TU	81	60	169	1,071	31	102	212	62	25
9	NU	50	51	77	426	23	48	122	10	43
10	SWU	51	34	56	432	12	33	99	45	15

*Ranged from the total score in each subject area

MU = Mahidol University, CU = Chulalongkorn University, CMU = Chiangmai University, PSU = Prince of Songkla University, KU = Kasetsart University, KKU = Khon Kaen University, WU = Walailak University, TU = Thammasat University, NU = Naresuan University, SWU = Srinakharinwirot University

ตาราง 2 สถานภาพนโยบายด้านการจัดการข้อมูลการวิจัย และคลังข้อมูลสถาบัน/ระบบจัดเก็บข้อมูลวิจัย ในมหาวิทยาลัยที่มีผลงานวิจัย 10 อันดับในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปี พ.ศ. 2567

มหาวิทยาลัย	มีนโยบายระดับมหาวิทยาลัย	มีนโยบายระดับคณะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	คลังข้อมูลสถาบัน/ระบบจัดการข้อมูลวิจัย
มหาวิทยาลัยมหิดล	- นโยบายด้านการวิจัย - จรรยาวิชาชีพวิจัยและแนวทางปฏิบัติ - นโยบายการจัดการทรัพย์สินทางปัญญา - แนวปฏิบัติการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน	- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล: ศูนย์วิจัยคลินิกศิริราช - โรงพยาบาลรามาธิบดี: ศูนย์วิจัยคลินิก	1. คลังสารสนเทศสถาบัน (Mahidol IR) 2. ระบบ MUREX (Mahidol University Research Experts Portal)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	- นโยบายการบริหารงานวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา - นโยบายการเผยแพร่ผลงานวิจัย	- คณะแพทยศาสตร์: ศูนย์วิจัยมหาจักรีสิรินธรในพระราชูปถัมภ์ (Chula Clinical Research Center)	1. ระบบบริหารจัดการข้อมูลวิจัย (myResearch) 2. คลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR) 3. จุฬาดิจิเวิร์ส (Chula DigiVerse)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	- นโยบายการวิจัย - จรรยาบรรณการวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	- คณะแพทยศาสตร์: สถานบริหารจัดการงานวิจัยคลินิก - คณะสาธารณสุข: ศูนย์จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ “ธรรมศักดิ์”	คลังปัญญามหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Intellectual Repository)
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	- นโยบายวิจัย - จรรยาวิชาชีพวิจัยและแนวทางปฏิบัติ - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	ไม่พบข้อมูลโดยตรง	1. คลังความรู้ดิจิทัล (KU Knowledge Repository) 2. ระบบสืบค้นข้อมูลงานวิจัย (KU-Forest) 3. ระบบบริหารจัดการโครงการวิจัยสำหรับนักวิจัย (KUR) 4. ระบบติดตามงานวิจัย (Tracking) 5. ระบบฐานข้อมูลวิจัยและงานสร้างสรรค์ มก. (KUR3)
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	- นโยบายวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	- คณะแพทยศาสตร์: ศูนย์วิจัยทางคลินิก (Clinical Research Center: CRC)	1. คลังสารสนเทศดิจิทัล (TU Digital Collections) 2. ระบบทุนวิจัยพัฒนาศักยภาพผลงานวิจัย (Fast Track)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	- นโยบายวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	- คณะแพทยศาสตร์: ศูนย์วิจัยทางคลินิกเพื่อทดสอบและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารและสมุนไพร (CR-FAH) - สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ: หน่วยบริหารจัดการข้อมูลวิจัย	1. คลังสารสนเทศดิจิทัลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CMUDC) 2. ระบบบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CMU Research)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	- นโยบายวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	- คณะแพทยศาสตร์: ศูนย์วิจัยคลินิกสงขลานครินทร์ (PSU-CRC)	1. คลังปัญญามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU Knowledge Bank) 2. ระบบบริหารงานวิจัย (PRPM) 3. ระบบประเมินงานวิจัย (EVAL) 4. PSU Publication Watch 5. PSU Research Portal6. TRIUP Act
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	- นโยบายวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	ไม่พบข้อมูลโดยตรง	1. คลังปัญญา มศว (SWU Intellectual Repository) 2. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานวิจัย (URMS)
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	- นโยบายวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	ไม่พบข้อมูลโดยตรง	1. ระบบโครงการทุนวิจัยบุคคล/ทุนวิจัยภายนอก (RIIE-Research Project System) 2. ระบบบริหารจัดการงานวิจัยสำหรับอาจารย์/นักวิจัย (WU-Research Support) 3. ระบบสืบค้นงานวิจัยออนไลน์ (Walailak University Research Portal)
มหาวิทยาลัยนเรศวร	- นโยบายวิจัย - จรรยาบรรณนักวิจัย - นโยบายทรัพย์สินทางปัญญา	ไม่พบข้อมูลโดยตรง	1. คลังข้อมูลงานวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวร (NUIR) 2. ระบบบริหารจัดการงานวิจัย (NRMS)

ที่มา: ผู้วิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา เมื่อนำมาวิเคราะห์ตามทฤษฎีการจัดการความรู้ของ Alavi & Leidner[19] พบว่ามหาวิทยาลัยไทยมีการพัฒนาที่ไม่สมดุลในแต่ละองค์ประกอบ

การสร้างความรู้ ทุกมหาวิทยาลัยมีนโยบายวิจัยที่ชัดเจน แต่การจัดการข้อมูลกระจายในระดับหน่วยงานย่อย สอดคล้องกับ Cox และคณะ[6] ที่พบว่าการพัฒนา RDM เริ่มจากระดับหน่วยงานก่อน การจัดเก็บความรู้ มีเพียงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่มีระบบสงวนรักษาข้อมูลระยะยาวตามมาตรฐาน ISO 14721:2012 การแบ่งปันความรู้ มีเพียงมหาวิทยาลัยมหิดลที่มีแนวปฏิบัติชัดเจน สอดคล้องกับ Hamilton และคณะ[15] ที่พบความท้าทายด้านความเป็นส่วนตัวในสาขาการแพทย์ การนำความรู้ไปใช้ การใช้ REDCap ใน 43 หน่วยงานแสดงความพยายามใช้มาตรฐาน แต่เป็นระบบปิดที่ขัดแย้งกับหลักการจัดการความรู้

การวิเคราะห์ตามหลักการ FAIR Data Principles และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีการจัดการความรู้: การประเมินตาม FAIR ของ Wilkinson และคณะ[7] เมื่อเชื่อมโยงกับทฤษฎีการจัดการความรู้ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงระบบ

Findable กับ Knowledge Storage/Retrieval มีเพียง 3 แห่งที่ได้รับรองมาตรฐานคอร์ทรัสซีล ซึ่งสะท้อนการจัดเก็บความรู้ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ Accessible กับ Knowledge Transfer ข้อมูลทางคลินิกถูกจัดเก็บในระบบปิด ทำให้เกิด “Data Islands” ตาม Almeida และคณะ[26] จึงขัดแย้งกับการแบ่งปันความรู้ Interoperable กับ Knowledge Creation/Application ระบบ MUREX ของมหาวิทยาลัยมหิดลเชื่อมโยงข้อมูลภายใน แต่ขาดมาตรฐานกลางระหว่างสถาบัน ตาม Inau และคณะ[4] Reusable กับวงจรการจัดการความรู้ มีข้อจำกัดสูงสุดส่งผลต่อความยั่งยืนของวงจรความรู้ทั้งหมด

การเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Bhoi และคณะ[9] ในอินเดียที่พบการขาดนโยบายเฉพาะ RDM แม้มีโครงสร้างเทคโนโลยีที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วตาม Tenopir และคณะ[10] ห้องสมุดยุโรปมีบริการ RDM ครอบคลุมกว่า โดยเฉพาะการให้คำปรึกษา Data Management Plan ประเทศพัฒนาแล้วมีนโยบาย RDM ระดับชาติที่ชัดเจน เช่น Tri-Agency Policy ของแคนาดา ขณะที่ไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม การใช้ REDCap แพร่หลาย (43 หน่วยงาน) แสดงความพร้อมของชุมชนวิจัยไทยที่สามารถต่อยอดได้

ข้อจำกัดและความท้าทายสำคัญ

ความท้าทายหลักครอบคลุม **ด้านนโยบาย** การขาดนโยบาย RDM เฉพาะและความเชื่อมต่อระหว่างระดับชาติและสถาบัน ด้านเทคโนโลยี การใช้ระบบปิดที่ไม่สอดคล้อง FAIR และข้อจำกัดงบประมาณ ด้านบุคลากร การขาดผู้เชี่ยวชาญ RDM และความเข้าใจในชุมชนวิจัย ด้านจริยธรรม ความซับซ้อนของข้อมูลทางการแพทย์และการสร้างสมดุลระหว่างการแบ่งปันกับความเป็นส่วนตัว

การบูรณาการ FAIR และทฤษฎีการจัดการความรู้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนา RDM ที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงทั้งสองกรอบพร้อมกัน เพื่อให้วงจรการจัดการความรู้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับยุค AI (Artificial Intelligence) ที่ต้องการข้อมูลคุณภาพสูงและเป็นไปตามมาตรฐาน FAIR เป็นรากฐานสำคัญ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยไทย 10 แห่งที่มีผลงานวิจัยโดดเด่นในช่วงปี 2564-2566 มีข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

ข้อค้นพบหลัก

สถานภาพระดับชาติ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม (สมอ.) ได้กำหนดมาตรฐานการจัดการข้อมูลวิจัยโดยใช้มาตรฐานคอร์ทรัสซีลเป็นเกณฑ์คุณภาพ ปัจจุบันมีคลังสารสนเทศที่ได้รับการรับรองแล้ว 6 แห่ง ประกอบด้วยคลังสารสนเทศของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยงานอื่น ๆ

สถานภาพระดับมหาวิทยาลัย ทั้ง 10 มหาวิทยาลัยมีนโยบายพื้นฐานครบถ้วน ได้แก่ นโยบายวิจัย จรรยาบรรณนักวิจัย และนโยบายทรัพย์สินทางปัญญา แต่ยังไม่มีนโยบายเฉพาะด้านการจัดการข้อมูลวิจัย มีเพียงมหาวิทยาลัยมหิดลที่มีแนวปฏิบัติการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

การดำเนินงานระดับปฏิบัติการ การจัดการข้อมูลวิจัยกระจายอยู่ในระดับคณะและหน่วยงานย่อย โดยเฉพาะศูนย์วิจัยคลินิกในคณะแพทยศาสตร์ พบการใช้ระบบ REDCap ใน 43 หน่วยงานทั่วประเทศ แสดงความพยายามใช้มาตรฐานร่วมกันในระดับปฏิบัติการ

โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล ทุกมหาวิทยาลัยมีคลังสารสนเทศสถาบัน แต่มีความแตกต่างในระดับความก้าวหน้า โดยมหาวิทยาลัยมหิดลมีระบบ MUREX จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีระบบจุฬาดิจิเวิร์สตามมาตรฐาน ISO 14721:2012 และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีระบบสารสนเทศการวิจัยที่หลากหลาย

แนวโน้มและความท้าทาย

การพัฒนาระบบดิจิทัลเพิ่มขึ้นในทุกมหาวิทยาลัย และมีการให้ความสำคัญกับการจัดการทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างสำคัญในด้านนโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยโดยเฉพาะ การทำงานร่วมกันระหว่างระบบ และการสงวนรักษาข้อมูลระยะยาว

แม้มหาวิทยาลัยไทยจะมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการวิจัย แต่ยังต้องการการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติด้านการจัดการข้อมูลวิจัยที่เป็นระบบและได้มาตรฐานสากลมากขึ้น โดยเฉพาะในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความซับซ้อนและความอ่อนไหวของข้อมูล การพัฒนาในอนาคตควรมุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการสนับสนุนการวิจัยและการจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายการจัดการข้อมูลวิจัยของประเทศไทย โดยข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างมหาวิทยาลัยช่วยระบุแนวปฏิบัติที่ดีและช่องว่างที่ต้องปรับปรุงกรอบการวิเคราะห์ตามทฤษฎีการจัดการความรู้และหลักการ FAIR สามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินตนเองสำหรับสถาบันอุดมศึกษาอื่น และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารในการจัดสรรทรัพยากรและกำหนดลำดับความสำคัญ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระดับชาติ

1. จัดตั้งหน่วยงานกลางการจัดการข้อมูลวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำกับดูแล กำหนดมาตรฐาน และประสานงานการพัฒนาระบบข้อมูลวิจัยจากหน่วยงานอุดมศึกษาและสาธารณสุขทั่วประเทศ

2. พัฒนากรอบนโยบายระดับชาติ ที่ยึดหลักการ FAIR เป็นพื้นฐาน กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำและเป้าหมายการพัฒนาโดยศึกษาตัวอย่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น UK หรือ Australia

3. จัดตั้งกองทุนสนับสนุน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และภูมิภาค

4. พัฒนามาตรฐานเฉพาะสาขาสุขภาพ ที่รองรับความต้องการด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล ภายใต้กรอบของจริยธรรมการวิจัย

ระดับสถาบัน

1. พัฒนานโยบายเฉพาะ ที่แยกจากนโยบายวิจัยทั่วไป ระบุหน้าที่และกระบวนการชัดเจน

2. จัดตั้งหน่วยบริการข้อมูลวิจัย มีบุคลากรเชี่ยวชาญให้คำปรึกษาและฝึกอบรม

3. ลงทุนในเทคโนโลยีมาตรฐาน ที่รองรับหลักการ FAIR และมาตรฐานคอร์ทรัสซีล

4. พัฒนาความร่วมมือภายใน ระหว่างห้องสมุด หน่วยงานไอที หน่วยงานวิจัย และคณะต่าง ๆ

ระดับปฏิบัติการ

1. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม สำหรับนักวิจัย บุคลากรสนับสนุน และผู้บริหาร

2. พัฒนาเครื่องมือช่วย เช่น แม่แบบ Data Management Plan และคู่มือการใช้งาน

3. สร้างชุมชนนักปฏิบัติ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

จากผลการศึกษาที่ได้รับ ผู้วิจัยเสนอให้มีการวิจัยต่อยอดในหลายมิติเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ทั้งด้านการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสิทธิผลการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อศึกษาช่องว่างระหว่างนโยบายที่กำหนดไว้กับการนำปฏิบัติจริง โดยเฉพาะด้านการจัดการข้อมูลวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ นอกจากนี้ ยังควรวิเคราะห์พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบต่าง ๆ เพื่อเข้าใจปัญหาและข้อจำกัดในการใช้งานจริง

สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบ เสนอให้เปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินโดนีเซีย เพื่อเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดีและปัญหา ที่อยู่ในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา หรือพัฒนาแล้ว พร้อมทั้งขยายการศึกษาไปยังสาขาวิชาอื่น ๆ เช่น วิทยาศาสตร์กายภาพ วิศวกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการในแต่ละสาขา

ในด้านเทคโนโลยี การศึกษาการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดการข้อมูลวิจัย โดยเฉพาะการจัดหมวดหมู่อัตโนมัติและการสร้าง metadata จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ขณะเดียวกัน การศึกษาเทคโนโลยีความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพที่สามารถแบ่งปันข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การวิจัยในแนวทางเหล่านี้จะช่วยสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลวิจัยที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต

References

1. Borghi J, Abrams S, Lowenberg D, Simms S, & Chodacki J. Support Your Data: A Research Data Management Guide for Researchers. RIO. 2018;4:e26439.
2. Colavizza G, Costas R, Traag VA, Van Eck NJ, Van Leeuwen T, & Waltman L. A scientometric overview of CORD-19. Sugimoto CR, editor. PLoS ONE. 2021;16(1):e0244839.
3. Bornmann L, Haunschild R, & Mutz R. Growth rates of modern science: a latent piecewise growth curve approach to model publication numbers from established and new literature databases. Humanities and Social Sciences Communications. 2021;8(1):224.
4. Inau ET, Sack J, Waltemath D, & Zeleke AA. Initiatives, concepts, and implementation practices of the findable, accessible, interoperable, and reusable data principles in health data stewardship: scoping review. Journal of Medical Internet Research. 2023 Aug 28;25(1):e45013.
5. Luo J, Wu M, Gopukumar D, & Zhao Y. Big data application in biomedical research and health care: a literature review. Biomed Inform Insights. 2016;8:BII.S31559.
6. Cox AM, Kennan MA, Lyon L, & Pinfield S. Developments in research data management in academic libraries: Towards an understanding of research data service maturity. Journal of the Association for Information Science and Technology. 2017;68(9):2182–200.
7. Wilkinson MD, Dumontier M, Aalbersberg IjJ, Appleton G, Axton M, Baak A, et al. The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship. Scientific Data. 2016;3(1):160018.
8. UK Data Service. Recommended formats [Internet]. UK Data Service. 2023 [cited 2025 Jul 10]. Available from: https://ukdataservice.ac.uk/learning-hub/research-data-management/format-your-data/recommended-formats/
9. Bhoi NK, Patel J, & Dutta B. State of research data management practices in the top-ranked higher education institutions in india. The International Information & Library Review. 2023;55(4):283–301.
10. Tenopir C, Talja S, Horstmann W, Late E, Hughes D, Pollock D, et al. Research Data Services in European Academic Research Libraries. LIBER Quarterly. 2017;27(1):23–44.
11. Higman R, & Pinfield S. Research data management and openness: The role of data sharing in developing institutional policies and practices. Program: electronic library and information systems. 2015;49(4):364–81.
12. Wipawin N. The readiness of thai universities towards the research data quality accreditation standards in institutional repositories. In 2016 [cited 2019 Dec 26]. Available from: https://hal.univ-lille3.fr/hal-01432971

13. Ruangsuwan S. Analysis of research information systems from website of the research universities. Journal of Information Science Research and Practice. 2013;29(3):80–96. (in Thai)
14. Ngosanam N, & Baochanya O. Problems and threats analysis in the preparation of self-assessment report in curriculum of the faculty of education, khon kaen university. Journal of Education Khon Kaen University. 2017;40(4):39–46. (in Thai)
15. Hamilton DG, Hong K, Fraser H, Rowhani-Farid A, Fidler F, & Page MJ. Prevalence and predictors of data and code sharing in the medical and health sciences: systematic review with meta-analysis of individual participant data. BMJ. 2023;382:e075767.
16. Tenopir C, Rice NM, Allard S, Baird L, Borycz J, Christian L, et al. Data sharing, management, use, and reuse: Practices and perceptions of scientists worldwide. PLoS One [Internet]. 2020 Mar 11 [cited 2020 May 25];15(3). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7065823/
17. Queralt-Rosinach N, Kaliyaperumal R, Bernabé CH, Long Q, Joosten SA, van der Wijk HJ, et al. Applying the FAIR principles to data in a hospital: challenges and opportunities in a pandemic. Journal of Biomedical Semantics. 2022;13(1):12.
18. Kijsanayotin B, Ratchatorn A, & Suwanthaweemeesuk K. Finding digital health governance mechanism to support country's health systems: Thailand case study. Oxford Open Digital Health. 2024;2:oqae019.
19. Alavi M, & Leidner DE. Review: knowledge management and knowledge management systems: conceptual foundations and research issues. MIS Quarterly. 2001;25(1):107.
20. Wipawin N. The proposed standard for the quality assurance of the research data management in institutional repositoriesfor thai universities. TLA Research Journal. 2016;9(2):22–39. (in Thai)
21. National Research Council of Thailand. Research Standards [Internet]. Research standards division, national research council of thailand. 2023 [cited 2025 Jan 14]. Available from: https://pr.nrct.go.th/research-standards/(in Thai)
22. National Research Council of Thailand. Project Background – Thai CTS Network [Internet]. Thai trustworthy standards network: standards for research data management in digital information repository. 2021 [cited 2022 Jun 27]. Available from: https://tcts.nrct.go.th/about-project/ (in Thai)
23. Core Trust Seal. Current Core Trust Seal certified data repositories [Internet]. Core Trust Seal-AMT. 2025 [cited 2025 Jan 14]. Available from: https://amt.coretrustseal.org/certificates/
24. Thai Industrial Standards Institute (TISI), Ministry of Industry. Details of national accreditation standards: digital information repository-requirements [Internet]. List of National Accreditation Standards. 2024 [cited 2025 Jan 14]. Available from: https://service.tisi.go.th/license/web/indexphp?r=site%2Fviewnac&ifdr=181 (in Thai)
25. Research Electronic Data Capture. REDCap [Internet]. [cited 2022 Jun 27]. Available from: https://projectredcap.org/
26. Almeida JR, Silva JM, & Oliveira JL. A FAIR approach to real-world health data management and analysis. In: 2023 IEEE 36th international symposium on computer-based medical systems (CBMS) [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 8]. p. 892–7. Available from: https://ieeexplore.ieee.org/document/10178764

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

The Effectiveness of Telenursing Dietary Change Program for Elderly with Dyslipidemia

สุพิชชา อร่ามทอง ณัฐกฤตา ศิริโสภณ* ธริสรา จิรเสถียรพร
Suphitcha Aramthong Nutthakritta Sirisopon* Tharisara Chirasatienpon
ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand, 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในตัวบุคคลตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี ที่รับบริการห้องตรวจโทรเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และมีระดับ LDL-C >100 มก./ดล. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรได้จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลทางไกลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลทางไกลฯ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ : การพยาบาลทางไกล, ผู้สูงอายุ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ภาวะไขมันในเลือดสูง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of telenursing dietary change program for elderly with dyslipidemia by assessing changes in intrapersonal factors based on Self-efficacy theory and dietary behaviors. The sample consisted of 60-69-year-old who had received services at the OPD Telemedicine of Bhumibol Adulyadej Hospital, Royal Thai Air Force, and had LDL-C levels

Corresponding Author: Email: Nuttakrittta.s@ku.th

วันที่รับ (Receive) 23 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขสำเร็จ (Revised) 2 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 12 พ.ค. 2568

exceeding 100 mg/dL. The sample size of 32 was determined using a statistical formula, and participants were equally divided into an experimental group and a comparison, with 16 in each group, selected through simple random sampling. The experimental group received a telenursing dietary change program for four weeks, while the comparison group received standard telenursing care according to hospital protocols. Data were collected using a researcher-developed questionnaire and were analyzed using percentages, mean, and standard deviation, including Paired samples t-test for within-group comparisons and independent t-test for between-group comparisons.

The results showed that the experimental group significantly increased perceived self-efficacy, outcome expectations, and dietary behavior compared to the pre-intervention period and the comparison group at a statistically significant level of .05. In conclusion, these findings suggest that the telenursing dietary change program was effective in improving the dietary behaviors of elderly individuals with dyslipidemia.

Keywords : Telenursing, Elderly, Self-Efficacy, Dyslipidemia

บทนำ

ปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในปัจจุบันที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด[1] ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 80,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 220 คน[2] เมื่อศึกษาเชิงระบาดวิทยาและทางคลินิกพบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะแปรผันโดยตรงกับระดับไขมันแอลดีแอล[3] (LDL-C) หรือโรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้น (60-69 ปี) บางส่วนได้รับการรักษาแต่ยังควบคุมภาวะโรคไม่ได้[4,5] ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบกับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จึงคาดการณ์ได้ว่าโรคไขมันในเลือดสูงจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคต ซึ่งความรุนแรงของโรคจะมากขึ้นเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม[3] ร่วมกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบเชิงลบกับสุขภาวะ โดยเฉพาะสังคมเมือง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญที่ประหยัดและได้ผลดี[6] นอกจากนี้การบริโภคอาหารยังส่งผลต่อระดับไขมันแอลดีแอลโดยตรง[7] และพบปัจจัยเชิงสาเหตุหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว คือการรับรู้ความสามารถของตนเอง[8] ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory)[9] มาเป็นกรอบการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จด้วยความคาดหวังว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง ให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือด ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้สุขภาพ และสามารถปรับตัวต่อความเสื่อมถอยทางร่างกาย[10] ขณะเดียวกัน สถานการณ์โรคอุบัติใหม่ ทำให้การใช้ระบบโทรเวชกรรมแพร่หลายในทางการแพทย์ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามนโยบายดิจิทัลสุขภาพ Smart hospital รวมทั้งนโยบายยุทธศาสตร์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล[11] เพื่อยกระดับสมรรถนะของระบบบริการสัมพันธ์กับการใช้อินเทอร์เน็ตในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.3[12] ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นประโยชน์ของการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ที่สามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อสร้างความเท่าเทียมด้านการดูแลสุขภาพ และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายและเวลาการเดินทางมายัง

หน่วยบริการ โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการพยาบาล ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ด้วยการพยาบาลทางไกลเพื่อติดตามอาการ เสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม[13,14] จากงานวิจัยที่ผ่านมา การพยาบาลทางไกลถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งยังแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญของการพยาบาลทางไกลที่มีประสิทธิผล[15,16] ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและผาสุก สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านการมีสุขภาวะและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

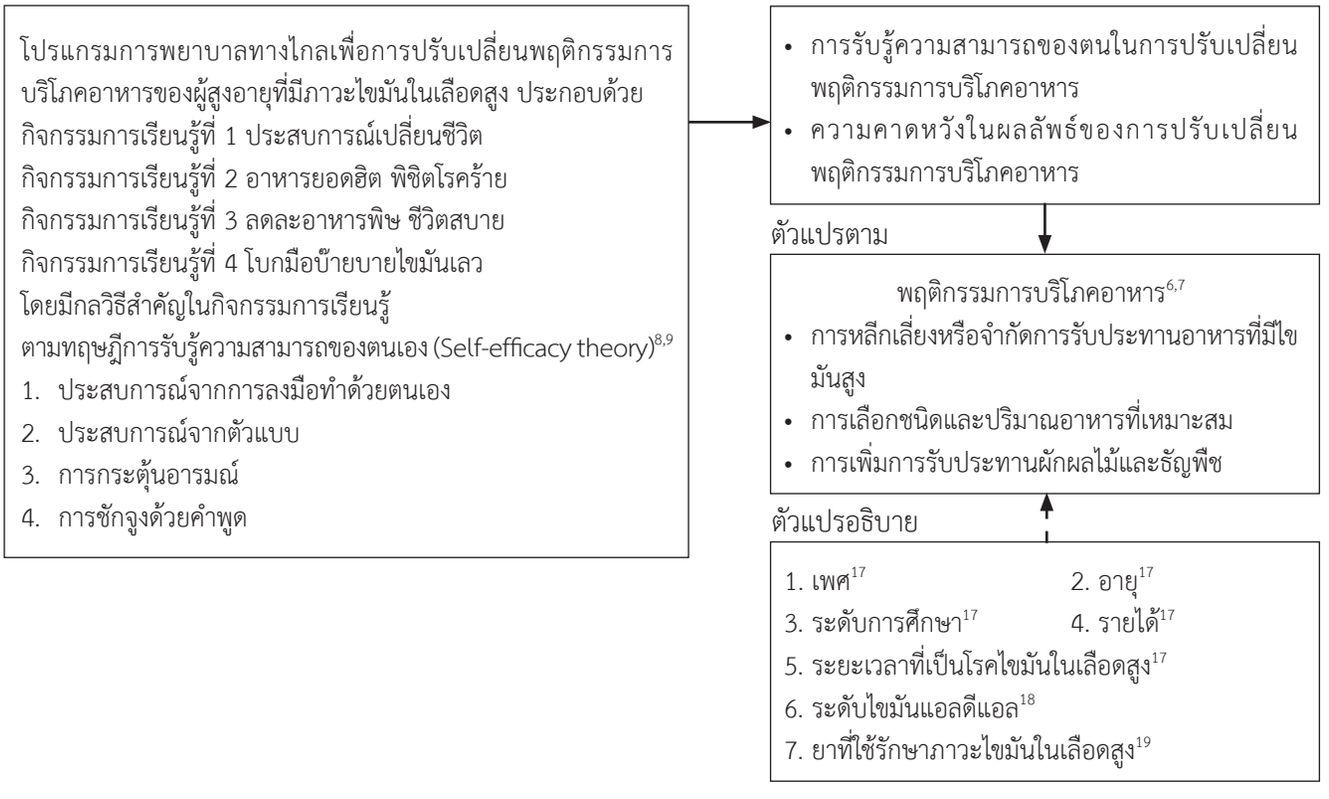
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory)[8] ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคลจากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง[9] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยออกแบบโปรแกรมการพยาบาลทางไกลฯ ตาม 4 กลวิธีของทฤษฎีให้สอดคล้องกับองค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์[8] โดยเชื่อว่าจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร[6,7] ตามปัจจัยชีวสังคมและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล[17,18,19] จึงกำหนดกรอบแนวคิดดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม ใช้แผนการทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไขมันในเลือดสูง และเข้ารับบริการห้องตรวจโทรเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ในปี พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีระดับไขมันแอลดีแอล >100 มก./ดล. และหรือได้รับยาลดไขมันในเลือด สามารถสื่อสารผ่านอุปกรณ์สื่อสาร ใช้งานโปรแกรมซูม (Zoom) และแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ยินยอมและไม่มีอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรสำหรับตัวอย่างสองกลุ่มอิสระ ได้จำนวน 32 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับไขมันแอลดีแอล และการใช้ยา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB No.104/67 วันที่รับรอง 16 ธันวาคม พ.ศ.2567 โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/non-maleficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดกระทำในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ทบทวนวรรณกรรม เสนอโครงร่างวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์พยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี เพื่อช่วยเหลือดำเนินการทดลอง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 วัดผลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นสัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกลฯ ทั้งหมด 4 ครั้งตามแผน โดยแบ่งเป็นสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 นาที ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลทางไกลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 6 วัดผลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันทั้งสองกลุ่ม

3. ขั้นหลังดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและมอบค่าใช้จ่ายบริการอินเทอร์เน็ต นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และรายงานผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็นข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ระดับไขมันแอลดีแอล และยาที่ใช้รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด 3) แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติ ซึ่งเครื่องมือได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1 ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach' alpha เท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ประกอบด้วยแผนให้การพยาบาลทางไกล 4 กิจกรรม โดยใช้กลวิธีการเรียนรู้ได้แก่ 1) ประสบการณ์การจากการลงมือทำด้วยตนเอง เช่น การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การวางแผนและบันทึกการบริโภคอาหาร 2) การใช้ประสบการณ์จากตัวแบบ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบ การสาธิตการประกอบอาหารและการเลือกบริโภคอาหาร และการให้

คำปรึกษาแนะนำการบริโภคอาหาร 3) การกระตุ้นอารมณ์ เช่น การตั้งเป้าหมาย การประเมินสุขภาพ การพูดชมเชย ให้รางวัล และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด เช่น การพูดชักชวนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ข้อมูลโภชนาการ ซึ่งกลวิธีดังกล่าวมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ เพื่อให้มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม และเพิ่มการรับประทานผักผลไม้และธัญพืช ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยจัดระดับความคิดเห็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพดีมาก คุณภาพดี คุณภาพปานกลาง คุณภาพพอใช้ และคุณภาพควรปรับปรุง ผลการประเมินได้ค่าเฉลี่ย 4.50 จัดอยู่ในระดับดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลทางไกลฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired sample t-test ระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการทดสอบด้วย Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน โดยมีเพศชายและหญิง ร้อยละ 50 เท่ากัน

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 56.25 (เฉลี่ย 65 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001-50,000 บาท ร้อยละ 37.50 เป็นโรคไขมันในเลือดสูงมาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 37.50 และ 6-10 ปี ร้อยละ 37.50 ระดับไขมันแอลดีแอลอยู่ในช่วง 100-129 มก./ดล. ร้อยละ 56.25 (เฉลี่ย 131.63 มก./ดล.) ได้รับยารักษา 1 ชนิด ร้อยละ 93.75 เป็นกลุ่มยา Statin ร้อยละ 75

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 56.25 (เฉลี่ย 64 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001-50,000 บาท ร้อยละ 37.50 เป็นโรคไขมันในเลือดสูงมาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 50 ระดับไขมันแอลดีแอลอยู่ในช่วง 100-129 มก./ดล. ร้อยละ 56.25 (เฉลี่ย 129.88 มก./ดล.) ได้รับยารักษา 1 ชนิด ร้อยละ 93.75 เป็นกลุ่มยา Statin ร้อยละ 81.25

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนการทดลอง(n=16)		หลังการทดลอง(n=16)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
กลุ่มทดลอง	56.69	7.06	71.06	11.62	-3.931	15	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	55.75	5.41	57.31	8.36	-1.226	15	.239
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
กลุ่มทดลอง	53.63	6.46	63.88	9.69	-3.918	15	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	53.06	8.39	53.63	8.37	-0.503	15	.622
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
กลุ่มทดลอง	33.63	5.50	42.31	6.39	-4.382	15	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.88	4.66	33.94	6.21	-0.083	15	.935

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}$=56.69, SD=7.06) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\bar{X}$=53.63, SD=6.46) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=33.63, SD=5.50) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}$=71.06, SD=11.62) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\bar{X}$=63.88, SD=9.69) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=42.31, SD=6.39) อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ($\bar{X}$=55.75, SD=5.41) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\bar{X}$=53.06, SD=8.39) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=33.88, SD=4.66) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}$=57.31, SD=8.36) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\bar{X}$=53.63, SD=8.37) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=33.94, SD=6.21) อยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้น หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=16)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
ก่อนการทดลอง	56.69	7.06	55.75	5.41	0.422	30	.676
หลังการทดลอง	71.06	11.62	57.31	8.36	3.842	30	.001*
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
ก่อนการทดลอง	53.63	6.46	53.06	8.39	0.213	30	.833
หลังการทดลอง	63.88	9.69	53.63	8.37	3.202	30	.003*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
ก่อนการทดลอง	33.63	5.50	33.88	4.66	-0.139	30	.891
หลังการทดลอง	42.31	6.39	33.94	6.21	3.757	30	.001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=71.06, SD=11.62) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=57.31, SD=8.36) ในด้านคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=63.88, SD=9.69) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=53.63, SD=8.37) และด้านคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=42.31, SD=6.39) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=33.94, SD=6.21)

สรุปหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่าโปรแกรมดังกล่าว มีกระบวนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาปัจจัยภายในตัวบุคคลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้การพยาบาลทางไกลผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรม Zoom และแอปพลิเคชันไลน์ กิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการพยาบาลทางไกลฯ ประกอบด้วย “ประสบการณ์เปลี่ยนชีวิต” ใช้ตัวแบบบุคคลเล่าเรื่องราวความสำเร็จ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริโภคอาหาร ชี้ให้เห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นการตั้งเป้าหมายของตนเอง “อาหารยอดฮิต พิชิตโรคร้าย” จูงใจด้วย Infographics การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (คู่มือดูแลสุขภาพ) ประเมินความเสี่ยงด้วย Thai CV risk score แสดงความคิดเห็นเชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพูดชื่นชมให้กำลังใจให้คำแนะนำประกอบสไลด์มัลติมีเดียเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ชมวิดีทัศน์สาธิตการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ สาธิตและฝึกเลือกบริโภคอาหารสำหรับ 1 วัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เลือกบริโภคอาหารให้มีสุขภาพดี “ลดละอาหารพิษ ชีวิตสบาย” จูงใจด้วย Infographics (คู่มือดูแลสุขภาพ) และเล่นเกมฝึกทักษะการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ประเมินรายการอาหารที่บริโภค ให้คำแนะนำประกอบสไลด์มัลติมีเดียเรื่องอาหารที่ต้องงดและควรหลีกเลี่ยง ชมวิดีทัศน์สาธิตการประกอบอาหาร และบันทึกการบริโภคอาหารรายวัน โดยมีการติดตามผลพร้อมให้คำปรึกษารายบุคคล ระยะเวลา 5 วัน รวมทั้งกระตุ้นหรือพูดชมเชยเมื่อพบว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี “โบกมือบ๊ายบายไขมันเลว” มอบรางวัลแก่ผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีที่สุด ทบทวนแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แบ่งปันเมนูสุขภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหาในปัจจุบันร่วมกัน สาธิตและฝึกการวางแผนการบริโภคอาหารรายสัปดาห์ ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จากกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลต่อการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ให้สูงขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถอภิปรายตามองค์ประกอบของตัวแปรที่ศึกษาได้ดังนี้

1. ด้านคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.931, p=.001) (t=3.842, p=.001) สอดคล้องกับการศึกษาของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง[20] มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง (t=-3.31, p=.002) และสอดคล้องกับการศึกษา[21] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการทดลอง (t=5.66, p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=7.98, p<.001)

2. ด้านคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.918, p=.001) (t=3.202, p=.003) สอดคล้องกับการศึกษา[22] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง (t=-13.76, p=.000) และสอดคล้องกับการศึกษา[21] พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการทดลอง (t=28.65, p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=8.06, p<.001)

3. ด้านคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-3.931, p=.001) (t=3.842, p=.001) สอดคล้องกับการศึกษา[23] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง (t=11.69, p<.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (t=3.03, p=<.01)

นอกจากนี้ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้ระบบการพยาบาลทางไกล แอปพลิเคชันไลน์เพื่อกำกับติดตามให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล คู่มือปฏิบัติการพยาบาล และโปรแกรมเพิ่มพูนทักษะสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง[24] โดยวางแผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม ทำให้งานวิจัยมีประสิทธิผลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลทางไกลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[25-28] การพยาบาลทางไกลจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวม สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และลดระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] อีกทั้งช่วยลดความ

จำเป็นและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยการดูแลอย่างต่อเนื่องและตรงจุดมากขึ้น[16]

ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลทางไกลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เกิดการรับรู้ความสามารถของตนร่วมกับความคาดหวังในผลลัพธ์ เมื่อทั้งการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้นในระดับที่สูงแล้ว จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิผล และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สามารถนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านระบบสุขภาพทางไกล (Telehealth) หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยใช้แอปพลิชันอื่น ๆ ที่สะดวกและเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และควรคำนึงถึงสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

2. สามารถนำเครื่องมือและวิธีการวิจัยประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายกลุ่ม เพื่อความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพควบคู่กับการตรวจติดตามการรักษา เพื่อลดค่าใช้จ่ายและการเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น รวมทั้งขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้พิจารณาเฉพาะปัจจัยภายในตัวบุคคล จึงควรพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลต่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ความรู้ ค่านิยม อุปกรณ์สื่อสาร ระบบบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งขยายผลในกลุ่มวัยอื่น

2. ควรติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และทดสอบผลเลือดเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเชิงวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนขึ้น

3. ควรศึกษาถึงประสิทธิภาพเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพิจารณาเป็นแนวปฏิบัติในการให้การพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงต่อไป

References

1. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024
2. Strategy and planning division of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public Health Statistic A.D.2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025. (in Thai)
3. Thongtang N, & Sriatsadaporn S, editors. Dyslipidemia. 2nd ed. Bangkok: Duen Tula; 2018. (in Thai)
4. National Statistical office, Social Statistics Division. The 2021 Health Behavior of Population Survey. Bangkok: National Statistical Office, Statistical Forecasting Division; 2021. (in Thai)
5. National Statistical Office, Social Statistics Division. The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office, Statistical Forecasting Division; 2024. (in Thai)
6. Saetae S, & Sirisopon N. The Effectiveness of a Health Promotion Program Applying Protection Motivation Theory in Changing the Dietary Behavior of Employees with High Blood Cholesterol Vibhavadi Hospital Bangkok. Thai Red Cross Nursing Journal. 2022;15(2): 127-47. (in Thai)
7. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal. 2020; 41(1): 111–88. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.

8. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
9. Phopa Y, Prasertsong C, & Durongritichai W. Factors Associated Health Behaviors of Uncontrolled Dyslipidemia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(1):123-30. (in Thai)
10. Remm S, Halcomb E, Hatcher D, Frost SA, & Peters K. Understanding relationships between general self-efficacy and the healthy ageing of older people: An integrative review. Journal of Clinical Nursing. 2023; 32(9-10):1587-98.
11. Nursing Division Ministry of Public Health. Guidelines for organizing a tele-nursing service system for the elderly at home with self-management. Nonthaburi: The Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
12. National Statistical office, Economic Statistics Division. The 2024 household survey on the use of information and communication technology (Quarter4) Bangkok: National Statistical Office, Statistical Forecasting Division; 2024. (in Thai)
13. Ghoulami-Shilsar F, & Esmaeilpour BM. Tele-nursing in chronic disease care: A systematic review. Jundishapur of Journal Chronic Disease Care. 2019;8(2): e84379.
14. Mangklakeree N, & Mangklakeree T. Telehealth: Alternative self-management promotion in people with diabetes during COVID pandemic. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2):1-9. (in Thai)
15. Wong AKC, Bayuo J, Wong FKY, Yuen WS, Lee AYL, & Chang PK, Lai JTC. Effects of a nurse-led telehealth self-care promotion program on the quality of life of community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research. 2022;24(3):e31912.
16. Phosuwan A, Voraroon S, Jaiyungyuen U, & Peawnalaw S. The Use of Tele-Nursing Technology in Caring for Elderly People with Chronic Illnesses and Reducing Hospital Readmissions: A Systematic Review. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. 2024;7(1):131-46. (in Thai)
17. Chaigchin W, Chumpeeruang S, & Jampha W. Factor Influencing Cardiovascular Prevention Behavior among Elderly Living in the Rural Area Nakhonsawan. Journal of Social Science and Cultural. 2023;7(3):165-81. (in Thai)
18. Kullawong N, Apidechkul T, Upala P, Tamornpark R, Keawdounglek V, Wongfu C, et al. Factors associated with elevated low-density lipoprotein cholesterol levels among hill tribe people aged 30 years and over in Thailand: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2021; 21(1): 498. doi:10.1186/s12889-021-10577-3.
19. Rodson M. Factors Influencing Self-Care Behaviors of Hypercholesterolemia Patients Receiving Services Infirmary of the Provincial Electricity Authority Headquarters, Bangkok. (thesis). Bangkok: Dhurakij Pundit University; 2022. (in Thai)
20. Wu MP, Wu SFV, Lee MC, Peng LN, Tsao LI, & Lee WJ. Health-promotion interventions enhance and maintain self-efficacy for adults at cardiometabolic risk: a randomized controlled trial. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2019;82:61-6. doi: 10.1016/j.archger.2019.01.009
21. Sirited P, Hemtong W, Tunit P, Punnawit C, Suphim B, Kaewrattanapattama O, et al. Effects of Self-care Behavioral Modification Program among Elderly Population with High Risk for Non-communicable Diseases of Phranakhon Si Ayutthaya Province. Public Health Policy and Laws Journal. 2022;8(1): 45-59. (in Thai)

22. Pissamorn C, Chaipin E, Prasansri A, & Thammakawinwong N. Application of Self-efficacy Theory on Health Behaviors of Elderly in Lampang Province. Lanna Public Health Journal. 2023; 19(1): 64-75. (in Thai)
23. Waramit J, Chaichanawirote U, & Danyuthasilpe C. Effect of the Self-efficacy Program on Blood Lipid Controlling Behavior in Patients with Coronary Artery Disease and Dyslipidemia. Journal of Nursing and Health Sciences. 2018; 12(2): 174-83. (in Thai)
24. Thatsaeng B, Nunta P, Wongwiwatthananukit N, Kamsen P, & Jantawang S. Development of Tele-nursing Model for Older Patients with Chronic Disease in Sansai District, Chiang-Mai Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2024; 32(1): 77-86. (in Thai)
25. Chanaman P, Wongpiriyayothar A, & Sittipakorn S. The Effects of a Health Belief Perception Promotion Program Using Tele-nursing on Stroke Prevention Behaviors in Patients with Uncontrolled Hypertension. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2023; 38(4): 408-24. (in Thai)
26. Vasuri A, Wirojratana V, Watanakijkrilert D, & Assantachai P. Effects of Self-Regulation Program on Self-Management Behaviors using Telehealth in Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(3): 82-90. (in Thai)
27. Talebi F, Jesmi AA, Rakhshani MH, & Tajabadi A. Effects of telenursing on the management of self-care behaviors in patients with chronic hypertension. Journal of Research and Health. 2023;13(4):273-80.
28. Taheri HSA, Sandanasamy S, Okamoto Y, McFarlane P, & Heidari GAM. Effect of telenursing on self-efficacy among myocardial infarction patients: A systematic review. Journal of Nursing Reports in Clinical Practice. 2025; 3(2):184-92.

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 และข้อมูลของผู้วิจัยเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย

2.2 ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ

2.3 ชื่อ-สกุลผู้วิจัยทุกท่าน ตำแหน่ง ที่อยู่อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.5 หน่วยงานที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย (ถ้ามี) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. การเขียนบทคัดย่อ

3.1 กำหนดให้เขียนบทความคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3.2 รูปแบบการเขียนบทคัดย่อ เรียงตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษไทย) และคำสำคัญ

บทคัดย่อ (ภาษอังกฤษ) 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 บทความวิจัยจากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ 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

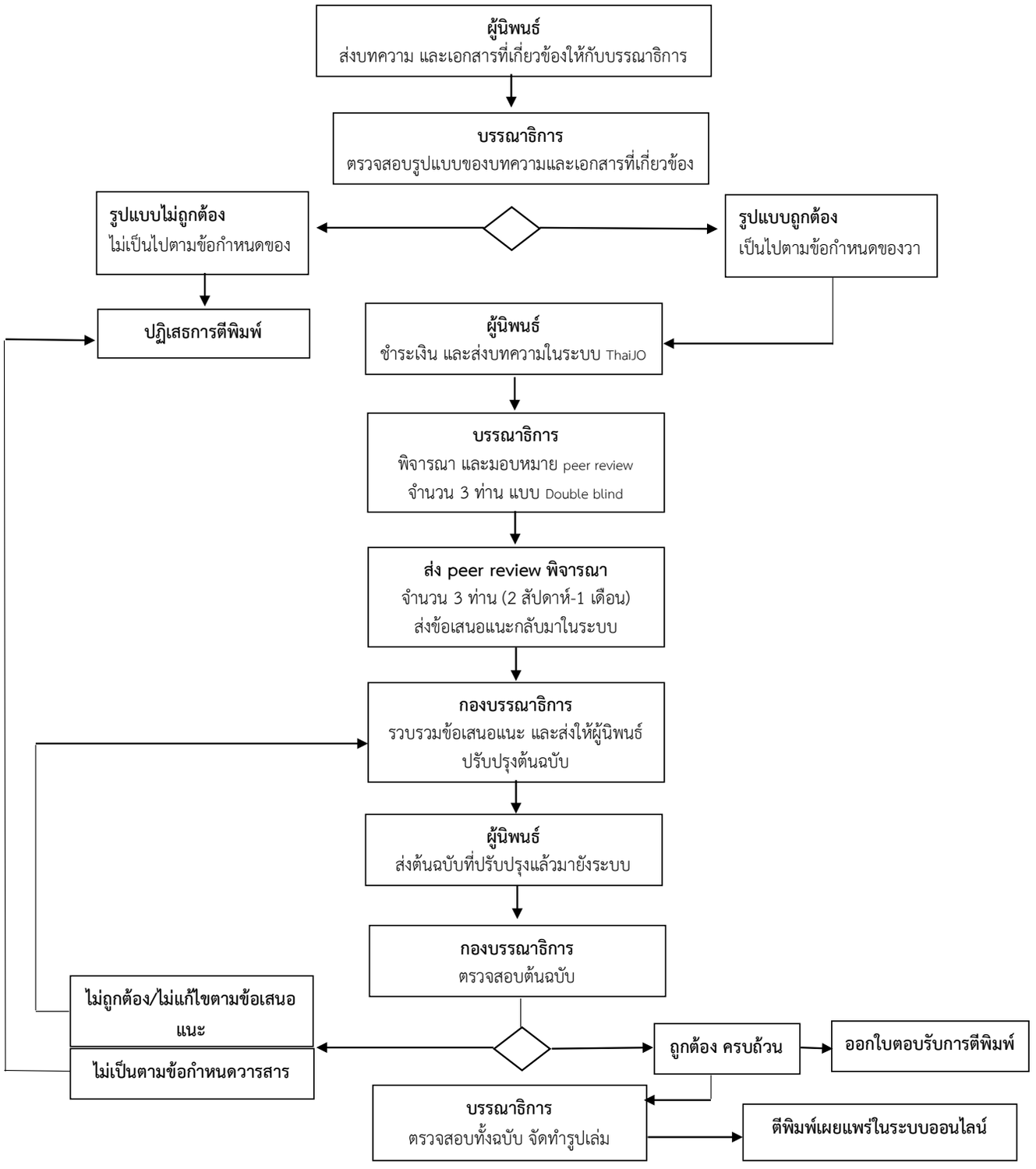
Author Surname Initials. Title. (dissertation/thesis). City: University; Year.

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
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
Vol.26 No.2 May - August 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	Saisamorn Chaleoykitti, R.N., M.N.S., Ed.D.

Chief Editor

รองบรรณาธิการ

พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี	กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร	Pranee Onsri, R.N., M.S., Ed.D.

Deputy of Editor

เลขาบรรณาธิการ

พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	Nuntikan Klinchet, R.N., M.N.S.

Secretary

กองบรรณาธิการ

Editorial Board

ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	University of Louisville School of Nursing, USA	Ratchneewaan Ross, R.N. M.Sc., Ph.D., FTNSS, FAAN
พันเอกหญิง ดร.นัยนา วงศ์สายตา	สำนักงานเลขานุการกองทัพบก	Naiyana Wongsaita, R.N., M.N.S., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	Suphap Thaitha, R.N., M.S.N., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Areewan Oumtanee, R.N., M.S., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเที๊ยะ	วิทยาลัยเซ็นหลุยส์	Jintana Artsontee, R.N., M.S.N., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	มหาวิทยาลัยมหิดล	Supreeda Monkong, R.N., M.S.N., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	Thipkhumporn Keskomon, R.N., M.S., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Narisa Wongpanarak, R.N., M.N.S., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน	สถาบันพระบรมราชชนก	Atiya Sarakshetrin, R.N., M.N.S., Ed..D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Jeeraporn Kummabutr, R.N., M.Sc., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรัตน์ มังคละคีรี	มหาวิทยาลัยนครพนม	Nutcharat Mongkara, R.N., M.S., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย	Temduang Boonpiamsak, R.N., M.S.N., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์	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	วิทยาลัยพยาบากองทัพบก	Suchada Sriyothee, R.N.
ร้อยโทหญิงพรปวีณ์ ยังปักษี	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpavee Yongpaksri, R.N.
ร้อยโทหญิงพรไพลิน หนูทิม	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpailin nootim, R.N.

บทความหรือข้อคิดใดๆ ที่ปรากฏในวารสารพยาบาลทหารบก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน ซึ่งบรรณาธิการหรือสมาคมพยาบาลทหารบก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
The ideas and opinions expressed in the Journal of The Royal Thai Army Nurses are those of the authors and not necessarily those of the editor or Royal Thai Army Nurses Association