



NU Journal of Nursing and Health Sciences

ISSN 3057-0840 (Online)

Vol.19 No.3
September–December 2025



NU Journal of Nursing and Health Sciences

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

โทรศัพท์ 0 5596 6710 โทรสาร 0 5596 6709

www.nurse.nu.ac.th

NU Journal of Nursing and Health Sciences

Vol.19 No. 3 September–December 2025

99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ 0 5596 6710 โทรสาร 0 5596 6709
www.nurse.nu.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทความวิชาการ

- การวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย และตัวอย่างการนำไปใช้
ทฤษฎา อินทร์แก้ว อนุชา ไทยวงษ์ เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน
สมพร ชินโนรส

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระดั้นเอนวันซีและอัตราการครองชีพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีภาวะไตเรื้อรัง
อัญชลี มีรอด นงนุช โอบะ สมศักดิ์ โทจำปา
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ปรีชา ลีสกุล ยุวรงค์ จันทรวิจิตร อัมราภรณ์ ภูระยา
- ประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ลำลี ปิงวงษ์ รุ่งทิพา บุญประคม ชมนาค วรรณพรศิริ
- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
มนกร บัวไกร รุ่งภา ชัยรัตน์ นิชกานต์ ทรงไทย
- ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
เบญจวรรณ บุตรโยธี อินทิดา ปากันทะ ธิติรัตน์ คำบุญ ธีระชัย ธรรมาธิวัฒน์
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป
ปภาวดี ชีราวัฒน์ นิชกานต์ ทรงไทย แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์
- ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ
รุ่งฟ้า จันทร์คุณาสุขะ โรจน์ จินตนาวัฒน์ พนิดา จันทโสภีพันธ์
- ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรต่อการรับรู้บทบาทการจัดการของหัวหน้าทีม ในหอผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลตัญญูมีแห่งหนึ่ง
ปิ่นฤทัย ศรีไสย วรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
- ผลของโปรแกรมการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล
โรงพยาบาลตัญญูมีแห่งหนึ่ง
กัญญาณัฐ ตะดิษฐ์เนิน อูยา ดันทองชัย เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
- ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
หทัยทิพย์ ดวงศิริ นงพิมล นิมิตรอนันท์ ศศิธร รุ่งนเวช
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
พนิดา สังคด ศศิธร รุ่งนเวช นงพิมล นิมิตรอนันท์
- โมเดลความความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคุณลักษณะ ความรู้ และ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
น้ำฝน ปฏิกรมณฑล เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อูยา ดันทองชัย
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
นุชาณี ก่อเข้ม ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา	สันตยากร
รองศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา	ชลาชนเดชะ
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี
รองศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์	เตชะศักดิ์ศรี
รองศาสตราจารย์ ดร.โสภภาพรรณ	อินด๊ะเผือก
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา	สนั่นเรืองศักดิ์
รองศาสตราจารย์สมพร	ชินโนรส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ	สาธกธรณ์ธัญย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน	ศิริลักษณ์นันท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัทธิยา	รัตนวิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์	หรือตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรพร	โสภาจารย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์	คำบุญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตติอาภา	ตั้งคำวานิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิศากร	โพธิมาศ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุมมา	ฤทธิ์โพธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญารัตน์	ธนะบุญปวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร	รุ่งนเวช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ	ศิริอรุณรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก	กลิ่นขจร
ดร.ปวงกมล	กฤษณบุตร
ดร.สุริภรณ์	สุวรรณไธสง



ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ทิพย์ แทนธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วารีรัมย์

กองบรรณาธิการ

Professor Dr. Ratchneewan Ross

Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat

Professor Dr. Kenda Crozier

Prof. Dr. Kimberly A. Williams

Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat

Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงกานนท์

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทมดี

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิคย์

พลตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณี ปานเทวัญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ์ สาขกธณัณันย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทยุตา อินทร์แก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก กลั่นขจร

ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอส

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

ผู้จัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่เนาค

นายทะเบียนสมาชิก

นางนฤมล แสงจักร์

ธุรการ

นางสาวสุพรรณิ เกิดกล้า

ฝ่ายประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์

นายพัลลภ พานุกุหลาบ

ฝ่ายการเงินและประสานงาน

นางสาวจิรนนท์ เพชรรักย์

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

EDITORIAL ADVISORS

Sarintip Tantanee, B.Eng. (Civil Engineering)

M.Eng., Ph.D. (Water Resources Engineering)

Yuwayong Juntarawijit, RN., Dr.P.H.

Worawan Tipwareerom, RN., Dr.P.H.

EDITORIAL BOARD

Ratchneewan Ross, RN., Ph.D, FAAN.

Wilaiporn Rojjanasrirat, RN., Ph.D, FAAN.

Kenda Crozier, Ph.D, MSc, BSc, RM, RN., SFHEA

Kimberly A. Williams, DNS, RN., ANP-BC, PMHNP-BC, PHNA-BC.

Koren L. Ainat, RN., Ph.D.

Mantana Damrongsak, RN., Ph.D.

Supasit Pannarunothai, MD., Ph.D.

Ratsiri Thato, RN., Ph.D.

Poonsuk Hingkanont, RN., Ph.D.

Decha Tamdee, RN., Ph.D

Arpaporn Powwattana, RN., Ph.D.

Arunrat Srichantaranit, RN., Ph.D.

Panee Pantaewan, RN., Dr.P.H.

Intira Pakanta, RN., Ed.D.

Ghunyanutt Sathagathonthun, RN., Ed.D.

Thayuta Inkaew, RN., Ph.D

Sirikanok Klankhajhon, RN, Ph.D

Sureeporn Suwannaosod, RN, Ph.D

Alongkorn Aksornsri, RN., Ph.D.

Ratanachadawan Yunak, RN,Ph.D

Naruemol Sangjak, MED

Supanee Kirdgla, MBA

Panlop Pankulab, BSc

Cheeranan Phetrak, MBA

OWNER

Faculty of Nursing, Naresuan University

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและสุขภาพเป็นวรรณกรรมของผู้เขียนบรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

The ideas and opinions expressed in the Journal of Nursing and Health science are those of the authors and not necessarily those of the editor of Faculty of Nursing, Naresuan University



กองบรรณาธิการ

Professor Dr. Ratchneewan Ross
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasirat
Professor Dr. Kenda Crozier

Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams
Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat

Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak
ศ. นายแพทย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย
ศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต
รศ. ดร.พูลสุข หิงคานนท์
รศ. ดร. เดชา ทำดี
รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รศ. ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์
พลตรีหญิง ผศ.ดร.พรรณี ปานเทวัญ
ผศ. ดร.อินทิรา ปากันทะ
ผศ. ดร.กัญญาณัฐ์ สารกษณณันชัย
ผศ. ดร.พุดา อินทร์แก้ว
ผศ. ดร.ศิริกนก กลั่นจระ
ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ
ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

ที่อยู่

Faculty of Nursing, Kent State University, United States
University of Kansas, Lawrence, KS, United States
School of Health Sciences, University of East Anglia,
United Kingdom

Kansas State University, United Kingdom
School of Nursing of University of Massachusetts Lowell, MA ,
United States

University of Alabama at Birmingham, United Kingdom

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



บรรณาธิการแถลง

ถึงแม้ว่าวารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences จะอยู่ในระบบฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2 กองบรรณาธิการและคณะทำงานยังคงทำงานอย่างละเอียดรอบคอบขึ้นกว่าเดิม แก้ไขความผิดพลาดที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การประเมินเพื่อปรับกลุ่มวารสารอีกครั้งในต้นปี พ.ศ. 2570 ทั้งนี้วารสารได้ยกเลิกระบบสมาชิก เปลี่ยนเป็นวารสารแบบออนไลน์เพียงอย่างเดียว เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงของผู้อ่าน

วารสารฉบับนี้มีบทความวิชาการ 2 เรื่อง และบทความวิจัย 13 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในหลากหลายสาขาทั้งการพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบริหารการพยาบาล

สำหรับกระบวนการส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์นั้น ให้ท่านส่งบทความที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารการพยาบาลและสุขภาพ โดยทำตามขั้นตอนที่ Author guideline และสมัคร User ในระบบ ThaiJo พร้อมแนบ file หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อส่งบทความแล้วกองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเพื่อดูความเรียบร้อยของรูปแบบการเขียนและการเขียนเอกสารอ้างอิงก่อน แล้วจึงให้ชำระค่าตีพิมพ์เพียงครั้งเดียว 3,500 บาท ก่อนส่งเข้าสู่กระบวนการ Peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ พิจารณา ในลักษณะผู้ทรงคุณวุฒิไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Double -Blind Peer Review) กระบวนการตีพิมพ์บทความแต่ละเรื่องจะใช้เวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์ในกรณีที่มีการแก้ไขเพียงเล็กน้อย หรือไม่เกิน 16 สัปดาห์ในกรณีที่มีการแก้ไขมาก ทั้งนี้ วารสารได้ยกเลิกระบบการรับบทความแบบเร่งด่วน (Fast tract) ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ความสำเร็จของวารสารฯ เกิดขึ้นจากความไว้วางใจของทุกท่านที่ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่และการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ที่ช่วยทำให้วารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences มีคุณภาพน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับเพื่อให้เป็นวารสารที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในกลุ่มวิชาการในระดับประเทศ และเตรียมเข้าสู่ความเป็นระดับนานาชาติในโอกาสต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ์ ทิพย์วารีรัมย์
บรรณาธิการ



วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ งานสร้างสรรค์ผลงานวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์ และสุขภาพของคณาจารย์ นิสิต และนักวิชาการทั่วไป
2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ทางสุขภาพและการพยาบาล
3. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ทุก 4 เดือน

(มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

สำนักงาน

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่ 99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

โทร : 0-5596-6710 โทรสาร : 0-5596-6709

OFFICE

Faculty of Nursing

Naresuan University

99 Moo. 9 Tapho sub-district, Muang District, Phitsanulok 65000

Thailand

Tel : 0-5596-6710 Fax : 0-5596-6709

พิมพ์ที่

หจก.โรงพิมพ์ตระกูลไทย จ.พิษณุโลก

โทร. 0-5521-1238 โทรสาร 0-5530-1727



สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า

- | | | | |
|---|--|--|----|
| ● การวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย และตัวอย่างการนำไปใช้
Analysis of the Linkage Between Concepts, Theory, and Research | ทยูตา อินทร์แก้ว
อนุชา ไทวงษ์
เสาวลักษณ์ เศรษฐกิจกุล | Thayuta Inkaew
Anucha Taiwong
Saowaluck Settheekul | 1 |
| ● แนวทางการดูแลผู้หญิงที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน
Guidelines for the Management of Women with Overactive Bladder | สมพร ชินโนรส | Somporn Chinnoros | 14 |

บทความวิจัย

- | | | | |
|--|--|--|----|
| ● ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง
The Effects of Empowerment Program on Health Care Behaviors, A1C Level and Glomerular Filtration Rate among Type 2 Diabetic Older Adults with Chronic Kidney Disease | อัญชลี มีรอด
นงนุช โอบะ
สมศักดิ์ โตจำปา | Unchalee Meerod
Nongnut Oba
Somsak Thojampa | 26 |
| ● ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
Effects of Dietary Promotion Program Guideline of the DASH on Food Consumption Behaviors and Blood Pressure in Patients with Hypertension | ปริยา ลีสกุล
ยุวรงค์ จันทรวิจิตร
อัมราภรณ์ ภูระย้า | Preeya Leesagul
Yuwayong Juntarawijit
Amaraporn Puraya | 40 |



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● ประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก Adaptation Experiences on the Head Nurse's Position, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital	สำลี ปิงวงษ์ รุ่งทิพา บุญประคม ชมนาด วรรณพรศิริ Sumlee Pingwong Roongtiva Boonpracom Chommanard Wannapornsiri 55
● ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Selected Factors Related to Weight Loss in Post-operative Colorectal Cancer Patients	มนกร บัวไกร รุ่งนภา ชัยรัตน์ นิชกานต์ ทรงไทย Monnaphorn Buakrai Rungnapa Chairat Nichakarn Songthai 71
● ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการ นอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 The Effects of Symptom Management Program on Insomnia and Pain in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3	เบญจวรรณ บุตรโยธี อินทิรา ปากันทะ ธิดารัตน์ คำบุญ ธีระชัย ธรรมมาธิวัฒน์ Benjavan Bootyotee Intira Pakanta Thidarat Khamboon Theerachai Thammathiwat 85
● ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป Factors Influencing Quality of Life in Elderly Stroke in Next Normal	ปภาวดี ชีราวัฒน์ นิชกานต์ ทรงไทย แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ Papahwadee Chirawat Nichakarn Songthai Sangduan Apiratanawong 101
● ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อ โรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ Relationship Between Anxiety of COVID-19 and Sleep Quality of Older Persons	รุ่งฟ้า จันทร์คุณาสุชะ โรจณี จินตนาวัฒน์ พนิดา จันทโสภิพันธุ์ Rungfah Chankunasuka Rojanee Chintanawat Phanida Juntasopeepan 116



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

- ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ต่อการรับรู้บทบาทการจัดการของหัวหน้าทีม ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
The Effects of a Charge Nurse Preparatory Program on the Perception of Managerial Roles of the Team Leaders in the Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital
ปิ่นฤทัย ศรีไสย Pinruetai Srisai 132
กรณิการ์ ฉัตรคอกไม้ไพร Kannikar Chatdokmaiprai
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย Phechnoy Singchangchai
- ผลของโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ต่อการรับรู้สมดุลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
The Effect of an Application Online Scheduling Program on Work-life Balance of Nursing Personnel a Tertiary Hospital
กัญญาณัฐ ตะติสูงเนิน Kunyanut Tatisungnoen 145
อุษา ตันตพงษ์ Usa Tantapong
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย Phechnoy Singchangchai
- ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
Health Needs and Health-related Quality of Life among Older Adult Patients with Chronic Heart Failure
หทัยทิพย์ ดวงศิริ Hataitip Dounsiri 158
นงพิมล นิมิตรอนันท์ Nongpimol Nimit-Arun
ศศิธร รุจนเวช Sasitorn Roojanavech
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
Factors Predicting Fall Prevention Behaviors among Older Persons with Non-Communicable Disease
พนิดา สังคต Panida Sangcot 172
ศศิธร รุจนเวช Sasitorn Roojanavech
นงพิมล นิมิตรอนันท์ Nongpimol Nimit-Arun



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

- | | | | |
|--|---|--|-----|
| ● โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง
คุณลักษณะ ความรู้ และ พฤติกรรมป้องกัน
การติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษา
ในโรงพยาบาลชุมชน
A Causal Relationship Model Between Characteristics,
Knowledge, and Infection Prevention Behaviors for
Coronavirus among Caregivers with End-Stage Renal
Disease Patients Treated by Community Hospitals | น้ำฝน ปฏิกรมณฑล
เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
อุษา ตันทพงษ์ | Namfon Patiganmonthon
Phechnoy Singchangchai
Usa Tantapong | 186 |
| ● ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์
คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงาน
ในโรงงานอุตสาหกรรม
Factors Predicting Preterm Labor Preventive
Behaviors among Pregnant Women Working in
Factories | นุชานี กอเซ็ม
ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี
ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา | Nuchanee Korsem
Tatirat Tachasuksri
Punyarat Lapvongwatana | 202 |

บทความวิชาการ

การวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย และตัวอย่างการนำไปใช้

Analysis of the Linkage Between Concepts, Theory, and Research

ทยุตา อินทร์แก้ว (Thayuta Inkaew)*

อนุชา ไทวงษ์ (Anucha Taiwong)**

เสาวลักษณ์ เศรษฐีกุล (Saowaluck Settheekul)***

Received: June 21, 2024

Revised: September 23, 2023

Accepted: November 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยทางการแพทย์เป็นกระบวนการค้นหาความจริงอย่างเป็นระบบโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมมิติทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการศึกษา และการบริหารทางการแพทย์ การวิจัยที่เชื่อมโยงทฤษฎีเป็นการนำทฤษฎีทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย เพื่อทดสอบความถูกต้องของทฤษฎีหรือสร้างทฤษฎีใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ภายในทฤษฎีจะประกอบด้วยมโนทัศน์และข้อเสนอที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ผู้วิจัยจึงต้องแปลความหมายแนวคิดเหล่านี้ให้เป็นรูปธรรม เพื่อใช้ในการออกแบบการวิจัยที่มีประสิทธิภาพและสร้างความน่าเชื่อถือ บทความนี้จะเสนอวิธีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิด ทฤษฎี และการวิจัย โดยใช้แบบจำลองต่าง ๆ เช่น แบบจำลองโครงสร้างย่อยของกิบส์ โครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎีของอินซอร์ และโครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี การกำหนดตัวแปรและเครื่องมือวิจัยที่จะใช้ในการศึกษาวิจัย และสามารถออกแบบระเบียบวิธีวิจัยเชิงประจักษ์ที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎีและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่จะนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การวิจัยที่เชื่อมโยงกับทฤษฎี, โครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎี, โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์, การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการวิจัย

**Corresponding author: Anucha Thaiwong; E-mail: anucha@smnc.ac.th

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Praboromarajchanok Institute, Ministry of public health)

***นักวิชาการอิสระ (Independent Researcher)

Abstract

Nursing research is a systematic process of inquiry based on empirical research methodologies to develop nursing knowledge, encompassing nursing practice, education, and administration. Theory-linked research involves utilizing existing nursing theories as frameworks for conducting research. The goal is to test these theories or generate new ones that contribute useful, generalizable knowledge to nursing. However, theories are composed of relatively abstract concepts and propositions. Researchers must analyze and deduce these abstract statements into concrete terms to design effective and credible research. This article illustrates methods for analyzing the relationships between concepts, theories, and research. These methods include Gibbs's model of substruction, Hinshaw's theoretical substruction, and Fawcett's conceptual-theoretical-empirical structure. These methods can help researchers gain insight into the relationships between concepts, theories, and the determination of research variables and instruments. Consequently, the researchers can develop effective empirical research methodologies that align with theories and are practical for their research projects.

Keyword: Theory-linked research, Theoretical substruction, Conceptual-theoretical-empirical structure, Relationships between theory and research

บทนำ

การวิจัย (Research) เป็นการประยุกต์ใช้วิธีการเชิงประจักษ์ (Empirical methods) อย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาวิชานั้น ๆ ในวิชาชีพการพยาบาล การวิจัยได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการทดสอบความสัมพันธ์ทางทฤษฎี หรือสร้างมโนทัศน์ (Concept) และความสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การสร้างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางการพยาบาล (Chin & Kramer, 1995; Fawcett & Garity, 2009) ที่ผ่านมา มีการจำแนกชนิดของการวิจัยที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่บุคคลนั้นนำมาใช้สำหรับบทความวิชาการนี้ แบ่งการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะของการดำเนินวิจัย (Chin & Kramer, 1995) คือ 1) การวิจัยที่เชื่อมโยงกับทฤษฎี (Theory-linked research) และ 2) การวิจัยที่ไม่มีการเชื่อมโยงกับทฤษฎี (Isolated research) ทั้งนี้ การวิจัยที่เชื่อมโยงกับทฤษฎีเป็นการวิจัยที่เริ่มต้นจากการตั้งสมมุติฐาน (Hypothesis) โดยผู้วิจัยจะทำการนิรนัย (Deduction) (สิ่งที่เป็นความจริงทั่วไป หรือเป็นกฎเกณฑ์ แล้วนำมาใช้สรุปกับเหตุการณ์นั้น ๆ)

ข้อความ (Statements) จากทฤษฎีที่จะนำมาใช้ในการวิจัย ที่มีลักษณะเป็นนามธรรม (Abstract) ให้เป็นรูปธรรม (Concrete) ที่สามารถทำการวัดหรือประเมินผลได้ และมีความเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่จะดำเนินการวิจัย จากนั้นใช้วิธีการเชิงประจักษ์พิสูจน์เพื่อยืนยันหรือปฏิเสธสมมุติฐานนั้น ซึ่งความรู้ที่ได้จากการวิจัยชนิดนี้สามารถนำไปใช้เป็นวงกว้าง (Generalization) ปราศจากข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่และเวลา อีกทั้งข้อสรุปที่ได้ยังสามารถนำไปใช้ในการปรับแก้ไขทฤษฎีเดิมหรือพัฒนาทฤษฎีใหม่ต่อไปได้ ในขณะที่การวิจัยที่ไม่มีการเชื่อมโยงกับทฤษฎีจะเริ่มจากการตั้งคำถามที่ผู้วิจัยได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานที่ดำเนินวิจัย หรือจากความคิดที่ผู้วิจัยได้มาจากการอ่านผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น จากนั้นใช้วิธีการเชิงประจักษ์ ซึ่งส่วนใหญ่มักใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) และการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นให้มากขึ้นจนกระทั่ง

สามารถทำการอุปนัย (Induction) (การนำเอาเหตุการณ์เฉพาะเจาะจงหลาย ๆ เหตุการณ์มารวมกัน แล้วสรุปออกมาเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการทั่วไป) ข้อเท็จจริงที่ได้ไปสู่การสร้างโนทัศน์ใหม่ องค์ความรู้ใหม่ หรืออาจนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยชนิดนี้ขาดการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่มีอยู่จึงทำให้เกิดข้อจำกัดของการนำไปใช้ซึ่งมีความเหมาะสมเฉพาะพื้นที่ ดำเนินการวิจัยหรือบริบทสังคมนั้น และภายใต้ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้างได้ (Chin & Kramer, 1995; Fawcett, 2017; Fawcett & Garity, 2009)

แบบจำลองความคิด (Conceptual model) เป็นชุดของมโนทัศน์ (Concept) และข้อเสนอ (Propositions) ที่มีลักษณะเป็นนามธรรมและทั่วไปที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่สนใจในสาขาวิชานั้น ดังเช่น แบบจำลองความคิดทางการพยาบาล หมายถึง ชุดของมโนทัศน์และข้อเสนอที่ใช้ในการอธิบายแนวคิดของอภิกระบวนทัศน์ทางการพยาบาล (Nursing metaparadigm) ที่ประกอบไปด้วย มนุษย์ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลซึ่งโดยทั่วไปแล้ว แบบจำลองความคิดจะถูกนำมาใช้เป็นกรอบหรือแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ ไม่สามารถนำมาใช้ในการทดสอบเพื่อหาผลลัพธ์เชิงประจักษ์ได้ เนื่องจากมีความเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง (Fawcett, 2017; Fawcett & Garity, 2009) ในขณะที่ ทฤษฎี (Theory) เป็นการจัดระเบียบความสัมพันธ์ของชุดของข้อความที่เกี่ยวข้องกับคำถามสำคัญในสาขาวิชาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกันเพื่อใช้พรรณนา อธิบาย และทำนายความเป็นจริงหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่สนใจในสาขาวิชานั้น (Meleis, 2012) ภายในทฤษฎีประกอบด้วยองค์ประกอบของมโนทัศน์ที่มากกว่าหนึ่งมโนทัศน์ มีข้อเสนอที่อธิบายความหมายและความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์นั้น และข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ที่กำหนดกรอบและขอบเขตของทฤษฎี ในศาสตร์ทางการพยาบาล ทฤษฎีแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามลักษณะความเป็นนามธรรม (Fawcett, 2021a; Meleis, 2012) ดังนี้ 1) ทฤษฎีระดับสูง (Grand theory) เป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นจากการสังเคราะห์

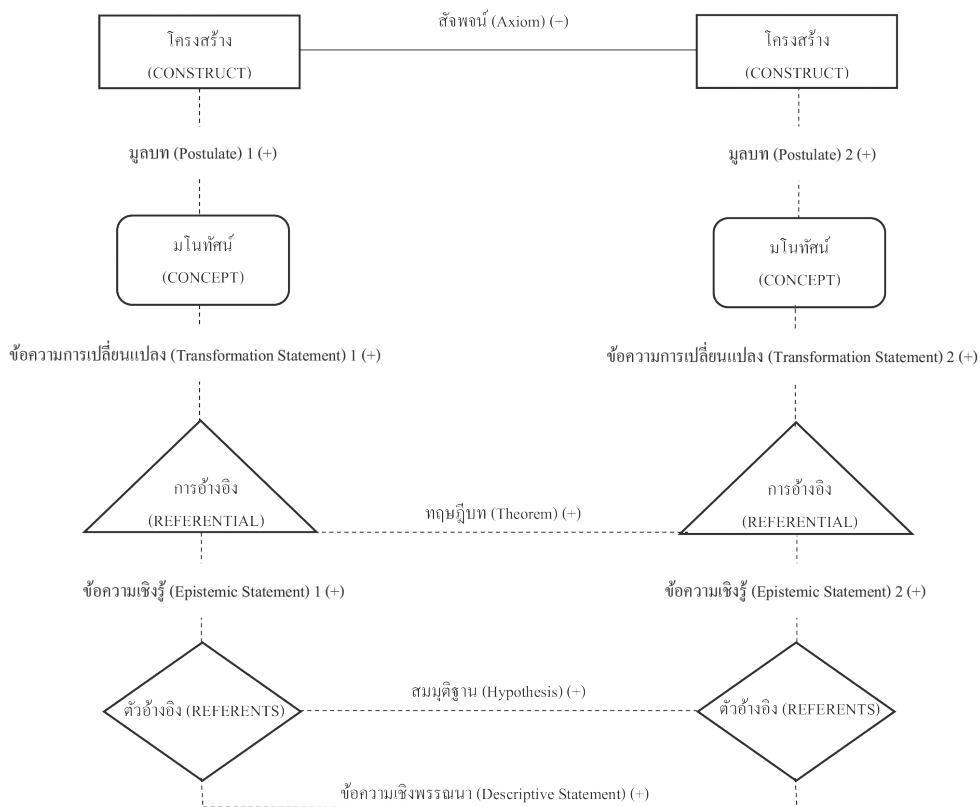
ประสบการณ์ การสังเกต ข้อมูลเชิงลึก และผลการวิจัยเพื่อใช้เพื่ออธิบายธรรมชาติ เหตุการณ์ และเป้าหมายของการดูแลพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทฤษฎีในระดับนี้จะสะท้อนมุมมองในเชิงกว้างและอธิบายมโนทัศน์และความสัมพันธ์ที่มีความเป็นนามธรรมที่สูง ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง 2) ทฤษฎีระดับกลาง (Middle-range theory) เป็นทฤษฎีที่มีขอบเขตจำกัดมากขึ้น และมีมโนทัศน์ที่มีความเป็นรูปธรรมและค่อนข้างเฉพาะเจาะจงกับปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า ทฤษฎีระดับสูง ทำให้ทฤษฎีระดับกลางถูกนำมาใช้ในการทดสอบเชิงประจักษ์ได้เนื่องจากมีความพร้อมในการให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติการได้ดี ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) ทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์ (Situation-specific theory) เป็นทฤษฎีที่มีมโนทัศน์เป็นรูปธรรมมากที่สุดเพราะถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทพื้นที่การปฏิบัติงานนั้นและจำกัดเฉพาะประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น แม้ว่าทฤษฎีนี้จะสามารถนำมาใช้ทดสอบเชิงประจักษ์ได้เช่นเดียวกับทฤษฎีระดับกลาง แต่ยังมีข้อจำกัดที่ผลการวิจัยไม่สามารถสรุปอ้างอิงในวงกว้างได้ ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลวของรีเจลและคณะ (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016) เป็นต้น

แม้ว่าการวิจัยที่เชื่อมโยงกับทฤษฎีจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ครอบคลุมมิติทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการศึกษา และการบริหารทางการพยาบาล แต่หากผู้วิจัยมีการเลือกใช้ทฤษฎีที่ไม่เหมาะสมกับการวิจัย หรือไม่สามารถออกแบบระเบียบวิธีวิจัยเชิงประจักษ์ (Empirical research methodology) อันประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับมโนทัศน์หรือทฤษฎี ก็ย่อมทำให้เกิดข้อสรุปที่ผิดพลาด และอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยที่ลดลง (Chin & Kramer, 1995; Fawcett & Garity, 2009) ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาและขยาย

องค์ความรู้ทางการพยาบาลที่มีความทันสมัยและมีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง และความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น จึงควรมีการวิเคราะห์ ประเมินทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ (Suwannakeeree & Jullmusi, 2025) และอีกประการที่สำคัญก็คือ การวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย ที่จะช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อมโนทัศน์และทฤษฎีที่จะนำมาใช้ และสามารถออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานการณ์จริงได้

วิธีการวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย

การวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย เป็นกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบที่ช่วยให้ผู้วิจัยมองเห็นองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในทฤษฎีที่สนใจ หรือเลือกสรรได้อย่างชัดเจน และสามารถนิรนัยสัจพจน์ (Axiom) (ลักษณะเป็นข้อความที่เป็นจริงโดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์) มโนทัศน์ และข้อเสนอของทฤษฎีจากนามธรรม ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการทดสอบทฤษฎีมีความชัดเจนและน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น (McQuiston & Campbell, 1997; Wolf & Heinzer, 1999) ในบทความนี้จะนำเสนอวิธีการวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัยของนักวิชาการจำนวน 3 ท่าน ดังนี้



ภาพที่ 1 แบบจำลองโครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎีของกิบส์ (Gibbs, 1972)

1. แบบจำลองโครงสร้างย่อยของกิบส์ (Gibbs's model of substruction) โครงสร้างย่อย (Substruction) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้องเชิงตรรกะของโครงสร้างเชิงทฤษฎีและองค์ประกอบของการวิจัย เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถแยกแยะองค์ประกอบของทฤษฎี เชื่อมโยงความสัมพันธ์ และออกแบบระเบียบวิธีการวิจัย ได้อย่างชัดเจน (McQuiston & Campbell, 1997; Wolf & Heinzer, 1999) แบบจำลองโครงสร้างย่อยเป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยมองเห็นภาพระดับความเป็นนามธรรมที่เชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบของระบบเชิงทฤษฎี (Theoretical system) และระบบเชิงปฏิบัติการ (Operational system) ได้อย่างรวดเร็ว และทำให้เข้าใจตรรกะ (Logic) ของความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง (Construct) มโนทัศน์ (Concept) การอ้างอิง (Referential) และตัวอ้างอิง (Referents) ซึ่งเปรียบเสมือนการได้มาซึ่งตัวแปร (Variables) ของการศึกษาวิจัยจากมโนทัศน์ของทฤษฎีนั้น (Gibbs, 1972; McQuiston & Campbell, 1997) จากภาพที่ 1 กิบส์ได้จัดลำดับชั้น (Hierarchy) ของโครงสร้างภาพตามระดับความเป็นนามธรรมโดยกำหนดให้โครงสร้างของทฤษฎีที่มีความเป็นนามธรรมสูงไว้ด้านบนของภาพ รองลงมาคือ มโนทัศน์ที่ผู้วิจัยเลือกมาจากโครงสร้างของทฤษฎีนั้น จากนั้นเป็นการอ้างอิง ซึ่งในที่นี้หมายถึง แหล่งของข้อมูล (Data sources) ที่จะสามารถอธิบายมโนทัศน์ได้ ซึ่งในการวิจัยเชิงปริมาณ หมายถึง เครื่องมือการวิจัย ทั้งนี้ การที่ผู้วิจัยจะสามารถคัดเลือกเครื่องมือวิจัยที่สอดคล้องกับมโนทัศน์ได้นั้น ผู้วิจัยจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับมโนทัศน์ที่เลือกมา จากนั้น แยกองค์ประกอบภายในมโนทัศน์ ระบุตัวแปร และทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาเครื่องมือที่สามารถวัดเชิงประจักษ์ได้ และด้านล่างสุดของภาพคือ ตัวอ้างอิง หมายถึง ระดับการวัดและคะแนนที่ได้จากการใช้เครื่องมือวิจัยนั้น ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปธรรมมากที่สุด (Gibbs, 1972; McQuiston & Campbell, 1997; Wolf & Heinzer, 1999) เช่น เมื่อผู้วิจัยเลือกการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) ซึ่งเป็นมโนทัศน์หนึ่งของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 2009) มาใช้ ผู้วิจัยจะต้องทำความเข้าใจความหมาย

และองค์ประกอบของมโนทัศน์นี้ ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) ได้แก่ ภาพลักษณ์ (Body image) และการรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย (Body sensation) และอัตมโนทัศน์ด้านบุคคล (Personal self) ได้แก่ ความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) ตัวตนในอุดมคติ (Self-ideal) และศีลธรรมและจิตวิญญาณของตนเอง (Moral-ethical-spiritual self) ดังนั้น การอ้างอิงที่น่าจะเหมาะสมกับการวิจัย คือเครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดการปรับตัวของรอย (Roy adaptation modes scale) ที่มีการวัดการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและบุคคลจำนวน 9 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) 5 ระดับ (Russo, 2019) และตัวอ้างอิง คือ ระดับมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) ที่มีคะแนนระหว่าง 9-45 คะแนน อย่างไรก็ตาม การเลือกเครื่องมือวิจัยนอกจากที่จะต้องสอดคล้องกับมโนทัศน์แล้ว ยังควรพิจารณาถึงองค์ประกอบอื่นๆ ของการวิจัยอีกด้วย เช่น ประชากรกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่ของการวิจัย

นอกจากนี้ ในระดับแนวนอน (ภาพที่ 1) กิบส์ได้แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของโครงสร้างทฤษฎี ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยสัจพจน์ (ลักษณะเป็นข้อความที่เป็นจริงโดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์) ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างการอ้างอิงนั้นคือ ทฤษฎีบท (Theorem) ที่จะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเชิงตรรกะระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่เลือกมาใช้สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวอ้างอิงคือ สมมุติฐานของการวิจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความพรรณนาปรากฏการณ์ที่จะศึกษา (Gibbs, 1972; McQuiston & Campbell, 1997; Wolf & Heinzer, 1999) ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์โครงสร้างย่อยจึงทำให้มั่นใจได้ว่า การอ้างอิงและตัวอ้างอิง หรืออาจกล่าวอีกนัยคือ นิยามเชิงปฏิบัติการนั้นมีรากฐานที่มาจากสอดคล้องกับทฤษฎีที่นำมาใช้ อย่างไรก็ตาม ในการนำแบบจำลองโครงสร้างย่อยไปใช้จริงนั้น ส่วนใหญ่จะเริ่มจากการเลือกมโนทัศน์ของทฤษฎีที่สนใจ โดยไม่จำเป็นต้องระบุถึงโครงสร้างเนื่องจากมีลักษณะเป็นนามธรรมและไม่สามารถทดสอบได้ (McQuiston & Campbell, 1997)

2. โครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎีของฮินชอร์ (Theoretical substruction of Hinshaw) โครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎี (Theoretical substruction) หมายถึง กระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบโดยแยกคำอธิบายเชิงทฤษฎี มโนทัศน์หลัก และข้อเสนอออกมาเป็นโครงสร้างภาพ เพื่อช่วยให้เห็นถึงความเชื่อมโยงและลำดับชั้นของแนวคิดต่างๆ ในทฤษฎีกับการวิจัยได้อย่างชัดเจน โดยที่การวิเคราะห์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก (Hinshaw, 1979) ดังนี้

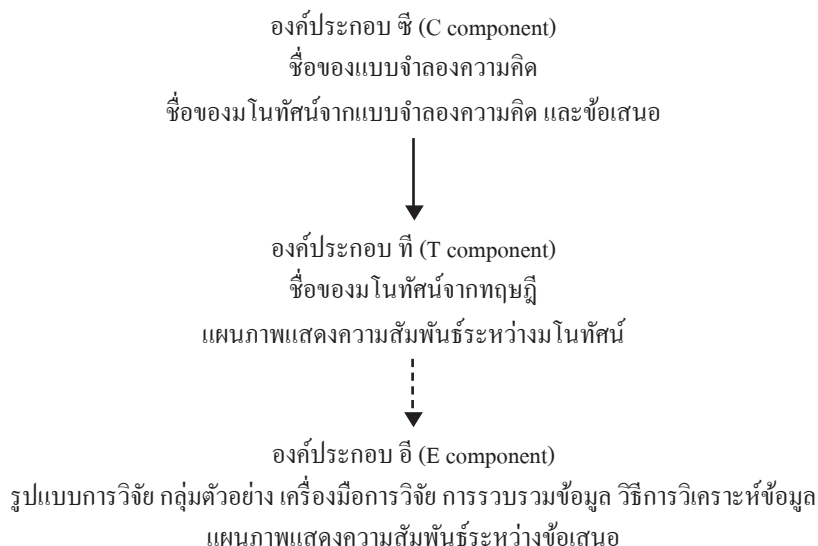
ขั้นตอนที่ 1 การแยกและระบุมโนทัศน์หรือโครงสร้างหลัก เริ่มต้นจากการแยกตัวแปรหลัก ซึ่งคือ มโนทัศน์ที่ผู้วิจัย จะทำการศึกษาวิจัยออกจากตัวแปรควบคุมและตัวแปร ส่วนบุคคล จากนั้น ระบุระดับความเป็นนามธรรมของ มโนทัศน์ต่าง ๆ ที่แยกออกมา และเริ่มจัดลำดับความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรม (โครงสร้าง) ซึ่งใช้เป็นกรอบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์กับมโนทัศน์ที่สามารถนำไปทดสอบในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การระบุความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ในขั้นตอนนี้เป็นการวาดภาพความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่จะนำไปทดสอบภายใต้คำอธิบายเชิงทฤษฎี

เท่านั้น มิใช่จากการคาดการณ์ของผู้วิจัย โดยควรพิจารณาถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal) ทิศทางของความสัมพันธ์ และขนาดของความสัมพันธ์ เพื่อให้ได้โครงสร้างภาพที่สอดคล้องกับทฤษฎีมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดลำดับชั้นของและความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ตามระดับความเป็นนามธรรม โดยเรียงจากขั้นที่มีความเป็นนามธรรมไปสู่รูปธรรม โดยกำหนดให้สัจพจน์ (ข้อความที่เป็นจริงโดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์) ของทฤษฎีที่มีความเป็นนามธรรมมากที่สุดอยู่ด้านบนสุด แล้วเรียงลงมาจนถึงขั้นที่เป็นข้อเสนอทั่วไป ซึ่งระบุถึงมโนทัศน์และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์และขั้นสุดท้ายคือ สมมุติฐาน ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะนำไปทดสอบในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การแสดงโครงสร้างภาพของมโนทัศน์และความสัมพันธ์ที่ระบุไว้ เป็นการนำความสัมพันธ์ที่จัดลำดับชั้นในขั้นตอนที่สามารถแสดงผลเป็นรูปภาพ เพื่อที่จะสามารถตรวจสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องกับทฤษฎีได้ง่าย



ภาพที่ 2 แม่แบบโครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์ที่ใช้ในการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎี (Fawcett, 2017)

3. โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์ (Conceptual-theoretical-empirical [C-T-E] structure of Fawcett) ฟอล์เซทท์ และการ์ตี (Fawcett & Garity, 2009) เชื่อว่า การวิจัยเชิงประจักษ์ (Empirical research) มีพื้นฐานมาจากแบบจำลองความคิด (Conceptual model) ซึ่งถูกออกแบบขึ้นมาเพื่อใช้สร้างหรือทดสอบทฤษฎีด้วยวิธีการเชิงประจักษ์ ดังนั้น โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ (Conceptual-theoretical-empirical [C-T-E] structure) จึงเป็นวิธีการที่ช่วยในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจากทฤษฎี ระบุมโนทัศน์และเครื่องมือที่จะใช้วัด และสร้างแผนภาพ (Diagram) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกรอบแนวคิด ทฤษฎี และวิธีการวิจัยให้ชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเห็นถึงความเชื่อมโยงและสามารถออกแบบระเบียบวิธีวิจัยเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับทฤษฎีที่จะนำมาใช้ได้ (Fawcett, 2017; Fawcett & Garity, 2009) โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Fawcett, 2009; Fawcett, 2021b; Fawcett & Garity, 2009) ได้แก่

3.1 องค์ประกอบ ซี (C component) คือ แบบจำลองความคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากชุดของมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมและทั่วไปและข้อความความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ดังนั้น แบบจำลองความคิดจึงมีความเป็นนามธรรมสูงและสามารถใช้เป็นกรอบในการอ้างอิงเพื่อพัฒนาทฤษฎีระดับกลางและการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถนำมาใช้ในการวิจัยและการปฏิบัติได้โดยตรง

3.2 องค์ประกอบ ที (T component) คือ ทฤษฎีที่ได้มาจากแบบจำลองความคิดและสามารถทดสอบได้โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ ซึ่งในที่นี้หมายถึงทฤษฎีระดับกลางและทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์ ประกอบด้วย มโนทัศน์ที่เป็นรูปธรรมและค่อนข้างเฉพาะเจาะจง และข้อความเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์

3.3 องค์ประกอบ อี (E component) คือ ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และตัวบ่งชี้เชิงประจักษ์ (Empirical indicator) ซึ่งคือ เครื่องมือการวิจัยแบบประเมิน

การจัดกระทำ (Intervention) การรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

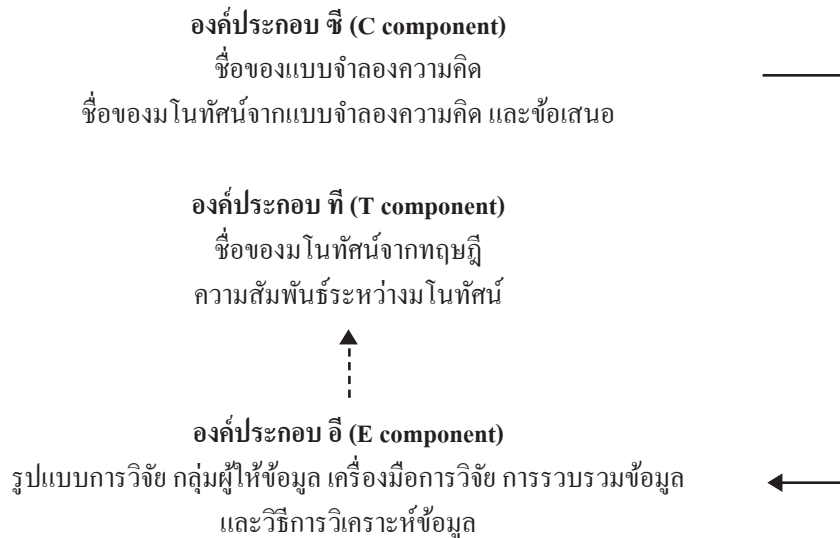
แผนภาพโครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้เป็นกรอบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองความคิด ทฤษฎี และวิธีการวิจัย ฟอล์เซทท์ (Fawcett, 2017) ได้กำหนดองค์ประกอบภายในแผนภาพเป็นลำดับชั้นโดยวางองค์ประกอบ ซี ไว้ด้านบนสุด และภายในองค์ประกอบกำหนดให้มีการระบุชื่อแบบจำลองความคิด ชื่อและคำนิยามของมโนทัศน์ที่เลือกมาจากแบบจำลองความคิด และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เพื่อแสดงแนวคิดพื้นฐานของปรากฏการณ์ที่จะศึกษาให้ชัดเจน รองลงมาคือ องค์ประกอบ ที โดยกำหนดให้ระบุชื่อทฤษฎีที่ใช้อธิบายมโนทัศน์ที่เลือกในองค์ประกอบ ซี คำนิยามของมโนทัศน์ที่เลือกมาจากทฤษฎี ซึ่งหมายถึง คำนิยามเชิงปฏิบัติการ และข้อเสนอที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ และด้านล่างสุดคือ องค์ประกอบ อี โดยกำหนดให้ระบุรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ตัวบ่งชี้เชิงประจักษ์ที่ใช้วัดหรือทดสอบมโนทัศน์จากทฤษฎี ซึ่งหมายความว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยเชิงทดลองนั้นหมายรวมถึงชื่อโปรแกรม รูปแบบ หรือแนวปฏิบัติที่จะนำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยด้วย นอกจากนี้ยังต้องระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวบ่งชี้เชิงประจักษ์ ซึ่งคือ สมมุติฐานการวิจัย ให้ชัดเจน

นอกจากนี้ ฟอล์เซทท์ (Fawcett, 2017) ยังได้กำหนดสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลักภายในแผนภาพดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ซี และองค์ประกอบ ที ให้ใช้เส้นทึบที่มีหัวลูกศร (Solid lines with arrowheads) และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ที และองค์ประกอบ อี ให้ใช้เส้นประที่มีหัวลูกศร (Dashes with arrowheads) ดังแสดงในภาพที่ 2

อย่างไรก็ตาม สำหรับการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีหรือวิจัยเชิงคุณภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละองค์ประกอบภายในโครงสร้างจะมีความแตกต่างจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งนี้เพราะการวิจัยชนิดนี้มักถูกใช้เป็นแนวทางในการอุปนัย โดยการนำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัย

มาสร้างมโนทัศน์ และสรุปความสัมพันธ์เพื่อให้เกิด
ทฤษฎีใหม่ ดังนั้น แบบจำลองความคิดนี้จึงมีความสัมพันธ์

กับระเบียบวิธีวิจัยที่นำไปสู่การสร้างทฤษฎี ดังแสดงไว้ในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แม่แบบโครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์ ที่ใช้ในการวิจัย
เพื่อสร้างทฤษฎี (Fawcett, 2017)

จะเห็นได้ว่าวิธีการวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่าง
มโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัยของนักวิชาการทั้ง 3 ท่าน
มีจุดมุ่งหมายที่คล้ายกันก็คือ การสร้างความสัมพันธ์ที่
ชัดเจนระหว่างกรอบทฤษฎีกับการดำเนินการวิจัย

โดยวิธีการวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์
ทฤษฎี และการวิจัยแต่ละวิธีมีลักษณะเด่นที่เหมาะสมกับ
การประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจุดเด่น และข้อสังเกตของแบบจำลองโครงสร้างย่อยของกิบส์ โครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎีของอินซอร์ และโครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์

ลักษณะ	แบบจำลองโครงสร้างย่อยของกิบส์	โครงสร้างย่อยเชิงทฤษฎีของอินซอร์	โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์
จุดเด่น	เน้นการสร้างเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างระดับนามธรรมที่แตกต่างกันในกระบวนการวิจัย ตั้งแต่ระดับทฤษฎีที่เป็นนามธรรมสูง ไปจนถึงระดับของตัวแปรที่สามารถวัดได้เชิงประจักษ์ ทำให้เห็นภาพรวมของโครงสร้างวิจัยได้อย่างเป็นระบบ	เน้นการสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่ชัดเจนระหว่างแนวคิดหรือมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ช่วยให้เห็นภาพรวมของกลไกที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน	เน้นการสร้างเชื่อมโยงที่เป็นระบบระหว่างแนวคิดทฤษฎี และกระบวนการวิจัย ช่วยให้เห็นภาพรวมของการศึกษา ตั้งแต่การกำหนดปัญหาไปจนถึงการตีความผลการวิจัย
ข้อสังเกต	จะช่วยให้เห็นภาพรวมของโครงสร้างวิจัยได้ชัดเจน แต่ก็อาจเน้นที่การจัดลำดับขั้นของโครงสร้างมากกว่าการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งอาจจำกัดการนำไปใช้ในบางบริบทของการวิจัย	จะช่วยให้เห็นภาพความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจน แต่ก็อาจเน้นที่การวิเคราะห์ในระดับทฤษฎีมากกว่าการนำไปประยุกต์ใช้กับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยตรง ซึ่งอาจจำกัดการนำไปใช้ในบางบริบทของการวิจัย	จะให้ภาพรวมที่ครอบคลุม แต่ก็ต้องการความรอบคอบในการสร้างแบบจำลองความคิดและการกำหนดตัวบ่งชี้เชิงประจักษ์ ซึ่งอาจมีความซับซ้อนในบางกรณี

จากตารางเปรียบเทียบ พบว่า แบบจำลองของกิบส์เริ่มต้นจากระดับนามธรรมที่สูงที่สุด โดยเน้นที่โครงสร้างของทฤษฎี ในขณะที่แบบจำลองของอินซอร์และฟอล์เซทท์มุ่งเน้นไปที่ ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างแนวคิด และ ความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการวิจัยตามลำดับแบบจำลองของฟอล์เซทท์ มีความยืดหยุ่นในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลายมากที่สุด

การเลือกใช้แบบจำลองในการวิจัยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความซับซ้อนของงานวิจัย สิ่งสำคัญคือการสร้างความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างทฤษฎีกับการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง การสร้างแผนภาพจะช่วยให้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ตัวอย่างของนำการวิเคราะห์การเชื่อมโยงของฟอล์เซทท์ไปใช้ในการเชื่อมโยงทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ในส่วนนี้เป็นการนำบทความวิจัยเรื่อง “Theory-guided interventions for Chinese patients to adapt to heart failure: A quasi-experimental study” ของ วัง และคณะ (Wang et al., 2020) มาใช้เป็นตัวอย่งในการวิเคราะห์เชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของฟอล์เซทท์ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Personalized care planning intervention) ต่อการปรับตัวในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

1. องค์ประกอบ ซี การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) (Roy & Andrews, 2009) เป็นแบบจำลองความคิดเพื่อใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาล โดยเลือกใช้ 4 มโนทัศน์จากทฤษฎีมาใช้เป็นกรอบการพัฒนาโปรแกรมและทดสอบผลการนำโปรแกรมไปใช้ดังนี้

1.1 ระบบ (System) หมายถึง ชุดของส่วนต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อจุดประสงค์บางอย่างโดยอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน นอกจากความเป็นองค์รวม (wholeness) และส่วนที่มีความสัมพันธ์กันแล้ว ระบบประกอบด้วย การนำเข้า (Input) ผลลัพธ์ (Output) และกระบวนการควบคุมและสะท้อนกลับ (Control and feedback process) (Phillips, 2002)

1.2 สิ่งเร้า (Stimuli) คือ สิ่งที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการตอบสนองจากระบบมนุษย์ ประกอบด้วย สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) (Phillips, 2002; Wang et al., 2020)

1.3 กระบวนการจัดการ (Coping process) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย กลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และกลไกที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการรับรู้และข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงอารมณ์ (Phillips, 2002)

1.4 รูปแบบการปรับตัว (Adaptive modes) เป็นวิธีการปรับตัวของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) ปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกัน (Interdependent mode)

2. องค์ประกอบ ที จากมโนทัศน์ที่ได้ในขั้นตอนแรก และคณะ (Wang et al., 2020) ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ว่า สิ่งเร้าเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการปรับตัวของบุคคลนั้นผ่านกระบวนการจัดการต่าง ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการควบคุม

การตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยได้กำหนดมโนทัศน์เชิงทฤษฎีไว้ดังนี้

2.1 สิ่งเร้าสิ่งเร้าตรงสามารถแสดงได้ด้วยความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว สิ่งเร้าร่วมแสดงได้ด้วยข้อมูลส่วนบุคคล วิถีชีวิต (Lifestyle) และกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion activities) และสิ่งเร้าแฝงแสดงได้ด้วยความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรม

2.2 กระบวนการจัดการ ในการวิจัยนี้เลือกใช้เฉพาะกระบวนการจัดการที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการรับรู้และข้อมูลเท่านั้น ซึ่งแสดงได้ด้วยการรับรู้ความหมายของความเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 รูปแบบการปรับตัว ประกอบด้วย การปรับตัวทั้ง 4 รูปแบบ ซึ่งแสดงได้ด้วยการทำงานของหัวใจ (Heart function) คุณภาพชีวิต ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุน (Feeling of being supported)

2.4 ผลลัพธ์ แสดงได้ด้วยพฤติกรรมในการปรับตัวได้ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ

3. องค์ประกอบ อี ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะตัวบ่งชี้เชิงประจักษ์เพื่อแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของการแปลงคำนิยามจากทฤษฎีนำมาสู่การทดสอบในการวิจัยเท่านั้น

3.1 การประเมินสิ่งเร้า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวถูกวัดได้ด้วย แบบประเมินระยะของความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล วิถีชีวิต กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และความคิดความเชื่อทางวัฒนธรรมถูกวัดด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3.2 กระบวนการจัดการ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและปรับตัวต่อภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ประกอบด้วย การวางแผนการดูแลตามวัฒนธรรม (Culturally-tailored care planning) การวางแผนการสื่อสารโดยใช้พยาบาล (Nurse-led communication planning) การจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ (Telephone-based case management) การให้คำปรึกษาทางอินเทอร์เน็ตผ่าน

โปรแกรม WeChat (Internet-based consultation via WeChat) และการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย (Tracking patients' outcome)

3.3 รูปแบบการปรับตัวผู้วิจัยได้กำหนดการประเมินไว้ดังนี้

3.3.1 การปรับตัวด้านร่างกาย คือ การทำงานของหัวใจ ถูกวัดได้ด้วยการทำอัลตราซาวด์หัวใจเพื่อค่าสัดส่วนการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction)

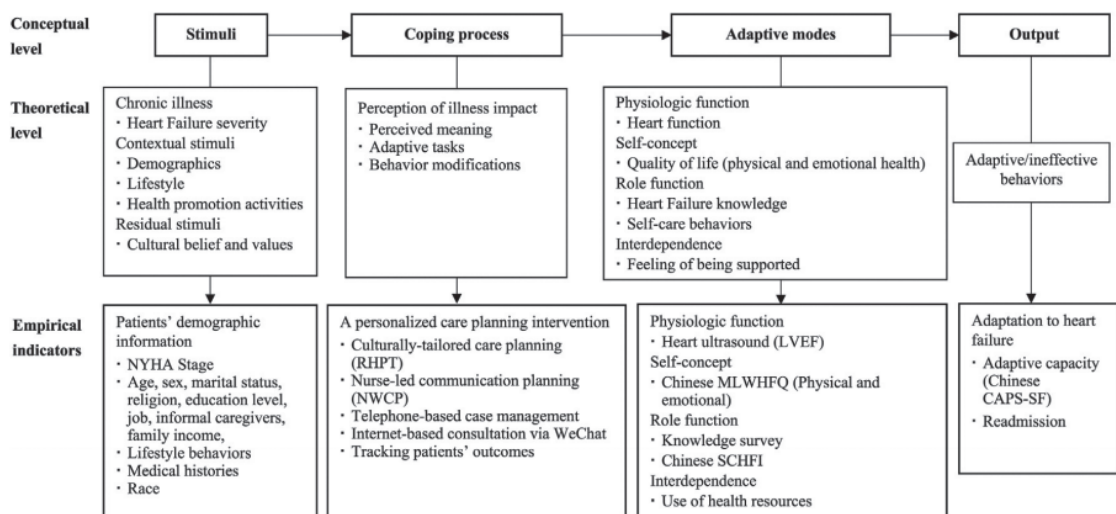
3.3.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ คือ คุณภาพชีวิตวัดได้โดยใช้แบบสอบถามการใช้ชีวิตอยู่กับโรคหัวใจล้มเหลวของมินเนโซตาฉบับภาษาจีน (Minnesota living with heart failure questionnaire)

3.3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกวัดด้วยแบบทดสอบความรู้ภาวะหัวใจล้มเหลวของแอตแลนตา (Atlanta heart failure knowledge test) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.3.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน คือ ความรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนประเมินถูกวัดโดยการสังเกตและสอบถามจากพยาบาลขณะเข้าร่วมโปรแกรม

3.4 ผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการปรับตัวถูกวัดด้วยแบบประเมินกระบวนการจัดการและการปรับตัวบับย่อ (Coping and adaptation processing scale-short form) และประวัติการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ (Readmission)

อย่างไรก็ตาม วัง และคณะ (Wang et al., 2020) ได้ทำแผนภาพโครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของการปรับตัวต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ดังแสดงในภาพที่ 4 แม้ว่าในแผนภาพไม่ได้แสดงข้อความให้ครอบคลุมตามที่ฟอล์กเฮทท์ได้ระบุไว้ แต่ก็สามารถแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของการนำมโนทัศน์ในระดับนามธรรมของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) มาใช้ในการวิจัยได้



ภาพที่ 4 โครงสร้างมโนทัศน์ ทฤษฎี และวิธีการวิจัยเชิงประจักษ์ของการปรับตัวต่อภาวะหัวใจล้มเหลวของ วัง และคณะ (Wang et al., 2020)

สรุป

การนำทฤษฎีมาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้การวิจัยมีความเป็นระบบ มีหลักฐานสนับสนุน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจำเป็นต้องเข้าใจทฤษฎีที่จะนำมาใช้อย่างถ่องแท้และเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีไปสู่กระบวนการวิจัยที่เป็นรูปธรรมได้ วิธีการวิเคราะห์การเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ ทฤษฎี และการวิจัย วิธีการวิเคราะห์ต่าง ๆ เช่น แบบจำลองของกิบส์, อินซอร์ และฟอล์เซทท์ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีกับการวิจัยได้อย่างเป็นระบบ ทำให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างตรงจุด ดังนั้น การใช้ทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการแพทย์เป็นสิ่งจำเป็น และการเลือกใช้เครื่องมือวิเคราะห์ที่เหมาะสมจะช่วยให้การวิจัยมีคุณภาพสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Chin, P. L., & Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing: A systematic approach* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Fawcett, J. (2009). Using the Roy adaptation model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan*, 9(3), 297-306.
- Fawcett, J. (2017). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research, and practice*. New York: Springer.
- Fawcett, J. (2021a). Middle-range theories and situation-specific theories: Similarities and differences. In E. Im & A. I. Meleis (Eds.), *Situation specific theories: Development, utilization, and evaluation in nursing* (pp. 39-48). Switzerland: Springer.
- Fawcett, J. (2021b). Empirical indicators: Conceptual and theoretical origins. *Aquichan*, 21(4), e2144.
- Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Gibbs, J. P. (1972). *Sociological theory construction*. Hinsdale: Dryden.
- Hinshaw, A. S. (1979). Problems in doing research. Theoretical substruction: An assessment process. *Western Journal of Nursing Research*, 1(4), 319-324.
- McQuiston, C. M., & Campbell, J. C. (1997). Theoretical substruction: A guide for theory testing research. *Nursing Science Quarterly*, 10(3), 117-123.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phillips, K. D. (2002). Sister Callista Roy: Adaption model. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (5th ed.) (pp. 269-289). St. Louis: Mosby.
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-235.
- Roy, S. C., & Andrews, H. A. (2009). *Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Russo, S. A. (2019). *Development and psychometric analysis of the Roy adaptation modes scale (RAM) to measure coping and adaptation* (Doctoral dissertation). Retrieved from https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4181&context=gc_etds
- Suwannakeeree, W., & Jullmusi, O. (2025). Analysis and evaluation of nursing theories: processes and application. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 19(1), 1-13. [in Thai]

- Wang, X., Tang, L., Howell, D., Zhang, Q., Qiu, R., Zhang, H., ... Ye, Z. (2020). Theory-guided interventions for Chinese patients to adapt to heart failure: A quasi-experimental study. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 391-400.
- Wolf, Z. R., & Heinzer, M. M. (1999). Substruction: Illustrating the connections from research question to analysis. *Journal of Professional Nursing*, 15(1), 33-37.

บทความวิชาการ

แนวทางการดูแลผู้หญิงที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน Guidelines for the Management of Women with Overactive Bladder

สมพร ชินโนรส (Somporn Chinnoros)*

Received: October 18, 2024

Revised: November 20, 2024

Accepted: March 9, 2025

บทคัดย่อ

ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินพบได้บ่อยในผู้หญิง โดยมีอาการปัสสาวะรีบเร่ง ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน โดยมีหรือไม่มีปัสสาวะเล็ดราด ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม การจัดการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยแนวทางที่ครอบคลุม ถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยา และบางกรณีอาจต้องใช้ในการผ่าตัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การควบคุมการดื่มน้ำ และการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เป็นต้น การใช้ยา เช่น ยา anticholinergic ยา beta-3 agonist สำหรับผู้หญิงที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินที่การรักษาดังกล่าว ไม่ได้ผลอาจต้องใช้ในการฉีด botox การฝังอุปกรณ์กระตุ้นเส้นประสาท หรือการผ่าตัดเสริมความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านจิตสังคม และการให้ความรู้ยังมีความสำคัญต่อการดูแล โดยช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับภาวะอารมณ์ และปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้หญิงที่มีภาวะ กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: แนวทางการดูแล ผู้หญิง ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

*Corresponding author: Somporn Chinnoros; E-mail: somporn@slc.ac.th

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College)

Abstract

Overactive bladder is a common condition in women, and is characterized by urgency, frequency urination, and nocturnal urination, with or without urine leakage. The condition has a significant impact on quality of life, leading to physical, emotional, and social problems. Effective management requires a comprehensive approach that includes behavior modification, medication, and, in some cases, surgery. Behavior modification, such as bladder training, fluid control, and pelvic floor muscle exercises, and medications, such as anticholinergics and beta-3 agonists, may be used. For women with overactive bladder who have not received these treatments, Botox injections, nerve stimulation devices, or bladder muscle strengthening surgery may be used. In addition, psychosocial support and education are important for care, helping patients manage their emotions and adhere to treatment plans, resulting in improved quality of life for women with overactive bladder.

Keywords: Guideline for caring, Women, Overactive bladder,

บทนำ

ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (Overactive bladder: OAB) เป็นภาวะที่พบบ่อยและมักสร้างความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิง OAB มีลักษณะเฉพาะคือ อาการปัสสาวะรีบเร่ง ปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะตอนกลางคืน (ตื่นกลางดึกเพื่อปัสสาวะ) โดยมีหรือไม่มีอาการปัสสาวะเล็ดราด OAB พบได้ทั่วโลก พบร้อยละ 14 (Kurosch, Mager, Gust, Brandt, Borgmanz, & Haferkamp, 2015) ความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ได้มีการสำรวจหาความชุกของ OAB ในโปแลนด์และประเทศในยุโรปตะวันออกพบเป็นผู้หญิง ร้อยละ 39.5 และผู้ชาย ร้อยละ 26.8 (Przydacz, Golabeck, Dudek, Lipinski, & Chlosta, 2020) และการสำรวจความชุกของ OAB ในจอร์แดนพบว่า เป็นผู้หญิง ร้อยละ 32.4 ผู้ชาย ร้อยละ 22 (Qudah et al., 2023) จะเห็นได้ว่า OAB พบมากในผู้หญิง เมื่อสำรวจความชุกของ OAB ของผู้หญิงในจีน พบร้อยละ 14 (Huang et al., 2021) และผู้หญิงในตุรกี พบร้อยละ 42.8 (Irer, Sen, Bozkurt, Denir, & Esen, 2018) สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของ OAB

ในผู้หญิงในกรุงเทพ พบความชุกร้อยละ 16.6 (Honglutsakul, 2019)

อาการของ OAB อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้รู้สึกอับอาย แยกตัวจากสังคม และความเป็นอยู่โดยรวมลดลง ผู้หญิงเปราะบางต่อภาวะ OAB เนื่องจากปัจจัยทางกาย ฮอร์โมนและวิถีชีวิต การตั้งครรภ์ การคลอด ภาวะหมดประจำเดือน และกระบวนการสูงอายุทำให้ผู้หญิงเสี่ยงสูงต่อการเป็น OAB อาการปัสสาวะบ่อย รบกวนการทำงานประจำวัน การทำงานและการเข้าสังคม เนื่องจากประชากรมีอายุมากขึ้นและมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพสตรี พยาบาลจึงควรกล่าวถึง OAB อย่างครอบคลุมและเห็นอกเห็นใจ การดูแลผู้หญิงที่เป็น OAB ต้องใช้แนวทางสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ ให้การรักษาเป็นรายบุคคล และการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การจัดการ OAB ที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงแต่บรรเทาอาการทางกาย แต่ยังทำให้จิตใจและอารมณ์ดี

ขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมหลายด้าน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพกายและจิตใจ การเข้าสังคม รวมถึงความสามารถในการประกอบอาชีพ

อาการของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

อาการภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน เป็นชื่อกลุ่มอาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งประกอบด้วย 4 อาการ ดังนี้ 1) ปัสสาวะรีบเร่ง (Urgency) หมายถึง อาการรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ ซึ่งเกิดขึ้นฉับพลันและรุนแรงจนไม่สามารถรอได้ 2) ปัสสาวะบ่อย (Frequency) หมายถึง มีการถ่ายปัสสาวะที่บ่อยกว่าปกติ คือ มากกว่า 8 ครั้งต่อวัน 3) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือปัสสาวะเล็ดราด (Urge incontinence) หมายถึง การเล็ดราดของปัสสาวะที่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากความรู้สึกปวดปัสสาวะอย่างเฉียบพลัน และ 4) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) หมายถึง ตื่นขึ้นมาเพื่อปัสสาวะตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปหลังจากเข้านอนแล้ว ปัจจุบันชมรมควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะแห่งประเทศไทยให้ความสำคัญกับอาการปัสสาวะรีบเร่งเป็นอาการสำคัญ โดยอาจมีปัสสาวะเล็ดราดตามหลังอาการปัสสาวะรีบเร่งร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ และอาจมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนร่วมด้วย (Thai Urology Association, 2020)

สรีรวิทยาของการปัสสาวะในภาวะปกติ

การปัสสาวะในภาวะปกติต้องอาศัยการทำงานที่ประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อที่ทำงานอยู่นอกอวัยวะควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) และกล้ามเนื้อที่ทำงานได้อำนาจจิตใจ สั่งการจากสมอง (Central nervous system) เพื่อให้สามารถควบคุมการเก็บกักและขับถ่ายปัสสาวะได้ โดยในเวลา 2-3 ชั่วโมงแรกของระยะเก็บกักเก็บน้ำปัสสาวะจะค่อยๆ สะสมในกระเพาะปัสสาวะ โดยกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะจะคลายตัว ทำให้กระเพาะปัสสาวะขยายตัว และกล้ามเนื้อหูรูดที่อยู่ถัดจากกระเพาะปัสสาวะลงมาจะปิดสนิท เพื่อกักเก็บน้ำปัสสาวะไว้ภายใน และป้องกันไม่ให้เกิดการเล็ดราดของน้ำปัสสาวะ เมื่อกระเพาะปัสสาวะมีปริมาตรของน้ำปัสสาวะถึง 200-300 มิลลิลิตร เส้นประสาทที่กระเพาะปัสสาวะจะส่งสัญญาณ

ไปยังสมองว่ากระเพาะปัสสาวะกำลังจะเต็ม ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกปวดปัสสาวะ (ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ) ในคนปกติจะสามารถชะลอการขับถ่ายปัสสาวะหรือกลั้นปัสสาวะได้ หากยังไม่สะดวกจะไปเข้าห้องน้ำ โดยสมองจะสั่งการให้กล้ามเนื้อหูรูดกระชับแน่น ความต้องการถ่ายปัสสาวะจะลดลงชั่วคราว ถ้ากระเพาะปัสสาวะยังไม่ถึงความจุปริมาตรสูงสุด 360-400 มิลลิลิตร ก็จะยังกักเก็บน้ำปัสสาวะเพิ่มและขยายออกได้ หรือกระเพาะปัสสาวะที่ถูกบรรจุนเต็มยังสามารถขยายตัวเพิ่มรองรับได้อีกหลายสิบมิลลิลิตร เมื่อสภาพแวดล้อมเหมาะสมและคนตัดสินใจถ่ายปัสสาวะ สมองจะสั่งการให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว ซึ่งจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัว ทำให้เกิดการขับถ่ายน้ำปัสสาวะไหลออกจากกระเพาะปัสสาวะ ผ่านท่อปัสสาวะออกมาสู่ภายนอก ร่างกาย (Kachakarn & Setthawong, 2018)

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

ภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน เป็นภาวะที่ควบคุมกล้ามเนื้อ detrusor ในกระเพาะปัสสาวะไม่ได้ในระยะเก็บกักปัสสาวะ จึงทำให้เกิดอาการปัสสาวะรีบเร่ง ปัสสาวะบ่อย และทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือมีปัสสาวะเล็ดราด สาเหตุของกลุ่มอาการ OAB นั้นยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อย่างไรก็ตามกลุ่มอาการ OAB อาจเกิดจากปัจจัยทางประสาท หรือกล้ามเนื้อ การขับถ่ายปัสสาวะในภาวะปกติ สมองและไขสันหลังจะประสานกับกล้ามเนื้อ detrusor กล้ามเนื้อเรียบของท่อปัสสาวะ และกล้ามเนื้อลายของหูรูดรอบท่อปัสสาวะ และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ถ้าระบบประสาทเสียไปจะทำให้มีอาการ OAB สำหรับปัจจัยทางกล้ามเนื้ออาจเพิ่มการเชื่อมของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้มีการหดตัวเพิ่มขึ้น หรือกล้ามเนื้อหดตัวจากตัวรับการยืด (Stretch receptor) ให้ตอบสนอง และให้ความรู้สึกของปัสสาวะรีบเร่ง ส่วน OAB ที่ไม่ทราบสาเหตุอาจเกิดจากหลายปัจจัย แต่ผลลัพธ์เหมือนกัน (Zoe, 2016) โดยสรุป OAB เกิดจากกล้ามเนื้อ detrusor ทำงานมากเกินไป (Peyronnet et al., 2019) อย่างไรก็ตาม คนที่มาด้วยอาการ OAB เมื่อไปตรวจเพิ่มเติมด้วยการทำ urodynamic ก็ไม่พบว่ากล้ามเนื้อ detrusor ทำงานมากเกินไป ดังนั้นอาจมีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิด OAB (Yates, 2023)

การวินิจฉัยภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

การวินิจฉัยภาวะ OAB ต้องอาศัยหลักฐานหลายอย่างประกอบกัน โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้

1. การซักประวัติเป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญที่สุดที่ช่วยประเมินอาการ ความรุนแรง ผลกระทบ การซักประวัติที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยโรคประกอบด้วย

ซักประวัติการถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และ/หรือร่วมกับการใช้แบบสอบถาม overactive bladder symptom score (OABSS) (Thai Urology Association, 2020) จะช่วยให้การคัดกรองอาการผิดปกติเบื้องต้นได้ครอบคลุมขึ้น

ประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกรานหรือช่องคลอด การผ่าตัดนี้ว เป็นต้น

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นปัจจัยให้เกิดอาการในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน หรือบาดเจ็บไขสันหลัง (Leron, Weintraub, Mastrolia, & Schwanzman, 2017)

ประวัติการใช้ยา ขาบางอย่างอาจทำให้อาการ OAB ดีขึ้นหรือเลวลง ยาที่อาจมีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ผ่านทางกลไก ดังนี้ ความดันในท่อปัสสาวะลดลง ได้แก่ neuroleptics, benzodiazepines, และ α -adrenergic blockers มีน้ำปัสสาวะมาก เช่น ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น ปัสสาวะออกไม่หมด เช่น β -blocker ยารักษาโรค Parkinson เป็นต้น (Leron et al., 2017).

2. การตรวจร่างกาย ควรเริ่มจากการสังเกตผู้ป่วยโดยรวม และอวัยวะที่อาจมีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดังนี้

การตรวจท่อน้ำมีผลเป็น เนื้องอกที่มดลูก ไส้เลื่อน กระเพาะปัสสาวะโป่งเนื่องจากน้ำปัสสาวะเต็มหรือไม่ การตรวจหา upper motor lesion เช่น โรค Parkinson เป็นต้น การตรวจหา lower motor lesion เช่น sacral nerve root lesion เป็นต้น

การตรวจภายในในผู้ป่วยเพศหญิง (Vaginal examination) เพื่อดูว่ามีอวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนใหม่ เนื่องจาก

cystocele และ rectocele อาจทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด และมีปัสสาวะเล็ด

การตรวจทวารหนัก (Rectal examination) เพื่อประเมิน anal sphincter tone การมีภาวะอุจจาระอัดแน่นจะทำให้ sigmoid และ rectal ยึดขยาย ทำให้ detrusor ทำงานได้ไม่เต็มที่ และทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด

3. บันทึกการถ่ายปัสสาวะ (Bladder diary) โดยบันทึกปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละครั้ง ปริมาณน้ำปัสสาวะที่ออกมาในแต่ละครั้ง อาการปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเล็ดราดบ่อยไหม มีน้ำปัสสาวะเล็ดออกมาจำนวนเท่าไร เป็นต้น โดยบันทึกการถ่ายปัสสาวะ 3 วัน จากการทำบันทึกการถ่ายปัสสาวะ พบว่า คนที่มีภาวะ OAB จะมีอาการปัสสาวะเร่งรีบ ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะตอนกลางคืน โดยที่มีหรือไม่มีปัสสาวะเล็ดราด (Leron et al., 2017).

4. การสวนปัสสาวะดูปริมาณปัสสาวะตกค้าง (Post-voiding residual volume: PVR) เป็นการวัด ปริมาณน้ำปัสสาวะที่ตกค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังจากปัสสาวะเสร็จทันที โดยอาจวัดด้วยการใส่สายสวนปัสสาวะ หรือทำอัลตราซาวด์ ค่าปริมาณปัสสาวะตกค้างมีค่าปกติ 100-150 มิลลิลิตร แต่ที่ขึ้นอยู่กับความจุของกระเพาะปัสสาวะ การตรวจนี้อาจทำในผู้ที่มีการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อย หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัสสาวะค้างค้ำจากที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาท (Thai Urology Association, 2020)

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน เช่น การตรวจปัสสาวะเพื่อแยกความผิดปกติจากโรคอื่น เช่น นิ่ว เป็นต้น การตรวจหาเชื้อในปัสสาวะ และตรวจเลือด เพื่อหาระดับ glycosylated hemoglobin (HbA1C) อิเล็กโทรไลต์ และระดับครีเอตินิน เพื่อประเมินการทำงานของไต (Scarneci et al., 2021)

สรุป การวินิจฉัยกลุ่มอาการ OAB เป็นการวินิจฉัยตามกลุ่มอาการ หากต้องการทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ จำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางจุโรพยาธิศาสตร์เป็นสำคัญ และจะทำในผู้ที่มีปัญหา OAB บางรายเท่านั้น

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

ปัจจัยเสี่ยงของ OAB ในผู้หญิง มีหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจทำให้เป็น OAB เพิ่มขึ้น หรือทำให้มีอาการแย่ลง ตามรายละเอียด ดังนี้

อายุ ผู้หญิงที่มีอายุเพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อการเป็น OAB เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกระเพาะปัสสาวะ และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน จากการศึกษาของหลายท่านพบว่า อายุสัมพันธ์กับ OAB (Chae, Yoo, Jeong, Pyeon, & Kim, 2018; Zhu, Hu, Dong, & Li, 2019)

เพศ ผู้หญิงเป็น OAB มากกว่าผู้ชาย สาเหตุอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน โดยเฉพาะการหมดประจำเดือนและการมีเอสโตรเจนลดลง (Willis-Gray, Dieter, & Geller, 2016) ปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และภาวะกระบังลมหย่อนสัมพันธ์กับความเสี่ยง OAB เพิ่มขึ้น สำหรับผู้ชายปัจจัยเรื่องฮอร์โมนอาจทำให้เกิด OAB (Pyeronnet et al., 2019)

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

1. ความอ้วน โดยความอ้วนจะเพิ่มความดันในช่องท้องต่ออุ้งเชิงกราน (Qudah et al., 2023) ทำให้มีอาการปัสสาวะเรื้อรัง และปัสสาวะบ่อย และมีอาการ OAB รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ความอ้วนยังสัมพันธ์กับความชุกของ OAB (Mckeller, Bellin, Schoenbaum, & Abraham, 2019; Zhu et al., 2019)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ OAB สามารถทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ ได้แก่ ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความผิดปกติเหล่านี้ด้วยตัวมันเองก็ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของ OAB ได้ ปัจจัยการปลดปล่อยคอร์ติโคโทรฟิน (Corticotrophin releasing factor) อาจเป็นปัจจัยร่วม (Pyeronnet et al., 2019)

3. โรคร่วม การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะอย่างเรื้อรังสัมพันธ์กับ OAB (Qudah et al., 2023) นอกจากนี้ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับ OAB ในผู้หญิง (Irer, Sen, Bozkurt, Denir, & Esen, 2018) โดยมีผลต่อการควบคุมกระเพาะปัสสาวะและการทำหน้าที่

4. ยา ยาขับปัสสาวะทำให้ OAB แย่ลง โดยการผลิตน้ำปัสสาวะมากเกินไป ในขณะที่การรักษาโดยใช้

ฮอร์โมนทดแทน ยาต้านซึมเศร้า (Antidepressant) ยาต้านอาการทางจิต (Antipsychiatric) และ alpha-blocker อาจทำให้กล้ามเนื้อ detrusor หดตัวโดยอัตโนมัติ (Hutchinson, Nesbitt, Joshi, Clubb, & Parera, 2020)

5. เชื้อชาติเป็นปัจจัยเสี่ยง พบภาวะ OAB มากในคนเชื้อชาติ African-American และคน Hispanic (Mckeller et al., 2019)

6. อื่น ๆ ได้แก่ การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยการดื่มกาแฟในปริมาณมากจะระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะเรื้อรังเพิ่มขึ้น และอาการของ OAB แย่ลง การสูบบุหรี่และการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงของ OAB (Willis-Gray et al., 2016) อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มสุราไม่สัมพันธ์กับ OAB (Zhu et al., 2019)

การรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

การรักษาภาวะ OAB มี 2 วิธี คือ การใช้ยาและการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. การใช้ยา

1.1 ยากลุ่ม antimuscarinics/anticholinergic ได้แก่ oxybutynin, tolteradine, darifenacin, solifenacin, tropium choloride, และ fesoterodine การออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อ detrusor ในกระเพาะปัสสาวะคลายตัวเพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะ และลดภาวะ OAB โดยการ blocking M2 และ M3 receptors ในร่างกาย รวมทั้งกระเพาะปัสสาวะ ยับยั้งการทำงานของ afferent nerve นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ว่าการใช้ ยา antimuscarinics ในผู้หญิงสูงอายุ และมีอายุมากกว่า 70 ปีที่มีภาวะ OAB จะทำให้เสี่ยงต่อความจำลดลงและสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น (Thomas & Walters, 2020) จากเหตุผลดังกล่าวจึงมีการสร้าง anticholinergic burden scale (ABS) ขึ้นมาเพื่อประเมินความเสี่ยงของบุคคลที่ใช้ยากลุ่มนี้ (Tooze-Hobson & Robinson, 2019) อาการข้างเคียงของยาในกลุ่ม antimuscarinics ที่พบบ่อย คือ ตาพร่า ตาแห้ง ปากแห้ง gastric disturbance และท้องผูก สำหรับข้อห้าม คือ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นต่อหิวนชนิดมูเมก

1.2 ยากลุ่ม beta -3 agonist ได้แก่ mirabegron การออกฤทธิ์ทำให้กระเพาะปัสสาวะคลายตัวในระยะ filling และยับยั้ง detrusor overactivity จะใช้เมื่อมีข้อห้ามในการใช้ antimuscarinics หรือใช้แล้วไม่ได้ผล หรือยอมรับอาการข้างเคียงไม่ได้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง โรคโพรงจมูกอักเสบ และติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

1.3 การใช้ฮอร์โมนทดแทน เช่น เอสโตรเจนครีม ใช้ทาช่องคลอดในผู้หญิงหลังหมดประจำเดือนที่มีปัญหา กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และช่องคลอดเหี่ยว จากการทบทวนวรรณกรรมของลิน (Lin, 2021) เรื่องการใช้เอสโตรเจนครีมทาช่องคลอดเพื่อรักษาอาการภาวะ OAB ในผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน พบว่า topical estrogen ช่วยทำให้อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ดีขึ้น โดยทำให้มีประสิทธิภาพในการลดอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืน ปัสสาวะเร่งรีบและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อมีปัสสาวะเร่งรีบ ซึ่งเป็นอาการของภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

2. การไม่ใช้ยา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหา OAB สามารถควบคุมการปัสสาวะได้ ซึ่งจะช่วยให้หลายวิธีร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์คือการควบคุมการทำงานกระเพาะปัสสาวะให้ปกติมากที่สุด ดังนี้

2.1 การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ได้แก่

2.1.1 การลดน้ำหนัก จากการศึกษาความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้และปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่มี BMI สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยความอ้วนจะเพิ่มความดันในช่องท้องต่ออู้งเชิงกราน (Qudah et al., 2024) ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจึงควรลดน้ำหนักตัวลงประมาณร้อยละ 8 (Thai Urology Association, 2020) การลดน้ำหนักจะช่วยลดอาการกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน และการเกิดปัสสาวะเร่งรีบได้

2.1.2 การงดคาเฟอีน สารคาเฟอีนในกาแฟเป็นยาขับปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้คาเฟอีนยังระคายเคืองต่อเยื่อของผนังกระเพาะปัสสาวะ (Yates, 2023) ทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินเพิ่มขึ้น (Corcos et al., 2017)

2.1.3 การงดสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะระคายเคืองกล้ามเนื้อ detrusor ให้ทำงานเพิ่มขึ้น และมีอาการ OAB (Madhu, Enki, Drake, & Hashim, 2015) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุให้ออซึ่งจะทำให้ความดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้น และกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานอ่อนแอ และมีปัสสาวะเล็ดตามมาได้ (Yates, 2023)

2.2 การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (Bladder training) คือการฝึกให้กระเพาะปัสสาวะลดความถี่และความรุนแรงของการบีบลง เมื่อเริ่มมีความรู้สึก การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการ OAB เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูละครต่อไปจนจบตอน คุยโทรศัพท์ หรือทำงานที่ค้างค้างอยู่ให้เสร็จ เป็นต้น และการใช้วิธีผ่อนคลาย ได้แก่ นั่งพักให้สบาย สูดหายใจเข้าลึกๆ และผ่อนคลายๆ ทางปาก เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย หรือ ยืนนิ่งหรือนั่งนิ่งๆ การกระพือกล้ามเนื้อเพื่อให้ความรู้สึกอยากเข้าห้องน้ำผ่านไป ซึ่งจะช่วยยืดเวลาการเข้าห้องน้ำไปได้โดยให้เพิ่มระยะห่างของการปัสสาวะจากช่วงเวลา ที่นานที่สุดที่จะทนได้ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่องกัน 3 วัน อย่างไรก็ตามการฝึกกระเพาะปัสสาวะต้องทำอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไปถึงจะได้ผล (Herbert, 2019; NICE, 2019)

2.3 การควบคุมการดื่มน้ำจะช่วยให้อาการกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกินดีขึ้น ตามปกติคนที่มีความสุขภาพดีจะดื่มน้ำเฉลี่ย 1.5-2 ลิตร/วัน เพื่อทดแทนน้ำที่เสียไปตามธรรมชาติ ปริมาณน้ำจะสัมพันธ์กับการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดและปัสสาวะเร่งรีบ การจำกัดน้ำอาจช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ในบางราย อย่างไรก็ตาม การจำกัดน้ำดื่มอาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำในผู้ป่วย OAB เนื่องจากการมีน้ำน้อยในร่างกายและปัสสาวะเข้มข้นจะระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ การได้น้ำน้อย/วันในผู้สูงอายุ และการหลีกเลี่ยงภาวะขาดน้ำเป็นสิ่งสำคัญ การได้น้ำน้อยหรือได้น้ำมากต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยที่มีปัญหา OAB เพื่อให้ได้น้ำอย่างเหมาะสม (NICE, 2019) นอกจากนี้การไม่ดื่มน้ำ 2 ชั่วโมงก่อนนอนอาจช่วยให้การถ่ายปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนลดลง (Yates, 2023)

2.4 การบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน (Pelvic floor muscle training) กล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานอาจอ่อนแอลงตามอายุ การบริหารกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานช่วยเพิ่ม

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกละอองปัสสาวะที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง (Urge suppression) (Thai Urology Association, 2020) การขมิบก้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่เรียกว่า การบริหารแบบ “คีเกล” (Kegel) ช่วยให้อุ้งเชิงกรานของท่อปัสสาวะแข็งแรงขึ้น ซึ่งอาจอธิบายกลไกการทำงานผ่านทาง voluntary urinary inhibition reflex เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ pubococcygeus, puborectalis และ external urethral sphincter ขณะขมิบก้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน มีผลทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะคลายตัว ลดความรู้สึกละอองปัสสาวะ โดยการขมิบก้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ค้างไว้ 5 วินาที จากนั้นพัก 5 วินาที ลงปฏิบัติชุดละ 4 หรือ 5 ครั้ง และเพิ่มเวลาเพื่อให้อุ้งเชิงกรานขมิบก้างไว้เป็นเวลา 10 วินาที แล้วพัก 10 วินาทีในแต่ละครั้ง การกระทำดังกล่าวจะยับยั้งการหดเกร็งของ detrusor จึงทำให้ detrusor over activity ลดลง (Lucio, Lourenco, Damasceno, Moraes Lopes, D’ancona, 2019)

คาเซอร์และเบจ (Cayir & Beji, 2022) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาและโปรแกรมการฝึกอบรมต่อการรักษา ผู้หญิงที่มีภาวะ OAB พบว่าการให้คำปรึกษาและโปรแกรมการฝึกอบรมทำให้ผู้หญิงมีภาวะ OAB ลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลต่อจิตใจในทางบวก

ผลกระทบของภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

แม้ว่าภาวะ OAB จะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต อาการเริ่มต้นอาจเพียงก่อความรำคาญ หากไม่ได้รับการรักษา อาจเลวร้ายลงจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และสังคม เพศ และเศรษฐกิจ ดังนี้

ด้านร่างกาย ภาวะ OAB ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และนอนหลับไม่สนิท เนื่องจากต้องปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน ดังนั้นบุคคลที่มีภาวะ OAB จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ลื่นล้ม การเกิดกระดูกหัก หรือบาดเจ็บในระดับสูง

ด้านอารมณ์และสังคม ภาวะ OAB มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า สำหรับความกลัวว่าจะไปห้องน้ำไม่ทันหรือต้องไปห้องน้ำบ่อย ทำให้มีกิจกรรมทางกาย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และโอกาสในการทำงาน

ลดลง ส่งผลให้แยกตัวและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจจะทำให้ไปห้องน้ำไม่ทัน (Scarneciu et al., 2021)

เพศ ภาวะ OAB ทำให้สูญเสียความนับถือตนเอง (Self-esteem) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศและความสัมพันธ์ และทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง

เศรษฐกิจ ส่งผลกระทบดังนี้ 1) ต้นทุนการดูแลสุขภาพโดยตรง ผู้หญิงที่เป็น OAB ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการวินิจฉัย การจัดการและการรักษา (เช่น ยา antimuscarinics) ในบางรายต้องเสียค่าผ่าตัด (เช่น bladder augmentation) 2) สูญเสียการผลิตรายได้และการทำงาน ผู้หญิงที่มีภาวะ OAB อาจมีอาการปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่งผลให้ขาดงาน หรือทำงานได้ไม่เต็มที่ และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง 3) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะ OAB อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ ผู้หญิงอาจประสบความโดดเดี่ยวทางสังคมหรือความอับอาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ยังทำให้ต้องจ่ายเงินเพิ่มมากขึ้นสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ออกแบบมาเพื่อจัดการกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

จะเห็นได้ว่าภาวะ OAB ไม่ใช่โรคร้ายแรง แต่เป็นอาการเรื้อรังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้หญิงในเรื่องไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเรื้อรัง หรือปัสสาวะเล็ดราด ทำให้กระทบต่อความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความยุ่งยากในการใช้ชีวิตประจำวัน การเดินทางและการทำงาน มีผลต่อสุขภาพร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพศและเศรษฐกิจ จัดเป็นภัยเงียบต่อสุขภาพที่ควรให้ความสนใจมากขึ้น

แนวทางการดูแลผู้หญิงที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

แนวทางการดูแลผู้หญิงที่มีภาวะ OAB ต้องใช้การดูแลแบบองค์รวม ความเห็นอกเห็นใจและปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยเริ่มจากการประเมินภาวะ OAB ด้วยแบบประเมิน หลังจากนั้นจึงให้การดูแลผู้หญิงที่เป็น OAB ดังนี้

1.การประเมินภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

การประเมินภาวะ OAB ส่วนใหญ่ประเมินจากการถามอาการของผู้ป่วยอย่างไรก็ตามการใช้แบบประเมินภาวะ OAB จะช่วยวินิจฉัยโรคได้แม่นยำขึ้น ประเมินความรุนแรงและให้การรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แบบประเมินที่นิยมใช้ได้แก่

1) แบบสอบถาม Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการ คุณภาพชีวิต และอาการทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับ OAB แบบสอบถาม OAB-q มี 33 ข้อ วัดด้านอาการรบกวน (7 ข้อ) และด้าน HRQL scale (25 ข้อ) ด้านอาการรบกวนประกอบด้วย ปัสสาวะรีบเร่ง ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือปัสสาวะเล็ดราด ส่วนด้าน HRQL scale ประกอบด้วย coping, concern, sleep and social interaction การให้คะแนนด้านอาการรบกวนและด้าน HRQL scale ใช้มาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 (ไม่เลย) ถึง 6 (มากที่สุด) สำหรับด้านอาการรบกวน และ 1 (ไม่ทุกครั้ง) ถึง 6 (ตลอดเวลา) สำหรับ HRQOL scale นำคะแนน OAB-q แต่ละด้านมารวมกันและปรับคะแนนให้เป็น 0-100 คะแนนสูงหมายถึงความรุนแรงของอาการมากหรือมีคุณภาพชีวิตดีกว่า (Nicoletti, Tyus, & Novosel, 2020)

2) แบบสอบถามอาการของโรค OAB (Overactive Bladder Symptom Score: OABSS) ใช้วินิจฉัยและประเมินอาการของโรค OAB ของผู้ป่วย OAB แบบสอบถาม OABSS ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ (อาการ) คือ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางวัน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะรีบเร่งและกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัสสาวะราด คำถามแต่ละข้อเป็นมาตรฐานค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 3 หรือมากกว่าและมีคะแนนการปวดปัสสาวะรีบเร่ง (ข้อ 3) เท่ากับ 2 หรือมากกว่า อาจแสดงถึงภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน เมื่อนำแบบสอบถาม OABSS ฉบับภาษาไทยไปใช้ในผู้หญิงที่มีอาการ OAB พบว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือ (Bunyawetchawin, 2015; Chang, Lo, Chang, Sino, & Yeh, 2020; Kim & Kim, 2020)

3) แบบสอบถามสุขภาพการขับถ่ายปัสสาวะ King's Health Questionnaire (KHQ) เป็นแบบ สอบถามที่ใช้อย่าง

กว้างขวางในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และผู้ป่วย OAB เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ชีวิตสังคมและความผาสุก แบบสอบถาม KHQ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 9 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพโดยทั่วไป 2) ผลต่อชีวิต 3) ด้านบทบาท 4) ด้านร่างกาย 5) ด้านสังคม 6) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7) อารมณ์ 8) การนอนหลับ/พลังงาน และ 9) การวัดความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ คำถามแต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 (ไม่เลย) ถึง 4 (มาก) ปรับคะแนนรวมให้อยู่ใน scale มาตรฐาน คะแนน KHQ รวมอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ดีที่สุด และคะแนน 100 หมายถึง ไม่ดีที่สุด (Celenary, Karkut, Oskay, & Aydin, 2023)

4. แบบสอบถาม Patient Perception Bladder Condition (PPBC) ใช้ประเมินปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยในภาพรวมแบบสอบถาม PPBC มีคำถาม 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วย rate ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านภาวะกระเพาะปัสสาวะมากเพียงใด คำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับจาก 0 (ไม่มีปัญหา) ถึง 6 (มีปัญหามากที่สุด) (Coyne, Louis, Matza, Kopp, & Abrams, 2006)

5) แบบสอบถาม Overactive Bladder -Validated 8-Question Screener (OAB-V8) ใช้ประเมินการรบกวนจากอาการของภาวะกระเพาะปัสสาวะ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ คือ 1) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางวัน 2) ไม่สุขสบายจากปัสสาวะรีบเร่ง 3) ปัสสาวะรีบเร่ง 4) ปัสสาวะเล็ดราด 5) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน 6) ตื่นตอนกลางคืนเพื่อไปถ่ายปัสสาวะ 7) ควบคุมปัสสาวะรีบเร่งไม่ได้ และ 8) ปัสสาวะเล็ดราดจากการอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรง คำถามแต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า จาก 0 (ไม่เลย) ถึง 5 (มากที่สุด) ถ้าคะแนน 8 หรือมากกว่า แสดงว่าอาจเป็นภาวะ OAB (Cayir & Beji, 2022; Celenary et al., 2023)

2. การดูแลผู้หญิงที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

ผู้หญิงที่มีภาวะ OAB จะมีประสบการณ์ของร่างกายจิตใจและอารมณ์ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ประจำวัน

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ OAB ต้องใช้กลวิธีหลายอย่างที่ จะดูแลทั้งร่างกายที่มีผลต่ออารมณ์ของบุคคล

1. ความเข้าใจภาวะ OAB

OAB เป็นภาวะที่ประกอบด้วย การถ่ายปัสสาวะ รั่วแรง ปัสสาวะบ่อย บ่อยครั้งที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือ มีปัสสาวะเล็ดราด ซึ่งมีผลต่อความสามารถของผู้หญิง ในการทำกิจกรรมประจำวันตามปกติ ได้แก่ การไปทำงาน การเข้าสังคม การออกกำลังกายและการนอน อาการเหล่านี้ ทำให้เกิดความเครียดในระดับสูง และอาจทำให้แยกตัว วิตกกังวลและซึมเศร้า

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การฝึกกระเพาะปัสสาวะ เริ่มจากพยายามยืดเวลาการ ไปห้องน้ำเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมกระเพาะ ปัสสาวะและลดปัสสาวะรั่วแรง เช่น ถ้าปกติไปห้องน้ำ ทุก 30 นาที ให้พยายามเพิ่มเป็น 1 ชั่วโมง จากนั้นค่อย ๆ ขยับระยะเวลาขึ้น เป็นต้น (Herbert, 2019)

การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน Kegel exercises ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแข็งแรง ช่วยควบคุมการหด ตัวของกระเพาะปัสสาวะ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน นี้ควรแนะนำให้ทำเป็นแนวทางแรก โดยเฉพาะในรายที่เป็นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือเป็น OAB ระดับน้อย

การควบคุมการดื่มน้ำแนะนำให้ผู้หญิงดื่มน้ำให้เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย ถ้าดื่มน้ำมากเกินไปจะทำให้ อาการรุนแรงขึ้น และถ้าดื่มน้ำน้อยจะทำให้มีอาการเลวลง ผู้หญิงจึงควรดื่มน้ำอย่างสมดุล (NICE, 2019)

3. ยา 1) ยา Antimuscarinics เช่น oxybutynin, tolterodine ช่วยลดการหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะ ปัสสาวะ ลดอาการปัสสาวะรั่วแรง 2) ยา beta-3 agonist เช่น mirabegron ช่วยกระตุ้น beta-3 receptor ในกระเพาะ ปัสสาวะ ช่วยคลายกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และลด อาการ OAB และ 3) ยาฮอร์โมนสำหรับผู้หญิงที่หมด ประจำเดือน การใช้ฮอร์โมนทดแทนช่วยรักษาช่องคลอด เหี่ยว ซึ่งอาจทำให้มีอาการ OAB (Lin, 2021)

4. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต 1) หลีกเลี่ยงอาหารและ เครื่องดื่มที่กระตุ้นกระเพาะปัสสาวะ เช่น กาแฟแอลกอฮอล์ อาหารเผ็ด หรือน้ำตาลเทียมซึ่งระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น ผู้หญิงควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยงอาหารเหล่านี้

จะช่วยให้อาการดีขึ้น 2) งดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัย เสี่ยงสำหรับ OAB ผู้หญิงที่เป็น OAB ควรงดสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่ระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะและทำให้มีอาการ เลวลง (Madhu, Enki, Drake, & Hashim, 2015)

5. การดูแลจิตใจ โดยการให้การสนับสนุนทางด้าน จิตใจ ภาวะ OAB อาจทำให้ผู้หญิงเครียด วิตกกังวลหรือ ซึมเศร้า ผู้หญิงอาจรู้สึกอาย หรือแยกตัวเนื่องจาก ภาวะนี้ การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญหรือเข้ากลุ่มอาจช่วย ให้การจัดการกับอาการดีขึ้น

6. การรักษาแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) ฉีด Botulinum toxin (Botox) สำหรับผู้หญิงที่ไม่ตอบสนองกับยา การฉีด Botox เข้าในกระเพาะปัสสาวะช่วยลดอาการ OAB ได้ 2) การฝังอุปกรณ์กระตุ้นเส้นประสาท (Neuromodulation) การฝังอุปกรณ์กระตุ้นเส้นประสาทที่ Sacral จะกระตุ้น การส่งสัญญาณประสาทไปที่กระเพาะปัสสาวะ จะช่วย จัดการกับอาการในรายที่เป็น OAB อย่างรุนแรง และ 3) การผ่าตัด ในกรณีที่การรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ผล การผ่าตัด อาจเป็นทางเลือก เช่น การผ่าตัดเสริมความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

สรุป

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ OAB ต้องใช้แนวทาง แบบองค์รวม โดยผสมผสานการรักษาทางการแพทย์ การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต การคำนึงถึงผลกระทบ ทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมที่ภาวะ OAB มีต่อ คุณภาพชีวิต การวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น และแผนการรักษา เป็นรายบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการกับอาการ อย่างมีประสิทธิภาพ การผสมผสานการบำบัดที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ และการบริหารกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน ร่วมกับการรักษาด้วยยา สามารถบรรเทาอาการ ได้มาก นอกจากนี้ การให้ความรู้และการสนับสนุน ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้หญิงสามารถจัดการ กับภาวะของตนเอง และปรับปรุงความเป็นอยู่ของตนเอง ได้ การดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ที่มีปัญหา OAB และระบบสนับสนุน จะทำให้ผู้หญิงที่เป็นโรคภาวะ OAB สามารถควบคุมอาการได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Bunyawetchawin, S. (2015). Validity of the overactive bladder symptoms questionnaire (OABSS) with the international prostate symptom score (IPSS) and the patient perception of bladder condition (PPBC) questionnaire. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 98(11), 1064-1074. [In Thai].
- Cayir, G., & Beji, N. K. (2022). The effect of a counseling and training program on the treatment of women with overactive bladder. *Psychology, Health & Medicine*, 27(8), 1726-1738.
- Celenary, S. T., Karkut, Z., Oskay, K., & Aydin, A. (2023). The effect of pelvic floor muscle training combined with Kinesio taping on bladder symptoms, pelvic floor muscle strength, and quality of life in women with overactive bladder syndrome: A randomized sham-controlled trial. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(2), 266-275.
- Chae, Y., Yoo, E. H., Jeong, Y., Pyeon, S., & Kim, D. (2018). Risk factors and factors affecting the severity of overactive bladder symptoms in Korean women who use public health centers. *Obstetric Gynecology Science*, 61(3), 404-412.
- Chang, Y- W., Lo, T-S., Chang, H. N., Sino, Y. H., & Yeh, Y. C. (2020). Laser acupuncture alleviates symptoms and improves quality of life in women with overactive bladder: A double-blind, pilot randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-11. doi.org/10.1155/2020/1705964
- Corcos, J., Przydacz, M., Campeare, L., Witten, J., Hickling, D., Honeire, C., ... Wagg, A. (2017). CUA guideline on adult overactive bladder. *Canadian Urology Association Journal*, 11(5), e142-e173.
- Coyne, K. S., Louis, S., Matza, L. S., Kopp, Z., & Abrams, P. (2006). The evaluation of the patient perception of bladder condition (PPBC): A single-item global measure for patients with overactive bladder. *Neuro-Urology*, 49(6), 1079-1086.
- Herbert, J. (2019). The conservative assessment and treatment of mixed urinary and anal incontinence in women: a multidisciplinary approach. *Urology News*, 23(6), Retrieved from <https://www.urologynews.uk.com/features/features/post/the-conservative-assessment-and-treatment-of-mixed-urinary-and-anal-incontinence-in-women-a-multidisciplinary-approach>.
- Honglutsakul, C. (2019). Prevalence of female overactive bladder in Bangkok Metropolis Administration (BMA) officer, urban city. Retrieved from <https://www.ics.org/2019/abstract/578>. [In Thai].
- Huang, S., Guo, C., Tai, S., Ding, H., Mao, D., Huang, J., ... Qian, B. (2021). Prevalence of overactive bladder in Chinese women: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 18(12), e0290396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290396>
- Hutchinson, A., Nesbitt, A., Joshi, A., Clubb, A., & Parera, M. (2020). Overactive bladder syndrome: management and treatment options. *Australia Journal General Practice*, 49, 593-598.
- Irer, B., Sen, V., Bozkurt, O., Denir, O., & Esen, A. (2018). Prevalence and possible risk factors of overactive bladder symptom in women living in the city of Izmir. *Original Research*, 5(3), 180-187.
- Kim, S. K., & Kim, S. H. (2020). The impact of overactive bladder on health-related quality of life in Korea: based on the results of a Korean community of health survey. *Quality of Life Research*, 30, 1017-1024.

- King, L. A., Pruszynski, J. E., Wai, C. Y., & Florian-Rodriquez, M. E. (2024). Trends of overactive bladder and pharmacologic treatment among U.S. women. *Urogynecology* 31(9), 871-881. DOI: 10.1097/SPV.0000000000001575
- Kochakarn, W., & Setthawong, V. (2018). Overactive Bladder (OAB) *Knowledge Guide for the Public*. Retrieved from <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramacclinic/sites/default/files/public/OAB%20e-Booklet.pdf>. [In Thai].
- Kurosch, M., Mager, R., Gust, K., Brandt, M., Borgmanz, H., & Haferkamp, A. (2015). Therapy of overactive bladder. *Urologe A*, 54, 567-74.
- Leron, E., Weintraub, A. Y., Mastrolia, S. A. & Schwanzman, P. (2017). Overactive bladder syndrome: Evaluation and management. *Current Urology*, 11, 117-125. doi.10.1159/000447205
- Lin, X. Y. (2021). An update on vaginal oestrogen for overactive bladder: Reporting the literature. *Australian & New Zealand Continence Journal*, Winter, 27(2), 40-46.
- Lucio, A., Lourenco, C. B., Damasceno, B. P., Moraes Lopes, M. H., & D'ancona, C. A. (2019). The effect of pelvic floor muscle contraction on detrusor overactivity pressure in neurogenic and nonneurogenic women during urodynamic study: A cross-sectional study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98, 275-279. doi:10.1097/PHM.0000000000001065.
- Madhu, C., Enki, D., Drake, M. L., & Hashim, H. (2015). The functional of cigarette smoking in women on the lower urinary tract. *Urologia Internationalis*, 95(4), 478-82.
- Mckeller, K., Bellin, E., Schoenbaum, E., & Abraham, N. (2019). Prevalence, risk factor, and treatment for overactive bladder in racially diverse population. *Urology*, 126, 70-75.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management. NICE guideline [NG123] NICE, London. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/ng123>.
- Nicoletti, M., Tyus, L., & Novosel, L. M. (2020). Improving quality of life among women with overactive bladder through pelvic floor muscle therapy with electric stimulation. *Urologic Nursing*, 40(4), 187-193.
- Peyronnet, B., Mironsk, E., Chapple, C., Cardoza, L., Oelke, M., Dmochowski, R., ... Corner, J. (2019). A comprehensive review of overactive Bladder pathophysiology on the way to tailored treatment. *European Urology*, 75(6), 988-1000.
- Przydacz, M., Golabek, T., Dudek, P., Lipinski, M., & Chlosta, P. (2020). Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland, an Eastern European Study. *Scientific reports*, 10(1), 19819. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-76846-0>
- Qudah, S., Abufaraj, M., Farah, R., Almazeedi, A., Ababneh, A., Alnabulsi, M., ... Ajlauni, K. (2023). The prevalence of overactive bladder and its impact on the quality of life: A cross sectional study. *Arab Journal of Urology*, 22(1), 39-47.
- Scarneciu, L., Lupu, S., Bratu, O. G., Teodorescu, A., Maxim, L. S., Brinza, A., ... Scarneciu, C. C. (2021). Overactive bladder: A review and update. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(6), 1444.
- Thai Urology Association. (2020). *Physician's Guide to the Care of Patients with Overactive Bladder in Thailand*. Bangkok: Idea Instant Printing. [In Thai].

- Thomas, T. N., & Walters, M. D. (2020). Clinical consensus statement: Association of anticholinergic medication use and cognition in women with overactive bladder. *American Urogynecologic Society Update*, doi:10.1097/SPV.0000000000000423
- Tooze-Hobson, P., & Robinson, D. (2019). Managing the symptom of overactive bladder. *The Pharmaceutical Journal*. Retrieved from <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/managing-the-symptoms-of-overactive-bladder>
- Willis-Gray, M. G., Dieter, A. A., & Geller, E. J. (2016). Evaluation and management of overactive bladder: Strategies for optimizing care. *Research and Reports in Urology*, 8, 113-122.
- Yates, A. (2023). Overactive bladder syndrome: what community nurses should know. *Journal of Community Nursing*, 37(1), 31-36.
- Zhu, J., Hu, X., Dong, X., & Li, L. (2019). Associations between risk factors and overactive bladder: A meta-analysis. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 25(3), 238-246.
- Zoe, O. (2016). Assessment, diagnosis and treatment of urinary incontinence in women. *British Journal of Nursing*, 25(6), 84-91.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง

**The Effects of Empowerment Program on Health Care Behaviors, A1C Level
and Glomerular Filtration Rate among Type 2 Diabetic Older Adults with Chronic Kidney Disease**

อัญชลี มีรอด (Unchalee Meerod)*

นงนุช โอบะ (Nongnut Oba)**

สมศักดิ์ โทจำปา (Somsak Thojampa)***

Received: March 12, 2024

Revised: April 11, 2024

Accepted: May 7, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่คู่และสถิติทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและอัตราการกรองของไตหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

*Corresponding author: Unchalee Meerod; E-mail: unchaleem61@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Naresuan University)

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

การดูแลสุขภาพและอัตราการกรองของไตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยเฮโมโกลินหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลวิจัยนี้แสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ระดับเฮโมโกลินลดลง และอัตราการกรองของไตของเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ, ระดับเฮโมโกลิน, อัตราการกรองของไต, ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะไตเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research, two groups with pretest-posttest design, aimed to examine the effects of empowerment program on health care behaviors, A1C levels, and glomerular filtration rates among older adults with type 2 diabetes and chronic kidney disease (CKD). Sixty type 2 diabetes older adults with stage 3 CKD were the samples. 30 experimental samples were selected by random sampling while 30 control samples were selected by matching with experimental samples. The experimental group received an empowerment program consisting of 4 steps; discovering reality, critical reflection, taking charge, and holding on for a period of 12 weeks while the control group received regular care. The research collecting instruments were a health care behavior questionnaire and a clinical data recording form. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test. The results found that average scores of health care behaviors and glomerular filtration rate after the intervention program of the experimental group were significantly higher than that before the intervention ($p < .001$). An average score of A1C level after the intervention program of the experimental group was significantly lower than that before the intervention ($p < .001$). In addition, average score of health care behaviors and glomerular filtration rate after intervention program of the experimental group were significantly higher than that control group ($p < .001$). An average score of A1C level after intervention program of the experimental group was significantly lower than that control group ($p < .001$). This result showed that the empowerment program can improve health care behaviors, A1C level and glomerular filtration rate among type 2 diabetes older adults with chronic kidney disease.

Keywords: Empowerment Program, Health Care Behaviors, A1C Level, Glomerular Filtration Rate, Type 2 diabetes older adults, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (International Diabetes Federation :IDF, 2019) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเบาหวานที่มีจำนวนมากที่สุด ซึ่งเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือร่างกายมีความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เมื่อร่างกายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลทำให้เกิดการเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่สำคัญ เช่น หลอดเลือดแดงโคโรนารี หลอดเลือดสมองและหลอดเลือดส่วนปลายที่ขา และภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ทำให้มีปัญหาจอประสาทตาเสื่อม เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment and National Health Security Office NHSO, 2017) และภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตหลังจากเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางพันธุกรรมของผู้ป่วย ทำให้โรคไตเรื้อรังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามลำดับทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง 1.4 ล้านคน ใน พ.ศ. 2562 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก (Vijitsoonthonkul, 2022)

จากสถิติฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center, 2023) พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,046,023 คน, 1,007,168 คน และ 977,692 คน ตามลำดับ สำหรับจังหวัดอุดรธานีมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 8,405 คน, 8,045 คน และ 8,145 คน ตามลำดับ จากข้อมูลในปี 2565 พบว่าโรงพยาบาลน้ำปาดมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นและสูงเป็นอันดับที่ 4 ของจังหวัด โดยมีจำนวนผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 842, 818 และ 862 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้

ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนร้อยละ 61.4, 61.0 และ 61.1 ตามลำดับ (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้การบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 อย่างมีคุณภาพควรมีอัตราการกรองลดลง eGFR < 5 ml/min/1.73m²/yr มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66.6 (Health Data Center, 2023) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของโรงพยาบาลน้ำปาดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโดยในปี 2563-2565 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.8, 86.9 และ 87.2 ตามลำดับ (Num Pad Hospital, 2023) การรักษาผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยสามารถรับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในเครือข่ายได้ ซึ่งหากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยมีความก้าวหน้าไปเป็นระยะที่ 4-5 ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางโรคไตและอาจต้องรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต (Kidney Association of Thailand, 2022)

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีหลัก 6 ประการ ได้แก่ 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควรควบคุมให้ระดับ A1C น้อยกว่า 7% หรือระดับ Fasting blood sugar < 130 มก./ดล. 2) ระวังการใช้น้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม 3) การควบคุมความดันโลหิต เป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และระวังการใช้น้ำตาลระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม 4) การควบคุมปริมาณโปรตีนในอาหาร เป้าหมายของการควบคุมคือ การจำกัดอาหารประเภทโปรตีนให้อยู่ในปริมาณ 0.8 กรัม/น้ำหนักตัว (กก.)/วัน 5) การควบคุมไขมันในเลือด และ 6) การดูแลกระดูกพรุน (Sunthornyotin & Buranasaphkajorn, 2012) และจากแนวเวชปฏิบัติโรคเบาหวานกำหนดเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ (อายุ > 65 ปี) โดยผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ และมีโรคร่วมอื่นๆ เป้าหมายคือ A1C = 7.0-7.5% การบรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต้องการและการชะลอการเสื่อมของไตดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง

จะต้องมี การปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยรับประทานอาหารพลังงานต่ำและควบคุมอาหารประเภทโปรตีน รับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรออกกำลังกายในระดับความหนักปานกลาง โดยใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที และรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment and National Health Security Office (NHSO), 2017)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดกระบวนการทางสังคม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) (Gibson, 1995) มีงานวิจัยที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการออกแบบ โปรแกรมเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นงานวิจัยในผู้สูงอายุและโรคไตเรื้อรังที่มีพลังอำนาจน้อยเนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีในการเรียนรู้ได้ช้า และยังมีโรคเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายแล้วได้ผลดี ได้แก่ งานวิจัยของ รุจิราพร ป้องเกิด (Pongkerd, 2016) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุริชาติ มงคล (Mongkhool, 2022) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และงานวิจัยของ อุไรวรรณ พานทอง (Pantong & Kajornwattanakul, 2020) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ พบว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเป็นเวลา 16 สัปดาห์ มีพฤติกรรมดูแลตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยเฮโมโกลบิน A1c หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัย ที่ศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ที่ส่งผลต่ออัตราการครองชีพ

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประกอบในการสร้าง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น มีระดับเฮโมโกลบิน A1c ในระดับเป้าหมายและอัตราการครองชีพดีขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับค่าเฮโมโกลบิน A1c ของกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยเฮโมโกลบิน A1c หลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรงของไตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

6. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอัตราการกรงของไตหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลอง หลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3. ค่าเฉลี่ยวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

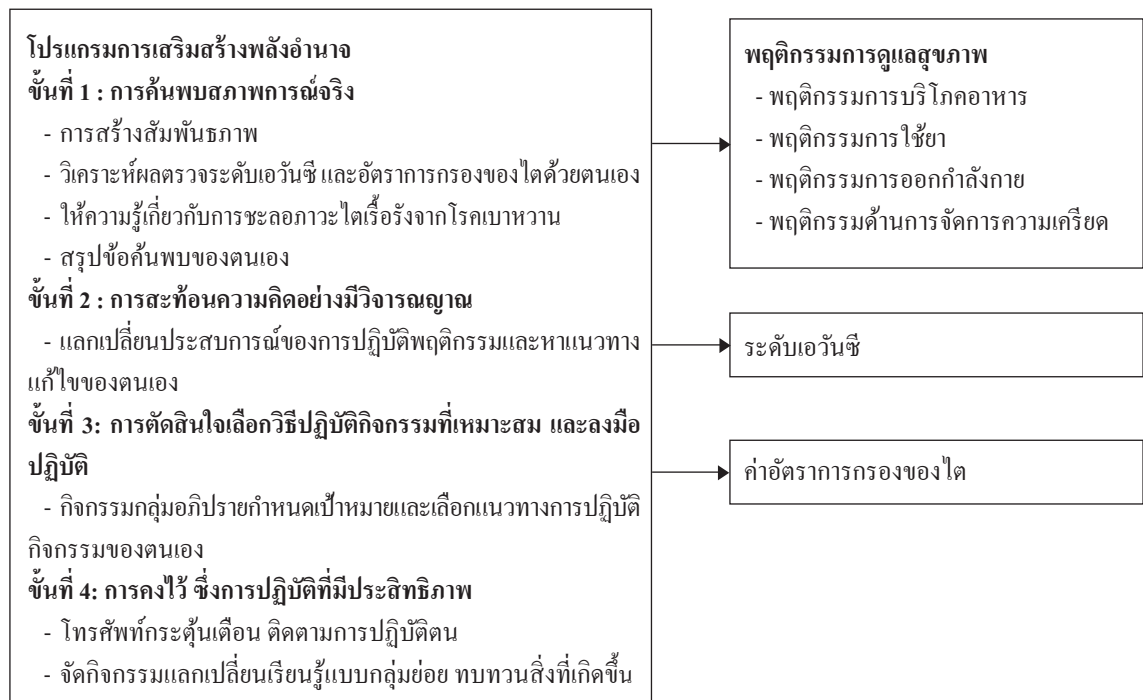
4. ค่าเฉลี่ยวันซีหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

5. ค่าเฉลี่ยอัตราการกรงของไตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

6. ค่าเฉลี่ยอัตราการกรงของไตหลังการทดลองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ซึ่งจากงานวิจัย มีข้อเสนอแนะว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และส่งผลต่อระดับวันซี และค่าอัตราการกรงของไต (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group pretest posttest Design) เพื่อค้นหาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ของโรงพยาบาลน้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 321 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่าอัตราการกรองของไต 30-59 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ของรพ.น้ำป่าด ในปีงบประมาณ 2565 2) ได้รับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น 3) มีระดับ A1C มากกว่าร้อยละ 7 4) สามารถสื่อสารได้อ่านและเขียนหนังสือได้ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากการหา Effect size โดยใช้ Large effect กำหนด $\alpha = 0.05$, power = 0.8 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 (Srisathitnarakun, 2010) ได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างทำโดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่งในอำเภอป่าดจากทั้งหมด 12 แห่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองคือ รพ.สต.บ้านฝายและกลุ่มควบคุมคือ รพ.สต.เด่นเหล็ก จากนั้นทำการสุ่มเลือกผู้สูงอายุโรคเบาหวานแบบง่ายด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Thaiware) (Thaiware, 2023) ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และเลือกกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ด้วยวิธีการจับคู่ โดยมีเกณฑ์การจับคู่ ได้แก่ มีระดับอัตราการกรองของไตอยู่ในระดับ 3A หรือ 3B ในระดับเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ใช้เวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม (1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง (2) วิเคราะห์ผลตรวจระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตด้วยตนเอง (3) ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและการป้องกันโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง (4) สรุปข้อค้นพบ 2) กิจกรรมการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ 4) กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมโทรศัพท์กระตุ้นเตือนติดตามการปฏิบัติตาม (2) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น โดยใช้คู่มือการปฏิบัติตามสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ รวม 36 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ และ 2) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก เป็นแบบบันทึกระดับเอวันซี (A1C) และค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยระดับเอวันซี และค่าอัตราการกรองของไต วัดได้จากเครื่องวิเคราะห์ของโรงพยาบาลน้ำป่าด ซึ่งผ่านสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือทางการแพทย์ของจังหวัดนครสวรรค์เป็นประจำทุกปี

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย คือ แบบบันทึกการรับประทานอาหารและการรับประทานยาในคู่มือการปฏิบัติตน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและภาษาโดยใช้ Content validity index (CVI) ได้ค่า CVI ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเครื่องมือกำกับการวิจัย มีค่า CVI เท่ากับ 1.0, 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 30 ราย ในเขตตำบลสองคอน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.84 สำหรับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและเครื่องมือกำกับการวิจัยนำไปให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 3 คนอ่าน แล้วสอบถามความเข้าใจก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการ** หลังได้รับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการนำหนังสือเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำปาด รพ.สต.บ้านฝาย รพ.สต.เด่นเหล็ก อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยและประโยชน์ของงานวิจัย รวมทั้งขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลายลักษณ์อักษร เริ่มดำเนินการวิจัยในวันที่ 1 มิถุนายน-30 กันยายน 2566

2. ขั้นตอนการ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลระดับเอวันซีและอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลอง และขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1-3 ณ ห้องประชุม รพ.สต.บ้านฝาย

กิจกรรมที่ 1 : การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง 2) ค้นพบสภาพความเป็นจริงของตนเองโดยวิเคราะห์ผลตรวจระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตด้วยตนเอง 3) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง โดยมอบคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง และใช้โมเดลอาหารประกอบการสาธิตฝึกการตวงเครื่องปรุงในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมอาหารประเภทโปรตีน หลีกเลี่ยงการรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDS ฝึกปฏิบัติการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และฝึกบันทึกการรับประทานยาลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการใช้ยา 4) กลุ่มทดลองสรุปข้อค้นพบของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 : การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เชิญชวนให้ผู้แทนกลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเอง และกลุ่มทดลองสะท้อนคิดย้อนปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 : การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) อภิปรายกลุ่มเพื่อกำหนดเป้าหมายและเลือกแนวทางการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนด้วยตนเอง และ 2) นำการปฏิบัติตนที่ได้วางแผนปรับเปลี่ยนไว้ไปปฏิบัติที่บ้านตั้งแต่วันถัดไป จนถึงวันสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2, 6 และ 10 กิจกรรมติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมโทรศัพท์กระตุ้นเตือนติดตามการปฏิบัติตน (2) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น โดยใช้คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง ดังนี้

กิจกรรมที่ 4.1 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามของกลุ่มทดลองโดยใช้โทรศัพท์สอบถามและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติ ช่วยหาแนวทางแก้ไข และย้ำเตือนการบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และพฤติกรรมรับประทานยา ลงในคู่มือการปฏิบัติตามโดยใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุม รพ.สต. บ้านฝาย

กิจกรรมที่ 4.2 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยตรวจสอบผลการบันทึกการรับประทานอาหารและการรับประทานยาในคู่มือการปฏิบัติตาม ประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 กลุ่มกลุ่มละ 10 คน ให้ตัวแทนกลุ่มทดลองที่มีประสบการณ์ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเล่าประสบการณ์ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลารั้งละ 30 นาที

หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมระดับเอนันซ์และอัตราการกรองของไตและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดำเนินการ ณ ห้องประชุม รพ.สต.บ้านฝาย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลระดับเอนันซ์และอัตราการกรองของไตของกลุ่มควบคุม และขอให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประกอบด้วยการวัดระดับความดันโลหิต การตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางตา ไต เท้า การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การเจาะเลือดประจำปี เพื่อติดตามระดับเอนันซ์ และอัตราการกรองของไต การติดตามการใช้ยา และการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมระดับเอนันซ์ และอัตราการกรองของไต และกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ณ ห้องประชุม รพ.สต. เด่นเหล็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติวิเคราะห์ทดสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov Test เพื่อการกระจายแบบโค้งปกติหรือไม่ 3) วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ระดับเอนันซ์ และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และ 4) วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับเอนันซ์ และอัตราการกรองของไต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 124/2023 วันที่ 22 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ แล้วจึงให้ลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 63.3 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 70.3 ± 4.9 ปี และ 70.3 ± 5.9 ปี ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 และ 66.7 ตามลำดับ ประกอบเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 76.7 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 14.5 ± 9.6 ปี และ 15.5 ± 11.5 ปี ตามลำดับ และมีระยะเวลาที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง

เฉลี่ย 2.4 ± 1.4 ปี และ 3.0 ± 1.9 ปี ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับอัตราการกรองของไตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในเกณฑ์การจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องอยู่ในระดับ 3A หรือ 3B ในระดับเดียวกัน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ระดับเอวันซี และค่าอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	.D.	$\bar{X}$	.D.		
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	.39	.42	.67	.14	7.79	< .001***
- การบริโภคอาหาร	.43	.48	.73	.14	19.03	< .001***
- การใช้ยา	.63	.43	.63	.43	4.607	< .001***
- การออกกำลังกาย	.63	.01	.73	.15	12.31	< .001***
- การจัดการความเครียด	.86	.04	.59	.27	11.09	< .001***
ระดับเอวันซี (%)	7.43	.60	.49	.68	5.04	< .001***
อัตราการกรองของไต (มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร)	6.00	.05	2.36	.34	21.68	< .001***

*** p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยมีพฤติกรรม สุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการ ออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดหลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเอวันซีหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

และมีอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ผลการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ระดับเอวันซี และอัตราการกรองของไตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับเอวันซีและอัตราการครองชีพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	$\bar{x} \pm S.D.$		Independent t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	3.67 $\pm$ 0.14	2.60 $\pm$ 0.33	16.27	.001***
- ด้านการบริโภคอาหาร	3.73 $\pm$ 0.14	2.43 $\pm$ 0.48	14.08	<.001***
- ด้านการใช้ยา	3.63 $\pm$ 0.43	3.67 $\pm$ 0.27	-0.41	0.680
- ด้านการออกกำลังกาย	3.73 $\pm$ 0.15	2.29 $\pm$ 0.69	11.14	<.001***
- ด้านการจัดการความเครียด	3.59 $\pm$ 0.27	2.00 $\pm$ 0.93	8.96	<.001***
ระดับเอวันซี	6.49 $\pm$ 0.68	8.16 $\pm$ 2.26	-3.86	<.001***
อัตราการครองชีพ	52.36 $\pm$ 6.34	44.26 $\pm$ 8.19	4.28	<.001***

***p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความแตกต่างของพฤติกรรมด้านการใช้ยาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยอัตราการครองชีพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้วย เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่า

ก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากกิจกรรมใน โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพจริง ซึ่งมีกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การค้นพบสภาพความเป็นจริงของตนเองโดยวิเคราะห์ผลตรวจระดับเอวันซีและอัตราการครองชีพด้วยตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง และการสรุปข้อค้นพบของตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองรู้สถานะสุขภาพที่แท้จริงของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับระดับเอวันซีและอัตราการครองชีพในปัจจุบันของตนเอง รวมทั้งรับรู้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ซึ่งมีกิจกรรมอภิปรายกลุ่มที่มุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมขั้นตอนนี้ทำให้กลุ่มทดลองมีเป้าหมายการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจนและมีวิธีการปรับพฤติกรรมที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้านด้วยตนเองอย่างชัดเจน และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีกิจกรรมโทรศัพท์กระตุ้นเตือน สลับกับจัดกิจกรรม

แลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อย ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติ ช่วยหาแนวทางแก้ไข และย้ำเตือนการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดี รวมทั้งกล่าวชักจูง ชมเชย และให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตามแผนที่วางอย่างต่อเนื่องและยังลดความวิตกกังวลรวมทั้งเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างถูกต้องด้วย โดยสรุปโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ด้านการใช้ยา มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และ ด้านการจัดการความเครียดเป็นไปในทางที่ดีขึ้นเกิดจากกลุ่มทดลองรับรู้และเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองที่ควรปฏิบัติและปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและโรคของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัย ของรุจิราพร ป้องเกิด (Pongkerd, 2016) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($p < .05$) และคะแนนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการความเครียดและความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Tunprapussorn & Saisuwan, 2024) และงานวิจัยของวิญญูเรือน แก่นทอง, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุณี เลิศสินอุดม และ อัมพรพรพรณ ธีรานูตร (Kaenkong, Anutrakulchai, Lertsinudom, & Theeranut, 2019) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3A เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการเสื่อมของไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีขึ้น

2. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และข้อที่ 4 ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมรวมทั้งได้รับประสบการณ์ของเพื่อนในกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองนำไปปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่บ้านของตนเองให้เหมาะสมขึ้น ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั้งในด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด นอกจากนั้นกิจกรรมการบันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการใช้ยา ทำให้กลุ่มทดลองสามารถประเมินการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของตนเอง จึงเป็นการควบคุมและปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงลดลง และรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ระดับเอวันซีลดต่ำลงซึ่งเป็นไปตามหลักการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระบุว่า การปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตประจำวันที่เหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานที่มีไตเรื้อรังเพราะสามารถช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยในการชะลอการเสื่อมของไตเสื่อมด้วย (Kidney Association of Thailand, 2022) สอดคล้องกับงานวิจัยของสังวาลย์ พิพิธพร (Phiphitaporn, 2020) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับ A1C จาก 8.62 mg/dl เหลือ 6.89 mg/dl ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของสุรัตน์ อนันตสุข (Ananthasuk, 2021) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับสุขศึกษาโดยการพูดคุยแบบตัวต่อตัวในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่ได้รับสุขศึกษามีโอกาสจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับสุขศึกษาโดยการพูดคุยแบบตัวต่อตัวในชุมชนซึ่งการได้รับสุขศึกษาแบบตัวต่อตัวเป็นการให้ความรู้แบบใกล้ชิด (Sonthon, 2020) แต่ไม่สอดคล้องทั้งหมดกับงานวิจัยของแก้ววิ กฤตสัมพันธ์ (Kritsumpan, 2019) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับเอวันซีหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ค่าระดับเอวันซีหลังทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับเดียวกันกับกลุ่มทดลอง ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีระดับเอวันซีลดต่ำลง

3. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 5 และข้อที่ 6 ซึ่งค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้กลุ่มทดลอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น มีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และด้านการจัดการความเครียดเป็นไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา หากรู้สึกไม่สบายใจ

หรือเกิดความเครียดจะเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใครและรู้สึกเครียดจนต้องรับประทานยาคลายเครียดมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (Thumaya & Juntarawijit, 2018) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ระดับเอวันซีของกลุ่มทดลองลดต่ำลง และจากผลการบันทึก การบริโภคอาหาร ในรายที่มีกรบริโภคอาหารเต็มเป็นประจำ ผู้วิจัยเสนอให้ปรับเป็นอาหารรสจืดโดยใช้ช้อนตวงเครื่องปรุงอาหาร ในการทำอาหารแต่ละครั้ง ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับประทานอาหารรสเค็มลดลง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับประทานเฉพาะไข่ขาวและเนื้อสัตว์ที่ไม่แปรรูป ไม่พบกลุ่มทดลองรับประทานยา กลุ่มเอ็นเสด (NSAID) ซึ่งผลจากการปรับพฤติกรรมดังกล่าว และระดับเอวันซีที่ลดลงทำให้การทำงานของไตดีขึ้น ซึ่งดูจากอัตราการกรองของไตที่สูงขึ้น เป็นไปตามตามหลักการชะลอไตเสื่อมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่ระบุว่า ภาวะโรคไตเรื้อรังมีทั้งหมด 5 ระยะ ใช้อัตราการกรองของไตเป็นตัวชี้วัดระดับความเสื่อมของไต มีหลักการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของภาวะแทรกซ้อนทางไต 6 ประการ ได้แก่ 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ระดับ A1C น้อยกว่า 7% 2) ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท 3) การใช้ยาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 4) การควบคุมปริมาณโปรตีนในอาหาร จำกัดอาหารประเภทโปรตีนให้ได้ 0.8 กรัม/น้ำหนักตัว(กก.)/วัน 5) การควบคุมไขมันในเลือด เป้าหมายของการควบคุม คือ ระดับ LDL-cholesterol น้อยกว่า 100 mg/dl และ 6) การเลิกสูบบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตประจำวันที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการชะลอการเสื่อมของไตได้ดียิ่งขึ้น (Kidney Association of Thailand, 2022) สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ดี ส่งผลให้อัตราการกรองของไตเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนุสรวิโรจนากูด (Virojanakud, 2017) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นเวลา 12 สัปดาห์พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีระดับอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับงานวิจัย

ของสุรัตน์ อนันตสุข (Ananthasuk, 2021) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ระดับความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมมีระดับความเสื่อมของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมดีขึ้น ระดับเอนไซม์ลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับเอนไซม์ลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ควรประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการทบทวนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
2. การทบทวนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางสุขภาพควรเสริมพลังให้กับผู้ป่วยโดยการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์และให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
3. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ใช้ได้ผลดีกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 จึงสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังในระยะอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ หรือใน CKD ระยะอื่น

3. ควรออกแบบการวิจัยแบบ randomized controlled trial

เอกสารอ้างอิง

- Ananthasuk, S. (2021). *Behavioral health development program for slowing the progression of diabetic nephropathy in diabetic patients with non- insulin dependence in Bang Phun Health Promoting Hospital, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province*. Master Thesis, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani. [In Thai].
- Diabetes Association of Thailand under The patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, The Endocrine Society of Thailand, Institute of Medical Research and Technology Assessment and National Health Security Office (NHSO). (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017*. (3rd ed.). Pathum Thani: Romyen Media Company Limited. [In Thai].
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Health Data Center. (2023). Report according to indicators at the NCD ClinicPlus level in 2023. Retrieved from https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/show_template_detail.php?Id=752f4de6e90d3e41b3cb8f8104b2e8bd&Year=2567. [In Thai].
- International Diabetes Federation. (2019). *Diabetes atlas*. Retrieved from <https://www.diabetesatlas.org/>
- Kaengkong, K., Anutrakulchai, S., Lertsinudom, S., & Theeranut, A. (2019). Effects of health behavioral promotion programs on behavior to slowing progression in patients with chronic kidney disease at 1-3a stage. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 3, 211-220. [In Thai].

- Kidney Association of Thailand. (2022). *Medical practice recommendations for caring for patients with chronic kidney disease before kidney replacement therapy 2022. (Suppl.)*. Bangkok: Srimuang Printing Company Limited. [In Thai].
- Kritsumpan, K. (2019). The effect of empowerment on self-care behaviors and glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus at diabetic clinics, Samngao Hospital, Tak Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 6(2), 78-93. [In Thai].
- Mongkhon, S. (2022). The effects of empowerment program on blood sugar level and quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus, Saklo Sub-district Health Promoting Hospital, Muang District, Phitsanulok Province. *Nursing, Health, and Public Health Journal*, 1(1), 1-13. [In Thai].
- Num Pad Hospital. (2023). *Annual report 2023*. Uttaradit: Num Pad Hospital.
- Pantong, U., & Kajornwattanakul, P. (2020). Effects of an empowerment program on self-care behaviors, HbA1C and clinical outcomes in uncontrolled type 2 diabetes patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(1), 14-24. [In Thai].
- Phiphitaporn, S. (2020). The effectiveness of the empowerment program on self-care behaviors in patients diabetes Udonthani Hospital 2 primary care unit, Muang district, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(1), 30-42. [In Thai].
- Pongkerd, R. (2016). The effect of empowerment program on self-care behaviors in the older persons with chronic kidney disease receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 165-182. [In Thai].
- Tunrapussorn, K., & Saisuwan, W. (2024). The effects of an empowerment program on stress management and hypertension among elders with hypertension. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(3), 1-16. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/269316>. [In Thai].
- Srisathitnarakun, B. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed.). Bangkok: You & I Intermedia.
- Sonthon, P. (2020). Association between diabetes knowledge with diabetes self-management in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(2), 86-100. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/243201>. [In Thai].
- Sunthornytin, S., & Buranasapkhajorn, P. (2012). *Diabetes textbook* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. [In Thai].
- Thaiware. (2023). *Random number generator*. Retrieved from <https://random.thaiware.com/>
- Thumaya, D., & Juntarawijit, Y. (2018). The comparative study on factors and health behaviors of type 2 diabetes patients with and without retinopathy. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1), 128-138. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/161587>. [In Thai].
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2023). *Uttaradit province public health statistics report 2023*. Uttaradit Province: Uttaradit Provincial Public Health Office. [In Thai].
- Vijitsoonthonkul, K. (2022). *Epidemiology and review of preventive measures against chronic kidney disease*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage His majesty the King officer of printing mill. [In Thai].
- Virojanakud, N. (2017). Effects of a knowledge development self management and participation of care giver program on level of fasting plasma glucose and delayed progression of diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Region 11 Medical Journal*, 31(1), 41-48. [In Thai].

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Effects of Dietary Promotion Program Guideline of the DASH on Food Consumption Behaviors and Blood Pressure in Patients with Hypertension

ปรีชา ลีสกุล (Preeya Leesagul)*

ชวยงค์ จันทรวิจิตร (Yuwayong Juntarawijit)**

อัมราภรณ์ ภูระยา (Amaraporn Puraya)***

Received: March 12, 2024

Revised: April 9, 2024

Accepted: May 8, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH โดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85 และ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

*Corresponding author: Preeya Leesagul; E-mail: preeyal@nu.ac.th

**นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Naresuan University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ผลการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมอาหารตามแนวทางของ DASH โดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของอาหารให้เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในพื้นที่อื่น

คำสำคัญ: อาหารตามแนวทางของ DASH, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research, two-groups pretest-posttest design. The objective aimed to study the effects of the dietary promotion program based on the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet (DASH) on food consumption behaviors and blood pressure levels in patients with hypertension. A total of 60 participants were randomly selected and assigned to the experimental group and control group, consisting of 30 participants in each group. The experimental group received the Dietary Promotion Program Guideline of the DASH developed from Bandura's self-efficacy theory (Bandura, 1997), while the control group received regular nursing care. This research data collection tools included personal information questionnaire and DASH food consumption behavior questionnaire, which had content validity index (CVI) with validity indices of 0.85 and 0.88, respectively. The food consumption behavior's reliability, tested using Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Statistical analysis included descriptive statistics and t-test.

Research findings revealed significant changes following the program implementation: 1) The average score for food consumption behavior of the experimental group showed a statistically significant difference compared to both before the program implementation and the control group ($p < .001$); 2) The blood pressure levels of the experimental group was statistically significantly lower compared to before the program implementation ($p < .001$) and lower than the control group. ($p < 0.05$).

This study demonstrates that healthcare professionals can effectively use DASH-based dietary promotion program, and utilizing self-efficacy theory, to promote food consumption behavior changes and reduce blood pressure levels of patients with hypertension. However, it is important to note that this study used available food menus in this study area; therefore, adjustments may be needed when implementing the program in different contexts to align with the lifestyle of patients with hypertension residing in other areas.

Keywords: Dash diet guideline, Food consumption behaviors, Patients with hypertension.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก โดยผู้ชายนับว่ามากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 มีอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1.13 พันล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2021) สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2560-2564 เพิ่มขึ้นจาก 1,363,616 คน เป็น 1,518,936 คน และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2560-2564 เพิ่มขึ้นจาก 8,525 คน เป็น 9,444 คนต่อประชากร 100,000 คน (Strategy and Planning Division, 2023) ในเขตสุขภาพที่ 3 มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยโรคที่พบมาก 3 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2560-2563 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ โดยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดพิจิตร พบเป็นลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 3 และพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน (IPD) 10 อันดับแรกของจังหวัดพิจิตร เปรียบเทียบรายปีงบประมาณ (พ.ศ.2558-2560) คิดเป็น 1,176.42, 1,388.78 และ 1,478.39 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคไตวายเรื้อรังตามลำดับ (Phichit Provincial Public Health Office, 2021)

ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ เช่น ตาบอดจากประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดในสมองโป่งพองแตกง่าย โรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคไต (Juksingto & Punjuy, 2018) ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งประเทศรวม 28.9 คนต่อประชากร 100,000 คน และรายงานการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรวม 42.6 คนต่อประชากร 100,000 คน (Thai Hypertension Society, 2019)

แม้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 120/80 ถึง 130/80 มม.ปรอทในวัยหนุ่มสาว และต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ในผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ซึ่งการ

รักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2562 มีอยู่ 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 และ ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระยะยาวซึ่งหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Thai hypertension society, 2019)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางโภชนาการของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย พบว่า ประชาชนไทยรับประทานอาหารไม่ได้ตามสัดส่วน คือ มีการบริโภคอาหารกลุ่มข้าว แป้ง เนื้อสัตว์มากเกินไป กินผักผลไม้ไม่เพียงพอ ทั้งยังมีการเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม รสหวานในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (Department of Health Bureau of Nutrition, 2020) สอดคล้องกับผลสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอบางมูลนาก พบว่ามีการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปเป็นอาหารที่ปรุงแต่งรสชาติจัด ส่วนใหญ่มีรสชาติเค็ม ซึ่งมาจากการใส่เครื่องปรุงรส ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยเมนูอาหารที่ประชาชนบริโภคเป็นประจำในพื้นที่อำเภอบางมูลนากจากการสำรวจมีจำนวน 20 เมนู ได้แก่ แกงผักหวานใส่ปลาอย่าง ถั่วออกผัดเต้าหู้ เป็นต้น (Leesagul, 2024)

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH) กับอาหารโซเดียมต่ำ มีศักยภาพในการลดความดันโลหิตดีกว่ายาลดความดันโลหิตสูงหลายตัว (National Heart,

Lung and Blood Institute: NHLBI, 2018) ซึ่ง DASH เป็นแผนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในระยะยาว โดยมีไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และคอเลสเตอรอลต่ำ อาหาร DASH จะเน้นผลไม้ ผัก และนมไขมันต่ำ รวมถึงธัญพืชเต็มเมล็ด สัตว์ปีก ปลา เนื้อไม่ติดมัน ถั่ว และธัญพืชเปลือกแข็ง ซึ่งอุดมไปด้วยโพแทสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม รวมทั้งโปรตีนและใยอาหาร และลดการบริโภคเนื้อแดง ที่มีไขมันสูง ขนมหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (NHLBI, 2018) ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลทางด้านการแพทย์ โภชนาการ และทางระบาดวิทยาพบว่า DASH สามารถลดความดันโลหิต ได้ผลดีกว่ารูปแบบการบริโภคอาหาร หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบอื่นๆ โดยสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) และไดแอสโตลิก (Diastolic) ได้ 11.2 มิลลิเมตรปรอท และ 7.5 มิลลิเมตรปรอท (Sacks & Campos, 2010)

แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้ดี เมื่อมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะเป็แรงเสริมให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังได้สำเร็จ เมื่อประเมินความสามารถตัวเองได้ว่ามีความสามารถสูง มีความรู้ตามสภาพการณ์ที่ตนต้องเผชิญและพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตน จะนำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงอยู่ของพฤติกรรมด้วยการรับรู้ว่าคุณเองสามารถกระทำเช่นนั้นได้ทำให้บุคคลมีความหวังและเพียรพยายามจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งเกิดจากแหล่งสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาพแวดล้อม จากการศึกษาของศิริวรรณ ตูรงค์เมือง, ชดช้อย วัฒนะ, ธีรานุช ห้านรัตติชัย, และสุนทรา เลี้ยงเซาวงศ์ (Turongruang, Wattana, Harnirattisai, & Liangchawengwong, 2017) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ซึ่งพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการ

และดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโครงการ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของณัฐพงษ์ ปานบุตร, ชุติกร ด้านยุทธศิลป์ และอนามัย นาอุดม (Panboot, Danyuthasilpe, & Na-udom, 2023) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินจังหวัดสุโขทัย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมส่งเสริมเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยจากผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร ลำภาทอง (Moonsarnand & Sumpowthong, 2016) ได้กล่าวว่า การประกอบอาหารในแต่ละมื้อโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับเพศหญิง หากเพศหญิงไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมก็จะไม่เห็นความสำคัญ และไม่ได้ประกอบอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการให้ผู้ประกอบอาหารที่เข้าใจบริบทและชนิดของอาหารในพื้นที่ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตสูง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือควบคุมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH โดยเน้นอาหารที่ประชาชนรับประทานเป็นประจำในพื้นที่ ในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงวัยทำงานซึ่งเป็นผู้ประกอบอาหารในครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานในการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

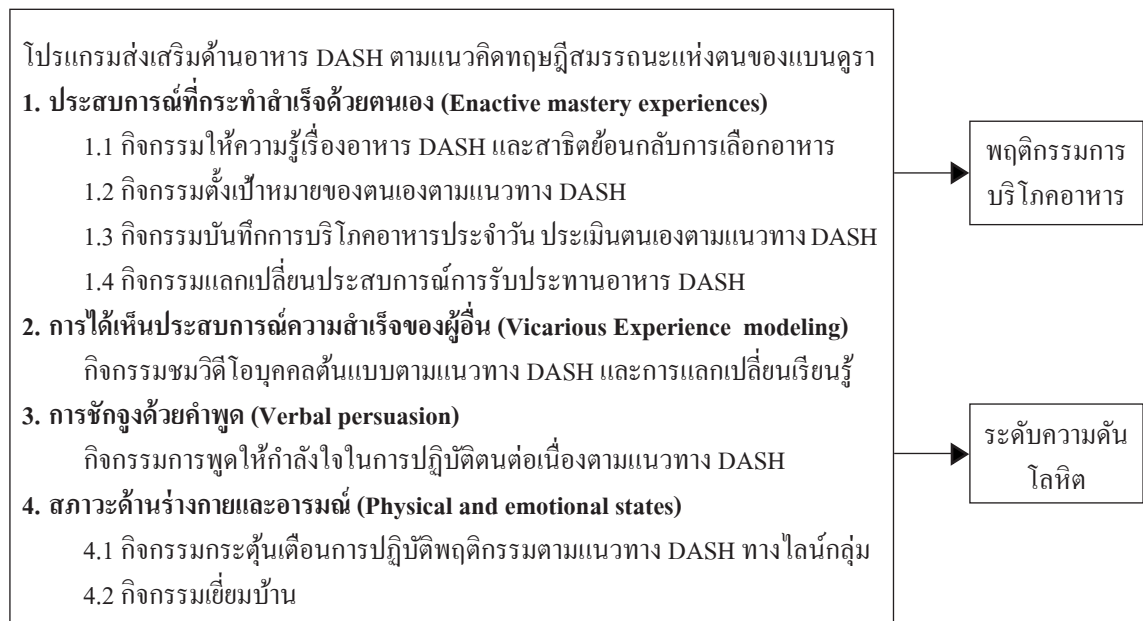
2. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคอาหารในการควบคุมความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเมนูอาหารท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยชุดกิจกรรมในโปรแกรมได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยโปรแกรมฯ จะมุ่งเน้นการส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้แก่ ลดปริมาณเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเรสเตอรอลลง และเพิ่มปริมาณใยอาหาร โปรตีน แร่ธาตุเช่น แคลเซียม โพแทสเซียม และแมกนีเซียม ซึ่งทำให้ความดันโลหิตลดลงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 35-59 ปี เพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอบางมูลนากซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุดของจังหวัดพิจิตร ทั้งหมด 13 แห่ง ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 7,925 คน

กลุ่มตัวอย่าง จับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนของ รพ.สต. ในเขตอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ทั้งหมด 13 รพ.สต. โดยจับสลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ รพ.สต. ห้วยเขน และจับสลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ รพ.สต. บ้านวังทอง ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่มีระยะห่างกัน 20 กิโลเมตรและมีความคล้ายคลึงกันของพื้นที่ ได้แก่ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ และอาชีพของประชาชน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่าง 18.5-22.9 กก./ม² 2) เป็นผู้ประกอบอาหารรับประทานเองอย่างน้อย 1 มื้อต่อวัน หรือเลือกรับประทานอาหารเองอย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต (จากการวินิจฉัยของแพทย์) 4) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน และสามารถใช้อีเมลพลิเคชันไลน์ (Line) ได้ 5) ไม่มีข้อจำกัดด้านความสามารถด้านการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น ได้แก่ โรคไต โรคต่อมไทรอยด์ 2) มีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ 3) มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power จากการศึกษาของยูภาพร นาคกลิ่ง และปราณี

ทัดศรี (Nakklung & Tadsri, 2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = .50 ค่าความเชื่อมั่น (α) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .80 ซึ่งใช้งานวิจัยกึ่งทดลองที่ใกล้เคียงกันกับงานวิจัยนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 16 หรือ 4 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ในกลุ่มทดลองใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการสุ่มจากคอมพิวเตอร์แบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยการเรียงรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตาม HN ของรพ.สต. ในเขตอำเภอบางมูลนาก และทำการสุ่มโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thai ware สร้างเลขสุ่มขึ้นมา แล้วใช้คำสั่งสุ่มเลือกหมายเลขตามจำนวนให้ได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ (Matching) กับกลุ่มทดลอง โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ดังนี้ คือ อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาเดียวกัน (Moonsarnand & Sumpowthong, 2016) กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มี 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม วารสาร เอกสารเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ประกอบด้วยคำถามเรื่องกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 25 ข้อ

ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

1.3 แบบบันทึกความดันโลหิต ที่วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดดิจิทัล มีการสอบเทียบหลังการใช้งานทุก 1 ปี โดยบริษัทที่รับผิดชอบกับกองควบคุมเครื่องมือแพทย์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH พัฒนาจากทฤษฎีสมาธิตนเองแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ แบ่งเป็น 8 กิจกรรม คือ 1) ให้ความรู้เรื่องอาหาร DASH และสาธิตย้อนกลับ การเลือกอาหาร 2) ตั้งเป้าหมาย 3) บันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การรับประทานอาหาร และนำมาปรับใช้ 5) ชมวิดีโอบุคคลต้นแบบ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6) การพูดให้กำลังใจ ในการปฏิบัติตนเองต่อเนื่องทางไลน์กลุ่ม 7) กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมทางไลน์กลุ่ม 8) เชื่อมบ้านระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่ 30 คน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

2.2 คู่มือในการปฏิบัติการส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH คู่มือลดความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH แผนการบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน และแผนการกระตุ้นเตือนทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH และคู่มือลดความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH ไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ

จำนวน 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และอายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85-1.00 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการ** ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการ รพ.สต. ห้วยเขน และ รพ.สต. บ้านวังทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย และประโยชน์จากงานวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง นัดพบ 5 ครั้ง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมรพ.สต. ห้วยเขน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่มทดลอง และผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหาร (Pre-test) และวัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1 และเริ่มเข้าสู่กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหาร DASH โดยจัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่ 30 คน ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาหาร DASH ยกตัวอย่างเมนูอาหารที่ประชาชนรับประทานเป็นประจำในพื้นที่ 20 เมนู ได้แก่ แกงผักหวานใส่ปลาอย่าง และถั่วงอกผัดเต้าหู้ เป็นต้น พร้อมแจกคู่มือ

ลดความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH และสาธิตการเลือกเมนูอาหารและการชั่งตวงปริมาณอาหาร โดยให้กลุ่มทดลองฝึกคำนวณพลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวันด้วยตนเอง การเลือกชนิดอาหาร และหน่วยปริมาณอาหารในแต่ละหมวดที่ควรได้รับต่อวัน

กิจกรรมตั้งเป้าหมายของตนเองตามแนวทาง DASH โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 30 คน ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายของตนเองตามหลักการพลังงานที่ได้รับต่อวันแต่ละบุคคล โดยเทียบเคียงกับตารางปริมาณอาหารตามแนวทาง DASH 8 หมวดอาหาร

กิจกรรมบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน ประเมินตนเองตามแนวทาง DASH โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 30 คน ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยสอนการบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร ลงในคู่มือลดความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH เพื่อประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารในปัจจุบัน โดยกลุ่มทดลองจะทราบได้ว่าต้องเปลี่ยนแปลงการบริโภคอย่างไรบ้าง ถึงจะบรรลุเป้าหมาย

กิจกรรมชมวิดีโอบุคคลต้นแบบตามแนวทาง DASH และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม 30 คน ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยเปิดสื่อวิดีโอบุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถลดความดันโลหิตได้ จากการควบคุมอาหารโดยการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันหลังรับชมวิดีโอ

สัปดาห์ที่ 1-8 ดำเนินการในแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลอง ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน ประเมินตนเองตาม DASH กลุ่มทดลองบันทึกปริมาณการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ โดยสรุปรวมหน่วยบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ทั้งหมด 8 หมวดที่บริโภคต่อวัน ลงในคู่มือลดความดันโลหิตสูงตามแนวทาง DASH

กิจกรรมการพูดให้กำลังใจในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง DASH ทางไลน์กลุ่ม (Line group) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยแก่กลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรับประทานอาหาร DASH และให้กำลังใจแก่กลุ่มทดลองที่ยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พร้อมกับให้คำปรึกษาในไลน์ส่วนตัว เพื่อช่วยให้กลุ่มทดลองดังกล่าวสามารถแก้ปัญหาที่พบได้

ด้วยตนเอง และสามารถทำตามเป้าหมายได้ในที่สุด ซึ่งมีการกำกับติดตามโดยผู้วิจัย สำหรับกลุ่มทดลองที่ไม่ได้ตอบกลับ ผู้วิจัยจะทักไลน์ส่วนตัว

กิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวทาง DASH ทางไลน์กลุ่ม (Line group) ผู้วิจัยส่งวิดีโอคำแนะนำการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับส่งข้อความให้คำแนะนำกระตุ้นกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มทดลองถ่ายรูปส่งบันทึกการรับประทานอาหารของตนเองมาในแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม (Line group) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 2, 4 จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุม รพ.สต. ห้วยเขน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์รับประทานอาหาร DASH และนำมาปรับใช้ และนำมาปรับใช้ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองด้วยกัน และนำมาจดบันทึกผ่านรูปแบบการนำเสนอผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 3 สถานที่บ้านของกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 20 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองรายละ 20 นาที เพื่อติดตามรายการอาหารที่กลุ่มทดลองบริโภค และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุม รพ.สต. ห้วยเขน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร (Post-test) และวัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 2 และกล่าวยุติโครงการกลุ่มควบคุม นับพบ 2 ครั้ง ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย การสอน การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิต มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุม รพ.สต. บ้านวังทอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้

กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Pre-test) และวัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 1 โดยสัปดาห์ที่ 1-8 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุม รพ.สต. ห้วยเขน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Post-test) และวัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 2 และกล่าวยุติโครงการ

3. ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องอาหาร DASH และนำคู่มือลดความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH มอบให้กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบการกระจายข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทดสอบการกระจายข้อมูล (Normality) ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test และเนื่องจากข้อมูลแจกแจงเป็นปกติ จึงใช้สถิติพารามตริก ในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยค่าสถิติ (Paired sample t test)

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าสถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับการรับรองตามหมายเลขโครงการ COA No. 237/2023 เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธื่อดำเนินการวิจัยและชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับและทำลายภายใน 3 ปี หลังจากจัดทำรายงานและตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา ให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.3 ปี (S.D. = 6.23) และ 52.8 ปี (S.D. = 5.50) น้ำหนักเฉลี่ย 55.6 กิโลกรัม (S.D. = 5.20) และ 56.0 กิโลกรัม (S.D. = 5.18) ส่วนสูงเฉลี่ย 157.5 เซนติเมตร (S.D. = 4.95) และ 158.8 เซนติเมตร (S.D. = 6.07) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.7 และ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 และ 60.0 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 เท่ากัน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอาหารในหมวดที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภค ที่มากขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ ผัก (ร้อยละ 46.7) และผลไม้ (ร้อยละ 36.7) ตามลำดับ และหมวดอาหารที่มีการลดปริมาณการบริโภคอย่างชัดเจน ได้แก่ ไขมันและน้ำมัน (ร้อยละ 63.3) และโซเดียม (ร้อยละ 26.7) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.31	0.34	3.12	0.35	-9.471	< .001

*** p < .001

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอาหารในหมวด

ที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคที่มากขึ้นอย่างชัดเจนกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ผัก (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.7) และ (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 16.7) และหมวดอาหารที่มีการลดปริมาณการบริโภคอย่างชัดเจน ได้แก่ โซเดียม (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.7) และ (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 16.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.12	0.35	3.19	0.37	9.995	< .001

*** p < .001

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลัง

เข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	144.30	6.33	138.33	7.43	8.970	< .001
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	83.03	8.35	80.10	7.69	6.562	< .001

*** p < .001

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	138.33	7.43	142.70	6.62	-2.403	.019*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	80.10	7.69	86.00	7.84	-2.941	.005*

* p < .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้
สมมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษานี้เป็นไปตามคำกล่าวของเบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่สำคัญ อันแสดงถึงการเลือกที่จะใช้ความพยายามกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล ซึ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำและความไม่ย่อท้อต่อความล้มเหลวของบุคคล นอกจากนี้ยังส่งผลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของแต่ละบุคคลอีกด้วย และได้อธิบายเพิ่มเติมว่าสมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นได้จาก 4 ปัจจัย ซึ่งตรงกับกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง มีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอาหาร DASH พร้อมแจกคู่มือลดความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ DASH

ยกตัวอย่างเมนูอาหาร 20 เมนู และผู้วิจัยสอนและสาธิตการเลือกเมนูอาหาร 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น มีกิจกรรมชมวิดีโอบุคคลต้นแบบ ซึ่งบุคคลต้นแบบเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถลดความดันโลหิตได้จากการควบคุมอาหารโดยการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH 3) การชักจูงด้วยคำพูด มีกิจกรรมการพูดให้กำลังใจในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ มีกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมทางไลน์กลุ่ม (Line group) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยส่งวิดีโอที่แนะนำการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความพยายาม และกระตือรือร้นที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นไปตามแนวทาง DASH และลดระดับความดันโลหิตตามที่คาดหวังได้สำเร็จจากการประเมินความสามารถตัวเองได้ว่ามีความสามารถสูง มีความรู้ตามสภาพการณ์ที่ตนต้องเผชิญ และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตน ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริรัตน์ ธีระประวีต, ชุภาศิริ อิกนันท์เดชา และศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ (Thaprawat, Apinundecha, & Limtoprasert, 2021) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของยูภาพร นาคกลิ้ง, และปราณี ทัดศรี (Nakkling & Tadsri, 2017) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งนำไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย กิจกรรมการบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน กิจกรรมการพูดให้กำลังใจในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมทางไลน์ ผ่านทางการส่งวิดีโอ คำแนะนำการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับส่งข้อความให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม (Line group) และผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้าน กิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดการกระตุ้นสมรรถนะแห่งตน ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารแตกต่างกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของจินตนา จักรสิงห์โต, รัตนา พันจูย (Juskingto & Punjuy, 2018) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเน้นกิจกรรมสาธิตรูปแบบอาหาร และแจกคู่มืออาหารตามธงโภชนาการ DASH diet และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร การเยี่ยมบ้าน ติดตามแบบบันทึก พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

นริศรา คงแก้ว, อนุธิดา ชัยจันทร์, ดุชนิษฐ์สุวรรณคง, และ ตั้ม บุญรอด (Kongkeaw, Chaikhan, Suwankhong, & Boonrod, 2022) ซึ่งเน้นกิจกรรมให้ความรู้การบริโภคอาหาร และสัดส่วนอาหารตามแนวทาง DASH แนะนำเมนูอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมคิดวัตถุดิบในชุมชนให้เป็นส่วนประกอบของเมนูอาหารตามแนวทาง DASH และฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการตามตัวอย่างผลิตภัณฑ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของภัทราภรณ์ ขาวผ่องอำไพ, ดวงพร ปิยะคง, และสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (Khowpongampai, Piyakong, & Tepsuriyanont, 2020) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมติฐานข้อที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งนำไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามแนวทาง DASH จากการกรอกแบบบันทึกการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการบริโภคข้าวโพส ผัก ผลไม้ นม และถั่วเมล็ดในอัตราส่วนที่มากขึ้นและเพียงพอต่อวัน ร่วมกับมีแนวโน้มการบริโภคไขมัน น้ำตาล และโซเดียมในอัตราส่วนที่ลดลง ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ตูรงค์เรือง และคณะ (Turongruang et al., 2017) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง พร้อมแจก

คู่มือเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคของตนเอง และการนำผู้ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสำเร็จมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรค รวมถึงพูดชักจูงให้เห็นความสำคัญ และผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา จักรสิงห์โต และรัตนา พันจูย (Juksingto & Punjuy, 2018) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ที่ระดับ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิณกรณัฏ์ แคนกาไสย, ศุภวรรณ ขอดโปรง, จันทระจิรา อินจัน, ชัยวัฒน์ อินไชยา และอรอุมา แก้วเกิด (Dankasai, Yodprong, Injeen, Inchaiya, & Kaewkerd, 2023) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมมติฐานข้อที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลักการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH อีกทั้งได้รับการให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การรับประทานอาหารและนำมาปรับใช้กับตนเอง และการกระตุ้นเตือนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ ตลอดจนกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามรายการอาหารที่กลุ่มทดลองบริโภคสำรวจสิ่งแวดล้อมภายในห้องครัว และให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไป จนสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนริศรา

คงแก้ว และคณะ (Kongkeaw et al., 2022) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอำเภอ นานอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งผู้วิจัยเน้นส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH โดยให้ความรู้แนวทางการบริโภคอาหารและสัดส่วนอาหารตามแนวทางของ DASH ที่ควรบริโภคในแต่ละวัน การเลือกวัตถุดิบที่ถูกต้อง เลี่ยงพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต และลงเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของรพีพรรณ วุฒิเอ๋ย และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (Wuticay & Takaew, 2021) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่ือง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยพร ศรีพนมเขต (Sripanomkhat, 2021) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และสามารถลดระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมอาหารตามแนวทางของ DASH โดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เมนูอาหารที่ประชาชนรับประทานเป็นประจำในพื้นที่ ดังนั้นในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในพื้นที่อื่น อาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของอาหารให้เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในพื้นที่อื่น

2. ควรส่งเสริมบุคคลที่ประกอบอาหารในครัวเรือนให้มีความรู้ในการประกอบอาหารตามแนวทางของ DASH เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจำนวนสัปดาห์ของการทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเขน ตำบลบ้านวังทอง และตำบลเนินมะกอกที่ให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Dankasai, C., Yodprong, S., Injeen, J., Inchaiya, C., & Kaewkerd, O. (2023). The effects of self-efficacy enhancement program on stroke prevention behavior and blood pressure among patients with hypertension. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(3), 179-192. [In Thai].
- Department of Health Bureau of Nutrition. (2020). *Dietary reference intake for Thais 2020*. Retrieved from <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/dri/176096>. [In Thai].
- Juksingto, J., & Punjuy, R. (2018). The effectiveness of self-efficacy program on health behaviors in uncontrolled hypertensive patients, Koksong Hospital, Sa-kaeo Province. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3*, 12(1), 56-67. [In Thai].
- Khowpongampai, B., Piyakong, D., & Tepsuriyanont, S. (2020). The effect of the self-efficacy promoting program on self-efficacy and swallowing ability in stroke patients with dysphagia. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 122-134. [In Thai].
- Kongkeaw, N., Chaikhan, A., Suwankhong, D., & Boonrod, T. (2022). 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* 2022, 31(6). 1008-1018. [In Thai].
- Leesagul, P. (2024). *Effects of dietary promotion program guideline of the DASH on food consumption behaviors and blood pressure in patients with hypertension*. Master Thesis (Community Health Nurse Practitioner), Naresuan University, Phitsanulok. [In Thai].

- Moonsarnand, S., & Sumpowthong, K. (2016). Effects of dietary behavior modification program guideline of the DASH with self-efficacy theory and social support on reducing the risk of hypertension among pre-hypertensive patients. *The Public Health Journal of Burapha University*, 11(1), 87-98. [In Thai].
- Nakklung, Y., & Tadsri, P. (2017). Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. *Association Of Private Higher Education Institutions Of Thailand*, 6(1), 27-35. [In Thai].
- National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). (2018). *DASH ranked best diet overall for eighth year in a row by U.S. News and world report*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/news/2018/dash-ranked-best-diet-overall-eighth-year-row-us-news-and-world-report>.
- Panboot, N., Danyuthasilpe, C., & Na-udom, A. (2023). Effects of a self-efficacy enhancing program on exercise behavior, blood pressure level and body mass index among a pre-hypertension group with overweight, Sukhothai Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(3), 39-51. [In Thai].
- Phichit Provincial Public Health Office. (2021). *Diseases that are the top 10 causes of illness in inpatients (IPD), comparing each fiscal year*. Retrieved from <http://www.ppho.go.th/mis-new/index.php?menu=3.7>. [In Thai].
- Sacks, F. M., & Campos, H. (2010). Dietary therapy in hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 362(22), 2102-2112.
- Sripanomkhate, P. (2021). Effects of dietary behavior modification program guideline of dietary approaches to stop hypertension (DASH) with self efficacy theory on reducing risk of hypertension among pre - hypertensive patients. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 3(1), 121-132. [In Thai].
- Strategy and Planning Division. (2023). *Number and death rate from high blood pressure (I10-I15) per 100,000 people, 2017-2021, classified by province. Health service area and country overview (including Bangkok)*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>. [In Thai].
- Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines in the treatment of hypertension 2019*. Bangkok: Thai Hypertension Society. [In Thai].
- Thaprawat, S., Apinundecha, C., & Limtoprasert, S. (2021). The effectiveness of self-efficacy enhancement program on health behaviors of elderly hypertensive patients. *UMT Poly Journal*, 18(2), 290-303. [In Thai].
- Turongruang, S., Wattana, C., Harnirattisai, T., & Liangchawengwong, S. (2017). Effects of a self-efficacy promoting program on disease control behaviors and disease control among patients with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal CMU*, 44(1), 69-82. [In Thai].
- World Health Organization. (25 August 2021). *More than 700 million people with untreated hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-un-treated-hypertension>.
- Wutieay, R., & Takaew, T. (2021). Effects of self-efficacy promoting program on self-care behaviors for hypertensive patients in Mae Ing Sub-District, Phukamyao District, Phayao Province. *Thai Journal of Health Education*, 44(1), 102-114. [In Thai].

บทความวิจัย

ประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก Adaptation Experiences on the Head Nurse's Position, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.

ลำลี ปิงวงษ์ (Sumlee Pingwong)*

รุ่งทิwa บุญประคม (Roongtiva Boonpracom)**

ชมนาด วรรณพรศิริ (Chommanard Wannapornsiri)***

Received: March 14, 2023

Revised: April 11, 2023

Accepted: May 8, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ให้ข้อมูลคือหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard)

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ 1) การปรับกระบวนการทางความคิด ด้วยการมุ่งมั่นทำหน้าที่ให้ดีที่สุด การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการคิดบวก และการยอมรับและรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นมากขึ้น 2) การแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ด้วยการแสวงหาความรู้ด้านบริหาร วิชาการ และเทคโนโลยี 3) การจัดการความเครียด ด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ การหาที่ปรึกษาระบายความรู้สึก และการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง 4) การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี ด้วยการสร้างภาพลักษณ์ภายนอกด้านบุคลิกภาพ และด้านพฤติกรรม เช่น ความเอื้ออาทร ความมีวุฒิภาวะ 5) การจัดสรรเวลา ด้วยการวางแผนการทำงาน และการแบ่งเวลาสำหรับชีวิตส่วนตัว และ 6) การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ด้วยการดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนจากที่ทำงาน และจากครอบครัว ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคประกอบด้วย การตอบสนองต่อความต้องการของทีมสหวิชาชีพ และความพลิกผันทางเทคโนโลยี

*Corresponding author: Sumlee Pingwong : pamrawee9@hotmail.com

**นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Management, Naresuan University)

**อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Associate Professor, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University)

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางในการเตรียมผู้ที่เข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ใน 6 ประเด็นดังกล่าว และควรส่งเสริมปัจจัยสนับสนุน และลดอุปสรรคเพื่อให้ผู้ที่เข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ประสบการณ์, การปรับตัว, หัวหน้าหอผู้ป่วย

Abstract

This qualitative research aimed to study the adaptation experiences in the position of head nurses, as well as the facilitating and hindering factors that affected these experiences at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Key informants were thirteen head nurses who were selected by purposive sampling. Data collection methods included in-depth interview, non-participatory observation, and field notes. Content analysis by Leonard method was employed in data analysis.

The results of this study revealed six main themes regarding adaptation experiences in the position of head nurses:

1) Mindset adjustment, which involved striving to do one's best, inspiring others through positive thinking, and being more accepting and receptive to others' opinions. 2) Additional knowledge acquisition, by seeking management, academic, and technological knowledge. 3) Managing stressors by engaging in relaxation activities, seeking counseling, and participating in religious rituals. 4) Creating a beneficial self-image by projecting an external image of personality and good conduct such as generosity, maturity. 5) Time management by planning work tasks and allocating time for personal life. and 6) Taking care of one's health by nurturing both body and mind.

The facilitating factors were organizational support and family support, while obstacles included responding to the needs of a multidisciplinary care team and disruptive technologies.

The results of this research nursing administrators with a guideline for preparing new head nurses, focusing on the six identified themes, and promoting facilitating factors while addressing obstacles to enhance adaptation experiences for those entering the position of head nurse.

Keywords: Adaptation, Experiences, Head nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารพัฒนาคุณภาพหอผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยนับเป็นสิ่งที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการพัฒนาและได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตำแหน่งจะมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำที่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เชื่อมมั่นในสมรรถนะแห่งตน มีความมั่นใจและมุ่งมั่นในการบริหารงาน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (Yuenboon, 2019) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการเตรียมความพร้อมเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานในบทบาทของผู้นำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม อาจเกิดความกังวลในการปฏิบัติงานในตำแหน่งสำคัญ เกิดช่องว่างด้านความเหมาะสมของผู้นำ การคัดเลือก การเข้ารับตำแหน่ง ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวกับตำแหน่งใหม่ (Trossman, 2015 as cited in Khuankaew, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับตัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ ในทางจิตวิทยาถือว่าผู้ที่สามารถใช้จิตวิทยาในการปรับตัวจะช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง เข้าใจพฤติกรรมผู้อื่น ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์มากขึ้น ส่งผลให้สามารถคิดและตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thiravegin, 2008)

การปรับตัวเป็นพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับสภาพลงสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม (Manin, 2021) การปรับตัวที่ดีจะส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล สามารถบรรลุเป้าหมายเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้ (Roy & Andrews, 1999) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับตัวจากพยาบาลปฏิบัติการมาเป็นผู้บริหารหอผู้ป่วยโดยการพัฒนา ปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ในด้านความรู้ และทักษะในการบริหารจัดการควบคู่ไปกับการมีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ได้รับ

การยอมรับจากผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา อีกประการหนึ่งคือเป็นความปรารถนาที่จะเรียนรู้อยู่เสมอ เพราะวิทยาการต่างๆ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อให้สามารถปรับตัวตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพ ประสพการณ์ การปรับตัวของหัวหน้าหอผู้ป่วยเริ่มจากการมีแรงผลักดันหลังได้รับตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้สึกรับผิดชอบต่อตำแหน่งตามบทบาทหน้าที่ ความรู้สึกที่ต้องรู้มากกว่าผู้ใต้บังคับบัญชา ความต้องการเป็นแบบอย่างพยาบาลที่ดีในด้านการปฏิบัติการพยาบาล การต้องทำหน้าที่สอนและนิเทศบุคลากรในทีมสุขภาพ (Meesiri, 2003)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และขยายหน่วยงานเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญในการให้บริการประชาชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง จากการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาล ทำให้เกิดหน่วยงานใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ประกอบกับมีการปรับโครงสร้างของกลุ่มการพยาบาล ทำให้ต้องมีการสรรหาผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่เหมาะสมมาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยที่ผ่านมานอกจากการสรรหาเพื่อทดแทนผู้เกษียณราชการ การแต่งตั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยในทางปฏิบัติจะเลือกจากระบบอาวุโส ซึ่งบางคนไม่เคยผ่านการอบรมหรือการเตรียมความพร้อมทางด้านการบริหารมาก่อน ส่งผลให้ผู้ถูกคัดเลือกมีความไม่พร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ และเมื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง ทำให้ขาดความมั่นใจในการบริหารงาน ไม่กล้าตัดสินใจ ใช้การบริหารงานตามความรู้ความสามารถที่มีอยู่เดิม เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถแก้ปัญหาหรือเป็นที่ปรึกษาที่ดีได้ (Leksomboon, 2012) เกิดภาวะเครียด จนนำไปสู่การตัดสินใจลาออกหรือขอย้ายหน่วยงาน (Boonkuna, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์การเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน (Wanitwetsuwat, 2004) และมีการศึกษาประสพการณ์ความสำเร็จในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดนนทบุรี (Poomikhade, 2014) แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ

ประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่องค์กรมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ มีข้อกำหนดของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่เกิดจากโรคอุบัติใหม่ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเข้าถึงข้อมูล และความคาดหวังของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการปรับตัวในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย Roy adaptation model (Roy & Andrews, 1999) ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับการปรับตัว เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยสนับสนุน และวางแผนป้องกันอุปสรรคที่อาจขัดขวางการปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพสามารถจัดระบบบริการพยาบาล และระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานที่ได้รับผิดชอบให้ได้มาตรฐาน เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และสามารถพัฒนาองค์กรพยาบาลสู่ความสำเร็จได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัว ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพ ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย Roy adaptation model (Roy & Andrews, 1999) 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ โชนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน มาเป็นแนวคิดในการสร้างข้อคำถาม และศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพ ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ ได้แก่ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้บันทึกเสียงขณะสนทนา เพื่อเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2565-มิถุนายน 2566

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นแบบกึ่งโครงสร้างสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค ที่ส่งผลต่อการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพ ในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย 3) แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และ 4) เครื่องบันทึกเสียงและอุปกรณ์บันทึกเสียงสำหรับบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย มาเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นอย่างกว้างๆ เพื่อสร้างเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำแนวคำถามไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญในเรื่องงานวิจัยเชิงคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพอาวุโสที่ผ่านการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย จำนวน 2 ราย เพื่อใช้ในการศึกษานำร่องและทดสอบความชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมและความต่อเนื่องของคำถาม ผลการทดสอบพบว่าไม่ต้องมีการแก้ไขแนวคำถาม จึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ในการสัมภาษณ์ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ หมายเลข IRB เลขที่ P2 0145/2564 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม 2564 รับรองต่อเนื่องวันที่ 3 กันยายน 2565 และผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หมายเลข IRB เลขที่ 047/2564 วันที่รับรอง 25 พฤษภาคม 2564 รับรองต่อเนื่องวันที่ 8 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยความสมัครใจ โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษาวิจัยไม่ว่ากรณีใด ๆ และไม่มีผลใดๆ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะไม่มีการระบุชื่อ และถูกเก็บไว้เป็นความลับ และเปิดเผยเฉพาะการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและเพื่องานวิชาการเท่านั้น จะมีการทำลายเพิ่มข้อมูล และรายงานบันทึกภาคสนามภายใน 1 ปีหลังการวิจัยสิ้นสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แล้วผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์คัดเลือก และดำเนินการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมืออย่างเป็นทางการ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย นัดหมายกำหนดวันและเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้นัดหมายวัน เวลาและสถานที่เพื่อความสะดวกในการให้ข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามวัน เวลา ซึ่งสถานที่ส่วนใหญ่คือที่ห้องทำงานหัวหน้าหอผู้ป่วย และวิเคราะห์แปลความข้อมูลได้ตรงกับความหมายของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที สัมภาษณ์ผู้ให้

ข้อมูลแต่ละรายจำนวน 1-2 ครั้ง และใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ และการจดบันทึกภาคสนาม หลังจากถอดเทปแบบคำต่อคำแล้วนำมาวิเคราะห์และมีประเด็นที่ไม่ชัดเจน ได้มีการนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard, 1989 cited in Wongsaree, 2020) ประกอบด้วย

- 1) การถอดเทปเรียงถ้อยคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ พร้อมฟังเทปหรืออ่านบททวนหลายๆครั้งจนเข้าใจประสบการณ์ที่ชัดเจน
- 2) เขียนความสัมพันธ์ของข้อมูลโดยแยกแยะประเด็นหลัก ประเด็นย่อย เท่าที่อธิบายได้ไว้เป็นส่วนๆ
- 3) จัดหมวดหมู่ความสัมพันธ์ตามประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ผนวกธิม (Theme) ที่เป็นเรื่องเดียวกันเข้าด้วยกัน
- 4) อธิบายคำที่เป็นจุดสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และให้ความหมายเชื่อมโยงเหตุการณ์ สะท้อนความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อความหมายของประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจนในแต่ละประเด็น
- 5) เขียนสรุปสาระสำคัญ (Theme) ทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่มีความสัมพันธ์กันตามความหมายให้เข้าใจชัดเจนตามขอบเขตของความหมายหรือธีมนั้นๆ

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยนี้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลของกูบาและลินคอล์น (Guba & Lincoln, 1989) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ทำการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ รายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ พร้อมทั้งสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปและถอดข้อความ

โดยไม่มีการคัดแปลงข้อความ นำข้อมูลมาตรวจสอบเนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้จนได้ความเห็นและการตีความข้อมูลในประเด็นหลักที่ตรงกัน

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยนำผลของการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วยการนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ครอบคลุมมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้อีกเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ซึ่งสามารถตรวจสอบข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การถอดเทป การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุปประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล และมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 13 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 ราย) ร้อยละ 84.6 มีอายุระหว่าง 45 - 50 ปี (9 ราย) ร้อยละ 69.2 สถานภาพสมรส (9 ราย) ร้อยละ 69.2 มีระดับการศึกษาาระดับปริญญาโทด้านการบริหารทางพยาบาล (7 ราย) ร้อยละ 53.9 มีประสบการณ์การทำงานในบทบาทพยาบาลวิชาชีพก่อนดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 20-24 ปี (8 ราย) ร้อยละ 61.5 มีระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 4-6 ปี (7 ราย) ร้อยละ 53.9 ได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านบริหารการพยาบาล (7 ราย) ร้อยละ 53.9

2. ประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถสรุปได้ 6 ประเด็น ดังนี้

2.1. การปรับกระบวนการทางความคิด หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับกระบวนการทางความคิดใน 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1.1 การมุ่งมั่นทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบสูง เมื่อพบปัญหาอุปสรรค ทำให้เกิดความท้อแท้ จึงต้องมีการปรับความคิดให้เป็นแรงผลักดันในการปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุด ดังคำกล่าว

“...เราคิดว่าเราต้องทำทุกอย่างเพื่อพัฒนางานโรงพยาบาลเพื่อคนไข้ของเราให้ได้มากที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“...คณะผู้บริหารให้ความไว้วางใจในการเลือกเราเป็นหัวหน้าเราก็ควรทำให้เต็มความสามารถของเรา ทำทุกอย่างให้เต็มที่ให้ดีที่สุดเท่าที่เราทำได้ ก็รู้สึกตัวเองมีความภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.1.2 การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการคิดบวก โดยเลือกที่จะไม่เก็บคำพูดหรือกริยาเหล่านั้นมาคิด เลือกมองแต่สิ่งดีหรือหามุมมองดี ๆ ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น นำสิ่งเหล่านั้นมาเป็นบทเรียน มีการตั้งเป้าหมายเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ก่อให้เกิดพลังบวกในการทำงาน ดังคำกล่าว

“...บางทีพอเราเจอลูกน้องที่หลากหลาย เราก็เจอบางอย่างที่แบบว่าไม่ใช่ว่าบวกตลอดนะ บางทีน้องก็คิดลบกับเราเราพยายามมองเรื่องต่างๆ ที่เข้ามาให้เป็นเชิงบวก ให้มันเป็นแง่คิดแก่เรา มันเป็นบทเรียน เมื่อมีปัญหาเรื่องนั้นเรื่องนี้ก็กลับมาคิดกับตัวเองว่ามันสอนอะไรเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“...สถานที่ทำงานก็คือบ้านหลังที่สองของเรา ทำให้เรามีรายได้ดูแลตนเองและครอบครัวเราก็รักองค์กรมากขึ้นมีการดูแลมากขึ้น เหมือนว่าเป็นบ้านของเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

2.1.3 การยอมรับและรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นมากขึ้น โดยมีการยอมรับความแตกต่างของบุคคล มอบหมายงานให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ยอมรับว่าการกระทำของบุคคลย่อมมีเหตุผล การรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติยอมรับในกระบวนการทำงานที่แตกต่างกัน แต่สามารถทำให้ถึงเป้าหมายเดียวกันได้ ดังคำกล่าว

“...เมื่อก่อนเราไม่สนใจอยู่แล้ว น้องคนไหนมีปัญหาเราก็จัดการเลย แต่ว่าเดี๋ยวนี้เราก็ต้องนั่งฟังเราปรับ

ทัศนคติ เช่น ถ้าน้องทำผิด แค่ว่าไม่อยากทำผิด ต้องหาเหตุ และผล ว่ามันเกิดอะไรขึ้น รับฟังเหตุผลของน้อง ก่อนที่จะตัดสิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

สรุป ด้านการปรับกระบวนการทางความคิด พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับตัวด้วยการคิดบวกเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน ปรับความคิดให้เกิดความมุ่งมั่นในการทำหน้าที่บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ปรับตัวให้ยอมรับและรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรทุกระดับมากยิ่งขึ้น

2.2. การแสวงหาความรู้เพิ่มเติม หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการหาความรู้เพิ่มแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.2.1 การแสวงหาความรู้ด้านบริหาร หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องรู้ระบบการทำงาน นโยบาย กฎระเบียบ ปฏิบัติ การบริหาร คน เงิน การจัดทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติงาน การทำบันทึกเสนอต่าง ๆ ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาความรู้ เพื่อให้สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว

“...พอที่ขึ้นเป็นหัวหน้า จากผู้ปฏิบัติที่ไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อมมาก่อน พี่หนักใจมาก พี่เลยไปเรียน ป.โท บริหาร เพื่อจะได้เรียนรู้หลักการบริหาร พี่ก็ได้อะไรเยอะนะจากอาจารย์ ตั้งแต่ การบริหารคน เงิน ของ การแต่งกาย บุคลิกภาพ อะไรอย่างนี้ แล้วก็จากเพื่อน ๆ ที่เรียนด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

2.2.2 การแสวงหาความรู้ด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ และต้องรู้มากกว่าผู้ปฏิบัติ ทั้งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรค การดูแลผู้ป่วย แนวทางการรักษาให้ทันวิวัฒนาการปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเป็นที่ปรึกษา นิเทศ กำกับให้ผู้ปฏิบัติทำตามมาตรฐาน ดังคำกล่าว

“...ต้องอัปเดต พยายามเรียนรู้ อ่านหนังสือให้มากขึ้น ต้องถามผู้รู้ บางอย่างเราหาไม่ได้ ถามผู้รู้ แพทย์ ผู้ชำนาญ เราก็เข้าไปสอบถามเค้าเลย ก็จะต้องพยายามหาความรู้เพิ่มขึ้น เมื่อเราเป็นหัวหน้า เราจะต้องบริหาร น้องคิดว่าเราเป็นที่พึ่ง ถ้าน้องไม่รู้อะไร เราต้องรู้ไง เราต้องเป็นที่พึ่งให้เค้าได้ เค้าถึงจะเชื่อมั่นเรา ศรัทธาเรา เพราะฉะนั้นเราต้องพยายามพัฒนาความรู้ให้มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

2.2.3 การแสวงหาความรู้ด้านเทคโนโลยี ในสังคมยุคดิจิทัล มีการใช้เทคโนโลยีมาสนับสนุนการทำงาน ทั้งทางด้านการสื่อสาร การรายงาน การนำเสนอ การจัดเก็บตัวชี้วัด รวมทั้งโปรแกรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ทักษะการใช้เทคโนโลยี จึงเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็น ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพัฒนาตนเองในการเรียนรู้เพิ่มเติม ดังคำกล่าว

“...เรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เพราะการบันทึก การรายงานข้อมูล ตัวชี้วัด ก็ต้องใช้โปรแกรมต่าง ๆ เราต้องเรียนรู้ ถ้าโปรแกรมไหน ทำไม่ได้หรือว่ามีข้อสงสัย ก็จะใช้วิธีการศึกษาจากสื่อ เว็บไซต์เพราะเราต้องใช้โปรแกรมต่าง ๆ ในการทำงาน บางครั้งก็ปรึกษาโปรแกรมเมอร์ของโรงพยาบาลช่วยสอน เวลามีปัญหาเรื่องคอมพิวเตอร์” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

สรุป ด้านการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมทั้งด้านการบริหาร วิชาการ และเทคโนโลยี เพื่อใช้ในการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ โดยวิธีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง ปรึกษา ผู้มีประสบการณ์ เป็นต้น

2.3. การจัดการความเครียด หัวหน้าหอผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความเครียดแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.3.1 การทำกิจกรรมที่ชอบ การทำกิจกรรมที่ชอบ เป็นตัวช่วยอย่างหนึ่งที่จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือเครียดน้อยลง วิธีการจัดการความเครียด จากประสบการณ์ ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เพื่อผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี นอน ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ดังคำกล่าว

“...เมื่อมีความเครียดสูง ใช้การระบาย โดยการออกกำลังกาย ได้เหงื่อ แล้วก็การได้ทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เช่น ไปเที่ยวกัน ทำอาหารกินร่วมกัน ช่วยให้เราผ่อนคลาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

2.3.2 การหาที่ปรึกษาระบายความรู้สึก การปรึกษาเพื่อนที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเหมือนกัน เพราะจะเข้าใจบริบทและความรู้สึก ปรึกษาหัวหน้างาน ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน การได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองกับคนที่ไว้วางใจ ช่วยให้เกิดความเครียดได้ ดังคำกล่าว

“...เพื่อนในรุ่น พี่มีเยอะ ที่จากผู้ปฏิบัติขึ้นมาเป็นผู้บริหาร เพราะฉะนั้นเราก็จะมีกลุ่มของเรา ที่แบบว่าช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วงที่เป็นหัวหน้าใหม่ นึกคุยกันแทบทุกวันเลย อะไรที่ดีตรงนี้เราต้องช่วยกัน คนนี้มีปัญหาอะไร คือเอามาจอยกัน มาช่วยกันพุงๆกัน ไปด้วยกัน เกาะๆกันเป็นกลุ่มๆ เป็นปึกๆว่า ใต้จะหลุดออกมา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

2.3.3 การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ ในการจัดการความเครียด โดยใช้คำสอนทางศาสนา มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ บางรายใช้กิจกรรมทางศาสนา ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย ดังคำกล่าว

“...ที่จะไปโบสถ์ทุกวันอาทิตย์เขาก็จะมีมนัสการพระเจ้าอะไรอย่างนี้ เขาก็จะมีการทำเซลล์ทำกลุ่มอะไรอย่างนี้ แล้วก็จะมีบาทหลวงมาเทศน์ ทำให้ใจเรเป็นสุขสงบขึ้น แล้วก็ผ่อนคลาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

สรุป ด้านการจัดการความเครียด พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยเมื่อมีภาวะเครียด ต่างมีวิธีการในการจัดการภาวะเครียด เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้วิธีที่หลากหลาย เช่น การเลือกทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบ การพูดระบายความรู้สึก การใช้หลักธรรมทางศาสนา มาเป็นแนวปฏิบัติ

2.4. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการสร้างภาพลักษณ์แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.4.1 การสร้างภาพลักษณ์ภายนอกด้านบุคลิกภาพ เพื่อให้มีบุคลิกภาพและภาพลักษณ์ที่ดี เช่นการแต่งกาย การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ปรับกริยาท่าทางให้ดูสง่าผ่าเผย เพื่อพัฒนาคุณลักษณะต่าง ๆ ที่แสดงออกมาทางร่างกาย เพื่อทำให้ผู้ที่พบเห็นอยากเข้าใกล้อยากให้ความร่วมมือ อยากช่วยเหลือ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ได้รับการยอมรับ การสนับสนุน รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกน้อง ดังคำกล่าว

“...เมื่อก่อนแป้งกระป๋องเดียวค่ะ โปะๆ แล้วก็มาขึ้นเวร พอเป็นหัวหน้าอยู่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกด้วย เราคิดว่าหน้าตา เสื้อผ้า การแต่งกาย บุคลิก ต้องดูดี ที่ที่ปรับตัวเองโดยแต่งหน้าให้ดูสดชื่น แต่งตัวเรียบร้อยเรายังดูสุขภาพดีพร้อมที่จะให้บริการ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

2.4.2 การสร้างภาพลักษณ์ด้านพฤติกรรม การปรับสร้างภาพลักษณ์ด้านพฤติกรรม ให้ความเอาใจใส่ อาทร ความมีวุฒิภาวะ การควบคุมอารมณ์ มีความยุติธรรม เพื่อให้มีลักษณะความเป็นผู้นำ บริหารงานได้ราบรื่นขึ้น ดังคำกล่าว

“...ต้องขอบคุณสิ่งที่สะท้อนกลับเรามา ว่าเราเป็นคนใจร้อนอะไรอย่างนี้ มันทำให้เราได้เรียนรู้แล้วก็ปรับตัวมันเหมือนเสียงสะท้อนต้องขอบคุณเขาที่สะท้อนให้เราได้ว่าเราควรจะปรับปรุงตัวเองอย่างไร บางทีเราอาจจะใจร้อนไปเมื่อเขาสะท้อนกลับมาก็ทำให้เราได้เรียนรู้แล้วก็ใจเย็นมากขึ้น ไม่ต้องรีบ ใจเย็นนิดนึงให้หยุด 1 คิด 1 คิด 2 คิด 3 เหมือนกับเบรกดตัวเองไม่ให้พุด ไม่ให้ใช้อารมณ์” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

สรุป ด้านการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพัฒนาปรับสร้างภาพลักษณ์ตนเองให้ดียิ่งขึ้น ทั้งภาพลักษณ์ภายนอกทั้งบุคลิกภาพ การแต่งกาย และภาพลักษณ์ด้านพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน จากผู้รับบริการ ผู้มาติดต่อประสานงาน

2.5. การจัดสรรเวลา หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับตัวในการจัดสรรเวลาแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.5.1 การวางแผนการทำงาน เพื่อจัดสรรเวลาให้เกิดความสมดุลในการทำงาน โดยัดงานที่ทำเมื่อหมดเวลาทันที ไม่นำงานกลับไปทำตอนนอกเวลางาน ทำงานในเวลาให้ได้มากที่สุด จัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง พยายามเรียนรู้และหาแหล่งสนับสนุนที่ทำให้ทำงานได้เร็วขึ้น ดังคำกล่าว

“...พยายามทำงานในที่ทำงานให้ได้มากที่สุด พอหมดเวลาที่ดีกลับบ้าน พอกลับบ้านจัดการกิจวัตรตนเองกับครอบครัวเรียบร้อย แล้วก็เอางานที่เหลือค้างหรือว่างานที่เหลือมาทำต่ออีกนิดนึง แต่ว่าทั้งนี้ทั้งนั้นถึงเวลาห้าทุ่มพื้ก็ปิดสวิตซ์ตัวเองเพื่อพักผ่อน แล้วก็นอนพอวันรุ่งขึ้นก็ว่ากันไป” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2.5.2 การแบ่งเวลาสำหรับชีวิตส่วนตัว ในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง ต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ด้วยภาระงานที่

มากขึ้น ต้องมีการจัดสรรเวลาสำหรับชีวิตส่วนตัว โดยการกำหนดเวลาพักผ่อน การชดเชยวันหยุดให้ครบถ้วน แบ่งเวลาดูแลคนในครอบครัว กำหนดเวลาออกกำลังกาย ดังคำกล่าว

“...การนอนคือเมื่อก่อนตอนที่เป็นใหม่ๆ ยังปรับตัวไม่ได้เท่าไร เพราะว่างานมันรุมเร้าเราทำงานไม่ทันเพราะว่ามีงานนู่นนี่นั่นให้ต้องส่งตลอด พอรับการประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาล การประกันคุณภาพโรงพยาบาล ก็จะมีงานเอกสารเยอะแยะมากมาย ก็ต้องนอนดึกตลอด นอนหลังเที่ยงคืนตลอด พอเริ่มเข้าสถานการณ์ที่ปกติที่ปรับตัวได้ก็ต้องปรับตัววางแผนว่าต้องนอนสี่ทุ่มไม่เกินเที่ยงคืนแล้วตื่นตีห้า ซ้ำเกินจากนั้นไม่ได้ เสาร์อาทิตย์ต้องหาเวลาไปออกกำลังกาย พยายามจัดรูปแบบว่าหกโมงเย็นกลับเลย เองงานกลับมาที่บ้านคือไม่ทำงานต่อแล้วก็อีกประเด็นหนึ่งก็คือว่าต้องหาวันหยุดชดเชย ในแต่ละเดือนต้องมีการกำหนดวางแผนที่จะต้องนัดกับแม่แล้วจึงต้องกำหนดว่าไม่ต้องทำอะไรทั้งสิ้น ต้องพาแม่ไปพักผ่อน มีเวลาผ่อนคลาย มีเวลาอยู่กับแม่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

สรุป ด้านการจัดสรรเวลาพบว่า ด้วยภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับตัวในการสร้างสมดุลชีวิต ด้วยการวางแผนการทำงานให้เหมาะสมกับตนเอง และแบ่งเวลาให้กับตนเอง ในการพักผ่อน ดูแลสุขภาพ และดูแลครอบครัว

2.6. การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงเพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทำงานได้มีประสิทธิภาพ จึงต้องดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.6.1 การดูแลสุขภาพร่างกาย ด้วยต้องทำงานอยู่หน้าจอคอมพิวเตอร์นาน อาจมีผลกระทบต่อสายตา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ถ้าไม่ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ทำให้เกิดภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรังได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง โดยการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ ดังคำกล่าว

“...การทำงานก็จะอยู่หน้าคอมพิวเตอร์เป็นหลัก ในด้านร่างกายก็อาจจะออกมาไม่ว่าจะเป็นปวดคอ ปวดบ่า ก็ถ้าปวดคอปวดบ่าอย่างนี้ก็ต้อง ไปพั้งให้หมอนวด นวดคลายกล้ามเนื้อ ช่วงที่ต้องทำงานดึกบางทีก็กินอาหารเสริม บำรุงร่างกาย เดินออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

2.6.2 การดูแลสุขภาพจิต เมื่อมีปัญหากระทบด้านจิตใจ มีความเครียด มีความรู้สึกท้อ มีการปรับตัวเสริมสร้างสุขภาพใจให้มีความแข็งแรง โดยการฝึกทักษะการผ่อนคลาย หุยุดคิดเรื่องเครียดต่างๆ หากิจกรรมสร้างสรรค์ ทำหาแรงบันดาลใจในการทำงาน เมื่อรู้สึกท้อ ดังคำกล่าว

“...จากที่ทำงานแล้วถ้าไปถึงบ้าน เรามีความสุข ใจ กลับไปบ้านแล้วเราทำทุกอย่าง ไปเดินชมสวนผัก ชมต้นไม้ แล้วมันก็จะลืม พี่ก็จะแบบมีความสุขทั้งความเครียดช่วงนี้ แล้วจะทำให้เราสบายใจ แล้วเราก็จะหลับได้ พี่ชอบคุยกับคนที่คุยสนุกสนาน มันทำให้เราได้หัวเราะตามไปด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“...ช่วงที่เรารู้สึกเครียดมาก ๆ เราจะฟังธรรมชาติธรรมะก็จะช่วยให้เราได้เรียนรู้แต่ไม่ใช่ธรรมะล้วน ๆ นะ ธรรมะบ้าง เพลงบ้าง ได้ทำกิจกรรมที่เราชอบบ้าง ฝึกการปล่อยวาง มันทำให้เราเครียดน้อยลง มันทำให้เราลืมสิ่งที่เราเครียดในเวลานั้น แล้วก็หุยุดๆ ก่อนในสิ่งที่มีเครียด พอเราได้ผ่อนคลาย แล้วเราก็อยกกลับมามองมันจะได้มุมมองที่ต่างกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

สรุป ด้านการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองให้มีความพร้อมในการทำงาน เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจึงหาวิธีจัดการให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น หรือหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดโดยการบำรุงสุขภาพ ทางด้านสุขภาพจิตก็หาวิธีจัดการกับสิ่งที่กระทบจิตใจ เพื่อสร้างความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการทำงาน

ปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลให้การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยง่ายขึ้น ผู้ให้ข้อมูล แบ่งได้ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การสนับสนุนจากที่ทำงาน ที่ช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยปรับตัว มี 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง การได้รับการวางแผนเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้บริหาร (Succession planning) โดยเข้ารับการอบรมการเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาล จัดโดยกลุ่มการพยาบาล รวมทั้งการศึกษาต่อระดับปริญญาโทสาขาบริหารทางการพยาบาล ก่อนปฏิบัติหน้าที่ที่หัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้ปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานให้ได้ผลดี มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว

“...ที่จะปรับตัวง่ายคือพี่ถูกเตรียม เราถูกทำงานบางอย่าง ที่เป็นงานหัวหน้า งานบริหารบางอย่างเช่น การจัดตารางเวร หรือว่ากฎระเบียบอะไรที่เราเรียนรู้มาตั้งแต่ต้น เพราะว่าถ้าเทียบกับพยาบาลปฏิบัติการบางคน เรื่องกฎระเบียบอาจไม่แม่น การลา มันจะเป็นเรื่องของหัวหน้าหลายคน ก็คือเราเรียนรู้ในส่วนนี้มาบ้างแล้ว รับรู้มาบ้างแล้ว แล้วเราก็จะแม่นกับเรื่องพวกนี้ พอเราขึ้นมาเป็นหัวหน้า เราก็จะรู้ว่าน้องเราอยู่ในกฎระเบียบอะไร ยังไง สามารถอธิบายได้ สามารถทำให้เรา คำนึงงานไปได้ง่ายขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“...การที่จะปรับตัวได้ดีคือการต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน เข้าใจเลยว่าทำไมตัวเองเป็นหัวหน้า โดยที่ไม่ต้องอะไรมาก พอได้รับการเตรียมตัวมาเป็นระยะเวลาพอสมควร ไม่ใช่แค่เตรียมแป็บเดียวแล้วขึ้นเลย หลักสูตรที่ให้ไปเรียนบริหาร 2 ปี ก่อนไปเรียนบริหาร ก็ขึ้นเป็นผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่แล้ว ก็เลยทำให้มีโอกาสไปเรียน ป.โท บริหาร พอเราได้ไปเรียนก็ยิ่งทำให้เรามีความรู้เราก็ต้องมาจัดการยังกับบอร์ด มันก็เลยทำให้เรามีความรู้สึกว่าเรามีความโชคดีตรงนี้ พอขึ้นหัวหน้าปฏิบัติงานต่าง ๆ ที่ทำ มันเคยถูกได้ทำมาแล้วเคยถูกฝึกมาแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

1.2 การมีหัวหน้าที่ดี การมีหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้ที่คอยให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหามาเสริมพลังช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ ดังคำกล่าว

“... อันนี้ต้องยอมรับ ก็คือหัวหน้างาน ที่เขาต้องเป็นที่ปรึกษาให้เรา ก็คือเป็นผู้สอนเรา ที่ผู้บริหารจะเป็นผู้ช่วยให้กำลังใจ ผู้สนับสนุน เป็นผู้ให้โอกาสในทุกเรื่อง เวลามีปัญหาที่เราแก้ไขไม่ได้ พี่เค้าช่วยหาทางออก ช่วยแก้ปัญหาให้เราได้ บางครั้งที่เรารู้สึกท้อ พี่เค้าก็จะคอยกระตุ้นให้กำลังใจ ว่าเราทำได้ เคียวมั่นก็ผ่านไปได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

1.3 การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี การยอมรับจากลูกน้องทุกระดับ ให้ความร่วมมือ ให้กำลังใจช่วยเหลืองานด้านต่าง ๆ ไม่สร้างปัญหา ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยลดความเครียด มีเวลาในการพัฒนางาน เพื่อนร่วมงานที่ดีจะเป็นพลังในงานต่าง ๆ สำเร็จ ก้าวหน้า ดังคำกล่าว

“... โชคดีว่าในหน่วยงานมีพยาบาลที่อาวุโส 2 คน คนหนึ่งจบปริญญาโทจิตเวชกับอีกคนหนึ่งเขาเคยได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยคอยช่วยงานบริหาร ก็เลยได้ 2 คนนี้มาช่วยในการดูแลน้องๆ และช่วยเป็นสื่อกลางระหว่างเรากับน้องด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

2. การสนับสนุนจากครอบครัว หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 การสนับสนุนให้กำลังใจ ด้วยภาระหน้าที่ที่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้มีความเครียด ความท้อแท้ ครอบครัวมีการสนับสนุนให้เป็นคนคิดบวก ชักชวนให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย คอยให้กำลังใจ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ ดังคำกล่าว

“...เวลาเหนื่อย เครียด ก็จะพูดคุยกับลูก ลูกก็จะให้กำลังใจ “เคียวมั่นก็ผ่านไปแล้ว สู้ๆนะ” เราก็ขึ้นใจ มีแรงสู้ต่อ ลูกสาวชอบงานประดิษฐ์ เค้าก็จะทำอันนี้ (ต้นไม้เล็ก ๆ ในกระถาง) ให้แล้วก็บอกว่า “ถ้าแม่เหนื่อยแม่ก็ดูต้นไม้เนี่ย แม่จะได้หายเหนื่อย” พี่ก็ถามว่าไว้ที่โต๊ะทำงาน เวลาเหนื่อย ๆ พี่ก็จะมองมันเพื่อเป็นกำลังใจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

2.2 การช่วยเหลือด้านบทบาทหน้าที่ ในช่วงการปรับตัวคนในครอบครัวมีส่วนช่วยในการลดภาระงานในการดูแลครอบครัว ช่วยทำงานบ้าน ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีเวลาในการเรียนรู้ บทบาทหน้าที่ ดังคำกล่าว

“...อะไรที่เราต้องการครอบครัวคอยมาสนับสนุน ครอบครัวมาช่วยเหลือเราได้เยอะมากได้เกือบ 50 เปอร์เซ็นต์เลย ช่วยดูแลเตรียมอาหารมาให้ ดูแลความสะดวกในบ้านแทนเรา หรือแม้แต่กระทั่งตอนที่เราเป็นหัวหน้าใหม่ๆ แม่กับน้าช่วยกันดูแลยัยที่นอนติดเตียงแทน เพราะแต่เดิมเราจะเป็นคนดูแลความสะอาดร่างกายให้ เค้าจะรอเรากลับไปทำแต่พอเรามีงานเยอะน้าที่อยู่กรุงเทพ กลับมาช่วยกันกับแม่ดูแลยัย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

ปัจจัยอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลระบุใน 2 ประเด็น ดังนี้

1. การตอบสนองต่อความต้องการของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านความสะดวก รวดเร็วในการดูแลรักษา รวมทั้งความต้องการด้านความเพียงพอ พร้อมใช้ของอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความ

คาดหวังในการลดข้อผิดพลาดจากการทำงาน เมื่อมีความต้องการมาก แต่ไม่สามารถตอบสนองได้ทั้งหมด ก็อาจทำให้เกิดการกระทบกระทั่งกัน ในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องทำหน้าที่เป็นตัวกลาง ในการจัดการปัญหา ทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้น และเกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ใจ ดังคำกล่าว

“...เวลามีปัญหา ทั้งในเวลานอกเวลา คนที่เค้าจะถามหา คือ หัวหน้าคนไหน หัวหน้าอยู่ไหน บางคนก็พูดแรง โวยวาย เราเองก็ปฏิเสธไม่ได้ในฐานะหัวหน้าก็ต้องออกรับหน้า ทั้งที่บางทีก็ต้องใช้ความอดทนอดกลั้น เรื่องที่โดนว่าก็มีทั้งเรื่องความผิดพลาดของน้องเรา เราก็ยอมรับ บางทีเค้าก็หงุดหงิดเวลาจะใช้อุปกรณ์บางอย่าง แล้วมันไม่พร้อมใช้ อยากได้อุปกรณ์ใหม่ๆ ใดๆ บางอย่างต้องไปยืมที่อื่นแล้วไม่ทันใจ บางครั้งก็หุยมหิมเกิน ครั้นพอเราไม่ออกรับหน้าแทนน้อง น้องก็จะมองเราไม่ดี อึดอัดใจ บางทีก็ท้อนะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2. ความพลิกผันทางเทคโนโลยี ในยุคที่มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพัฒนาตนเองให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง ต้องค้นคว้าหาความรู้โดยใช้เทคโนโลยี ต้องเรียนรู้การพัฒนาตนเอง ในการนำเสนองานในรูปแบบใหม่ สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่มีพื้นฐานการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์อยู่เดิม ทำให้การใช้เทคโนโลยีค่อนข้างช้า ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และพัฒนานานกว่าคนอื่น นอกจากนี้ การเข้าสู่สังคมดิจิทัล การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประชาชนใช้สื่อโซเชียล ในการแสดงข้อคิดเห็นเมื่อเกิดความไม่พึงพอใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการจัดการกับประเด็นปัญหา เกิดความเครียด ความวิตก ดังคำกล่าว

“...เราอยู่หอผู้ป่วยที่มีความหวังของครอบครัวเนอะ อะไรนิดอะไรหน่อยก็ไปโพส โดยที่เรายังไม่รู้เลยก็ทำให้เรามีภาวะเครียด เราต้องใช้การบริหารจัดการมากขึ้น แทนที่เราจะมาดูหน้างานอย่างเดียว แต่เราต้องมาดูเรื่องโซเชียลมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยแบ่งเป็น 6 ประเด็นหลัก ร่วมกับปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อการปรับตัว แบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก และปัจจัยอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปรับตัว มี 2 ประเด็น สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การปรับกระบวนการทางความคิด (Mindset) ส่งผลถึงพฤติกรรม ทักษะจิตประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนามุมมองต่าง ๆ (Dweck, 2012) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับความคิด ความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความคาดหวังค่านิยม อุดมคติ การเรียนรู้ทำความเข้าใจตนเองให้มากขึ้น ฝึกควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้การทำงานให้สำเร็จลุล่วง รวมทั้งเพื่อสร้างกำลังใจ ในการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ที่กล่าวว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เป็นการปรับตัวเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นกระบวนการเผชิญปัญหา และการควบคุมระบบการปรับตัวของบุคคล เพื่อให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม โดยกระบวนการทางความคิดที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ในการปรับตัว มี 3 ประเด็น ได้แก่ การมุ่งมั่นทำหน้าที่ให้ดีที่สุด การสร้างแรงบันดาลใจ ด้วยการคิดบวก และการยอมรับและรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นมากขึ้น การเปิดใจรับฟังความคิดเห็น (Open-minded) เป็นคุณสมบัติหนึ่งของหัวหน้าที่ลูกน้องรัก การยอมรับความแตกต่าง ของบุคคลว่าทุกคนมีสิทธิ์ที่จะเสนอความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ รวมทั้งการจะคิดได้กว้าง ต้องอาศัยการระดมสมอง ซึ่งต้องอาศัยคนหลายๆ คน ช่วยกันคิด (Pongwarin, 2010)

2. การแสวงหาความรู้ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพัฒนาตนเองแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ตามบริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพื่อใช้ในการบริหารงาน การวางแผนงาน การประสานงาน การกำกับติดตามนิเทศ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ การเพิ่มพูนทักษะเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงาน ดังนั้น หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ไม่หยุดการค้นคว้าหาเวลาศึกษาอย่างต่อเนื่อง

(Rattikarnsuka, 2013) เพื่อใช้ในการบริหารงาน การแสวงหาความรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย การแสวงหาความรู้ด้านบริหาร ด้านวิชาการ และด้านเทคโนโลยี โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการพัฒนาด้านวิชาการ การวิจัย เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้นำในอนาคต ยกย่องมาตรฐานทางการพยาบาลสู่ระดับสากล (Chairerk, 2015) และในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ต้องมีสมรรถนะในการจัดการเวชสารสนเทศ มีความรู้รอบตัวในเรื่องนวัตกรรม (Preechakoon, 2020) เป็นการพัฒนาศักยภาพตนเอง ให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่มความเป็นมืออาชีพในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมากขึ้น

3. การจัดการความเครียด เมื่อเกิดความเครียด เราจะแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม หากวิธีจัดการ และบรรเทาความเครียดต่าง ๆ เหล่านั้นได้ เมื่อความเครียดในการทำงานน้อยคุณภาพชีวิตในการทำงานก็จะสูงขึ้น ทั้งนี้ การจัดการความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่ชอบ การหาที่ปรึกษาระบายความรู้สึก และการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ซึ่งการได้ทำสิ่งที่ชอบ การได้ระบายความรู้สึก การมีคนรับฟังปัญหา จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การจัดการความเครียดของพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีระบายความเครียดให้ผู้อื่นฟัง (Watanakijkrilert, 2010)

4. การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี เป็นเสน่ห์ดึงดูดใจให้ผู้พบเห็นหรือคนที่ติดต่อด้วยอยากเข้าใกล้ อยากให้ความร่วมมือ ในที่สุดจะนำไปสู่ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ผู้บริหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการแสดงภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร (Sittisomboon, 2019) การสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การสร้างภาพลักษณ์ภายนอกด้านบุคลิกภาพซึ่ง สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ในการปรับตัวด้านอัตโนทัศน์ด้านร่างกาย เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาภาพลักษณ์ พบว่าบุคลิกภาพที่ดีผลักดันให้ก้าวสู่ความสำเร็จ การแต่งกายที่ดีเหมาะสมกับอาชีพ หน้าที่ความรับผิดชอบ และองค์กรสามารถสร้างความประทับใจแก่ผู้พบเห็น ซึ่งมีส่วน

ผลักดันให้ก้าวหน้าขึ้นได้ (Wanjun, 2011) และการสร้างภาพลักษณ์ด้านพฤติกรรม การแสดงออกถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เหมาะสม จะทำให้คนอื่นอยากให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือในงาน สอดคล้องกับทฤษฎีคุณลักษณะผู้นำหรือทฤษฎีอุปนิสัย (Trait Theories of Leadership) กล่าวว่า คุณลักษณะด้านบุคลิกภาพ มีความสำคัญและสอดคล้องกับประสิทธิผลของผู้นำ (Suntharayuth, 2008) ดังนั้น ผู้นำหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงควรพัฒนาตนเองให้มีคุณลักษณะที่แสดงถึงการเป็นผู้นำที่ดี

5. การจัดสรรเวลา การสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและงาน (Work-life Balance) จุดดุลยภาพระหว่างการทำงานของบุคคลและชีวิตส่วนตัว ของหัวหน้าหอผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ประเด็น ประกอบด้วยวางแผนการทำงาน และการแบ่งเวลาสำหรับชีวิตส่วนตัว มีการจัดสรรเวลาแบ่งเวลาสำหรับดูแลคนในครอบครัว แบ่งเวลาทำกิจกรรมกับครอบครัว แบ่งเวลาออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมที่ชอบเพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง พร้อมสำหรับการทำงานและการใช้ชีวิต การสร้างสมดุลให้กับชีวิตที่มีการแบ่งเวลาได้ดีและเหมาะสมเป็นการบริหารจัดการชีวิตที่มีประสิทธิภาพ (Mental Health Center 10, 2021) และพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับรางวัลดีเด่น มีประสบการณ์ในการปรับสมดุลเวลา โดยแบ่งเวลาให้กับงานพอกกลับบ้านแยกงานจากชีวิตส่วนตัว (Rattikarnsuka, 2013)

6. การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพกายและใจตัวเองได้ดี ก็จะสามารถจัดการกับความเครียดและภาระหน้าที่ต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม การดูแลสุขภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ประเด็น ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ที่ช่วยบำรุงร่างกาย ออกกำลังกายพักผ่อนให้เพียงพอ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ด้านร่างกาย ที่เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกาย พฤติกรรมการปรับตัวด้านนี้จะสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ การปรับเปลี่ยนความคิด มีทัศนคติและมุมมองในแง่บวก จะทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและสุขภาพ

จิตที่ดี มีอารมณ์ผ่อนคลาย สามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสุขให้แก่ตนเองและผู้อื่นได้ (Pinchaleaw, 2016)

ปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยในการปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย อภิปรายเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การสนับสนุนจากที่ทำงาน การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ราบรื่นมีประสิทธิภาพ ต้องได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน ความก้าวหน้าวิชาชีพ เงื่อนไขความสำเร็จส่วนหนึ่งคือการได้รับโอกาสและการสนับสนุนของผู้บริหารองค์กร (Sathagathonthun, 2018) ความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน (Pavapinit, 2019) ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง ทำให้รู้ถึงลักษณะงาน และสร้างความมั่นใจในการกำกับดูแลงาน (Poomikhade, 2014) การมีหัวหน้าที่ดี ที่เข้าใจ เป็นที่ปรึกษา พร้อมรับฟังและช่วยคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา เป้าหมาย (Wongkanghae, & Mongkholkham, 2023) อีกทั้ง ให้การสนับสนุนส่งเสริมความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานและการสร้างความสุขในการทำงานให้กับบุคลากร (Sriyospong et al., 2024) และการมีเพื่อนร่วมงานที่ดี มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้งานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999) ที่ว่า การได้รับการเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งความรู้และทัศนคติ เป็นการสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคลให้มีความรู้และมั่นใจในการแสดงบทบาทหน้าที่ ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหา และการมีหัวหน้าที่ดี เป็นระบบสนับสนุนที่จะช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายได้

2. การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งการให้กำลังใจ ช่วยทำงานในบทบาทหน้าที่ในครอบครัวแทน ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหมดความกังวลใจหรือมีเรื่องกังวลใจน้อยลง ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่ออุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น ดังนั้น การที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มากลุมชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, 2019) การสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุน

ให้กำลังใจ และการช่วยเหลือด้านบทบาทหน้าที่ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนที่ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดกำลังใจสบายใจ มีพลังในการปฏิบัติหน้าที่ที่สามารถปรับตัวในการปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรักคอยให้กำลังใจเมื่อเห็นภาระงานที่ยุ่งยาก และร่วมแสดงความยินดีทุกครั้งที่ประสบความสำเร็จจากการทำงาน จะช่วยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยลดความตึงเครียด ลดความขัดแย้งลงได้ (Pankhao, 2012)

ปัจจัยอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. การตอบสนองต่อความต้องการของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระบบการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยทีมสหสาขา ซึ่งมีความต้องการที่หลากหลายแตกต่างกันไป แต่ความต้องการนั้น ๆ ต่างมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และความต้องการนี้อาจมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow, 1970) ด้านความต้องการได้รับการยอมรับ และความต้องการความสำเร็จ ในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องศึกษาทบทวนความต้องการ ความคาดหวังเพื่อสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน หากความต้องการของทีมมีมาก แต่บุคลากรในหน่วยงานมีข้อจำกัดไม่สามารถตอบสนองได้ อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ รวมทั้งอาจเกิดประเด็นการขัดแย้งกันได้ ดังนั้นการบริหารจัดการองค์กรให้บรรลุเป้าหมายผู้บริหารต้องมีการป้องกันและส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกัน ประนีประนอม สนับสนุนการแสดงออกที่เหมาะสม มีการเจรจาเพื่อหลีกเลี่ยง และลดความรุนแรง ผู้บริหารควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารเมื่อเกิดปัญหา หรือข้อขัดแย้ง และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานขององค์กร (Lertpunjasub & Stiramon, 2017)

2. ความพลิกผันทางเทคโนโลยี (Disruptive Technology) เทคโนโลยีที่สร้างความเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น คือ ความรวดเร็ว และความรุนแรงของการเปลี่ยนผ่านที่มากกว่าเดิม (Udomtanateera, 2020) ทั้งด้านการแพทย์ ด้านการสื่อสารที่ไร้พรมแดน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้อง

ต้องเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองให้ก้าวทันเทคโนโลยี โดยเฉพาะการนำสื่อใหม่มาใช้ในการนำเสนอข่าวสาร ทำให้เข้าถึงผู้รับได้อย่างรวดเร็วในสื่อโซเชียลมีเดีย หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเร่งรัดการควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อไม่ให้เกิดลุกลาม ซึ่งต้องใช้เวลาในการจัดการเพื่อหาข้อยุติ ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้ รวมทั้งสูญเสียเวลาในการบริหารงานเพื่อพัฒนางานอื่น ประเด็นเรื่องสิทธิส่วนบุคคลและการใช้สื่อออนไลน์เป็นปัญหาที่ต้องเรียนรู้และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และต้องเตรียมการเพื่อรับมือกับปัญหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในสื่อออนไลน์ที่มีทั้งจริงและเท็จ (Phromphanjai, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มการพยาบาลฯของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการ เพื่อเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ครอบคลุม 6 ประเด็นหลัก ในการวางแผนพัฒนาตนเองในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีการมอบหมายพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่

2. เป็นแนวทางให้พยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่ ให้สอนงานในระยะแรกของการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่มีที่ปรึกษาเกิดความมั่นใจในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วยในทุกระดับได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับอื่น

2. จากการศึกษาประสบการณ์การปรับตัวในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดการ

ส่งเสริมปัจจัยสนับสนุน และหาแนวทางป้องกัน หรือแก้ไขอุปสรรค

เอกสารอ้างอิง

- Boonkuna, T. (2017). Predicting factors of job stress on job retention among registered nurses in in-patient units, Lampang Hospital. *Journal of Health Science Research*, 11(1), 33-41. [In Thai].
- Chairerk, P. (2015). A study of the development of professional nurses into head nurses position, Regional Hospital. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 224-234. [In Thai].
- Dweck, C. S. (2012). *Mindset: How You Can Fulfill Your Potential*. London: Constable & Robinson. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University.
- (2019). *Social support*. Retrieved from <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/social-support>. [In Thai].
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Khuankaew, C. (2018). Succession planning for nursing administration of Srinagarind Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 91-99. [In Thai].
- Leksomboon, K. (2012). *The component of the head nurse competency at the tertiary hospital in Suphumburi Province*. Master Thesis (Nursing), Christian University of Thailand, Bangkok. [In Thai].
- Lertpunjasub, P., & Stiramon, O. (2017). Conflict analysis and management among registered nurses in admission system at the hospital. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 43(2), 47-63. [In Thai].
- Manin, T. (2021). Adjustment of first year undergraduate students at Chitlada Institute of Technology. *Rattana Bundit University Academic Journal*, 16(2), 74-90. [In Thai].

- Maslow, A. (1970). Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R.F. Craven & C. J. Hirnle (Eds.), *Fundamental of Nursing: Human Health and Function* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meesiri, C. (2003). *Self development of head nurses community hospitals*. Retrieved from <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082546001663>. [In Thai].
- Mental Health Center 10. (2021). *Work-life balance*. Retrieved from https://www.mhc10.go.th/my-file/00_life888.pdf. [In Thai].
- Pankhao, T. (2012). Factors relating to work-family balance of professional nurse working in Government University Hospital. *Journal of The Royal Army Nurse*, 13(1), 26-32. [In Thai].
- Pavapinit, R. (2019). Achievement experience in career advancement development of registered nurses at the senior professional level in Srinagarind Hospital. *Journal of nursing Science and Health*, 42(4), 72-78. [In Thai].
- Phromphanjai, A. (2018). Legal effect of social media use of dental personnel. *Journal of the Dental Association of Thailand*, 69(2), 217-236. [In Thai].
- Pinchaleaw, D. (2016). Mental health promotion with positive thinking. *Journal of The Police Nurses*, 8(2), 223-230. [In Thai].
- Pongwarin, T. (2010). *Top 10 qualities of a leader that subordinates love*. Nonthaburi: Think Beyond. [In Thai].
- Poomikhade, K. (2014). *Experience for success in management of head nurse at a tertiary care hospital under Ministry of Public Health in Nonthaburi Province*. Master Thesis (Nursing), Sukhothai Thummathirat Open University, Nonthaburi. [In Thai].
- Preechakoon, B. (2020). Nursing in data technology Era. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 3(1), 19-39. [In Thai].
- Rattikarnsuka, J. (2013). Nursing management of head nurse receiving the outstanding award. *Journal of The Royal Army Nurse*, 15(2), 179-186. [In Thai].
- Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Sathagathonthun, G. (2018). The causal relationship model of job retention for nurses in government hospitals. *Journal of Nursing and Health*, 12 (Special Issue), 58-74. [In Thai].
- Sittisomboon, M. (2019). Concept of corporate image building. *Journal of Graduate school Pitchayatat*, 15(1), 149-159. [In Thai].
- Sriyospong, C., Saidam, P., Sonthiwattana, R., Kongchai, U., Chantamart, A. & Meepring, M. (2024). Transformational Leadership and Generation Z Nurses' Retention. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(1), 1-13. [In Thai].
- Suntharayuth, T. (2008). *Transformative management: educational research theory and practice*. Bangkok: Natikul Press. [In Thai].
- Thiravegin, N. (2008). *Theory of personality and adjustment*. Bangkok: Thammasat press. [In Thai].
- Udomtanateera, K. (2020). *Disruption: Modern technology that causes disruptive change*. Retrieved from <https://www.iok2u.com/article/information-technology/disruption-disruptive>. [In Thai].
- Wanitwetsuwat, S. (2004). *Experience of becoming a director of nursing of the community hospitals*. Master Thesis (Nursing), Burapha University, Chonburi. [In Thai].
- Wanjuan, J. (2011). Dressing by personality. *The fine & Applied Arts Journal*, 6(1), 55-69. [In Thai].

- Watanakijkrilert, D. (2010). Stress management and stress related factors in nurse. *Journal of Nursing Science*, 28(1), 67-75. [In Thai].
- Wongkanghae, S., & Mongkholkham, C. (2023). The challenge for nursing administrators in human resource management: Generation Z professional nurses' group. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 13-23. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/260193>
- Wongsaree, C. (2020). Qualitative research design and data analysis in phenomenology: Nursing science. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanity*, 10(1), 1-14. [In Thai].
- Yuenboon, S. (2019). The effects of readiness preparation program for first-line nurse managers at a secondary level hospital. *Nursing Journal*, 46(2), 152-162. [In Thai].

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Selected Factors Related to Weight Loss in Post-operative Colorectal Cancer Patients

มนกร บัวไกร (Monnaphorn Buakrai)*

รุ่งนภา ชัยรัตน์ (Rungnapa Chairat)**

นิชกานต์ ทรงไทย (Nichakarn Songthai)***

Received: March 14, 2024

Revised: April 17, 2024

Accepted: May 9, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม American Society of Anesthesiologist Physical Status classification การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัด ระยะของโรค ค่าซีรุ่มอัลบูมินก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 200 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกประวัติการรักษา และ 3) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับน้ำหนักตัวที่ลดลง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

*Corresponding author: Monnaphorn Buakrai, E-mail: Monnapornb62@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ผลการวิจัย พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด กับน้ำหนักตัวที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.191, p = 0.007$ และ $r_{pb} = 0.200, p = 0.004$ ตามลำดับ) โดยความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำและทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยคัดสรรอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวที่ลดลงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, น้ำหนักตัวที่ลดลง, ปัจจัยคัดสรร

Abstract

This study is a retrospective study research. To study the correlation factors for weight loss in patients post-operation colorectal cancer from the selected variables are as follows: age, American Society of Anesthesiologist Physical Status classification, Preoperative albumin serum values, stage of Colorectal cancer, Neoadjuvant Therapy, Length of time to Start oral feeding after surgery, and complications post-operation colorectal cancer. The sample group used in the study medical records of colorectal cancer patients who received treatment after surgery at the surgical inpatient department of a university hospital in the lower northern region during the period from 1 January 2018 to 31 December 2023. In all, 200 case individuals were purposively sampled as the sample, using the recording form the information on patients who have undergone surgery for colorectal cancer. Which is divided into 3 parts: 1) Personal information record form 2) Medical history record form and 3) Recording nutritional status data. The data that were analyzed using descriptive statistics: number, percentage, mean and standard deviation. To find the correlation between selected factors and weight loss after colorectal cancer surgery by using Spearman's rank and point biserial correlation coefficient.

The results found that a correlation between the time starting postoperative oral feeding and complications post-operation colorectal cancer with weight loss after colorectal cancer surgery was statistically significant ($r_s = 0.191, p = 0.007$ and $r_{pb} = 0.200, p = 0.004$, respectively). The relationships found were low and in the same direction. On the contrary, in other selected factors no relationship was found with weight loss after colorectal cancer surgery. The results of this research are used as basic information for nursing planning. To prevent weight loss in patients after colorectal cancer surgery.

Keyword: Patients post-operation colorectal cancer surgery, Weight loss, Selected factors.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1,931,590 ราย และเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมด อัตราการเสียชีวิตในประเทศที่พัฒนาแล้วสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2-3 เท่า (Sung et al., 2021) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 ตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ 17,534 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (Sangwanloy, 2021) จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 เพศชาย พบอัตราการเสียชีวิต จัดอยู่อันดับที่ 3 ของมะเร็งทั้งหมด โดยเพิ่มขึ้น 8.9, 9.6 และ 9.4 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในเพศหญิง พบอัตราการเสียชีวิต จัดอยู่อันดับที่ 4 ของมะเร็งทั้งหมด โดยเพิ่มขึ้น 6.7, 7.1 และ 7.1 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (Thai Health Stat, 2020)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรภาพทั้งกระบวนการย่อยและดูดซึมน้ำหนักตัวที่ลดลงเกิดจากการรับประทานอาหารไม่ได้ ร่วมกับเกิดจากมะเร็ง (Cancer cachexia) เนื่องจากก้อนมะเร็งจะทำให้ร่างกายมีการผลิตสารโปรอินเฟลมมาทอรี ไซโตไคน์ (Proinflammatory cytokines) ซึ่งจะไปกระตุ้นเซลล์ไขมันเกิดกระบวนการอักเสบและมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากยิ่งขึ้น (Hypermetabolism) ทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น จึงมีการสลายไขมัน ทำให้อวัยวะมีการสูญเสียเนื้อเยื่อไขมัน พร้อมทั้งมีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการตอบสนองของโปรตีนระยะเฉียบพลัน (Acute-phase protein) การตอบสนองเช่นนี้เป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากร่างกายจำเป็นต้องใช้โปรตีนส่วนหนึ่งไปในการเจริญเติบโตของก้อนเนื้ออก (Ruengdit & Sunpaweravong, 2009) นอกจากนี้ยังกระตุ้นเซลล์ให้ผลิตฮอร์โมนเลปตินมากขึ้นจะส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) (Wisuttikul, 2011) ทำให้เข้าใจว่ามีพลังงานในร่างกายมากพอ สมองส่วนไฮโปทาลามัส จึงส่งสัญญาณให้ไม่อยากรับประทานอาหารเช้า (Anorexia) ทำให้ผู้ป่วย

มีน้ำหนักตัวลดลง (Satianpongprapa, Srimoragot, & Danaidutsadeekul, 2016) อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด คุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะติดเชื้อมีหลังผ่าตัดได้ง่ายขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Chinuntuya & Chutitorn, 2020; Hu et al., 2015; Rattanamongkol, Sindhu, Toskulkao, & Iramaneerat, 2016)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประกอบด้วย การผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี วัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อต้องการทำลายเซลล์มะเร็ง (Arundon, Ruangdam, Ruangajom, Pruphetkaew, & Sunpaweravong, 2017) การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นทางเลือกหลักในการรักษาเพื่อคัดก่อนมะเร็งออก บรรเทาอาการ และป้องกันการแพร่กระจาย ลดการกลับเป็นซ้ำ และลดอัตราตาย แต่การผ่าตัดจะทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพของร่างกายและจิตใจ ผลกระทบที่สำคัญคือต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อร่างกายมีการปรับตัวต่อการบาดเจ็บและกระบวนการอักเสบจากการผ่าตัดจะส่งผลให้สารต่อต้านกระบวนการอักเสบ (Inflammatory mediators) เพิ่มขึ้น (Satianpongprapa et al., 2016) เกิดกระบวนการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีน้ำหนักลดลง (Chinuntuya & Chutitorn, 2020) นอกจากนี้การผ่าตัดจะยังทำให้ร่างกายมีการกระตุ้นการปล่อยสารฮอร์โมนความเครียด (Stress hormones) จะยิ่งส่งผลให้เพิ่มการเผาผลาญพลังงานที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ ทำให้มีน้ำหนักตัวลดลง (Satianpongprapa et al., 2016) มีการศึกษาที่กล่าวว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ 30-60 มีน้ำหนักตัวลดลงภายหลังผ่าตัด (Lopes, Pereira, Vicente, Bernardo, Mesquita, & Fernanda, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับน้ำหนักที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก ได้แก่ อายุ (Techonimit, Areepium, Siritientong, & Trakarnsanga, 2018) ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม American Society of Anesthesiologist Physical Status classification (ASA PS classification) (American Society of Anesthesiologist, 2022) ค่าซีรุ่มแอลบูมินก่อนผ่าตัด (Garth, Newsome, Simmance, & Crowe, 2010) ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Satianpongprapa et al, 2016; Rattanamongkol et al.,

2016) การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัด (Ruengdit & Sunpaweravong, 2009) ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด (Warren, Bhalla, & Cresci, 2011) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Azimi, Honaker, Madathil, & Khasawneh, 2020; Ruengdit & Sunpaweravong, 2009)

สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ในปีงบประมาณ 2563 และ 2564 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 45 ราย และพบว่าภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีน้ำหนักตัวลดลง ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดตรวจอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงจากก่อนการผ่าตัด โดยเฉลี่ยประมาณ 3 กิโลกรัม (Naresuan University Hospital, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราเสถียรพงศ์ประภา และคณะ (Satianpongprapa et al., 2016) ที่พบว่า มีอุบัติการณ์น้ำหนักลดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังได้รับการผ่าตัด โดยเฉลี่ย 2.70 กิโลกรัม ของน้ำหนักตัวก่อนผ่าตัด

ถึงแม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยมาบ้างแล้ว แต่การศึกษานี้มีการติดตามประเมินผลในระยะสั้น ขณะรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และไม่มีการติดตามการมาตรวจตามนัดแพทย์ในการให้การรักษาในครั้งถัดไป ซึ่งอาจทำให้เห็นความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์น้ำหนักที่ลดลงกับปัจจัยคัดสรรของผู้ป่วยไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวที่ลดลง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2024)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมุติฐานของการวิจัย

อายุ ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด การรักษาก่อนการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยร่วมกับแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์ในการศึกษานี้หมายถึงภาวะน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังผ่าตัด โดยดัดแปลงจากแนวคิดการประเมินผลลัพธ์การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดของ (Neville et al., 2014) ซึ่งได้กล่าวว่าน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์ทางการดูแลที่สำคัญประการหนึ่ง นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร กับน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- อายุ
- ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification
- ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด
- ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- การรักษาพร้อมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด
- ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

น้ำหนักตัวที่ลดลงหลังการ
ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual framework study)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากร คือ แพทย์เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ที่แผนกผู้ป่วยใน ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

แห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ระบุประชากรจาก ICD 10 กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำทุกปัจจัยมาคำนวณ เลือกค่าที่ครอบคลุมทุกตัวแปร คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณจากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขณะรักษาในโรงพยาบาล (Satianpongprapa et al., 2016) เปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มน้ำหนักตัวไม่ลดลง (กลุ่ม 1) กับกลุ่มน้ำหนักตัวลดลง (กลุ่ม 2) proportion one = 1, proportion two = 0.808 กำหนด ratio of sample size (N2/N1) = 5 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power test) = 0.90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 ราย

ในการศึกษานี้ น้ำหนักตัวที่ลดลง หมายถึง น้ำหนักตัวผู้ป่วยที่มีการลดลงหลังผ่าตัดมีหน่วยเป็นกิโลกรัม เปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างวันแรกที่เข้ารับการรักษา ก่อนผ่าตัดกับวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดตรวจอาการหลังผ่าตัด 1 หรือ 2 สัปดาห์

ส่วนกลุ่มที่น้ำหนักตัวที่ไม่ลดหมายถึง น้ำหนักตัวคงเดิมหรือเพิ่มขึ้น เปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างวันแรกที่เข้ารับการรักษา ก่อนผ่าตัดกับวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดตรวจอาการหลังผ่าตัด 1 หรือ 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification ส่วนสูง น้ำหนัก (วันแรกที่เข้ารับการรักษา ก่อนผ่าตัด) น้ำหนัก (วันตรวจตามนัดแพทย์ครั้งแรกหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 หรือ 2 สัปดาห์)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิธีการผ่าตัด วันที่ผ่าตัด เวลาที่ออกจากห้องพักรักษา (เวลาที่ระบุผู้ป่วยออกจากห้องพักรักษา ได้จากแพทย์เวชระเบียน) การรักษาพร้อมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ การได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการฉายแสง การรักษาทางโภชนาการ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสูดดม เลือดออกจากแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดหน้าท้องแยก แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว ภาวะลำไส้ขาดเลือด ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน วันและเวลาที่เริ่มอาหารมื้อแรก ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัดเป็นชั่วโมง (นับจากเวลาที่ออกจากห้องพักรักษา จนถึงเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารทางปากมื้อแรก) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย ค่าซีรัมแอลบูมินก่อนการผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบหาความตรงในเนื้อหา (Content validity) การตรวจสอบคุณภาพความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อครอบคลุมเนื้อหาความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน หลังจากนั้นปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้เนื้อหามีความชัดเจนยิ่งขึ้น แล้วนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ในการรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 30 ผู้ป่วย เพื่อดูความเป็นไปได้และความคล่องตัวในการใช้เครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก รับรองเลขที่ อว.0603.02/0077 ลงวันที่ 4 มกราคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่จะศึกษา โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ สถานที่ที่เก็บข้อมูลเป็นสถานที่มิชชัน การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุถึง ชื่อ-นามสกุล หรือสิ่งอื่นใดที่อาจทำให้สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ แบบบันทึกที่ใช้เก็บข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในที่เป็นการลับ และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการการศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกเวชระเบียนเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ แพทย์เวชระเบียนการรักษาของผู้ป่วยเพื่ออ้างอิงการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

4. เก็บข้อมูลของผู้ป่วยจาก แพทย์เวชระเบียนการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยบันทึกข้อมูลตามลำดับ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล รวบรวมแบบบันทึกจนครบ 200 รายและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์น้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด และระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัดกับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ตัวแปรคัดสรรดังกล่าวและน้ำหนักตัวที่ลดลงเป็นมาตรวัดแบบอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรคัดสรรกับน้ำหนักตัวที่ลดลง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น จึงไม่เข้าเงื่อนไขของการใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification และระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน เนื่องจากตัวแปรคัดสรรดังกล่าวเป็นมาตรวัดอันดับมาตรา (Ordinal

scale) ส่วนน้ำหนักตัวที่ลดลง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม น้ำหนักตัวลด กับน้ำหนักตัวไม่ลด เป็นมาตรวัดอันดับมาตรา จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล เนื่องจากการรักษาร่วมก่อนการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เป็นมาตรวัดนามมาตรา (Nominal scale) น้ำหนักตัวที่ลดลงเป็นมาตรวัดแบบอัตราส่วนมาตรา จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Rathachatrannon, 2019)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย แบ่งเป็น กลุ่มน้ำหนักตัวลดลง 167 ราย และน้ำหนักตัวไม่ลดลง 33 ราย สำหรับข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.5 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64.42 ปี (S.D. = 10.29) ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน Class 3 มีจำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.5 การมาตรวจตามแพทย์นัดติดตามอาการครั้งแรก สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0 และค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติคือ

มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 g/dL จำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 และค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.70 g/dL (S.D. = 0.54) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 51 ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.0 สำหรับวิธีการผ่าตัดส่วนใหญ่ พบเป็นวิธีการผ่าตัดแบบ Radical resection จำนวน 192 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.0 ในส่วนของการรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดพบว่าไม่ได้รับการรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.0 ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เริ่มให้อาหารทางปากน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน (≤ 168 ชั่วโมง) จำนวน 179 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.5 ระยะเวลาเริ่มให้อาหารเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4 วัน (4.08) (S.D. = 4.68) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคัดสรร (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	109	54.5
หญิง	91	45.5
อายุ		
20-59 ปี	59	29.5
≥ 60 ปี	141	70.5
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	64.42	(10.29)
ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification		
Class 1	26	13.0
Class 2	76	38.0
Class 3	89	44.5
Class 4	9	4.5
สัปดาห์ที่มาตรวจตามนัดครั้งแรก		
สัปดาห์ที่ 1	120	60.0
สัปดาห์ที่ 2	80	40.0
ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด		
< 3.5 g/dL	36	18.0
≥ 3.5 g/dL	164	82.0
ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัดเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.70	(0.54)
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งลำไส้ใหญ่	102	51.0
มะเร็งทวารหนัก	98	49.0
ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		
ระยะที่ 1 และระยะที่ 2	92	46.0
ระยะที่ 3 และระยะที่ 4	108	54.0
วิธีการผ่าตัด		
Local resection, Radical bloc excision of lymphatics, และ Extensive radical surgical procedures Radical resection	8	4.0
	192	96.0
การรักษาพร้อมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		
มี	42	21.0
ไม่มี	158	79.0
ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด		
≤ 7 วัน (≤168 ชั่วโมง)	179	89.5
> 7 วัน (> 168 ชั่วโมง)	21	10.5
ระยะเวลาเริ่มให้อาหารเฉลี่ย หน่วยเป็นวัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.08	(4.68)
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
มี	16	8.0
ไม่มี	184	92.0

ส่วนที่ 2 น้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลการวิเคราะห์ พบว่า น้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย มีน้ำหนักตัวลดลงหลังผ่าตัดเฉลี่ย 2.75 กิโลกรัม ($\bar{X}=2.75$, S.D. = 2.44) แบ่งเป็นกลุ่มน้ำหนักตัวลดลงจำนวน 167 ราย น้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย 3.37 กิโลกรัม ($\bar{X}=3.37$, S.D. = 2.15) และกลุ่มน้ำหนักตัวไม่ลดจำนวน 33 ราย น้ำหนักตัวลดลงเฉลี่ย -0.39 กิโลกรัม ($\bar{X} = -0.39$, S.D. = 0.93)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรร กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด

และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ และทิศทางเดียวกันกับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัด โดยมีค่าขนาดความสัมพันธ์ $r_s = 0.191$, $p = 0.007$ และ $r_{pb} = 0.200$, $p = 0.004$ ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยคัดสรรที่ไม่พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ อายุ ($r_s = -0.117$, $p = 0.099$) ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification ($r_s = -0.014$, $p = 0.846$) ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด ($r_s = -0.123$, $p = 0.084$) ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r_s = 0.070$, $p = 0.322$) และการรักษาร่วมก่อนการผ่าตัด ($r_{pb} = 0.053$, $p = 0.453$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรร กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยคัดสรร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-0.117	0.099 ^a	ระดับต่ำ
ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification	-0.014	0.846 ^a	ระดับต่ำ
ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด	-0.123	0.084 ^a	ระดับต่ำ
ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	0.070	0.322 ^a	ระดับต่ำ
การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	0.053	0.453 ^b	ระดับต่ำ
ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด	0.191	0.007 ^{a*}	ระดับต่ำ
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	0.200	0.004 ^{b*}	ระดับต่ำ

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การวิเคราะห์สถิติ: Spearman's rank^a, Point biserial correlation coefficient^b

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับภาวณ้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีรายละเอียดดังนี้

อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r_s = -0.117$, $p = 0.099$) ผลการศึกษครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนี่ เต โชนิมิต และคณะ

(Techonimit et al., 2018) และ พุทธิพร พิธานธนาภู และภิรมย์ รัชตะนันท์ (Pitantanukune & Rajatanun, 2019) ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวณ้ำหนักตัวลด การศึกษาดังกล่าวอธิบายว่าอายุที่เพิ่มขึ้นยังสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลง เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย คือ มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร เรื่องการบดเคี้ยว การกลืน การย่อย

การดูดซึม ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร มีความอยากอาหารลดลงรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือไม่ยอมรับประทานอาหาร เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำหนักลดลงในผู้สูงอายุได้ (Pitantanakun & Rajatanun, 2019) ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า อาจเนื่องมาจากน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างกันมาก ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี น้ำหนักตัวที่ลดลงเฉลี่ย 2.99 กิโลกรัม กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป น้ำหนักตัวที่ลดลงเฉลี่ย 2.65 กิโลกรัม เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของกลุ่มน้ำหนักตัวลด และน้ำหนักตัวไม่ลดมีค่าเท่ากับ 64.26 ปี (S.D. = 10.12) และ 65.24 ปี (S.D. = 11.22) จะเห็นได้ว่าการกระจายตัวของข้อมูลค่อนข้างต่ำร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อาจทำให้ตัวอย่างที่ได้ไม่เป็นตัวแทนประชากรที่ดี จากเหตุผลสองประการข้างต้นอาจเป็นผลให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของอายุกับน้ำหนักตัวที่ลดลง

ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification ไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r_s = -0.014$, $p = 0.846$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินนี่ เตโชนิมิต และคณะ (Techonimit et al., 2018) พบว่าการมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็ง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และภาวะโลหิตจาง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวที่ลดลงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การศึกษาดังกล่าวให้เหตุผลว่าการมีโรคประจำตัวทำให้อวัยวะต่างๆ และระบบทางเดินอาหารมีความพร้อมในการย่อย เฝ้าผลาญ ดูดซึม ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลงได้ (Sritan, Utriayaprasit, Toskulkaio, & Akaraviputh, 2014) ผลการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าอาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดจะได้รับการประเมินความเสี่ยงจากศัลยแพทย์ร่วมกับวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การรักษานานกระทั่งอาการทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติเพื่อลดความเสี่ยงในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดให้ได้มากที่สุด อาจเป็นผลให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ กับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Srivisai, Pinyopasakul, & Charoenkitkarn, 2015)

ค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด ไม่พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r_s = -0.123$, $p = 0.084$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (Hu et al., 2015) ที่พบว่าค่าซีรัมอัลบูมินที่อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าปกติ สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงและเป็นปัจจัยทำนายน้ำหนักตัวที่ลดลงได้ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเกิดกระบวนการผลิตสารโปรอินเฟลมมาทอรี ไซโตไคน์ มีการหลั่งสารทิวเมอร์เนคโครสิส เฟคเตอร์ ทำให้เกิดการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น มีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อ และสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ทำให้น้ำหนักของผู้ป่วยลดลงตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดมีการเพิ่มขึ้นของสารต่อต้านกระบวนการอักเสบ (Inflammatory mediators) ทำให้การเผาผลาญโปรตีนในกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้น้ำหนักลดลงภายหลังผ่าตัด (Chinuntuya & Chutitorn, 2020) ร่วมกับเมื่อได้รับการผ่าตัดจะยังทำให้ร่างกายมีการกระตุ้นการปล่อยสารฮอร์โมนความเครียด (Stress hormones) จะยังส่งผลให้เพิ่มการเผาผลาญโปรตีนและความต้องการพลังงานโดยก่อให้เกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง (Suwitawat, 2020) ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้อง อาจเนื่องมาจากก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด ทีมผู้ดูแลได้มีการเตรียมความพร้อมทางร่างกายก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยได้ให้คำแนะนำและให้ความรู้จากทีมแพทย์และพยาบาลแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และในกรณีที่พบว่าค่าซีรัมอัลบูมินต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จะได้รับการดูแลรักษาให้ค่าซีรัมอัลบูมินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพภายหลังการผ่าตัด อาจเป็นผลให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของค่าซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัดกับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Satianpongprapa et al., 2016)

ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r_s = 0.070$, $p = 0.322$)

ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนี่ เตโชนิมิต และคณะ (Techonimit et al., 2018) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคหรือแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะอื่น จะส่งผลทำให้มีภาวะน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พบการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะอื่น เนื่องจากระยะของโรคมียังมีการลุกลามมากขึ้น ร่างกายจะยังเกิดกระบวนการผลิตสารโพรอินเฟรมมาทอรี ไซโตไคน์ มีการหลั่งสารอินเตอร์ลิวคินวัน อินเตอร์ลิวคินซิก ทิวเมอร์ เนโครลิส ฟาคเตอร์ ทำให้เกิดการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้น้ำหนักของผู้ป่วยลดลงตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดมีการเพิ่มขึ้นของสารต่อต้านกระบวนการอักเสบ (Inflammatory mediators) ทำให้การเผาผลาญพลังงานและสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้น้ำหนักลดลงภายหลังผ่าตัด (Chinuntuya & Chutitorn, 2020) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะท้าย (ระยะที่ 3-4) จะมีภาวะน้ำหนักลดลงมากกว่าผู้ป่วยในระยะแรก (ระยะที่ 1-2) (Rattanamongkol et al., 2016) และขนาดของก้อนเนื้องอกที่ไปอุดตันลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูก รู้สึกอึดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้น้อยลง (Chinuntuya & Sirichindakul, 2012) ความต้องการพลังงานที่ใช้ทั้งหมด (Total energy expenditure) เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการผ่าตัดส่งผลให้ ร่างกายเกิดการเผาผลาญสูงยิ่งขึ้น จะส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภา เสถียรพงษ์ประภา และคณะ (Satianpongprapa et al., 2016) และ ภัทริกา ปัญญา และคณะ (Panya, Saneha, Puwarawuttipanit, & Soparat-tanapaisam, 2016) ที่พบว่าระยะของโรคไม่สามารถทำนายถึงภาวะน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินนี่ เตโชนิมิต และคณะ (Techonimit et al., 2018) อาจเนื่องมาจากค่าน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรคในการศึกษานี้ไม่มีความแตกต่างกันมาก ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยระยะที่ 2 น้ำหนักตัวที่ลดลงเฉลี่ย 2.50 กิโลกรัม ระยะที่ 3 น้ำหนักตัวที่ลดลงเฉลี่ย 3.04 กิโลกรัม และระยะที่ 4 น้ำหนักตัวที่ลดลงเฉลี่ย 2.44 กิโลกรัม จะเห็นได้ว่าการกระจายตัวของ

ข้อมูลค่อนข้างต่ำ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อาจเป็นผลทำให้ตัวอย่างที่ได้ไม่เป็นตัวแทนประชากรที่ดี จากเหตุผลประการข้างต้นอาจเป็นผลให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของระยะของโรคกับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r_{pb} = 0.053$, $p = 0.453$) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดหลักการ ที่กล่าวว่ารักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งประกอบด้วย การฉายแสง การให้เคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอาการเบื่ออาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีอาการเบื่ออาหารอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Chaichompoo et al., 2019; Khamboon et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการเคมีบำบัดทำให้มีการอักเสบของเยื่อเมือกทางเดินอาหาร มีอาการคลื่นไส้รับประทานอาหารไม่ได้ หรือมีการรับรู้รสชาติเปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักลด (Ruengdit & Sunpaweravong, 2009) แต่ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนี่ เตโชนิมิต และคณะ (Techonimit et al., 2018) ที่พบว่ารักษาร่วมก่อนผ่าตัดไม่พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาร่วมก่อนผ่าตัด ทีมผู้ดูแลจะต้องประเมินความเสี่ยง รวมทั้งภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ถ้าพบว่ามีแนวโน้มว่ามีปัญหาเกี่ยวกับพร่องโภชนาการจะได้รับการแก้ไขตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (Suwittawat, 2020) จึงอาจเป็นผลให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของการรักษาร่วมก่อนผ่าตัดกับน้ำหนักตัวที่ลดลงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระดับต่ำและทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.191$, $P = 0.007$) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารทางปากได้เร็วมากเท่าไรจะส่งผล

ทำให้เกิดน้ำหนักตัวลดลงน้อยกว่าผู้ป่วยที่เริ่มอาหารทางปากช้า ซึ่งการศึกษาลักษณะนี้ไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ จิราเสถียรพงษ์ประภาและคณะ (Satianpongprapa et al., 2016) ที่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัดกับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อธิบายได้ว่าการได้รับประทานอาหารทางปากหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ใหญ่โดยเร็วจะกระตุ้นการทำหน้าที่ของลำไส้ เกิดการยืดขยายของระบบทางเดินอาหาร ไปกระตุ้นตัวรับรู้ที่บริเวณชั้นกล้ามเนื้อและระบบประสาทภายในทางเดินอาหาร ส่งผลให้การทำหน้าที่ของลำไส้ใหญ่กลับคืน เป็นผลให้พบความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัดกับน้ำหนักตัวที่ลดลง (Worasiri, 2016)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับต่ำทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = 0.200, p = 0.004$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลให้น้ำหนักตัวที่ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบในการศึกษาลักษณะนี้ได้แก่ ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ลำไส้อุดตัน แผลผ่าตัดติดเชื้อ และแผลผ่าตัดหน้าท้องแยก ซึ่งผลการศึกษาลักษณะนี้สอดคล้องกับการศึกษา (Azimi et al., 2020) ที่ยืนยันว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น มีการติดเชื้อในร่างกายภายหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ภายใน 6 เดือนหลังการผ่าตัด เนื่องจากในกระบวนการติดเชื้อมีการเผาผลาญพลังงานในร่างกายระดับสูง จึงมีการสลายไขมันทำให้ร่างกายมีการสูญเสียเนื้อเยื่อไขมัน พร้อมทั้งมีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อ (Ruengdit & Sunpaweravong, 2009) ส่งผลให้สูญเสียของมวลกล้ามเนื้อลดลง ทำให้น้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลงไปส่งผลเกิดภาวะน้ำหนักตัวลดลง (Satianpongprapa et al., 2016)

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการเริ่มให้อาหารหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและทิศทางเดียวกันกับน้ำหนัก

ตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.191, P = 0.007$ และ $r_{pb} = 0.200, P = 0.004$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านอายุ ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จำแนกตาม ASA PS classification ค่าชีร์มอัลบูมินก่อนผ่าตัด ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่พบความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาทางการแพทย์ การวิจัยนี้สามารถนำมาใช้เป็นเนื้อหาในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อให้มีการเรียนรู้ ความเข้าใจถึงปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักตัวลดลงภายหลังผ่าตัด ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวที่ลดลง

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมและจัดทำแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ลำไส้อุดตัน แผลผ่าตัดติดเชื้อ และแผลผ่าตัดหน้าท้องแยก โดยมุ่งหวังการส่งเสริมภาวะโภชนาการภายหลังการผ่าตัด

3. ด้านการบริหารทางการแพทย์ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานกำหนดนโยบายการส่งเสริมความสามารถ (Competency) และความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น จัดทำแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาต่อยอดโดยการทำวิจัยในลักษณะการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายน้ำหนักตัวที่ลดลง หรือการศึกษาวัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ข้อมูลที่ได้ เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่บันทึกไว้ในแฟ้มเวชระเบียนของจึงไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้
2. เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมและสามารถนำผลการศึกษาที่ได้เชื่อมโยงไปยังกลุ่มประชากรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
3. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่ม เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- American Society of Anesthesiologist. (2022). *Statement on ASA Physical status classification system*. Retrieved from <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system>.
- Arundon, T., Ruangdam, A., Ruangkajorn, P., Pruphetkaew, N., & Sunpaweravong, P. (2017). Nutritional status, beliefs, and meat-consumption behaviors among cancer patients. *The Cancer Journal*, 37(4), 127-141. [In Thai].
- Azimi, K., Honaker, H., Madathil, S. C., & Khasawneh, M. T. (2020). Post-operative infection prediction and risk factor analysis in colorectal surgery using data mining techniques: A pilot study. *Surgical Infections*, 21(9), 1-9.
- Chaichompoo, R., Namvongprom, A., Pakdevong, N.-oy, Preechakoon, B., & Ounlam, T. (2019). Relationship between Symptom Severity and Distress in Patients with Advanced Cancer. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(4), 107-120. [In Thai].
- Chinuntuya, P., & Chutitorn, A. (2020). Factors affecting post-operative quality of life in gastrointestinal cancer patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13, 209-227. [In Thai].
- Chinuntuya, P., & Sirichindakul, B. (2012). Factors predicting post-operation complication. *Nursing Journal*, 39, 74-85. [In Thai].
- Garth, A. K., Newsome, C. M., Simmance, N., & Crowe, T. C. (2010). Nutrition status, nutrition practice and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23, 393-401.
- Hu, W., Luis, C., Eisenstein, S., Parry, L., Cosman, B., & Ramamoorthy, S. (2015). Preoperative malnutrition assessments as predictors of postoperative mortality and morbidity in colorectal cancer: An analysis of ACS-NSQIP. *Nutrition Journal*, 1-6. DOI 10.1186/s12937-015-0081-5.
- Khamboon, T., Pakanta, I., Suwanmongkol, P., & Ard-khitkarn, S. (2022). The Influence of Unpleasant Symptoms on Functional Status of Advanced Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 16(3), 85-96. [In Thai].
- Lopes, P., Pereira, J., Vicente, P.M., Bernardo, A. F., Mesquita, A., & Fernanda, M. (2013). Nutritional status assessment in colorectal cancer patients. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 412-418.
- Ministry of Public Health. (2024). *Plan/Project and Indicators Ministry of Public Health 2024*. Retrieved from <https://www.uckkpho.com/download/4073/>. [In Thai].
- Naresuan University Hospital. (2021). *Colorectal cancer registry*. Phitsanulok: Naresuan University Hospital. [In Thai].
- Neville, A., Lee, L., Antonescu, I., Mayo, N.E., Vassiliou, M.C., ... Feldman, L.s. (2014). Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery. *Br J Surg*, 101(3), 159-170.

- Panya, P., Saneha, C., Puwarawuttipanit, W., & Soparat-tanapaisarn, N. (2016). Factors influencing on nutritional status in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. *Journal of Nursing Science*, 34(1), 66-76. [In Thai].
- Pitantanakune, P., & Rajatanun, B. (2019). Nutritional status and factors related to nutritional status of elderly living in the community. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 22, 1-13. [In Thai].
- Rathachatanon, W. (2019). Determining an appropriate sample size for social science research: The myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*, 8, 11-28. [In Thai].
- Rattanamongkol, C., Sindhu, C., Tosulkao, T., & Iramaneerat, C. (2016). Factors related to the severity of postoperative complications in patients with primary gastrointestinal (Stomach, liver, bile duct, colon, and rectum) cancer. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(3), 97-109. [In Thai].
- Ruengdit, S., & Sunpaweravong, P. (2009). Cancer anorexia-cachexia syndrome. *Songklanagarind Medical Journal*, 27(6), 503-509. [In Thai].
- Sangwanloy, P., (2021). Study in surgical procedure in obstruct metastatic colon cancer. *Journal of Health Scienc*, 30, 132-140. [In Thai].
- Satianpongprapa, J., Srimoragot, P., & Danaidutsadeekul, S. (2016). Factors affecting the nutritional status in postoperative colorectal cancer patients in hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36, 143-162. [In Thai].
- Sritan, S., Utriyaprasit, K., Tosulkao, T., & Akaraviputh, K. (2014). Predictive factors in post-operative recovery abdominal surgery patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 21-35. [In Thai].
- Srivisai, T., Pinyopasakul, W., & Charoenkitkarn, V. (2015). Relationships between age, body mass index, comorbidity, and systemic inflammatory response syndrome in patients with respiratory infection at an emergency unit. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(2), 186-198. [In Thai].
- Sung, H., Ferlay, J., Rebecca, L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., ... Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *American Cancer Society*, 71(3), 209-249. doi: 10.3322/caac.21660.
- Suwittawat, C. (2020). Nutritional status assessment of cancer patients. *Srinagarind Med Journal*, 35(5), 632-638. [In Thai].
- Techonimit, J., Areepium, N., Siritientong, T., & Trakarnsanga, B. (2018). Nutritional status in breast cancer and colorectal cancer patients before undergoing chemotherapy. *Thai Cancer Journal*, 38, 1-10. [In Thai].
- Thai Health Stat. (2020). *10 health situations*. Retrieved from <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/analysis/index.php>. [In Thai].
- Warren, J., Bhalla, V., & Cresci, G. (2011). Postoperative diet advancement: Surgical dogma vs evidence-based medicine. *Nutrition in Clinical Practice*, 26(2), 115-125.
- Wisuttikul, K. (2011). Nursing management for cancer patients experiencing anorexia. *Journal of Nursing Science*, 29(3), 8-16. [In Thai].
- Worasiri, J. (2016). *The factors predicting postoperative recovery after colon resection surgery among cancer patients*. Master Thesis (Nursing), Thammasat University, Bangkok. [In Thai].

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

The Effects of Symptom Management Program on Insomnia and Pain in Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3

เบญจวรรณ บุตรโยธี (Benjavan Bootyotee)*

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)**

ธิดารัตน์ คำบุญ (Thidarat Khamboon)**

ธีระชัย ธรรมมาธิวัฒน์ (Theerachai Thammathiwat)***

Received: March 14, 2024

Revised: April 11, 2024

Accepted: May 8, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินอาการนอนไม่หลับและอาการปวด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิก 2) แบบสอบถามประสบการณ์อาการนอนไม่หลับ และ 3) แบบสอบถามประสบการณ์อาการปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบฟิชเชอร์ และสถิติทดสอบที

*Corresponding author: Benjavan Bootyotee; E-mail: benjavanb62@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***อาจารย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Medicine, Naresuan University)

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวดไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับและอาการปวด

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการอาการ, โรคไตเรื้อรัง, อาการนอนไม่หลับ, อาการปวด

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to study the effects of symptom management program on insomnia and pain in patients with chronic kidney disease stage 3. The sample consisted of 62 patients admitted in Naresuan University Hospital, Phitsanulok. Selected by purposive sampling technique. They were divided into the control group and the experimental group, 31 patients were experimental group who received symptom management program, which applied the symptom management concept of Dodd et al. (2001), consisting of three steps: 1) insomnia and pain experience 2) insomnia and pain management strategies and 3) insomnia and pain outcome. In contrast, the other 31 patients were control group who received routine nursing care. The data was collected from November 2023 to January 2024. The research collection tools were 1) the personal data recording and clinical data recording form 2) the insomnia experience questionnaire and 3) the pain experience questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent samples t-test

The result of the study showed that after the experiment, the experimental group who received the symptom management program, had mean scores for insomnia and pain severity that were significantly lower than before receiving the program ($p < .001$) and lower than those in the control group ($p < .001$). Therefore, nurses should implement the insomnia and pain symptom management program for chronic kidney disease stage 3 patients to alleviate their insomnia and pain symptoms.

Keywords: Symptom management program, Chronic kidney disease, Insomnia symptom, Pain symptom

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากการรายงานพบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 700 ล้านคน และพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1.2 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.2 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า (Bikbov et al., 2020) โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระหว่างปี พ.ศ. 2558-2561 จำนวน 259 คน, 636 คน, 1,405 คนและ 1,407 คนตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2561 จำนวน 113 คน, 200 คน, 491 คน และ 712 คนตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นในทุกๆปี (IT Naresuan University Hospital Health Care and Service Center, 2018)

อนุชา ไทวงษ์ (Taiwong, 2016) ศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และลีและจีออน (Lee & Jeon, 2015) ศึกษาอาการและกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 พบว่า อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงมากที่สุดคืออาการนอนไม่หลับและอาการปวด โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้ฟอกเลือดมีปัญหานอนไม่หลับร้อยละ 36.2 (Tu, Chou, Lin, & Huang, 2019) สาเหตุเกิดจากอัตราการกรองของไตลดลง ส่งผลให้ระดับของฮอร์โมนเมลาโทนิน (Melatonin) ลดลง (Koch, Nagtegaal, Hagen, Wee, & Kerkhof, 2010) และยังทำให้ระดับของสารออเรกซิน (Orexin) เพิ่มขึ้น กระตุ้นสมองส่วนต่างๆ ให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) โดปามีน (Dopamine) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) เป็นต้น ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว (Wakefulness) (Nigam, Camacho, Chang, & Riaz, 2018; Phupradit, 2022) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหานอนหลับ

ในส่วนของการปวดได้มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 พบความชุกของอาการปวดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรก คิดเป็นร้อยละ 60.5, ร้อยละ 35.9 และร้อยละ 61.2 ตามลำดับ (Davison, Rath-

well, Ghosh, George, Pfister, & Dennett, 2021) โดยลักษณะอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี 2 แบบ คือ 1) อาการปวดชนิดที่มีความผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic pain) ซึ่งมีสาเหตุจากโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น และ 2) อาการปวดชนิดที่มีการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกโดยที่ระบบประสาทยังทำงานปกติ (Nociceptive pain) (Davison, 2024) ซึ่งเกิดจากอัตราการกรองของไตลดลง ทำให้ฟอสเฟตในเลือดเพิ่มมากขึ้น สังเคราะห์วิตามินดีลดลง เกิดการสลายแคลเซียมจากกระดูกเพิ่มมากขึ้น (Phetsri, 2017; Taiwong, 2016) ทำให้มีการหลั่งของซัสสแตน-พี (Substance-P) จากกระบวนการอักเสบ เกิดการนำส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง เป็นผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับรู้และตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น (Li et al., 2020) ทั้งอาการนอนไม่หลับและอาการปวด หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม จะทำให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

การจัดการอาการตามแนวคิดของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย ประกอบไปด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการอาการ (Outcomes) โดยแนวคิดหลักทั้ง 3 เชื่อว่าบุคคลมีการรับรู้ประสบการณ์ผ่านกระบวนการคิดของตนเองพิจารณาออกมาเป็นความถี่ ความรุนแรงของอาการ มีการตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคมและวัฒนธรรม จากนั้นจะเลือกกลวิธีในการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตนโดยมีการกำหนดข้อคำถามเพื่อการค้นหาวิธีการจัดการอาการที่ประกอบด้วย ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการโดยใคร (Who) จัดการให้ใคร (To whom) และจัดการอย่างไร (How) (Dodd et al., 2001)

การจัดการกับอาการนอนไม่หลับและอาการปวดมี 2 วิธี คือ การจัดการโดยการใช่ยาและไม่ใช่ยา แต่จากการศึกษาการใช้ยาเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับพบว่า ผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น

พลัดตกหกล้ม (Falls) การรับรู้เปลี่ยนแปลง (Cognitive impairment) เป็นต้น (Fulton & Allen, 2005 as cited in Do, 2020) ส่วนการใช้ยาเพื่อจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในกลุ่มลดอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) มีผลทำให้ระยะของโรคดำเนินไปเร็วมากขึ้น (Taiwong, 2016) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านพบว่า การให้สุขอนามัยการนอนหลับร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีผลทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (Hasina, Sukartini, & Setiyowati, 2018; Saeedi, Shamsikhani, Farahani, & Haghverdi, 2014) การฝึกการหายใจซึ่งเป็นอีกเทคนิคหนึ่งของการผ่อนคลายจะช่วยลดการรับรู้สิ่งเร้าจากภายนอกร่างกาย ทำให้การส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วนเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้งซิสเต็ม (Reticular activating system: RAS) ลดลง มีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น (Deukhunto, Somanusor, & Kangcha, 2016) ส่วนการให้สุขอนามัยการนอนหลับ เช่น การงดคาเฟอีน บุหรี่ เป็นต้น จะลดการหลั่งของแคทีโคลามีน (Catecholamine) และการดื่มมึนๆก่อนนอน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ มีอุณหภูมิที่เหมาะสมแสงสว่างจะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของซีโรโทนิน (Serotonin) และเมลาโทนิน (Melatonin) ผู้ป่วยจึงหลับง่าย (Chusapalo, 2010; Khamkaew, 2018; Komada, Okajima, & Kuwata, 2020; Phetsri, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านพบว่า การออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมตามชนิด (Type) ความถี่ (Frequency) ความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity) และระยะเวลา (Time) เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกกำลังกายแบบแรงต้าน และการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น เป็นต้น มีผลช่วยลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (Pei, Tang, Tan, Tan, Ge, & Qin, 2019) เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก อีกทั้งขณะออกกำลังกายร่างกายจะมีการหลั่งของสารเอนโดर्फิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เกิดการยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทซัสแทนซ์พี (Substance P) จึงช่วยบรรเทาอาการปวด (Chopsiang, 2018; Kruakeaw,

Chotipanit, Ditsabanjong, Wong-anan, Buran, & Kongsomboon, 2017; Wasuntarawat, 2011)

รายงานการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของโรคไตเรื้อรังและภาวะ (Dodd et al., 2001) มาสร้างโปรแกรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังเช่น การศึกษาของ วิภาศรีเบญจมาศ, จิตติอาภา ตั้งคำวานิช, สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล, และเอี่ยมพร หลินเจริญ (Sribenjammas, Tangkawanich, Tunsupasawasdeekhul, & Linchareon, 2016) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการช่วยลดอาการเหนื่อยล้าและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือการศึกษาของ สิริกัญญา หวายฤทธิ์ และคณะ (Wairit et al., 2021) ได้ศึกษาโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงพบว่าความเหนื่อยล้าหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือแม้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก็มักเป็นการจัดการกับอาการอื่น และยังไม่มี การนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่มีการใช้กลวิธีการจัดการอาการที่ผสมผสานกันมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยนำแนวคิดของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดการกับอาการดังกล่าว โดยคาดหวังว่า จะสามารถลดความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดได้ในสัปดาห์ที่ 4

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการนอนไม่หลับ และอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้ให้โปรแกรมการจัดการอาการแก่กลุ่มทดลอง ดังนี้

โปรแกรมการจัดการอาการ

1. ประสิทธิภาพอาการ

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต : พยาบาลประเมินประสิทธิภาพอาการโดยใช้แบบสอบถาม ประสิทธิภาพอาการนอนไม่หลับและอาการปวด จากนั้นให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและอาการปวด

บ้านหรือชุมชนผู้ป่วย : ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวด ก่อนจัดการกับอาการ จากนั้นบันทึกลงในแบบบันทึกการจัดการอาการ

2. การใช้กลวิธีจัดการกับอาการ

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต : พยาบาลให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สาธิตและให้ผู้ป่วย สาธิตย้อนกลับการฝึกปฏิบัติ ดังนี้ 1) อาการนอนไม่หลับ: การให้สุขอนามัยการนอนหลับ และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกการหายใจ 5 วิธี 2) อาการปวด: การออกกำลังกายตามหลัก FITT จากนั้นแจกคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและจัดการอาการที่บ้าน นอกจากนี้ พยาบาลให้กำลังใจและคำปรึกษา พร้อมทั้งสอบถามปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย กระตุ้นการจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2

บ้านหรือชุมชนผู้ป่วย : ผู้ป่วยใช้การจัดการกับอาการตามแนวทาง 5W+2H+1T โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีจัดการกับอาการตามประสิทธิภาพอาการของตน ดังนี้ 1) จัดการกับอาการนอนไม่หลับ โดยใช้วิธีการให้สุขอนามัยการนอนหลับ และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกการหายใจทั้ง 5 วิธี และ 2) จัดการกับอาการปวด โดยใช้วิธีการออกกำลังกายตามหลัก FITT เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ

บ้านหรือชุมชนผู้ป่วย : ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวด หลังจัดการกับอาการขณะอยู่ที่บ้าน จากนั้นบันทึกลงในแบบบันทึกประสิทธิภาพการจัดการอาการ

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไต : พยาบาลประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการโดยใช้แบบสอบถาม ประสิทธิภาพอาการนอนไม่หลับและอาการปวดพร้อมทั้งสอบถามปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4

อาการนอนไม่หลับ

อาการปวด

ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่มีการสุ่ม (Two group pre-post test design with non-probability sampling) โดยวัดผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการตรวจรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคไต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีอัตราการกรองของไต 30-59 ml/min/1.73 m² 3) เข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน สื่อสารได้ 4) มีโทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ 5) ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัยและลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีประวัติเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคซึมเศร้า, โรคจิตเภท, โรคจิตหลงผิด เป็นต้น โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 2) เป็นโรคที่มีอุปสรรคในการดำเนินการ เช่น มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ, โรคหอบหืด, โรคอุดกั้นทางเดินหายใจแบบเรื้อรัง, โรคลมชัก เป็นต้น 3) มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่กำลังมีอาการปวด เช่น โรคเกาต์ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น และ 4) มีประวัติบาดเจ็บที่ไขสันหลังและเป็นอัมพาตทั้งตัวหรือครึ่งซีก

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดขนาดความผิดพลาด (Effect size) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ราฮ์นามา และมาซลูม (Rahnama & Mazloun, 2012) เรื่องผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อความระดับความรุนแรงของอาการปวดในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ ได้ขนาดความผิดพลาดเท่ากับ 1.83 และ 2.61 ตามลำดับ และจากการศึกษาของกรองกรานด์ จูเซปาโล (Chosapalo, 2010) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการ

นอนหลับด้วยสวนคนบำบัดร่วมกับเทคนิคการหายใจ ผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คำนวณค่าขนาดความผิดพลาดได้เท่ากับ 0.86

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดความผิดพลาด 0.86 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.91 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 คำนวณได้ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงพิจารณาคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม (Drop out) ร้อยละ 20 โดยการใช้สูตร (Kongsuk, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ป่วยที่เข้าพบในวันเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยที่เข้าพบในวันเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม และควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันโดยใช้สถิติในการทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติการใช้ยา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และชาหรือกาแฟ และ 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรค โรคร่วม อัตราการกรองของไต (eGFR) ดัชนีมวลกาย (BMI) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด

1.2 แบบสอบถามประสิทธิภาพการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยแปลจากแบบสอบถามความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index) ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.74 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-total Correlation) อยู่ในช่วง 0.36-0.67 แบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนทั้งหมด 28 คะแนน แบ่งระดับ

ความรุนแรงของการนอนไม่หลับเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-7 หมายถึง ไม่มีอาการนอนไม่หลับ, คะแนน 8-14 หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น, คะแนน 15-21 หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง และคะแนน 22-28 หมายถึง มีอาการนอนไม่หลับระดับมาก (Bastien, Vallières, & Morin, 2001)

1.3 แบบสอบถามประสบการณ์อาการปวด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory: BPI) ในมิติด้านความรุนแรงของอาการปวด (Pain intensity) ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.89 (Cleeland, 2009 as cited in Promsombut, Danaidutsadeeku, Thosingha, & Sirikun, 2020) ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับตำแหน่ง ลักษณะ และความรุนแรงของอาการปวด ในส่วนของความรุนแรงของอาการปวดใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยแบ่งระดับของอาการปวดเป็น 3 ระดับตามบันไดสามขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) (World Health Organization, 2018) ดังนี้ คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย, คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากถึงมากที่สุด (ในการวิจัยครั้งนี้มีการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวด โดยปัดจุดทศนิยมที่มากกว่า 0.50 ขึ้นไปเป็นจำนวนเต็ม)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการ เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินโปรแกรมกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล จากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประสพการณ์อาการ 2) การใช้กลวิธีการจัดการกับอาการ คือ 2.1) อาการนอนไม่หลับใช้กลวิธีการให้สุขอนามัยการนอนหลับ และเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีฝึกการหายใจ 5 วิธี ปฏิบัติก่อนเข้านอน วันละ 15-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2.2) อาการปวด ใช้กลวิธีการออกกำลังกายตามหลัก FITT ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกกำลังกายแบบแรงต้าน และ

การออกกำลังกายแบบยืดหยุ่น โดยระยะเวลา ความถี่และความหนักเบาแตกต่างกันตามชนิดของการออกกำลังกาย และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

2.2 แผนการสอน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาอธิบายถึงการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบไปด้วยหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการสอน สื่อการสอน ระยะเวลาและการประเมินผล ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนแก่กลุ่มทดลองที่มาพบแพทย์ตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ระยะเวลา 30 นาที

2.3 คู่มือการจัดการกับอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วยการให้สุขอนามัยการนอนหลับ และเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ 5 วิธี และคู่มือการจัดการกับอาการปวด ประกอบด้วยการออกกำลังกายตามหลัก FITT

2.4 วิดีทัศน์ เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการนอนไม่หลับ ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ 5 วิธี และการจัดการอาการปวด ด้วยการออกกำลังกายตามหลัก FITT ใช้เวลา 20 นาที

2.5 แบบบันทึกประสบการณ์การจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวดสำหรับกลุ่มทดลองเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคำถามเพื่อให้กลุ่มทดลองใช้ในการประเมิน ติดตามความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดก่อนและหลังการจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้านหรือชุมชน ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1) ประสพการณ์ความรุนแรงของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการก่อนจัดการอาการอยู่ในระดับใด ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของอาการ และ 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด 2) การจัดการกับอาการ ใช้วิธีอะไรในการจัดการกับอาการ และ 3) ผลลัพธ์ในการจัดการอาการ เป็นการประเมินประสิทธิผลและความรุนแรงหลังจัดการอาการใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนนเช่นกัน และ

มีการระบุถึงปัญหาอุปสรรคและวิธีการที่ใช้ในการแก้ไข ปัญหาแต่ละครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตรวจสอบคุณภาพจำนวน 5 ท่าน ได้ผลดังนี้ ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของคู่มือการจัดการกับอาการ เท่ากับ 0.86 ส่วนผลการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องตาม วัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิก และบทวิทัศน์ IOC อยู่ในช่วง 0.60-1.00, แบบสอบถาม ประสิทธิภาพการนอนไม่หลับ อาการปวด และแผน การสอน IOC อยู่ในช่วง 0.80-1.00, แบบบันทึกประสิทธิภาพ การจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด IOC อยู่ ในช่วง 0.60-0.80 จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามประสิทธิภาพการนอนไม่หลับและอาการ ปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ประสิทธิภาพการนอนไม่หลับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 ส่วนแบบสอบถามประสิทธิภาพอาการปวดนำไป ทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest reliability) โดยประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง (Sangsaikaew, Korcharoenyos, Donprapeng, & Sirisawat, 2019) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.84 นอกจากนี้มีการตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) โดยผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัย ทดลองใช้แบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ในผู้ป่วยที่มีลักษณะ คล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ได้ค่าความเที่ยงระหว่าง ผู้ประเมิน เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวร หมายเลข IRB No. P3-0062/2566 วันที่ 4 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูลโครงการวิจัย และความยินยอม ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมกับชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการ เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและบริการที่ไ้ รับ และชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถือเป็น ความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น มีการทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุด การวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัย นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยติดต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ วิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไตเพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นอบรมผู้ช่วยวิจัย 1 คนเกี่ยวกับการ เก็บรวบรวมแบบสอบถามประสิทธิภาพการนอน ไม่หลับและอาการปวด

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และ กลุ่มตัวอย่างตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยพยาบาลประจำ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไตซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย โทรศัพท์ แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เริ่มทำการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้ แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัด เข้าและคัดออก จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ด้วยตนเอง สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวด โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลการนอนไม่หลับและอาการปวด (ครั้งที่ 1)

สัปดาห์ที่ 2, 3, และ 4 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวด โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลการนอนไม่หลับและอาการปวด (ครั้งที่ 2) จากนั้นผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ป่วยและมอบคู่มือการจัดการกับอาการ แก่ผู้ป่วยและแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ข้อ 1) และ 2) เหมือนกลุ่มควบคุม 3) ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการ และกลวิธีในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ การให้สุขอนามัยการนอนหลับ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกการหายใจ 5 วิธี ปฏิบัติก่อนเข้านอน วันละ 15-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และกลวิธีในการจัดการอาการปวด ได้แก่ การออกกำลังกายตามหลัก FITT ประกอบไปด้วย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกกำลังกายแบบแรงต้าน และการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นโดยระยะเวลาความถี่ และความหนักเบาแตกต่างกันตามชนิดของการออกกำลังกาย เมื่อผู้ป่วยคู่มือวีดิทัศน์จบ ผู้วิจัยมีการพูดคุยซักถามความเข้าใจ ถ้ามีส่วนใดที่ยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยเปิดทวนวีดิทัศน์ซ้ำพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยเพิ่มเติม 4) ผู้วิจัยสาธิตการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกการหายใจทั้ง 5 วิธี การออกกำลังกายตามหลัก FITT แล้วให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ 5) ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการกับอาการให้ผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2, 3, และ 4 ผู้ป่วยจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้านหรือชุมชน ดังนี้ 1) ประสิทธิภาพอาการ: ผู้ป่วยประเมินอาการนอนไม่หลับและอาการปวดก่อนจัดการกับอาการ บันทึกคะแนนความรุนแรงของอาการลงในแบบบันทึกการจัดการอาการ 2) กลวิธีจัดการกับอาการ: ผู้ป่วยจัดการกับอาการโดยใช้คำถาม 5W+2H+1T

3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ: ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดหลังจัดการกับอาการ บันทึกคะแนนความรุนแรงของอาการลงในแบบบันทึกประสิทธิภาพการจัดการอาการทุกวัน โดยผู้วิจัยให้กำลังใจและคำปรึกษา พร้อมทั้งสอบถามปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย กระตุ้นการจัดการกับอาการทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ สอบถามปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและแจ้งสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวด โดยใช้แบบสอบถามประสิทธิผลการนอนไม่หลับและอาการปวด (ครั้งที่ 2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดก่อนการทดลอง ใช้สถิติ chi-squared test, Fisher's exact test และ independent samples t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และอาการปวดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ paired t – test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ independent samples t test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิก คะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดก่อนทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุประมาณ 67-70 ปี นับถือ

ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย (กลุ่มควบคุม) รับราชการและข้าราชการบำนาญ (กลุ่มทดลอง) มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ได้มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นยาโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ชาหรือกาแฟ อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 43 ml/min/1.73 m²

การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตาม สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคร่วมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการใช้จ่าย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ส่วนเพศ โรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไข้มันในเลือด และโรคอื่น ๆ วิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test ในส่วนของอายุ อัตราการกรองของไต คำนวณจาก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ hemoglobin, albumin, phosphorus และ calcium คะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและอาการปวดก่อนทำการทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent samples t-test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่ง และลักษณะของอาการปวดก่อนทดลอง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองรวม 62 คน มีตำแหน่งของอาการปวดก่อนทดลองที่พบมากที่สุด ได้แก่ ตำแหน่งคอ โดยมีลักษณะอาการปวดแบบตื้อ (ร้อยละ 29.2) เช่นเดียวกับตำแหน่งขา/เท้า โดยมีลักษณะอาการปวดแบบแปลบ (ร้อยละ 29.2)

ส่วนที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และอาการปวดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และอาการปวดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=31)			หลังการทดลอง (n=31)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
คะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (0-28)	15.29	3.21	ปานกลาง	7.16	2.18	ไม่มีอาการ	11.274***	< .001
คะแนนความรุนแรงของอาการปวด (0-10)	3.87	1.45	ปานกลาง	2.55	1.23	เล็กน้อย	7.519***	< .001

*** $p < .001$

จากตารางที่ 1 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.29$, S.D. = 3.21) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับไม่มีอาการ ($\bar{X} = 7.16$, S.D. = 2.18) และก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 1.45) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.55$, S.D. = 1.23)

เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ paired t- test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของอาการปวดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 4 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และอาการปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=31)			กลุ่มทดลอง (n=31)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
คะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (0-28)	16.87	1.86	ปานกลาง	7.16	2.18	ไม่มีอาการ	18.891***	< .001
คะแนนความรุนแรงของอาการปวด (0-10)	3.81	0.60	ปานกลาง	2.55	1.23	เล็กน้อย	5.103***	< .001

***p < .001

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 16.87, S.D. = 1.86) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับไม่มีอาการ ($\bar{X}$ = 7.16, S.D. = 2.18) และหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.60) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 1.23) เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ independent samples t-test พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

อาการนอนไม่หลับ: กลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ดังนี้

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการและกลวิธีในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ ทำให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องเห็นถึงความสำคัญของอาการนอนไม่หลับ สามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และยังมีการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปจัดการกับอาการที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยใช้การใช้สุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) ร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกการหายใจ (Breathing exercises) ทั้ง 5 วิธี เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ จากนั้นจึงมีการประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับด้วยตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและคำปรึกษา พร้อมทั้งสอบถามปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย กระตุ้นการจัดการกับอาการเมื่อกลุ่มทดลองกลับบ้านและมาพบแพทย์ตามนัด (ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4) ทำให้กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ไม่ได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการจัดการอาการ ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์อาการและการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการที่ไม่เพียงพอเป็นผลให้คะแนนความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ว่าประสบการณ์อาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้นๆ ซึ่งหากมีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะสามารถจัดการ

กับอาการได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแซอิดีและคณะ (Saeedi et al., 2014) ที่พบว่า หลังการทดลองคะแนนคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมสุขอนามัยการนอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของซาโตะ (Sato, 2020) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ใช้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อควบคู่กับการให้สุขอนามัยการนอนหลับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทั้ง 2 งานวิจัยข้างต้นใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) คะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง การมีคุณภาพการนอนที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของฮาซึนา, ซูการ์ตินี และเซตีโยวาทิ (Hasina, Sukartini, & Setiyowati, 2018) ที่พบว่าการให้สุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) และการฝึกการหายใจแบบลึก (Deep breathing exercise) ควบคู่กับการดูแลด้านจิตวิญญาณมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อาการปวด: กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ดังนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ การที่กลุ่มทดลองได้รับการสอนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น เป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องต่ออาการ (Perception of symptom) มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (Central control system) ซึ่งช่วยปิดประตูความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Jeans & Melzack, 1992) ทั้งนี้ การรับรู้อาการปวดเกิดจากการทำงานของระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ดังนั้นเมื่อก่อนการทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้องต่ออาการปวดจึงส่งผลให้ “ประตูความปวดปิด” เกิดการยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ (Transmission cells: T cell) การรับรู้

ความรุนแรงของอาการปวดลดลง ประกอบกับความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นจะทำให้กลุ่มทดลองสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและคำปรึกษา พร้อมทั้งสอบถามปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับกลุ่มทดลอง กระตุ้นการจัดการกับอาการเมื่อก่อนการทดลองกลับบ้านและมาพบแพทย์ตามนัด (ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการกับอาการ โดยทำให้ความรุนแรงของอาการปวดในกลุ่มทดลองลดลง

นอกจากนี้ การออกกำลังกายเป็นมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและเอ็น ซึ่งเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ (Large fiber) คือ ใยประสาทเอ เบต้า (A beta fiber) โดยนำสัญญาณประสาทได้เร็วกว่าใยประสาทขนาดเล็ก (Small fiber) คือ ใยประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) และใยประสาทซี (C fiber) เมื่อใยประสาทเอ เบต้า (A beta fiber) นำสัญญาณประสาทไปยัง Substantia Gelatinosa หรือ SG ทำให้ SG ยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ (Transmission cells: T cell) จึงไม่มีการส่งกระแสประสาทขึ้นไปยังสมองส่งผลให้ประตูความปวดถูกปิด (Jeans, & Melzack, 1992) อนึ่ง การออกกำลังกายตามหลักของ FITT เป็นการวางแผนการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ มีชนิดของการออกกำลังกาย ความถี่ ความหนักเบา และระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการออกกำลังกายที่มีความต่อเนื่องและมีระยะเวลาของการออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที/ครั้ง กระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งสารเคมีภายในร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ได้แก่ สอร์โมเนนโดร์ฟิน (Endorphin) และซีโรโทนิน (Serotonin) (The center for family medicine, 2024; Williams, 2022) ยับยั้งการปล่อยสารสื่อประสาท คือ substance P เมื่อ substance P ออกไปจับกับ neuroreceptors ใน SG ไม่ได้ จึงไม่เกิด nociceptive transmission ทำให้ไม่เกิดการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมอง (Chapman, & Bonica, 1983 as cited in Puntillo, 1991) ความรุนแรงของอาการปวดในกลุ่มทดลองจึงลดน้อยลง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพย์ และคณะ (Pei et al., 2019) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอโดยใช้ความหนักของการออกกำลังกาย

อยู่ระดับปานกลาง ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ สามารถลดอาการปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรนำโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด ที่มีสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการที่จะพัฒนาสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้พยาบาลนำโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ การประเมินและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถจัดการแก้ไขปัญหาคได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด ไปบูรณาการในการเรียนการสอนทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาการนอนไม่หลับและอาการปวด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวด โดยวัดผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในระยะ 6 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ และศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งเพิ่มกลวิธีในการจัดการอาการปวดชนิดที่มีความผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic pain)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดำเนินการวิจัย และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307.
- Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., . . . Vos, T. (2020). Global regional and national burden of chronic kidney disease 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709-733.
- Chopsiang, L. (2018). Exercise for delaying progression in chronic kidney disease. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(3), 25-35. [In Thai].
- Chusapalo, K., (2010). *The effective of sleep promoting program using aromatherapy and relaxation-breathing technique on sleep in hospitalized elderly patients with chronic illness*. Master Thesis (Nursing), Prince of Songkla University, Songkla. [In Thai].
- Davison, S. N., (2024). *Management of chronic pain in advanced chronic kidney disease*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/management-of-chronic-pain-in-advanced-chronic-kidney-disease>
- Davison, S. N., Rathwell, S., Ghosh, S., George, C., Pfister, T., & Dennett, L. (2021). The prevalence and severity of chronic pain in patients with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Canadian journal of kidney health and disease*, 8, 1-22.

- Deukhunto, C., Somanusor, S., & Kangcha, W. (2016). Effect of promoting relaxation program by using dharma music and aroma therapy for sleep quality of elderly in social welfare development center for older persons. *Journal of Boromara-jonani College of Nursing Bangkok*, 32(1), 15-30. [In Thai].
- Do, D. (2020). Trends in the use of medications with insomnia side effects and the implications for insomnia among US adults. *Journal of Sleep Research*, 29(4), 1-14.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hasina, S. N., Sukartini, T., & Setiyowati, E. (2018). Effect of sleep hygiene and deep breathing exercise with spiritual care on sleep quality and quality of life of hemodialysis patient in Ahmad Yanni Islamic hospital Surabaya. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 6(2), 140-151.
- IT Naresuan University Hospital Health Care and Service Center. (2018). *Report on the prevalence of chronic kidney disease patients from B.E. 2558 to 2561*. Phitsanulok: Naresuan University Hospital. [In Thai].
- Jeans, M.E., & Melzack, R. (1992). Conceptual basis of nursing practice: Theoretical foundations of pain. In J. H. Watt-Watson, & M.I. Donovan (Eds.), *Pain: Management* (pp.11-35). St. Louis: Mosby Year Book.
- Khamkaew, Y., (2018). *The effective of cognitive-behavior therapy program on insomnia among elderly patients with major depressive syndrome*. Master Thesis (Nursing), Thammasat University, Bangkok. [In Thai].
- Koch, B. C., Nagtegaal, J. E., Hagen, E. C., Wee, P. M., & Kerkhof, G. A. (2010). Different melatonin rhythms and sleep-wake rhythms in patients on peritoneal dialysis, daytime hemodialysis and nocturnal hemodialysis. *Sleep medicine*, 11(3), 242-246.
- Komada, Y., Okajima, I., & Kuwata, T. (2020). The effects of milk and dairy products on sleep: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 1-13.
- Kongsuk, T. (2013). *Sample size calculation*. Retrieved from <https://www.thaidepression.com/www/doc58/5.Sample%20size%202.pdf>
- Kruakeaw, T., Chotipanit, D., Ditsabanjong, P., Wong-anan, P., Buran, A., & Kongsumboon, K. (2017). Type of exercise and stress in medical students at Srinakharinwirot University. *SIWU Medical Science Journal*, 1(1), 44-52. [In Thai].
- Lee, S. J., & Jeon, J. (2015). Relationship between symptom clusters and quality of life in patients at stages 2 to 4 chronic kidney disease in Korea. *Applied Nursing Research*, 28(4), 13-19.
- Li, F. X. Z., Xu, F., Lin, X., Wu, F., Zhong, J. Y., Wang, Y., ... & Yuan, L. Q. (2020). The role of substance P in the regulation of bone and cartilage metabolic activity. *Frontiers in Endocrinology*, 11, 1-8.
- Nigam, G., Camacho, M., Chang, E. T., & Riaz, M. (2018). Exploring sleep disorders in patients with chronic kidney disease. *Nature and Science of Sleep*, 10, 35-43. Retrieved from <https://doi:10.2147/NSS.S125839>

- Pei, G., Tang, Y., Tan, L., Tan, J., Ge, L., & Qin, W. (2019). Aerobic exercise in adults with chronic kidney disease (CKD): A meta-analysis. *International urology and nephrology*, 51(10), 1787-1795.
- Phetsri, K. (2017). *Insomnia experience symptom management strategies and quality of sleep in end state renal disease patient undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis*. Master Thesis (Nursing), Prince of Songkla University, Songkla. [In Thai].
- Phupradit, A. (2022). Dual orexin receptor antagonists for treatment of insomnia: Review of suvorexant and lemborexant. *Thai journal of hospital pharmacy*, 32(3), 266-284. [In Thai].
- Puntillo, K. A. (1991). The physiology of pain and its consequences in critical ill patients. In K.A. Puntillo (Ed.), *Pain in the critically ill: Assessment and management* (pp. 9-29). Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication.
- Promsombut, A., Danaidutsadeeku, S., Thosingha, O., & Sirikun, J. (2020). Factors predicting pain in trauma patients before hospital discharge. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(2), 59-73. [In Thai].
- Rahnama, N., & Mazloun, V. (2012). Effects of strengthening and aerobic exercises on pain severity and function in patients with knee rheumatoid arthritis. *International journal of preventive medicine*, 3(7), 493.
- Saeedi, M., Shamsikhani, S., Farahani, P. V., & Haghverdi, F. (2014). Sleep hygiene training program for patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 8(1), 65-69.
- Sangsaikaew, A., Korcharoenyos, C., Donprapeng, B., & Sirisawat, M. (2019). The effects of promoting physical activity in daily life program on pain and disability in patients with non-specific low back pain. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 9(1), 93-104. [In Thai].
- Sato, Y. (2020). The effect of relaxation on sleep disturbance in elderly community residents: An intervention using breathing techniques and muscle relaxation combined with sleep education. *J Altern Complement Integr Med*, 6(1), 1-5.
- Sribenjamas, V., Tangkawanich, T., Tunsupasawasdeekhul, S., & Linchareon, A. (2016). The effect of symptom management program on fatigue and muscle strength in person living with HIV/AIDS. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10 (2), 61-70.
- Taiwong, A. (2016). *Relationship between unpleasant symptom clusters and quality of life among patients with chronic kidney disease*. Master Thesis (Nursing), Mahidol University, Bangkok. [In Thai].
- The Center for Family Medicine. (2024). *Mental health benefits of exercise: What are endorphins & serotonin*. Retrieved from <https://centerforfamilymedicine.com>.
- Tu, C. Y., Chou, Y. H., Lin, Y. H., & Huang, W. L. (2019). Sleep and emotional disturbance in patients with non-dialysis chronic kidney disease. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(6), 986-994.
- Wairit, S., Khamboon, T., & Khunrat, J. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation program on cancer related fatigue in hepatocellular carcinoma patients receiving transarterial chemoembolization. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 15(1), 100-114.
- Wasuntarawat, C., (2011). How do exercise improve bone strength. *Journal of medical technology and physical therapy*, 23(3), 235-247. [In Thai].

- Williams, V. B., (2022). *This is exactly what happens to your brain during and after exercise*. Retrieved from <https://www.vernonwilliamsmd.com/News-Updates/2022/June/This-Is-Exactly-What-Happens-to-Your-Brain-Durin.aspx>.
- World Health Organization. (2018). *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. Switzerland: World Health Organization.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

Factors Influencing Quality of Life in Elderly Stroke in Next Normal

ปภาวดี ชีราวัฒน์ (Papahwadee Chirawat)*

นิชกานต์ ทรงไทย (Nichakarn Songthai)**

แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ (Sangduan Apiratanawong)***

Received: March 14, 2024

Revised: April 9, 2024

Accepted: May 15, 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 120 ราย ที่ได้จากการสุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติและสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะตนเอง 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) คุณภาพชีวิต เฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงแต่นำมาทดสอบความเที่ยงซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.71, 0.94, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าถดถอยโลจิสติกทีละขั้นวิธี Forward stepwise

** Corresponding author: Nichakarn Songthai; E-mail: nichakarns@nu.ac.th; nsongthai@gmail.com

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.8 ปัจจัยที่ทำนายโอกาสของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมกันทำนายได้ร้อยละ 61.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.5 ผลการศึกษานี้ สามารถนำปัจจัยที่ค้นพบไปใช้เป็นข้อมูลในการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, ชุบปากติดปิดไป

Abstract

The purpose of this cross-sectional research was to study factors predicting the quality of life of elderly people with stroke in the next normal era. The 120 elderlies with stroke diagnosed within six months, obtained from systematic random sampling was the study sample. Data were collected from profile files and structured interviews. The research tools were a demographic data and illness history form. The questionnaires consisting of 1) depression 2) perception of self-efficacy 3) social support and 4) quality of life of stroke patients. All four questionnaires have been previously completely standard content validity and reliability. The researcher asked permission to use it without modifying but re-test the reliability. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was obtained as 0.71, 0.94, 0.92, and 0.95, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and analyze the binary logistic regression using the Forward stepwise method.

The research results found that the elderly with stroke had an overall quality of life at a good level (70.8%). Factors which predict good quality of life include the severity of the disease, type of stroke, and perception of self-efficacy. The three factors together able to predict 61.9% with statistical significance at the .05 level and had a correct prediction efficiency of 87.5%. The results of this study can utilize to provide information for effective continuously care in order to promote good quality of life for elderly people with stroke.

Keywords: Quality of life, Elderly, Stroke, Next normal

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560-2565 จาก 278.49, 308.2, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ตามลำดับ (Tiamkao, 2022) โรคหลอดเลือดสมองนั้นนอกจากจะทำให้เกิดอันตรายอย่างเฉียบพลันแล้วยังเป็นอันตรายถึงชีวิต ข้อมูลรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (คิดเป็นอัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 69 (Department of Disease Control, 2022) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญและมีความชุกค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่ง ไมเนอร์ (Meiner, 2015) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุนั้นเมื่ออายุมากขึ้นโปรตีนบางส่วนของโครงสร้างของหลอดเลือดและระบบไหลเวียนเลือดจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะไขว้ขวางกัน (Cross-linked) ส่งผลให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดแข็งตัวและไม่ยืดหยุ่น นอกจากนี้ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดมีการสะสมของสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ทำให้หลอดเลือดหนาและแข็งตัวขึ้น ทั้ง 2 กลไกทำให้หลอดเลือดสมองเปราะ แตกง่าย และมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางที่แคบลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อยในผู้สูงอายุและฟื้นตัวได้ช้ากว่าวัยอื่นๆ

ผลกระทบที่ตามมาจากการเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 12,619 บาทต่อเดือน นอกจากนี้จากสภาพความเจ็บป่วยดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Chuaedton, 2017; Doungchan, Sinprasert, Throngthieng,

Wanchai, Sutthilak, & Banlengchit, 2021; The National Institute for Emergency Medicine, 2022)

เฟอร์รานส์, เซอวิก, วิลเบอร์ และลาร์สัน (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกายซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา มุ่งเน้นที่ผลกระทบด้านลบของการเจ็บป่วยต่อมุมมองของแต่ละคนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 1) ปัจจัยเฉพาะบุคคล 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางอ้อมได้แก่ 4) ปัจจัยด้านชีววิทยา 5) ปัจจัยด้านอาการ และ 6) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับชนิดตีบหรืออุดตัน (Ali, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Chuejedton, 2017) และภาวะซึมเศร้า (Visser, Aben, Heijenbrok-Kal, Busschbach, & Ribbers, 2014) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Maneechumpoo, 2020) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (Phiwkhao, Preechawong, & Jitpanya, 2017) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-19 ในประเทศไทยและส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70.1-91.8 รับรู้ว่าตนเองได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ เช่น การดูแลตนเอง การเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์เจ็บป่วย เป็นต้น (Vajragupta & Jitsuchon, 2020) และเมื่อก้าวผ่านจากชีวิตวิถีใหม่สู่ยุคปกติถัดไป (Next normal) จึงเป็นการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่โดยจะต้องมีการปรับตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติที่ไม่เหมือนเดิม เช่น การดำเนินชีวิตแบบลดการสัมผัส รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เน้นความปลอดภัย ทำให้กลุ่มคนในสังคมเกิดการรักษาระยะห่าง ความสัมพันธ์

ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง ทั้งนี้อาจทำให้เกิดช่องว่างของกลุ่มคนในสังคมมากขึ้น (Wongwassana, 2021) ถึงแม้สถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลจะมีการปรับรูปแบบการให้บริการที่เอื้อเคร่งครัดจากยุคชีวิตวิถีใหม่ที่ต้องมีการเว้นระยะห่างตามมาตรการ D - M - H - T - T มาเป็นการใช้มาตรการ Universal prevention แต่เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับเชื้อ Covid-19 ยังคงต้องหยุดให้บริการผู้ป่วยจึงอาจทำให้การให้บริการของการดูแลรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองห่างออกไป เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหากได้รับเชื้อ Covid-19 จะไม่สามารถมาตรวจตามแพทย์นัดได้ หรือขาดการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นๆ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ดำรงชีวิตในยุคปกติถัดไป

โดยสรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (Ali, 2020) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Chuejedton, 2017) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Maneechumpoo, 2020) ภาวะซึมเศร้า (Visser et al., 2014) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (Phiwkhao, Preechawong, & Jitpanya, 2017) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทำการศึกษาในยุคก่อนการระบาดของเชื้อ Covid-19 และยังไม่พบการนำตัวแปรทั้งหมดมาร่วมกันศึกษาอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยและข้อจำกัดในการดำรงชีวิตตามปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมในยุคปกติถัดไปที่อาจส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในยุคปกติถัดไปให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

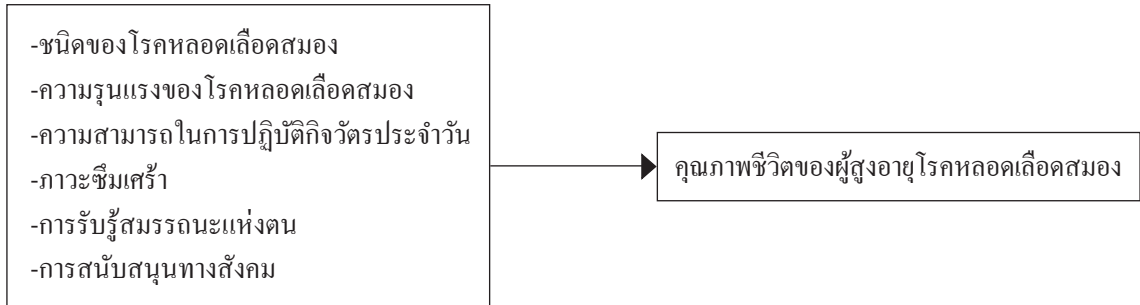
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

สมมติฐานของการวิจัย

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์รานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตร่วมกับพื้นฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological function) ที่ครอบคลุมการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นความบกพร่องหรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม หลังการระบาดของเชื้อ Covid-19 หรือในยุคปกติถัดไป 5) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ในการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวรแล้ว (เอกสารเลขที่ 368/2023 วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566) สถานที่วิจัยคือ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ที่ให้บริการผู้ป่วย ที่มารับการตรวจและติดตามอาการ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 120 ราย กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยคำนวณจากสูตรของ Thorndike (Srisatidharakul, 2010) คือ $n = 10k + 50$ (k คือจำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวน 120 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน รู้สึกตัวดี หรือมีคะแนน กลาสโกว์โคมาสกออร์ (Glasgow coma score: GCS) 15 คะแนนเต็ม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ไม่มี ปัญหาการได้ยิน การรับรู้เป็นปกติและยินดียอมรับร่วมโครงการ วิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 2) มีอาการกำเริบ ของโรค และหรืออาการไม่คงที่ 3) มีสภาวะอื่น ๆ ที่ไม่ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 4) มีภาวะเลือดออก ในสมองซ้ำ 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ สมองเสื่อม และ 6) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส โรคประจำตัวและประวัติการได้รับเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นแบบ เลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งได้จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (ชนิดตีบ/ อุดตันและชนิดแตก) ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คำถามมีลักษณะ เป็นแบบเลือกตอบ และผลการประเมินผู้ป่วยก่อนการ จำหน่ายตามแบบประเมินของสถาบันประสาทวิทยา (Neurological Institute of Thailand, 2016) ซึ่งเป็นเครือ ษณ์มาตรฐานที่ใช้เป็นสากล ลักษณะคำตอบของแบบ ประเมินเป็นมาตราประมาณค่า ได้แก่ ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้จากแบบประเมินความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง Modified Rankin Scale (mRS) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีความรุนแรงน้อย (mRS < 3 คะแนน) และ 2) มีความรุนแรงมาก (mRS ≥ 3 คะแนน) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index: BI) ที่มีการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้ทั้งหมด (BI > 95 คะแนน) 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันด้วยตนเองได้บางส่วน (BI ≤ 95 คะแนน)

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Patient health questionnaire-9: PHQ-9) ของเคิร์ต, สปีตเซอร์ และ วิลเลียมส์ (Kroenke, Spitzer, & William, 2001) ฉบับแปลภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล, สุริศา สัมฤทธิ์ และรัตนา สายพานิช (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) ซึ่งกนิฐา คุ้มดา, พัทธราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ และทัศนีย์วิวรรกุล (Tuida, Kerdmongkol, Amnatsatsue, & Rawiworrakul, 2017) ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.77-1 ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 ข้อคำถาม มีจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-27 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (≤ 4 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง (> 4 คะแนน)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสุภัทรา ผิวก้าวและคณะ (Phiwkhao et al., 2017) มาใช้ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 ข้อคำถามมีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 9-36 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย > 3.00 คะแนน) และ 2) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย ≤ 3.00 คะแนน)

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของฮานี เวะและ (Wokleah, 2016) มาใช้ ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1 ทดลองใช้และวิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 มีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย ≥ 3.50 คะแนน) และ 2) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย < 3.50 คะแนน)

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Thai-SS-QOL-12) ของโพสท์, บูส์แมน, ชันด์ฟอร์ท, ปาซิเออร์, ริงเคิล และวิสเซอร์-มีลี (Post, Boosman, Zandvoort, Passier, Rinkel, & Visser-Meily, 2011) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วชิรา โพธิ์ใส, เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ, วินัย ไตรนาทลวัลย์ และวานิช สุขสดาน (Thangkratok, Posai, Phiphatsombat, Trainattawan, & Suksatan (2019) มาใช้ ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1 ทดลองใช้และวิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ด้านร่างกายเท่ากับ 0.86 และด้านจิตสังคม เท่ากับ 0.90 ประกอบด้วยการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน จำนวนคะแนนรวม (ร้อยละ) = (คะแนนเฉลี่ย item score - 1)/4 x 100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ 1) ระดับคุณภาพชีวิตดี คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 และ 2) ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม น้อยกว่า ร้อยละ 75

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและผ่านทดลองใช้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหน้าแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือโดยไม่ได้อัดแปลงใด ๆ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงซ้ำคำนวณจากผลการใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 , 0.94 , 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นเวลา 3 ปี จากนั้นจะถูกทำลายทิ้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยจากแฟ้มข้อมูลของผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสัมภาษณ์เพิ่มเติมตามแบบบันทึก แล้วจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม 4 ฉบับได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2567-มีนาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุน

ทางสังคม และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ด้วยวิธีไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) มีอายุเฉลี่ย 69.8 ปี (S.D. = 8.067) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 37.5) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 12,000 บาท (ร้อยละ 60) มีสถานภาพสมรส คือ สมรส (ร้อยละ 59.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ (77.5) และไม่เคยติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 96.7) ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน (ร้อยละ 73.3) โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เดือน

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดี ร้อยละ 70.8 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดีมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมอยู่ในดีกว่าด้านร่างกาย ร้อยละ 71.7 และ 69.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n= 120)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			
	คุณภาพชีวิตดี (≥ ร้อยละ 75)		คุณภาพชีวิตไม่ดี (≥ ร้อยละ 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85	70.8	35	29.2
ด้านร่างกาย (Physical)	83	69.2	37	30.8
ด้านจิตสังคม (Psychosocial)	86	71.7	34	28.3

3. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติดีไป

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติดีไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติดีไป (n = 120)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-Square	p-value
	คุณภาพชีวิตดี	คุณภาพชีวิตไม่ดี		
	85 (70.8)	35 (29.2)		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง			33.094	<.001***
- Ischemic stroke	75 (88.2)	13 (37.1)		
- Hemorrhagic stroke	10 (11.8)	22 (62.9)		
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง			54.454	<.001***
- mRS (< 3 คะแนน)	69 (81.2)	3 (8.6)		
- mRS ($\geq$ 3 คะแนน)	16 (18.8)	32 (91.4)		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			41.377	<.001***
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด	62 (58.2)	3 (4.6)		
- ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บางส่วน	23 (41.8)	32 (95.4)		
ภาวะซึมเศร้า			6.426	.011*
- ไม่มี ($\leq$ 4 คะแนน)	83 (97.6)	30 (85.7)		
- มี ($>$ 4 คะแนน)	2 (2.4)	5 (14.3)		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน			35.358	<.001***
- มาก (ค่าเฉลี่ย $>$ 3.00 คะแนน)	70 (82.4)	9 (25.7)		
- น้อย (ค่าเฉลี่ย $\leq$ 3.00 คะแนน)	15 (17.6)	26 (74.3)		
การสนับสนุนทางสังคม			001	.972
- มาก (ค่าเฉลี่ย $\geq$ 3.50)	80 (94.1)	2 (5.7)		
- น้อย (ค่าเฉลี่ย $<$ 3.50)	5 (5.9)	33 (94.3)		

*p < .05, ***p < .001

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ด้วยวิธีไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio) โดยตัวแปรตาม (Y) คือ ระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้มี 2 ค่า คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ($y=1$) และการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ($y=0$) และก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อขัดข้องเบื้องต้นของข้อมูลพบว่าตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันเองเกิน 0.80 หรือ Multicollinearity ($rs=0.88$) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Stevens (1996 cited in Kaiyawan, 2012) จึงคงไว้เพียงตัวแปรความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = 0.67$ และ 0.58 ตามลำดับ) ดังนั้นคงเหลือตัวแปรทำนายที่ศึกษา 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ภาวะซึมเศร้า และ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ได้นำไปวิเคราะห์สมการถดถอยแบบไปข้างหน้า (Forward stepwise: Likelihood ratio)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป พบว่าตัวแปรทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ร้อยละ 61.90 (Nagelkerke $R^2 = 61.9\%$) และมีความสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 87.5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบไปข้างหน้า (Forward LR) ของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 120$)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	1.311	.625	4.400	1	.036*	3.711	1.090	12.634
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	2.694	.750	12.893	1	.000***	14.783	3.398	64.312
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.305	.621	4.423	1	.035*	3.688	1.093	12.446
Constant	-1.798	.543	10.975	1	.001	.166		
Nagelkerke $R^2 = 61.9\%$						Percentage Correct = 87.5		

* $p < .05$, *** $p < .001$

จากตาราง 3 แสดงตัวแปรอิสระที่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไปข้างหน้าพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด ($B = 2.694$, $p < .001$) รองลงมาคือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ($B = 1.311$ $p = .036$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($B = 1.305$, $p = .035$) และสามารถสร้างสมการทำนายโอกาส

เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 61.9 (Nagelkerke $R^2 = 61.9\%$) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.5 โดยสามารถสร้างสมการโลจิสติกได้ดังนี้

Log (โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง) = $-1.798 + 1.311$ (ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง) + 2.694 (ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง) + 1.305 (การรับรู้สมรรถนะของตนเอง)

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ส่วนภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.8) โดยในคนที่มีความรู้ด้านจิตสังคมจำนวนมากว่าด้านร่างกาย (ร้อยละ 71.7 และ 69.2 ตามลำดับ) สามารถอธิบายตามแนวคิดของ เฟอรรานส์และคณะ (Ferrans et al., 2005) ที่ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น รวมถึงการยอมรับในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและได้รับอิทธิพลโดยตรงจากปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและพัฒนาการมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น (อายุเฉลี่ย 69.8 ปี) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3-6 เดือน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นตัวด้านร่างกายได้ดีตามพยาวิสภาพของโรกระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) ของโรคหลอดเลือดสมองโดยจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย กับการพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท

(Tippayanate & Chanabutr, 2016) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) และสามารถประกอบอาชีพเดิมก่อนการเจ็บป่วยได้ (ร้อยละ 57.5) แสดงให้เห็นว่า ยังคงความสามารถในการรับผิดชอบในงานของตนเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ วิสเซอร์และคณะ (Visser et al., 2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.689, p < .01$) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 97.7) จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.2) ซึ่งคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลที่สำคัญและจะคอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้คำปรึกษา พุดคุย ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรอบอุ่นใจเหมือนมีเพื่อนที่รู้ใจอยู่ใกล้ ๆ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล (Saengthongsuk, 2019) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าด้านร่างกายเล็กน้อย และส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของธานี เวะและที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.7 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับมาก ร้อยละ 46.2 (Wokleah, 2016)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยุคปกติถัดไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด ($B = 2.694$) รองลงมาคือ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ($B = 1.311$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($B = 1.305$) ได้ร้อยละ 61.9 (Nagelkerke $R^2 = 61.9\%$) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 87.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสร้างสมการโลจิสติกได้ดังนี้

$\text{Log (โอกาสที่จะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี/โอกาสที่จะเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง)} = -1.798 + 1.311(\text{ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง}) + 2.694(\text{ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง}) + 1.305(\text{การรับรู้สมรรถนะของตนเอง})$

ผู้วิจัยอภิปรายความตามสมการทำนาย ได้ดังนี้

2.1 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น 14.8 เท่า ($\text{OR} = 14.783, 95\% \text{ CI} = 3.398-64.312, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ ($\text{mRS} < 3$) มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 14.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง ($\text{mRS} \geq 3$) กล่าวคือโรคหลอดเลือดสมอง คือภาวะที่เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายเนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางระบบประสาท (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 2017) โดยความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของพยาธิสภาพ และจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง จะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากสูญเสียการทำงานที่ด้านร่างกาย หรือเกิดความพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อการสูญเสียการทำงานที่ด้านร่างกาย รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีความสุขในชีวิต ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือคุณภาพชีวิตลดลงต่ำลง (Wokleah, 2016) การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติใดๆ รongลงมากคือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ รังษิยา เชื้อเจ็ดตน (Chuejedton, 2017) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) มีค่าความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ($r_s = -0.316,$

$p < .05$) นอกจากนี้ โหย่วและคณะ (Yeoh et al., 2018) ทำการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังโรคหลอดเลือดสมองพบว่า mRS ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอำนาจในการทำนายโดยตรงกับคุณภาพชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะ 3 เดือน และ 12 เดือน ($\beta = -0.179$ และ $\beta = -0.136$ ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยที่ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากที่สุด ($\beta = 2.69$)

2.2. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.71 เท่า ($\text{OR} = 3.711, 95\% \text{ CI} = 1.090 - 12.634, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 3.71 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก ซึ่ง The National Institute for Emergency Medicine (2022) อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอาการและความรุนแรงของโรคในขอบเขตตามตำแหน่งที่มีการอุดตันเท่านั้น แต่โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกจะมีเลือดออกในเนื้อสมอง และได้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง มีเนื้อสมองที่บวมขึ้นและกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่น ๆ ทำให้สมองส่วนนั้นสูญเสียการทำงานไป นอกจากนี้ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันสามารถทำได้รวดเร็วโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อสมองก่อนที่จะเนื้อสมองจะตาย และทำให้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ด้วยเหตุนี้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันจึงดีกว่าชนิดแตก (Kongpiam, 2015) สอดคล้องกับอไล (Ali, 2020) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเมื่อเทียบกับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันมีอิทธิพลในการทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ($\beta = 1.31$)

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก สามารถทำนายหรือมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากขึ้น 3.70 เท่า ($OR = 3.688$, $95\% CI = 1.093 - 12.446$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ 3.70 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือตัดสินความสามารถส่วนบุคคลในการทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต ทำให้พฤติกรรมและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Bandura, 1986) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้และมีความมั่นใจความสามารถของตนเอง รู้ถึงศักยภาพตนเองและมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในระดับดี จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพและกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมากจึงรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 82.4 สอดคล้องกับ ปีเตอร์, พอตเตอร์, เคลลี และฟิตซ์แพทริก (Peters, Potter, Kelly, & Fitzpatrick, 2019) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54$, $p < .001$) ด้วยเหตุนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงสามารถทำนายโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้น้อยที่สุด ($\beta = 1.30$) เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรทำนายอื่น

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายได้ มีดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้านรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจากการรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้งเมื่อครอบครัวต้องออกไปทำงานเพื่อหา

รายได้ให้กับครอบครัว และรู้สึกอายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงไม่อยากเข้าสังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตลดลง (Seesawang & Thongtang, 2016) อาห์เมด, บาฮูรูฟี, กุมาร์ และตะมันนะ (Ahmed, Bahurupi, Kumar, & Tamanna, 2020) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้า ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง อาจส่งผลให้มีความมั่นใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตัวเองสูงขึ้น ซึ่งอาจช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดได้ (Thanh Tuyen et al., 2018) การศึกษาก่อนหน้านี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับมาก และส่วนใหญ่ไม่มีความพิการใดๆ จึงทำให้ภาพลักษณ์ไม่แตกต่างไปจากเดิม อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จึงทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตดีและกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 97.60 และ 85.7 ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้ภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอำนาจในการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการ

2. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์และส่งผลโดยตรงกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรืออิทธิพลทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ (Ferrans et al., 2005) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนจากสังคม สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีสภาวะอารมณ์เชิงลบดีขึ้น รู้สึกมีที่พึ่ง ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Phiwkhao et al., 2017) การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวที่ดีของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Thanthitaweeewat & Jitpanya, 2019) แต่ในยุคปกติถัดไป

รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีและไม่ดีเปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นความปลอดภัย ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในสังคมลดน้อยลง การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสุขของคนในสังคมลดลง (Wongwassana, 2021) สถานบริการสุขภาพมีมาตรการการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal prevention) เมื่อบุคลากรหรือผู้รับบริการที่ได้รับเชื้อ Covid-19 อาจเลื่อนหรือเปลี่ยนแปลงการให้บริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่สถานพยาบาลต่าง ๆ ได้พยายามนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Medicine NU Official ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัณเรศวร (Faculty of Medicine, Naresuan University, 2023) โดยมีเนื้อหาเป็นชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน และไม่มีอำนาจในการทำนวยร่วมกับตัวแปรอื่นที่อยู่ในสมการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรนำปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ค้นพบ ได้แก่ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัณเรศวร พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ประสานงาน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัณเรศวร ที่เป็นสื่อการในการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Ahmed, T., Bahurupi, Y., Kumar, R. & Tamanna. (2020). Factors affecting quality of life among post-stroke patients in the Sub-Himalayan Region. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(4), 1-7.
- Ali, D. K. (2020). Quality of life of patients with ischemic stroke versus hemorrhagic stroke: Comparative study. *Medico-legal Update*, 20(2), 576-582.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.
- Chuejedton, R. (2017). *Factors related to quality of life among stroke survivors*. Master Thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Department of Disease Control. (2022). *The Department of Disease Control promotes World Stroke Day or Global Stroke Day 2022*. Retrieved 29 April 2023 from <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623>. [In Thai].
- Doungchan, N., Sinprasert, P., Throngthieng, W., Wanchai, A., Sutthilak, C., & Banlengchit, S. (2021). Stroke in older people and guidelines for strengthening caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 20-28. [In Thai].

- Faculty of Medicine Naresuan University. (2023). *World Stroke Day 2023 project under the theme "Emergency stroke evaluation and management in hospital"*. Retrieved 19 April 2024 from https://med.nu.ac.th/home/index.php?language=&mod=more_detail&nID=19434
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2017). *Cerebrovascular disease*. Retrieved 29 May 2023 from https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/hph/admin/news_files/545_49_1.pdf. [In Thai].
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Kaiyawan, Y. (2012). Principle and using logistic regression analysis for research. *Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal*, 4(1), 1-12. [In Thai].
- Kongpiam, D. (2015). Nursing care of the ischemic stroke patients with thrombolysis. *Maharakham hospital journal*, 12(2), 49-58. [In Thai].
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. [In Thai].
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(46), 1-7. [In Thai].
- Maneechumpoo, S. (2020). *Factors influencing self-care ability and quality of life in stroke patients at Chiang Mai Neurological Hospital*. Retrieved 29 April 2020 from <https://www.cmneuro.go.th/TH/research.php?year=2563>. [In Thai].
- Meiner, S. E. (2015). *Gerontologic nursing* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. (3rd ed.). Bangkok: Tana Press & Graphic. 2016. [In Thai].
- Peters, A., Potter, C.M., Kelly, L. & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: A cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1-11.
- Phiwkhao, S., Preechawong, S., & Jitpanya, C., (2017). Relationships among coping, social support, perceived self-efficacy and health related-quality of life in first-time stroke patients. *HCU Journal*, 21(41), 123-136. [In Thai].
- Post, M. W., Boosman, H., van Zandvoort, M. M., Passier, P. E., Rinkel, G. J., & Visser-Meily, J. M. (2011). Development and validation of a short version of the stroke specific quality of life scale. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 82(3), 283-286.
- Saengthongsuk, O. (2019). *The study of the quality of life of the elderly in Thailand: A case study of Bangkok Prathum Thani and Nonthaburi*. Sripatum University, Bangkok. [In Thai].
- Seesawang J. & Thongtang P. (2016). Post-stroke depression among older adult stroke survivors. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(2), 73- 85. [In Thai].
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok : U & I INTER MEDIA CO.,LTD. [In Thai].
- Thangkratok, P., Posai, V., Phiphatsombat, P., Trainattawan, W., & Suksatan, W. (2019). Validity and reliability of the Thai version of the stroke specific quality of life scale. *Journal of Medicine and health Sciences*, 26(2), 33-43. [In Thai].

- Thanh Tuyen, L. T., Jullamate, P., & Rosenberg, E. (2018). Factors Related to Post-Stroke Depression among Older Adults in Da Nang, Viet Nam. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(3), 148-157.
- Thanthitaweewat, P., & Jitpanya, C. (2019). Factors Predicting Adaptation of Stroke Survivors. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(2), 151-163.
- The National Institute for Emergency Medicine. (2022). *The report on the study of emergency medical services and the development of quality of care for stroke patients*. Retrieved 29 April 2023 from <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623>. [In Thai].
- Tiamkao, S. (2022). The incidence of stroke in Thailand. *Thai journal of Neurology*, 39(2), 39-46. [In Thai].
- Tippayanate, N. & Chanabutr, W. (2016). *Knowledge of stroke risk factors and warning signs*. Retrieved 29 April 2020 from https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255911291539072135_dE-7hVSOZkKEUPi6z.pdf. [In Thai].
- Tuida, K., Kerdmongkol, P., Amnatsatue, K., & Rawi-worrakul, T. (2017). Factors predicting activities of daily living among stroke patients in Bangkok metropolitan. *Journal of Public Health Nursing*, 31(Special), 27- 42. [In Thai].
- Vajragupta, Y. & Jitsuchon, S. (2020) *The impact of COVID-19 on the elderly*. Retrieved 29 May 2023 from <https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons/>. [In Thai].
- Visser, M. M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M. H., Busschbach, J. V., & Ribbers, G. M. (2014). The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46(6), 514-519.
- Wokleah, H. (2016). *Factors influencing to health-related quality of life among stroke survivors of Yala Hospital*. Master Thesis, Yala Rajabhat University, Yala. [In Thai].
- Wongwassana, S. (2021). Negative influential factors from COVID-19 pandemic on passenger service's happiness in work. *Rajapark Journal*, 22(1), 85-105. [In Thai].
- Yeoh, Y. S., Koh, G. C., Tan, C. S., Lee, K. E., Tu, T. M., Singh, R., ... Luo, N. (2018). Can acute clinical outcomes predict health-related quality of life after stroke: A one-year prospective study of stroke survivors. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 221.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ Relationship Between Anxiety of COVID-19 and Sleep Quality of Older Persons

รุ่งฟ้า จันทร์คุณาสุขะ (Rungfah Chankunasuka)*

โรจณี จินตนาวัฒน์ (Rojanee Chintanawat)**

พนิดา จันทโสภิพันธ์ (Phanida Juntasopeepan)**

Received: July 9, 2024

Revised: August 13, 2024

Accepted: October 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และ คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เคียดเชื่อโควิด-19 ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 84 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและการบอกต่อแบบสโนว์บอลล์ (snowball sampling) ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตต์เบิร์ก มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ($\bar{X} = 0.57$, S.D. = 1.30) และร้อยละ 71.23 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ($r = 0.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19, คุณภาพการนอนหลับ, ผู้สูงอายุ

**Corresponding author: Rojanee Chintanawat : rojanee.c@cmu.ac.th

*นักศึกษาลัทธิศาสตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Chiang Mai University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

Abstract

This correlational descriptive research aimed to investigate 1) COVID-19 anxiety and sleep quality of older persons and 2) the relationship between COVID-19 anxiety and sleep quality among older adults. Participants were older persons who had been infected with COVID-19, living in Kamphangphet province, Thailand. The 84 participants were selected using the multi-stage random and snowball sampling methods from August to September 2023. The research instruments used in this study were a demographic data recording form, the Coronavirus Anxiety Scale-5, and the Pittsburgh Sleep Quality Index, which had reliability values 0.83 and 0.85, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation. Results demonstrated that all participants had no anxiety toward COVID-19 ($\bar{X} = 0.57$, $SD = 1.30$), and 77.23% had poor sleep quality. Anxiety related to COVID-19 was moderately and positively correlated with sleep quality ($r = 0.48$), achieving statistical significance with a p-value of less than .01.

Keywords: Anxiety of COVID-19, Sleep quality, Older persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา (coronaviruses) ที่มีการแพร่กระจายเชื้อง่ายเป็นวงกว้างและมีอัตราการตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วม (World Health Organization & China, 2020) องค์การอนามัยโลกได้รายงานถึงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกมากกว่า 774 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสะสมมากถึง 7 ล้านคน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและผู้ที่ยับยตายด้วยโรคโควิด-19 สูงที่สุดในโลก (World Health Organization: WHO, 2024) ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 75 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (ElHein, 2023) ในขณะที่สถานการณ์ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 4.7 ล้านคน มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมมากกว่า 34,000 คน แม้ว่าสถานการณ์ในปัจจุบันจะพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 มีจำนวนลดลงแต่มีการรายงานร้อยละผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จำแนกตามกลุ่มอายุอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 70 (14 ราย) จากเดือนกุมภาพันธ์ 2567 เป็นร้อยละ 100 (14 ราย) ในเดือนมีนาคม 2567 (Department of Disease Control, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เคย

ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะลองโควิด (long COVID) (Luo et al., 2023) โดยความเสี่ยงของการเกิดอาการเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (National Institute on Aging, 2023) สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากระบบการชราทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบภูมิคุ้มกันและระบบทางเดินหายใจที่ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาร่วมกับผู้สูงอายุต้องอยู่ในมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลง จึงมีการเผาผลาญพลังงานลดลงส่งผลให้สารอะดีโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการง่วงนอนมีระดับลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ยากขึ้นและมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา (Sepúlveda-Loyola et al., 2020) และพบว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 76.1 มีอาการนอนไม่หลับ และ 1 ใน 3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงขึ้น (Hoang et al., 2024) ซึ่งในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีภาวะ

ลองโควิดมีผลต่อระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ร้อยละ 44.3 และรองลงมา คือ อาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล และ ซึมเศร้า ร้อยละ 32.1 (Department of Medical Services, 2021) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อโควิด-19 จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการนอนหลับของตนเองว่าดีหรือไม่ดีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณจะเกี่ยวข้องกับเวลาแฝงของการนอนหลับ (sleep latency) คือ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับจริงจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที การตื่นนอน (sleep waking) คือ ความถี่ของการตื่นกลางดึกทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ไม่ต่อเนื่อง ความตื่นตัว (wakefulness) คือ ระยะเวลาที่ตื่นในตอนกลางคืนหลังจากที่ผู้สูงอายุเข้านอนครั้งแรกจะใช้ระยะเวลาไม่เกิน 20 นาที เพื่อนอนหลับต่อ และประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) คือ ร้อยละของอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้จริงต่อจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียงควรมีประสิทธิภาพการนอนหลับร้อยละ 85 ขึ้นไป ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้สูงอายุตลอดทั้งคืน (National Sleep Foundation, 2024) จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (Cybulski et al., 2019) สาเหตุหนึ่งเกิดจากวงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการเฉียบพลัน มีระดับอะดีโนซีน ไตรฟอสเฟต หรือเอทีพี (adenosine triphosphate : ATP) ในร่างกายต่ำกว่าปกติซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของไมโทคอนเดรีย (mitochondria) ที่เกิดจากโรค (Rutherford, 2024) ส่งผลให้ระดับสารอะดีโนซีนที่ได้จากการเผาผลาญพลังงานจากเอทีพี (ATP) ลดลง ซึ่งโดยปกติสารอะดีโนซีนทำหน้าที่ที่กระบวนประสาทส่วนกลางและยับยั้งกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตื่นตัว หากสะสมอยู่ในระดับที่สูงมากพอจะทำให้ร่างกายเกิดความง่วงนอน (Brandon, 2024) และยังช่วยยืดยาวระยะเวลาการนอนหลับลึกในระยะที่ 3 และ 4 ของวงจรการนอนหลับ (Bryan & Adavardkar, 2023) ดังนั้นผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับการมีเอทีพีในร่างกายลดลงจะทำให้หลับได้ยากขึ้น มีระยะเวลาหลับลึกและ

ระยะเวลารวมของการนอนหลับลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 (Mekhael et al., 2022)

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ เมื่อผู้สูงอายุนอนไม่หลับร่างกายจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลมากขึ้นทำให้เกิดความหิวและเจริญอาหารส่งผลให้เกิดโรคอ้วน และโรคเบาหวานตามมา (Stone & Xiao, 2018) อาการอ่อนเพลียจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มและเกิดอุบัติเหตุได้ (Takada et al., 2018) นอกจากนี้ยังทำให้การทำงานที่ของระบบภูมิคุ้มกันลดลง การควบคุมอารมณ์ และการตัดสินใจที่ไม่ดี (Summer & Singh, 2024) จะเห็นได้ว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และการติดเชื้อโควิด-19 มีผลทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีทั้งปัจจัยที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ส่วนปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ (Polenick, Daniel, & Perbix, 2021) เพศ และระดับรายได้ (Bajaj, Blair, Schwartz, Dobbertin, & Blair, 2020) การแยกตัวทางสังคม (Cho, Olmstead, Choi, Carrillo, Seeman, & Irwin, 2019) และการติดเชื้อโควิด-19 (Jahrami, BaHammam, Bragazzi, Saif, Faris, & Vitiello, 2021) สำหรับปัจจัยที่แก้ไขได้ คือ ความโดดเดี่ยว (Grossman et al., 2021) อาการซึมเศร้า (Peng et al., 2020) และความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 (Cigiloglu, Ozturk, & Efendioglu, 2021) ด้วยเชื้อโคโรนามีโอกาสกลายพันธุ์สูงจึงทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังพบได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด อีกทั้งการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถระบุเวลาที่ชัดเจนได้ ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากยิ่งขึ้น ดังนั้นความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 จึงเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 จึงเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัย ความไม่แน่นอน และสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากโรคโควิด-19 ทั้งที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งอาจมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือเสียชีวิต รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม การต้องสูญเสียรายได้ ต้องถูกแยกจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น การตอบสนองทางอารมณ์เมื่อเกิดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 (Canadian Mental Health Association, 2021) ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก เกิดการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ อาจทำให้มีอาการใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น กระตุ้นฮอร์โมนคอร์ติซอลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นส่งผลให้ร่างกายเกิดความตื่นตัว นอกจากนี้ยังขัดขวางการหลั่งสารเซโรโทนิน ซึ่งเป็นสารตั้งต้นของการสร้างเมลาโทนินซึ่งเป็นฮอร์โมนส่งเสริมการนอนหลับ ส่งผลให้ระดับเมลาโทนินในร่างกายลดลง (Department of Mental Health, 2020) จึงทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับยากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมาเป็นไปทันองเดียวกับการศึกษาปฏิกิริยาของผู้สูงอายุในประเทศตุรกีต่อโรคโควิด-19 พบว่าความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ($r = -.55, < .01$) (Cigiloglu et al., 2021) และในประเทศไทยมีการศึกษาความวิตกกังวลทั่วไปและอาการนอนไม่หลับในช่วงระหว่างและหลังการใช้มาตรการปิดเมืองจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค พบว่าช่วงปิดเมืองผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับเพิ่มสูงขึ้นกว่าช่วงเปิดเมือง (Satchanawakul, Amornpradapkul, Liangruenrom, Charureungpaisal, & Naiyana, 2021)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ แต่ด้วยบริบทที่แตกต่างกันกับประเทศไทยจึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงในผู้สูงอายุไทยได้ ในส่วนของประเทศไทยมีการศึกษาความวิตกกังวลทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาด

ของโรคโควิด-19 แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและลดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

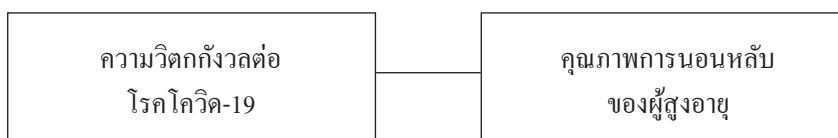
1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

เชื้อไวรัสโคโรนามีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่องทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่แน่นอน พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุสูงที่สุด (Department of Disease Control, 2024) และพบว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะหลงโควิด (Luo et al., 2023) โดยความเสี่ยงของการเกิดอาการเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (National Institute on Aging, 2023) จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัยต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจากโรคโควิด-19 จนตอบสนองทางอารมณ์เกิดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่อาจมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งในการศึกษครั้งนี้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการนอนหลับของตนเองว่าดีหรือไม่ดีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณเกี่ยวข้องกับระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับจริง (sleep latency) ความถี่ที่ตื่นนอนกลางดึก (sleep waking) ระยะเวลาตื่นในตอนกลางคืนหลังจากที่ผู้สูงอายุเข้านอนครั้งแรก (wakefulness) และ ร้อยละของอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้จริงต่อจำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่นอนอยู่บนเตียง (sleep efficiency) ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพเป็นความคิดเห็นต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุตลอดทั้งคืน สิ่งที่มีรบกวนการ

นอนหลับ การใช้ยานอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ในตอนกลางวันของผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ต่อโรคโควิด-19 ร่างกายจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบ ประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการหลั่งสารนอร์เอพิเนฟริน และอีพิเนฟรินสูงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น ทำให้หัวใจ เต้นเร็ว อาจมีอาการใจสั่นหลอดเลือดมีการหดตัวทำให้ ความดันโลหิตสูง รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงไป หายใจสั้น ตื้น และเร็วขึ้น กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของระบบการเผาผลาญทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นทำให้ร่างกายมีพลังงานมากขึ้น

ส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัวตลอดเวลา และเมื่อเกิดขึ้น ใกล้เคียงเวลานอนอาจทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ยากขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาเพื่อเข้าสู่การนอนหลับที่นานขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ยังขัดขวางการหลั่งสารเซโรโทนินซึ่งเป็นสารตั้งต้น ของเมลาโทนิิน ทำให้ระดับเมลาโทนิินในร่างกายลดลง ทำให้ไม่่วงนอน ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อ โรคโควิด-19 จะนอนหลับได้ยากยิ่งขึ้น อาจทำให้มีคุณภาพ การนอนหลับที่ไม่ดีตามมา ดังนั้นความวิตกกังวลต่อโรค โควิด-19 อาจมีความเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ การนอนหลับที่ไม่ดี



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 078/2566) รับรองวันที่ 26 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 สถานที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกแหล่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเลือกจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุติดเชื้อ โควิด-19 สูงที่สุดในเขตภาคเหนือตอนล่างมา 5 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิษณุโลก กำแพงเพชร และ อุทัยธานี จากนั้น จับลากมา 1 จังหวัด ได้จังหวัดกำแพงเพชร 2) ผู้วิจัยสุ่มอำเภอด้วยวิธีการจับสลากมา 4 อำเภอ จาก 11 อำเภอ จากการแบ่งทิศตามภูมิศาสตร์ 4 ทิศของจังหวัด กำแพงเพชร ทำการสุ่มเลือกมาทีละ 1 อำเภอ ได้แก่ ทิศเหนือมี 2 อำเภอ ได้อำเภอเมืองกำแพงเพชร ทิศใต้มี 3 อำเภอได้อำเภอขาณุวรลักษบุรี ทิศตะวันออกมี 3 อำเภอ ได้อำเภอพรานกระต่าย และทิศตะวันตกมี 3 อำเภอ ได้อำเภอคลองลาน 3) ผู้วิจัยสุ่มตำบลด้วยวิธีการจับสลาก จาก 4 อำเภอ มาตำบลละ 1 แห่ง ได้แก่ อำเภอเมือง

กำแพงเพชรมี 16 ตำบล ได้ตำบลอ่างทอง อำเภอขาณุวรลักษบุรี มี 11 ตำบล ได้ตำบลยางสูง อำเภอพรานกระต่ายมี 10 ตำบล ได้ตำบลท่าไม้ และอำเภอคลองลานมี 4 ตำบล ได้ตำบล สักงาม 4) ผู้วิจัยสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยวิธีการจับสลากจาก 4 ตำบลมาตำบลละ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากอ่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าไม้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองน้ำขุ่น

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการ ศึกษาครั้งนี้คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่เคยมี ประวัติติดเชื้อโควิด-19 ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัย อยู่ในชุมชน และกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่เคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ขนาดของ กลุ่มตัวอย่างคำนวณใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนด ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของซิจิโลก

ดู และคณะ (Cigiloglu et al., 2021) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ได้ค่า $r = -0.55$ นำไปคำนวณ effect size วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม G-power ได้ค่า lower critical r เท่ากับ 0.36 จึงเลือกค่า r ที่ต่ำที่สุดคือ 0.30 (Cohen, 1988) แล้วนำไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 84 คน ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ที่อาศัยอยู่ในแต่ละพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลนครบจำนวน 84 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) เคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 2) มีการรับรู้ที่ปกติ โดยประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญาการรับรู้ฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟเฟอร์ ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province public health Office, 2021) ได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) สวมครีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสติปัญญาการรับรู้ ฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟเฟอร์ ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province public health Office, 2021) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวม 10 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มที่อาจมีผลต่อการนอนหลับ การเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ประวัติการเข้ารับการรักษาโรคที่ติดโควิด-19

อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 การติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวและประวัติการรับวัคซีนของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ โดยอายุมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลที่เหลือมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19

(Coronavirus Anxiety Scale-5 [CAS-5]) พัฒนาตามแนวคิดของ ลี (Lee, 2020) เคยนำมาใช้กับผู้สูงอายุในประเทศอิตาลี (Orrù et al., 2021) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะผู้วิจัย และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ มีขั้นตอนดังนี้ 1) คณะผู้วิจัย 2 ท่าน แปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (forward translation) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (review of the translated version by reviewer) จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล 3) การแปลย้อนกลับ (backward translation) จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้แปลย้อนกลับเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย (bilingual person) จำนวน 2 ท่าน ซึ่งไม่ใช่เป็นบุคคลที่แปลในขั้นตอนที่ผ่านมาและไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อนเพื่อลดอคติในการแปลย้อนกลับ 4) เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ (comparison of the original version and back translated version) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาแบบวัดนี้เป็นแบบวัดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยครอบคลุมการวัดอาการทางสรีรวิทยาจากความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม แบบสอบถามนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรการประเมินค่า 5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 0-8 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และ 9-20 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19

2.3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ

พิตต์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]) พัฒนาตามแนวคิดของบัสเซ่และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย ดุลยา สิตสุวรรณ, สนทรรศ บุษราทิ, พิมพ์ รัตนอัมพวัลย์ และวัฒนชัย โชตินัยวัตรกุล (Sitasuwan, Bussaratid, Ruttanaumpawan, & Chotinaiwattarakul, 2014)

เคยนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย (Na Wichian, Chintanawat, Klaphajone, & Nanasilp, 2018) และใช้แพร่หลายในงานวิจัยผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับโดยรวมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ รวม 10 ข้อ แบบประเมินนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรการประเมินค่า 4 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และ 6-21 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

3.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ฉบับแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดยคณะผู้วิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน (Polit & Beck, 2006) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคเท่ากับ 0.83

ส่วนแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตต์เบิร์ก ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (Sitasuwan et al., 2014) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงข้อคำถามใดๆ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ 0.89 และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคเท่ากับ 0.85

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้แหล่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการประกาศและติดโปสเตอร์เพื่อประชาสัมพันธ์เปิดรับอาสาสมัครผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากอ่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำขุ่น จังหวัดกำแพงเพชร และใช้วิธีการบอกต่อแบบสโนว์บอลล์ มีอาสาสมัครครบเกณฑ์ 84 คน ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการ ปฏิบัติงานอยู่คลินิกจักษุ โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล และเก็บด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่ออาสาสมัครพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้อาสาสมัครลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามและดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ ชัด ๆ ช้า ๆ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่ม โดยเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตต์เบิร์ก ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยนำข้อมูลคะแนนรวมของความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับไปทดสอบการแจกแจงโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ (Kolmogorov-Smirnov test: KS) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่าง

ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลได้จำแนกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.6 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68.54 ปี (S.D.= 5.82) ร้อยละ 71.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 96.4 เรียนหนังสือ ร้อยละ 85.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ และเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีแหล่งให้การช่วยเหลือและสนับสนุน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.6 มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน คือ ร้อยละ 57.1 ร้อยละ 39.2 และร้อยละ 15.4 ตามลำดับ ร้อยละ 58.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีผลต่อการนอนหลับ ร้อยละ 85.7 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 96.4 ไม่สูบบุหรี่

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.6 เปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รองลงมา ร้อยละ 46.4 เปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 96.4 มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 89.2 มีประวัติการรักษาโรคที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยการกักตัวที่บ้าน ร้อยละ 58.3 ไม่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 อาการหลงเหลือที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้า หายใจหอบเหนื่อย ไอเรื้อรัง คือ ร้อยละ 16.6 ร้อยละ 10.7 และ ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ ร้อยละ 97.6 ได้รับวัคซีนโควิด-19

2. ข้อมูลความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

2.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล ($\bar{X}=0.57$, S.D.= 1.30) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=7.44$, S.D.= 3.13) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ (n = 84)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19	0-20	0-8	0.57 (1.30)	ไม่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19
คุณภาพการนอนหลับ	0-21	2-14	7.44 (3.13)	มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับไม่วิตกกังวล ร้อยละ 100 มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับที่ไม่ดี ร้อยละ 71.2 และมีคุณภาพ

การนอนหลับในระดับที่ดี ร้อยละ 28.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84)

ตัวแปร	ไม่วิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)	วิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพการนอนหลับที่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)
ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19	84 (100)	0 (0)	-	-
คุณภาพการนอนหลับ	-	-	23 (28.5)	61 (71.2)

2.3 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
ของความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการ ดำรงแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับ
ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 84)

ตัวแปร	ความวิตกกังวล คะแนนที่ได้ (S.D.) ช่วงคะแนน (0-20)	คุณภาพการนอนหลับ คะแนนที่ได้ (S.D.) ช่วงคะแนน (0-21)
เพศ		
ชาย 0.74 (1.39)	7.30 (3.31)	
หญิง	0.51 (1.27)	7.61 (3.09)
ช่วงอายุ		
60-69	0.50 (1.13)	7.24 (3.28)
70-79	0.77 (1.61)	7.73 (3.07)
≥ 80 ปี	0.00 (0.00)	7.75 (1.71)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	0.42 (0.90)	6.75 (3.47)
ไม่เพียงพอ	0.60 (1.36)	7.56 (3.09)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	0.39 (0.88)	7.00 (3.09)
มี 0.66 (1.47)	7.79 (3.15)	
การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
< 2 ครั้งต่อสัปดาห์	0.43 (0.87)	7.18 (2.91)
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	0.67 (1.64)	7.82 (3.10)
4-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์	1.00 (1.22)	8.00 (5.24)
สถานที่เข้ารับการรักษาเมื่อติดเชื้อโควิด-19		
กักตัวที่บ้าน	0.39 (0.80)	7.52 (3.12)
โรงพยาบาล	2.11 (2.93)	7.56 (3.43)
อาการหลงเหลือหลังจากติดเชื้อโควิด-19		
ไม่มีอาการ	0.29 (0.68)	7.24 (2.72)
มีอาการ	0.97 (1.79)	9.91 (3.64)
1 อาการ	0.37 (0.60)	6.42 (3.34)
2 อาการ	0.90 (1.29)	9.50 (3.50)
3 อาการ	2.25 (3.86)	9.50 (3.79)
4 อาการ	4.50 (2.12)	11.00 (0.00)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรค
โควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ
ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19
และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่าความ

วิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับในระดับปานกลางอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48, p < .01$) ดังแสดงในตาราง
ที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19	คุณภาพการนอนหลับ
ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19	1	.489**
คุณภาพการนอนหลับ	.489**	1

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความ
วิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล
สามารถอธิบายได้ว่า ช่วงเวลาที่เป็นช่วงที่มีการปรับเปลี่ยน
โรคโควิด-19 จากโรคติดต่ออันตรายให้เป็นโรคติดต่อ
ที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดและ
ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง สังเกตได้จากกา
รายงานขององค์การอนามัยโลกถึงจำนวนผู้เสียชีวิต
รายใหม่ทั่วโลกในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.
2666 ที่ผ่านมามีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวน
3,706 2,059 และ 1,950 ราย ตามลำดับ (WHO, 2024)
เช่นเดียวกันกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบจำนวน
ผู้เสียชีวิตรายใหม่ในช่วงเวลานี้ลดลงโดยมีจำนวน 54 34
และ 10 ราย ตามลำดับ และพบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่
ลดลงโดยมีจำนวน 2,753 1,213 และ 880 ราย ตามลำดับ
(Department of Disease Control, 2024) อาจด้วย
ไวรัสโคโรนามีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่องจึงทำให้
สถานการณ์ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ลดลง ปัจจุบัน
สายพันธุ์โอไมครอนที่แพร่ระบาดในประเทศไทย 10 สาย
พันธุ์ที่ต้องเฝ้าระวังยังไม่มีรายงานถึงความรุนแรงของ
โรคที่เพิ่มขึ้น (Department of Medical Sciences, 2024)
ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.6 ได้รับวัคซีน
จึงมีการรับรู้ถึงการได้รับภูมิคุ้มกันต่อโรคโควิด-19 จึงอาจ
ทำให้ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ลดลงเป็นไปทำนอง
เดียวกันกับการศึกษาของบอร์โควา และคณะ (Burkova
et al., 2022) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใน 23 ประเทศ
พบว่า การรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับภัยคุกคามจากโรค
โควิด-19 เป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($\beta = .17, p < .001$) และจากผลการศึกษาครั้งนี้
พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงเหลือมากมีความ
วิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี
อาการหลงเหลือ (ตารางที่ 3) บุคคลที่มีอาการหลงเหลือ
มากอาจมีประสบการณ์ทางลบต่อโรคโควิด-19 ซึ่งอาจ
เป็นแรงเสริมต่อการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัยจากโรค
โควิด-19 จึงอาจทำให้มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19
มากยิ่งขึ้น เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ กัลป์
ลาเกอร์, ซวอลเดนสกี, ลอง, โรเจอร์ส และแกรี่ (Gallagher,
Zvolensky, Long, Rogers, & Garey, 2020) ที่ได้ศึกษา
ผลกระทบของประสบการณ์เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ
ชาวอเมริกัน พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคโควิด-19
มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์
ได้รู้จักกับบุคคลที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 และมีบุคคลที่รู้จัก
เสียชีวิตหลังจากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดความวิตก
กังวลสูงขึ้น ($OR = 3.72$ และ $6.16, 95\% CI = 2.54-5.45$
และ $3.72-10.20$ ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง
มีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 3) ซึ่งอาจสามารถ
อธิบายด้วยผลการวิจัยของ ประภาศรี ปัญญวิชรัช และ
ภวัญ กาญจนจิรากร (Punyavachirachai & Kanchana-
jirangkura, 2022) ที่ได้ศึกษาความเข้มแข็งทางใจ (resilience
quotient) ของประชาชนไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาด

ของโรคโควิด-19 พบว่า เพศหญิงมีความเข้มแข็งทางใจมากกว่าเพศชายจึงอาจทำให้มีความสามารถในการปรับตัวจากภาวะวิกฤตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาได้ดีกว่า การรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 อาจมีความรุนแรงน้อยกว่าและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งมีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ (ตารางที่ 3) บุคคลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางอาหารและที่อยู่อาศัยรับรู้ถึงภัยคุกคามจากโรคโควิด-19 ที่มีต่อสถานะทางการเงินที่รุนแรงกว่า จึงทำให้มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ ฮอลล์, ซานเชซ, ดา กรากา, เบนเน็ตต์, พาวเวอร์ส, และวอร์เรน (Hall, Sanchez, da Graca, Bennett, Powers, & Warren, 2022) ที่ได้ศึกษาความแตกต่างของรายได้ ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และสุขภาพจิตในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มที่มีรายได้เล็กน้อยมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง (OR = 1.65, 95% CI = 1.27-2.14) และอาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจึงอาจมีผลต่อการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ ลิว, ลี, ลิน, และ ยาง (Liu, Lee, Lin, & Yang, 2021) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเกิดความวิตกกังวลที่ลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ($\beta = .24, p < .01$) สำหรับช่วงอายุจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ไม่มีความวิตกกังวล และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 สูงที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี (ตารางที่ 3) อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เป็นบุคคลที่อยู่กับบ้านไม่ได้ออกสังคมจึงไม่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ในส่วนกลุ่มอายุ 60-69 ปี อาจเป็นช่วงของบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงจึงมีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 น้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี ทั้งนี้อายุอาจไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มีผลต่อความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 แต่มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ประสบการณ์ที่มีต่อโรคโควิด-19 ภาวะสุขภาพ

ความเพียงพอของรายได้ และผลการศึกษากครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวนครั้งที่มากต่อสัปดาห์มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวนครั้งที่น้อยกว่า (ตารางที่ 3) ซึ่งการได้รับข่าวสารเชิงลบบ่อยครั้งอาจเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้ถึงความไม่ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นจึงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 มากยิ่งขึ้นได้ เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ เกา และคณะ (Gao et al., 2020) ที่ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและการเปิดรับข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อสังคมออนไลน์มากมีความเสี่ยงเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าการเปิดรับข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ที่น้อย

สำหรับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับอยู่ระดับที่ไม่ดี ($\bar{x}=7.44, S.D.= 3.13$) อาจเนื่องจากการศึกษากครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.2 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 80 ปีขึ้นไป มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าอายุอาจมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับอันเนื่องมาจากกระบวนการชราทำให้เซลล์และการทำหน้าที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ของการนอนหลับเสื่อมถอยลง การหลั่งสารเซโรโทนินและเมลาโทนินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับในร่างกายที่ผลิตได้ลดลง (Cybulski et al., 2019) เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของซิจิโลกูลและคณะ (Cigiloglu et al., 2021) ที่ได้ศึกษาปฏิกิริยาของผู้สูงอายุต่อโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง และกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ตามลำดับ และพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 3) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเพศหญิงอยู่ในวัยหมดประจำเดือน การผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายมีอาการแปรปรวนมีอาการร้อน หนาวบวม เหงื่อออก จึงมีโอกาที่จะมีอาการ

ไม่สุขสบายรบกวนการนอนหลับได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายส่งผลให้นอนหลับได้ยากขึ้นและมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา ซึ่งเป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ อัลมอนด์ส คาสโตร และ ปาเวา (Almondes, Castro, & Paiva, 2022) ที่ได้ศึกษานิสัยการนอน คุณภาพชีวิต และด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุ ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า เพศหญิงมีเวลาแฝงในการนอนหลับที่สูงขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าเพศชาย นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ (ตารางที่ 3) บุคคลที่มีรายได้น้อยไม่เพียงพอก่อความรู้สึกไม่มั่นคงทางการเงิน อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลจากปัญหาทางการเงินอันเนื่องมาจากเศรษฐกิจที่แย่ลงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุทำให้นอนหลับได้ยากขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ บาจาจ และคณะ (Bajaj et al., 2020) พบว่า ระดับรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.11, p < .05$) และจากผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 หลายอาการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการหลงเหลือ (ตารางที่ 3) ซึ่งอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง ล้วนเป็นอาการที่ไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเหนื่อยหอบและไอเรื้อรังอาจไปรบกวนการนอนหลับทำให้นอนหลับได้ยากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ จาง และคณะ (Zhang et al., 2022) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$)

จากผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระดับปานกลาง ($r = .48$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 สูงส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงขึ้นด้วย สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ร่างกายจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กระตุ้นการทำงานของหัวใจ หัวใจเต้นเร็วขึ้น อาจมีอาการใจสั่น หลอดเลือดมีการหดตัวทำให้ความดันโลหิตสูง รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงไป อาจหายใจสั้น ตื้น และเร็วขึ้น กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของระบบการเผาผลาญทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ทำให้ร่างกายมีพลังงานมากขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัวตลอดเวลา โดยปกติกระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในตอนเช้านี้เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายมีความตื่นตัวหลังตื่นนอน แต่เมื่อเกิดขึ้นใกล้ระยเวลาอนอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ยากขึ้น จึงต้องใช้ระยะเวลาเพื่อเข้าสู่การนอนหลับที่นานขึ้นจากเดิม นอกจากนี้ยังขัดขวางการหลั่งสารเซโรโทนิน ซึ่งเป็นสารตั้งต้นของการสร้างเมลาโทนินซึ่งเป็นฮอร์โมนส่งเสริมการนอนหลับที่ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ส่งผลให้ระดับเมลาโทนินในร่างกายลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 นอนหลับได้ยากยิ่งขึ้น อาจตื่นกลางดึกได้ง่าย ตื่นแล้วต้องใช้เวลาเข้าสู่การนอนหลับนานขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนหลับจริงโดยรวมลดลงทั้งคืนลดลง ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง ทำให้รู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา เป็นไปทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ เฟร์นันเดซ-เด-ลาส-เปñas (Fernández-de-Las-Peñas et al., 2021) ที่ได้ศึกษาความวิตกกังวลคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจากอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้กับผู้สูงอายุ เช่น จัดทำโครงการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่เคียดเชื่อโควิด-19 และมีอาการหลงเหลือที่ส่งผลต่อการนอนหลับ การจัดการความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 เป็นต้น

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนในการประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เคียดเชื่อโควิด-19 ที่เคียดมีอาการรุนแรง หรือมีอาการหลงเหลือหลังจากเคียดเชื่อโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เพื่อวางแผนส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้กับผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่เคียดเชื่อ ไม่เคียดเชื่อโควิด-19 และในกลุ่มที่มีภาวะลองโควิด

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุและคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เคียดเชื่อโควิด-19 ที่มีอาการหลังเคียดเชื่อในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ในกลุ่มที่มีอาการหลังเคียดเชื่อโควิด-19 ใน 1 เดือน หรือ กลุ่มที่มีภาวะลองโควิด (ผู้ที่มีอาการหลังเคียดเชื่อโควิดนานกว่า 3 เดือนขึ้นไป)

3. ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่เคียดเชื่อโควิด-19 เช่น อายุ เพศ สภาพความเจ็บป่วย ความเครียด อาการซึมเศร้า เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Almondes, K. M. D., Castro, E. D. A. S., & Paiva, T (2022). Sleep habits, quality of life and psychosocial aspects in the older age: before and during COVID-19. *Frontiers in Neuroscience*, 16, e694894.
- Bajaj, S., Blair, K. S., Schwartz, A., Dobbertin, M., & Blair, R. J. R. (2020). Worry and insomnia as risk factors for depression during initial stages of COVID-19 pandemic in India. *PloS One*, 15(12), e0243527.
- Brandon, P. (2024). *Adenosine and Sleep*. Retrieved from <https://www.verywellhealth.com/adenosine-and-sleep-3015337>.
- Bryan, L., & Adavadkar, P. (2023). *Adenosine and SLEEP: Understanding your sleep drive*. Sleep Foundation. Retrieved from <https://www.sleep-foundation.org/how-sleep-works/adenosine-and-sleep>.
- Burkova, V. N., Butovskaya, M. L., Randall, A. K., Fedenok, J. N., Ahmadi, K., Alghraibeh, A. M., ... Zinurova, R. I. (2022). Factors associated with highest symptoms of anxiety during COVID-19: Cross-cultural study of 23 countries. *Frontiers in Psychology*, 13, e805586.
- Canadian Mental Health Association. (2021). *COVID-19 and Anxiety*. Retrieved from <https://www.heretohelp.bc.ca/infosheet/covid-19-and-anxiety>.
- Chiang Mai Province public health Office. (2021). *Aging screening*. Retrieved from <https://smartageing.chiangmaihealth.go.th/web/index.php?r=report/group>. [In Thai].
- Cho, H., Olmstead, R., Choi, H., Carrillo, C., Seeman, E., & Irwin, R. (2019). Associations of objective versus subjective social isolation with sleep disturbance, depression, and fatigue in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1130-1138.

- Cigiloglu, A., Ozturk, Z. A., & Efendioğlu, E. M. (2021). How have older adults reacted to coronavirus disease 2019? *Psychogeriatrics*, 21(1), 112-117.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cybulski, M., Cybulski, L., Kulak, E., Orzechowska, M., Cwalina, U., & Kowalczyk, K. (2019). Sleep disorders among educationally active elderly people in Białystok, Poland: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-8.
- Department of Disease Control. (2024). *Daily COVID-19 patient situation*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/> [In Thai].
- Department of Mental Health. (2020). *Get to know serotonin, a substance that affects mood*. Retrieved from <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30507> [In Thai].
- Department of Medical Services. (2021). *Guidelines for the caring of COVID-19 patients after recovery (Post COVID syndrome) or Long COVID condition for doctors and public health personnels*. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=157 [In Thai].
- Department of Medical Sciences. (2024). *The Department of Science Updates COVID-19 Strains, Finding that the JN.1 Strain is Likely to Continue Increasing. It is Expected to Become the Main Strain that Spreads in Thailand*. Retrieved from <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/2131> [In Thai].
- Elflein, J. (2023). *Number of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Deaths in the U.S. as of February 1, 2023, by Age*. Retrieved from <https://www.statista.com/statistics/1191568/reported-deaths-from-covid-by-age-us/>
- Fernández-de-Las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Rodríguez-Jiménez, J., Palacios-Ceña, M., Velasco-Arribas, M., ... Arendt-Nielsen, L. (2021). Long-term post-COVID symptoms and associated risk factors in previously hospitalized patients: A multicenter study. *The Journal of Infection*, 83(2), 237-279.
- Gallagher, M. W., Zvolensky, M. J., Long, L. J., Rogers, A. H., & Garey, L. (2020). The impact of Covid-19 experiences and associated stress on anxiety, depression, and functional impairment in American Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(6), 1043-1051.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., ... & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One*, 15(4), e0231924.
- Grossman, E. S., Hoffman, Y. S., Palgi, Y., & Shira, A. (2021). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and Individual Differences*, 168, e110371.
- Hall, L. R., Sanchez, K., da Graca, B., Bennett, M. M., Powers, M., & Warren, A. M. (2022). Income differences and COVID-19: Impact on daily life and mental health. *Population Health Management*, 25(3), 384-391.
- Hoang, H. T. X., Yeung, W. F., Truong, Q. T. M., Le, C. T., Bui, A. T. M., Bui, Q. V., Le, Q. T. L., & Quach, L. H. (2024). Sleep quality among non-hospitalized COVID-19 survivors: a national cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, e1281012.
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., Bragazzi, N. L., Saif, Z., Faris, M., & Vitiello, M. V. (2021). Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(2), 299-313.

- Lee, S. A. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401.
- Liu, C., Lee, Y. C., Lin, Y. L., & Yang, S. Y. (2021). Factors associated with anxiety and quality of life of the Wuhan populace during the COVID-19 pandemic. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 37(5), 887-897.
- Luo, J., Zhang, J., Tang, H. T., Wong, H. K., Lyu, A., Cheung, C. H., & Bian, Z. (2023). Prevalence and risk factors of long COVID 6-12 months after infection with the Omicron variant among nonhospitalized patients in Hong Kong. *Journal of Medical Virology*, 95(6), e28862.
- Mekhael, M., Lim, C. H., El Hajjar, A. H., Noujaim, C., Pottle, C., Makan, N., ...Marrouche, N. (2022). Studying the effect of long COVID-19 infection on sleep quality using wearable health devices: Observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7), e38000.
- National Institute on Aging (2023). *What Do We Know About Long COVID?* Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/covid-19/what-do-we-know-about-long-covid>.
- National Sleep Foundation. (2024). *What Is Sleep Quality?* Retrieved from <https://www.thensf.org/what-is-sleep-quality/>.
- Na Wichian, S., Chintanawat, R., Klaphajone, J. & Nanasilp, P. (2018). Effect of Music Therapy on Sleep Quality in Older Persons. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(3). 36-50. [In Thai].
- Orrù, G., Bertelloni, D., Diolaiuti, F., Conversano, C., Ciacchini, R., & Gemignani, A. (2021). A psychometric examination of the coronavirus anxiety scale and the Fear of Coronavirus Disease 2019 Scale in the Italian population. *Frontiers in Psychology*, 12, e669384.
- Peng, M., Mo, B., Liu, Y., Xu, M., Song, X., Liu, L., ...Zhang, X. (2020). Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 119-124.
- Polenick, C. A., Daniel, N. R., & Perbix, E. A. (2021). Factors associated with sleep disturbances related to the COVID-19 pandemic among older adults with chronic conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(11), 1160-1165.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Punyavachirachai, P., & Kanchanajirangkura, P. (2022). The study of Thai people resilience quotient during the COVID-19 outbreak. *Research and Development Health System Journal*, 15(1). 318-333. [In Thai].
- Rutherford, G. (2024), *The sickest long COVID patients face symptoms identical to chronic fatigue syndrome*. University of Alberta. Retrieved 29 February 2024 from <https://www.ualberta.ca/folio/2024/02/sickest-long-covid-patients-face-symptoms-nearly-identical-to-chronic-fatigue-syndrome.html>
- Satchanawakul, N., Amornpradapkul, N., Llangruenrom, N., Charureungpaisal, W., & Naiyana P. (2021). *COVID-19 LOW-INCOME OLDER PERSONS: Survey of the the impact of lockdown on low-income older persons in Thailand*. Retrieved 11 November 2022 from <https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-631.pdf>. [In Thai].

- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-947.
- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal Medical Association Thai*, 97(3), 57-67. [In Thai].
- Stone, K. L., & Xiao, Q. (2018). Impact of poor sleep on physical and mental health in older women. *Sleep Medicine Clinics*, 13(3), 457-465.
- Summer, J., & Singh, A. (2024). *How noise can affect your sleep satisfaction?* National Sleep Foundation. Retrieved from <https://www.sleep-foundation.org/noise-and-sleep>
- Takada, S., Yamamoto, Y., Shimizu, S., Kimachi, M., Ikenoue, T., Fukuma, S., ...Fukuhara, S. (2018). Association between subjective sleep quality and future risk of falls in older people: Results from LOHAS. *The journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(9), 1205-1211.
- World Health Organization & China. (2020). *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved 29 January 2023 from [https://www.who.int/publications/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))
- World Health Organization. (2024). *Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Updates and Monthly Operational Updates*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- Zhang, L., Tao, Y., Hou, W., Niu, H., Ma, Z., Zheng, Z., ...Liu, X. (2022). Seeking bridge symptoms of anxiety, depression, and sleep disturbance among the elderly during the lockdown of the COVID-19 pandemic-A network approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, e919251.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ต่อการรับรู้บทบาทการจัดการ ของหัวหน้าทีม ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

The Effects of a Charge Nurse Preparatory Program on the Perception of Managerial Roles of the Team Leaders in the Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital

ปิ่นฤทัย ศรีไสย (Pinruetai Srisai)*

กณณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (Kannikar Chatdokmaiprai)**

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (Phechnoy Singchangchai)**

Received: July 14, 2024

Revised: August 27, 2024

Accepted: October 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาด ตัวอย่างด้วยตารางอำนาจการทดสอบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน (แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน) เครื่องมือการวิจัยมี 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนาและฝึกอบรมของบุคลากร มีกระบวนการดังนี้ 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบวิธีการพัฒนา 3) การนำไปใช้ และ 4) การประเมินผลและการติดตามผลการอบรมพยาบาลหัวหน้าเวร โดยการบูรณาการแนวคิดการรับรู้บทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาท ได้แก่ 1) บทบาทที่เลี้ยง 2) บทบาทผู้เอื้ออำนวย 3) บทบาทผู้สร้างนวัตกรรม 4) บทบาทตัวแทน 5) บทบาทผู้อำนวยการ 6) บทบาทผู้ผลิตบริการ 7) บทบาทผู้ประสานงาน และ 8) บทบาทผู้กำกับติดตาม และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการจัดการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.86 และความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และด้วยสถิติเชิงอ้างอิง (Independent t-test และ Dependent t-test)

*Corresponding author: Pinruetai Srisai; E-mail: pinii6465@gmail.com

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Management, College of Nursing, Christian University)

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Instructor, Faculty of Nursing, Christian University)

***ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Professor, Faculty of Nursing, Christian University)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.88$ S.D. = 0.11) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$ SD = 0.14) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า พยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม ของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรของพยาบาลหัวหน้าทีม ส่งผลที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมของพยาบาลหัวหน้าเวรให้มีความเชื่อมั่นในการก้าวสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการศึกษานี้มาพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านบทบาทการจัดการของหัวหน้าเวรให้คงมาตรฐานด้านการมีสมรรถนะการจัดการในระดับหัวหน้าเวรในหน่วยงานบริหารการพยาบาลอื่น ๆ

คำสำคัญ: โปรแกรม, พยาบาลหัวหน้าเวร, พยาบาลหัวหน้าทีม, บทบาทการจัดการ, หอผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This research study is a quasi-experimental study with two groups taking the pre-test and the post-test. The purpose is to compare the managerial role perceptions of the nurses joining the program. The samples were selected with the purposive sampling method. The size of the samples was 60 (including the experimental group with 30 samples and the control group with 30 samples). There were two parts of the research instruments. The 1st part was the preparation program for Charge Nurse in the Intensive Care Unit. Personnel development and training concepts were used by the researcher (s) and consisted of the following processes: 1) needs assessment, 2) design, 3) implementation, and 4) evaluations. The Charge Nurse were followed up by integrating the perception concepts of the eight role: 1) mentor role, 2) facilitator role, 3) innovator role, 4) Broker Role, 5) director role, 6) Producer Role, 7) coordinator role, and 8) Monitor Role. The 2nd part included the data collection tools: the general information questionnaires and the managerial role perception questionnaires. The qualities of the tools were checked by analyzing the content validity of 0.86 and Cronbach's alpha of 0.93. The data were analyzed with the descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and the inferential statistics (independent t-test and dependent t-test).

The findings showed that the managerial role perception scores of the nurses in the experimental group were high ($\bar{X} = 4.88$ SD = 0.11), while the scores of the control group were moderate ($\bar{X} = 3.15$ SD = 0.14). By comparing the average scores, it was found that the managerial role perception scores of the experimental group's nurses as the Charge Nurse were significantly and statistically higher than the scores of the control group ($p < .05$). The findings indicated that the managerial role perceptions of the team leader in the experimental group after joining the program were significantly and statistically higher than the perceptions before joining the program ($p < .05$). By studying the implementation of the preparation program for the team leader in the Charge

Nurse, there were the good effects towards the preparations of the Charge Nurse. As a result, the Charge Nurse the confidences in becoming first line nurse manager . The nursing managers should apply these findings to developing strategies for improving the performances of the Charge Nurse according to the performance standards of the Charge Nurse in other nursing organizations.

Keywords: Intensive care unit, Management role, Program, Shift nurse chief, Team leader

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลในปัจจุบันอยู่ในกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารต้องรับมือกับความท้าทายจากสภาพการแข่งขันทางธุรกิจสุขภาพที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้บริหารจำเป็นต้องรับรู้บทบาทการจัดการองค์กรพยาบาลที่ทันต่อภาวะการณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งควินน์และคณะ (Quinn, Bright, Faerman, Thompson, & McGrath, 2011) ได้กล่าวว่า ผู้บริหารองค์กรที่สามารถบริหารจัดการในองค์กรประสบผลสำเร็จ ต้องสามารถบูรณาการบทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาท ได้แก่ 1) บทบาทพี่เลี้ยง 2) บทบาทผู้อำนวย 3) บทบาทผู้สร้างนวัตกรรม 4) บทบาทตัวแทน 5) บทบาทผู้อำนวย 6) บทบาทผู้ผลิตการบริการ 7) บทบาทผู้ประสานงาน และ 8) บทบาทผู้กำกับติดตาม อย่างไรก็ตามนอกจากความสามารถในการบูรณาการบทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาทแล้ว ผู้บริหารยังต้องมีความสามารถในการมองการณ์ไกล เข้าใจบทบาทของตนเองและบทบาทในการบริหารจัดการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังต้องสามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามเป้าหมายหรือแผนงานที่กำหนดไว้ในการบริหารจัดการองค์กร (Quinn et al., 2011) ทั้งนี้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจึงต่างมีบทบาทในองค์กร (Biddle, 1986) โดยบทบาทการจัดการนั้นสามารถสื่อถึงการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรที่มีความสำคัญต่อองค์กร และยังเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบของทั้งองค์กร

บทบาทการจัดการของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) ทั้ง 8 บทบาท ช่วยให้ผู้บริหารองค์กรสามารถบริหารจัดการในองค์กรประสบผลสำเร็จมีประสิทธิภาพได้ หากสามารถบูรณาการบทบาทการจัดการทุกบทบาท

ตามแนวคิดนำไปปฏิบัติในหน่วยงาน การจัดการและนำทีมพยาบาลในการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ นโยบายของฝ่ายการพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ระบบการบริการสุขภาพทำให้ทุกองค์กรต้องปรับตัวและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับตัวสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (High performance organization) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารต้องมีการพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ ร่วมกันมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลรอบด้าน (Valentine, 2009) ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นให้ระบบงานคุณภาพของโรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ส่งผลให้บุคลากรในองค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Suphachutikun, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลงานด้านการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากบริการการพยาบาลในระดับหอผู้ป่วย (Chanchang & Siritarungsri, 2014) ซึ่งการปฏิบัติงานในระดับนี้ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติอย่างใกล้ชิด พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรู้และทักษะเฉพาะในการให้บริการผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าเวรที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักจะต้องมีความสามารถและมีศักยภาพในการบริหารจัดการทีมภายในเวรที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ (Salary, 2023) ทั้งนี้เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นทีม ประกอบด้วย ผู้นำทีมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มีหน้าที่รับผิดชอบในการมอบหมายงานให้สมาชิกทีม และสามารถพัฒนา

ความรู้ความสามารถจากพยาบาลหัวหน้าทีมไปสู่พยาบาล หัวหน้าเวรหรือผู้บริหารระดับต้น (Human Resources Department A tertiary hospital, 2018)

พยาบาลหัวหน้าเวรซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลที่มีบทบาทใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ มีหน้าที่ประสานงานให้คำปรึกษาแนะนำแก่หัวหน้าทีม คาดการณ์ และหาแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย รวมไปถึงปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการกำกับดูแลการทำงานของทีมงานให้มีคุณภาพตามข้อกำหนดและเป็นไปตามเป้าหมายของโรงพยาบาลและมาตรฐาน พยาบาลหัวหน้าเวรหรือผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นจะมีการรับรู้บทบาทการจัดการที่ดีได้ (Lueluang & Vorahan, 2011) จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้บริหารระดับต้นอย่างเหมาะสมกล่าวคือ ผู้บริหารควรมีความรู้ ความเข้าใจก่อนที่จะเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารในระดับต้นได้ ควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤติ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการให้บริการผู้ป่วย (Royal College of Nursing, 2016) และยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในทีมสุขภาพ ต้องใช้เทคโนโลยี และการรักษาที่ซับซ้อน มีความเข้าใจภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ต้องให้การดูแลรอบคอบและญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่มีความกังวลใจ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการให้การดูแลสุขภาพที่พัฒนาก้าวหน้าไม่หยุดนิ่ง พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพ และมีความเข้าใจในหัวใจความเป็นมนุษย์ของบุคคลเพื่อให้การดูแลพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากที่สุด (Pungseepeng, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสำหรับการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวร โดยใช้แนวทางเชิงกลยุทธ์ในการบริหารบุคลากรขององค์กรทั้งในแง่ของปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคลหรือทีมงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Johnason, 2009) พบว่า มีการใช้แนวคิดของดีไซมอน และเวอเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ในการพัฒนาโปรแกรมทักษะการทำงานของพยาบาลโดยใช้กระบวนการ

ประกอบไปด้วย 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบวิธีการพัฒนา 3) การนำไปใช้และ 4) การประเมินผลและการติดตามผล เนื่องจากการเตรียมพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤติ ให้มีความพร้อมที่จะรับผิดชอบภารกิจหลักในการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ พยาบาลหัวหน้าเวรจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ คุณลักษณะ (Human Resources Department A Tertiary Hospital, 2018) การสร้างรูปแบบพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้ชัดเจนในการพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤติ ให้มีศักยภาพ ความสามารถ ความรู้ ความเชี่ยวชาญสูงขึ้นอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จึงต้องมีความต้องการพยาบาลที่มีคุณสมบัติและมีสมรรถนะเพื่อสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (Tzeng, 2004) เพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทบริหารพยาบาลระดับต้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งการเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการศึกษาวัดเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดมหาวิทยาลัย เป็นต้นแบบโรงพยาบาลรัฐที่ใช้หลักการบริหารและการให้บริการแบบโรงพยาบาลเอกชน การบริการสุขภาพ มุ่งเน้นคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน โดยคำนึงถึงคุณภาพการรักษายาพยาบาลตามมาตรฐาน Joint Commission International (JCI.) จึงต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบให้มีคุณภาพ ปลอดภัย พร้อมตอบสนองกับความต้องการความคาดหวังของผู้มารับบริการที่สูงขึ้น (Human Resources Department A Tertiary Hospital, 2018) จึงต้องการพยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ดังนั้น ผู้บริหารองค์กรการพยาบาลจึงต้องมีการจัดสรรบุคลากรเข้าทำงานอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการเตรียมผู้บริหารหลายหน่วยงาน

จากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 5 ราย พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรยังไม่สามารถให้ข้อมูลที่ชัดเจนที่สะท้อนถึงความเข้าใจและการปฏิบัติตามบทบาทการจัดการตามแนวคิดทั้ง 8 บทบาทของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) ได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง จากการศึกษาเบื้องต้น (Pilot study)

ความต้องการการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต จากพยาบาลหัวหน้าทีมร้อยละ 93 ต้องการการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต และจากการทบทวนวรรณกรรม ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ยังพบว่าไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลปฏิบัติการ เพื่อรับรู้บทบาทการจัดการ และยังพบว่าไม่มีการกำหนด บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรไว้โดยตรง พบเพียงการกำหนดการปฏิบัติหน้าที่ที่ใกล้เคียงหรือ เกี่ยวข้อง (Khiewpratum, Hinjiran, & Meehanpong, 2022)

จากการศึกษาข้อค้นพบของงานวิจัยแนวคิด ทฤษฎี การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ผ่านมา สรุปได้ว่า รูปแบบบทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรยังไม่มี ความชัดเจนเพียงพอต่อการรับรู้บทบาทการจัดการในการทำงาน ซึ่งเป็นกระบวนการพฤติกรรมที่ต่อเนื่องกันใน โรงพยาบาลตติยภูมิ รวมทั้งยังต้องมีการเตรียมผู้บริหาร หลายหน่วยงานแต่ยังขาดโปรแกรมในการเตรียมความพร้อม ของพยาบาลปฏิบัติการเพื่อรับรู้บทบาท การให้การ บริหารการพัฒนาของกลุ่มงานการพยาบาลของผู้ป่วย วิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของ การดูแลผู้ป่วย (Klaewplodtook & Ratchakul, 2009) ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการ เป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด การพัฒนาและฝึกอบรมของบุคลากรของดีไซมอนและ เวอเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ทั้ง 4 ขั้นตอน เป็น สื่อกลางในการเรียนรู้และนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม ในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการเป็นพยาบาลหัวหน้า เวร มีการระดมความคิดเห็นการอบรม เพิ่มความรู้ มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีมาเป็นช่องทางในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยเชื่อว่า โปรแกรมการเตรียมความ พร้อมการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรสามารถส่งเสริมการ รับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีมตามแนวคิด บทบาทการจัดการของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) จำนวน 8 บทบาท เพื่อพยาบาลหัวหน้าเวรจะสามารถรับรู้ บทบาทการจัดการได้อย่างมีเหตุผลและมีหลักฐานสนับสนุน เชิงประจักษ์ ในความสำคัญของทั้งสองตัวแปรนี้ในการ

บริหารทางการพยาบาล เพื่อจะเกิดองค์ความรู้ใหม่จาก การศึกษาวิจัยครั้งนี้

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วม โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวร มากกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม หรือไม่
2. การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลกลุ่มทดลอง ที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวร มากกว่าพยาบาลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ ปฏิบัติแบบปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการเตรียม ความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาล กลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติปกติหรือไม่ อย่างไร
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการ เตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความ พร้อมในการเป็นหัวหน้าเวรมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาล กลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติปกติ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลกลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียม ความพร้อมในการเป็นหัวหน้าเวรสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาล หัวหน้าเวร จำเป็นต้องมีการรับรู้บทบาทการจัดการเป็น อย่างดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรม การเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ต่อการรับรู้บทบาทการจัดการ ทีมผู้วิจัยประยุกต์แนวคิด

การพัฒนาและฝึกอบรมของบุคลากรของดีไซมอนและเวอเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ในกระบวนการของโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรและเชื่อว่าผู้บริหารระดับต้นที่จะสามารถบริหารจัดการในบทบาทการจัดการในห้องปฏิบัติการประสบความสำเร็จได้ดัดแปลงมาจากแนวคิดการรับรู้บทบาทการจัดการของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) นอกจากนี้พยาบาลหัวหน้าเวร

หรือผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่จะสามารถบริหารจัดการในห้องปฏิบัติการประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิผลนั้นจะต้องประกอบด้วยบทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรทั้ง 8 บทบาท ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทั้ง 2 แนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ในรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011)

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร

1. การประเมินความต้องการการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร
2. การออกแบบโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรโดยใช้ช่องทางการเรียนรู้แบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Plearn และคู่มือการบทบาทการจัดการ 8 บทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวร
3. การนำโปรแกรมไปใช้เรียนรู้/จัดกิจกรรมฝึกเชิงปฏิบัติการโดยวิเคราะหฺรกรณีศึกษา
4. การประเมินผลของโปรแกรมผ่านแบบทดสอบการรับรู้ (DeSimone, & Werner, 2012)

บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร

- 1) บทบาทที่เลี้ยง
 - 2) บทบาทผู้เฝ้าอำนาจ
 - 3) บทบาทผู้สร้างนวัตกรรม
 - 4) บทบาทตัวแทน
 - 5) บทบาทผู้อำนวยความสะดวก
 - 6) บทบาทผู้ผลิตการบริการ
 - 7) บทบาทผู้ประสานงาน
 - 8) บทบาทผู้กำกับติดตาม
- (Quinn et al., 2003, 2011)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของ Desimone & Werner (2012) และบทบาทบทบาทการจัดการ ของ ควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติแบบปกติ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการประมาณค่าโดยใช้ Power Analysis (Cohen, 1998) กำหนดค่าอิทธิพล จากการศึกษาของ สหสพร ยืนบุญ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และกรรณิการ์ ถิระดอกรไม้ไพร (Yuenboon,

Singchungchai & Chatdokmaiprai, 2019) ได้ขนาดอิทธิพล .08 ค่าความเชื่อมั่น α .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) .85 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดของดีไซมอน และเวอเนอร์ (Desimone &

Werner, 2012) ประกอบไปด้วย 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบวิธีการพัฒนา 3) การนำไปใช้ และ 4) การประเมินผล และการติดตามผลของโปรแกรมการอบรม ประกอบด้วย 1.1) แผนการสอนในรูปแบบการบรรยายแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Plearn 1.2) แผนการฝึกเชิงปฏิบัติการโดยวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับบทบาทการจัดการและ 1.3) คู่มือการพัฒนาความรู้เรื่องบทบาทการจัดการ 8 บทบาทของพยาบาลหัวหน้าเวรเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ 2) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสิงห์บุรี 3) อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 4) ผู้จัดการฝ่ายพัฒนาคุณภาพและฝึกอบรมพยาบาล สาขาการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ 5) พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริหารนุคลากรพยาบาล สาขาการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของบุปผา กิจสหวงศ์ และเพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย (Kitsahawong & Singchangchai, 2020) ที่ประยุกต์จากแนวคิดบทบาทการจัดการของ ควินน์ และคณะ (Quinn et al., 2011) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์วิชาชีพในโรงพยาบาล ประสบการณ์การอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทางการพยาบาลหรือหลักสูตรการบริหารจัดการทั่วไป ข้อคำถามในส่วนนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบเลือกตอบ มีจำนวน 3 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการจัดการ ผู้วิจัยปรับใช้แบบสอบถามบทบาทการจัดการ (Managerial Role Questionnaire) ซึ่งพัฒนาโดยควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากของบุปผา กิจสหวงศ์ และเพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย (Kitsahawong & Singchangchai, 2020) ผู้เริ่มต้นพัฒนาเครื่องมือเป็นลายลักษณ์อักษร

โดยแบบสอบถามสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 41 ข้อ ได้วิเคราะห์การหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาข้อคำถาม (I-CVI) อยู่ระหว่าง .80-1.00 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .86 ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 41-205 โดยคำถามเป็นการถามถึงการรับรู้บทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาท โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของ ลิเคิร์ต (Likert scale) มีการแปลความหมายจากระดับคะแนนของคำตอบ (Best & Kahn, 2006) คือ ช่วงคะแนน 5 หมายถึงการรับรู้บทบาทการจัดการมากที่สุด ช่วงคะแนน 4 หมายถึงการรับรู้บทบาทการจัดการมาก ช่วงคะแนน 3 หมายถึงการรับรู้บทบาทการจัดการปานกลาง ช่วงคะแนน 2 หมายถึงการรับรู้บทบาทการจัดการน้อย และช่วงคะแนน 1 หมายถึงการรับรู้บทบาทการจัดการน้อยที่สุด และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการจัดการ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยคริสเตียนตามเอกสารการรับรองเลขที่ น.18/2566 ลงรับรองวันที่ 30 มกราคม 2567 และทำหนังสือ ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัย ให้ดำเนินการวิจัย เอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ 191/2567 (IRB4) ลงรับรองวันที่ 1 พฤษภาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ทำหนังสือแนะนำตัว และขอเก็บอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากสำนักบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และการเก็บรวบรวมข้อมูลของการจัดทำวิจัย และให้พยาบาลหัวหน้าเวรผู้ป่วยวิกฤต ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรต่อการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม และ

ขอความร่วมมือผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลอาวุโสในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 5 คน เพื่อทำความเข้าใจในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรต่อการรับรู้บทบาทการจัดการที่ใช้ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทดสอบการรับรู้บทบาทการจัดการ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นปฏิบัติงานบทบาทพยาบาลหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยวิกฤตปกติ โดยให้ศึกษาด้วยตัวเองในสัปดาห์ที่ 2-5 และสัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งภายหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรชุดเดิม

2.2 กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทดสอบการรับรู้บทบาทการจัดการด้วยแบบสอบถามการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร (Pre-test) ในกลุ่มทดลอง การทดลอง 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งแจ้งกำหนดการทดลองโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรต่อการรับรู้บทบาทการจัดการ สัปดาห์ที่ 2-3 จัดอบรมเป็นการบรรยายบทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรตามแผนการสอนออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Plearn โดยผู้เข้าร่วมวิจัยต้องใช้เวลาส่วนตัวเพื่อเข้ารับการอบรมภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อเข้าสู่หลักสูตรบทเรียน ผู้เข้าอบรมในกลุ่มทดลองต้องเข้าอบรมออนไลน์มากกว่า 80% โดยไม่เร่งความเร็วของบทเรียน สัปดาห์ที่ 4-5 หลังจากกลุ่มทดลองเข้าอบรมออนไลน์ กลุ่มทดลองต้องผ่านการฝึกเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์กรณีศึกษา โดยใช้คู่มือบทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาท ได้แก่ 1) บทบาทพี่เลี้ยง 2) บทบาทผู้เฝ้าอำนาจ 3) บทบาทผู้สร้างนวัตกรรม 4) บทบาทตัวแทน 5) บทบาทผู้อำนวยความสะดวก 6) บทบาทผู้ผลิตบริการ 7) บทบาทผู้ประสานงาน และ 8) บทบาทผู้กำกับติดตาม ของพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต และสัปดาห์ที่ 6 ทำการทดสอบ Post-test โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรภายหลังจากการได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร

ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและฝึกอบรมของบุคลากรของดีไซมอน และเวเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ในกระบวนการของโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาพยาบาลหัวหน้าทีมเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ที่จะสามารถรับรู้บทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาทของ ควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) ของพยาบาลหัวหน้าทีมในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้การประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการหาค่าทางสถิติที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย จำนวนความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบ Chi-square หรือ Fisher's exact

2. สถิติเชิงอนุมาน (Independent t-test) ใช้สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของพยาบาล ในการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรหรือผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และใช้เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าทีมในการการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรของกลุ่มทดลองก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม โดยก่อนเปรียบเทียบ ได้ทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่างด้วย Shapiro-wilk test $p > .05$ และทดสอบความเป็นอิสระของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วย Chi-square test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-30 ปี ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด โดยร้อยละ 60.0 มีประสบการณ์การทำงานจนถึงปัจจุบันระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 63.3 มีระยะเวลาการเป็นพยาบาลหัวหน้าทีมในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 53.4 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีร้อยละ 96.7 ไม่เคยอบรมหลักสูตรบริหาร

ทางการพยาบาลร้อยละ 96.7 และไม่เคยอบรมหลักสูตร เฉพาะทางร้อยละ 80.0 เมื่อทดสอบความเป็นอิสระของ ลักษณะประชากรทั้ง 2 กลุ่มด้วย Chi-square พบว่า ลักษณะ ประชากรของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p > .05$) จึงสามารถนำมาเปรียบเทียบด้วยค่า Independent t-test ได้

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาล หัวหน้าเวร

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้า

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลหัวหน้าทีม ในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$)

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม				
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลอง	2.99	0.19	ปานกลาง	-2.214	.07
กลุ่มควบคุม	3.08	0.21	ปานกลาง		

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาล หัวหน้าทีม ในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.99 (S.D. = 0.10) หลังเข้าร่วม โปรแกรมอยู่ใน

ทีม ก่อนได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวร กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 (S.D. = 0.19) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (S.D. = 0.21) เมื่อนำมา ทดสอบทางสถิติใช้ dependent t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ($t = -2.214, P > .05$) (ตารางที่ 1)

ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 (S.D. = 0.11) เมื่อนำ มาทดสอบทางสถิติใช้ dependent t-test พบว่า หลังได้เข้า ร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นหัวหน้า เวรมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -68.32, p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลหัวหน้าทีม ในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม

กลุ่มทดลอง	การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม				
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.99	0.10	ปานกลาง	-68.32	.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.88	0.11	มากที่สุด		

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม ในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 (S.D. = 0.11) และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 (S.D. = 0.14) เมื่อนำมาทดสอบทาง

สถิติใช้ dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นหัวหน้าเวรกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 53.44$, $p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าทีม ต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n = 30$) กับกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม				
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.88	0.11	มากที่สุด	53.44	.000
กลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.15	0.14	ปานกลาง		

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ต่อการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีม ในหอผู้ป่วยวิกฤต นำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติในรูปแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าทีมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ต่อการรับรู้บทบาทการจัดการของหัวหน้าทีม ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลหัวหน้าทีมก่อนปฏิบัติงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การกระทำของตนเองให้บรรลุเป้าหมายตามขั้นตอนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของดีไซมอนและเวเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นจัดเป็น

การอบรมในรูปแบบออนไลน์ ส่งผลให้ผู้อบรมสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชัน ได้ไม่จำกัดช่วงเวลา อีกทั้งยังใช้คู่มือบทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ประกอบด้วยการฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์กรณีศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาและฝึกอบรมของบุคลากรของดีไซมอนและเวเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ในกระบวนการของโปรแกรมการฝึกอบรมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรโดยใช้กระบวนการ ดังนี้ 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบวิธีการพัฒนา 3) การนำไปใช้ และ 4) การประเมินผล และการติดตามผลการอบรมพยาบาลหัวหน้าเวร และแนวคิดการรับรู้บทบาทการจัดการของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) เชื่อว่าผู้บริหารองค์กรที่สามารถบริหารจัดการให้องค์กรประสบผลสำเร็จต้องสามารถบูรณาการบทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาทเนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้ การฝึกทักษะทางความคิด ก่อให้เกิดการรับรู้บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งเป็นบทบาทตามตำแหน่งของผู้บริหาร (Mintzberg, Lampel, Quinn, & Ghoshal, 2003) และ

วรารณ์ เจริญบุญ ปรางทิพย์ อุจารัตน์ วรรณิการ์ สุวรรณโคต (Charoenbun, Ujaratana, & Suwannakhot, 2016) ได้กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ต้องมีโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท หัวหน้าเวร เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติบทบาท พยาบาลทั้งด้านการวางแผนและการควบคุม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ บทบาทการจัดการของพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวร

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บทบาทการจัดการของ พยาบาลหัวหน้าเวร ของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาข้อมูลรายบทบาท การรับรู้ บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรในการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวรของกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บทบาท การจัดการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ในการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวร เท่ากับ 4.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.11 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของควินน์และ คณะ (Quinn et al., 2011) ที่เชื่อว่าผู้บริหารองค์กรที่ สามารถบริหารจัดการให้องค์กรได้ประสบผลสำเร็จต้อง สามารถบูรณาการบทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาท ได้แก่ 1) บทบาทที่เลี้ยง 2) บทบาทผู้เอื้ออำนาจ 3) บทบาทผู้สร้าง นวัตกรรม 4) บทบาทตัวแทน 5) บทบาทผู้อำนวยความสะดวก 6) บทบาทผู้ผลิตบริการ 7) บทบาทผู้ประสานงาน และ 8) บทบาทผู้กำกับติดตาม และแนวคิดของกองการพยาบาล (Nursing Division, 2018) ได้กำหนดสมรรถนะด้าน ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถด้านการบริหาร จัดการเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ โดยต้องสามารถจัดลำดับความสำคัญ กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติงานให้เหมาะสม กับสถานการณ์ นอกจากนี้ต้องมีความสามารถในการทำ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและมีเจตคติที่ดี รวมถึงต้องมีความสามารถปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าทีมและความรู้ หลักของการทำงานเป็นทีม ในการดำเนินโครงการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลวิจัยครั้งนี้สรุปว่า โปรแกรมการเตรียม ความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรต่อการรับรู้ บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ในหอผู้ป่วย วิกฤต มีข้อแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาการเตรียม ความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร คือ เป็นการ ใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมพยาบาลหัวหน้าเวรให้เกิดการเรียนรู้การกระทำของตนเองให้บรรลุเป้าหมายตามขั้นตอน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของดีไซมอนและเวอเนอร์ (Desimone & Werner, 2012) ในกระบวนการของโปรแกรม การฝึกอบรมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อม ในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โดยใช้กระบวนการ ดังนี้ 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบวิธีการพัฒนา 3) การนำไปใช้ และ 4) การประเมินผลจากการบูรณาการ บทบาทการจัดการทั้ง 8 บทบาทของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) สำหรับการพัฒนาตนเองตามโปรแกรม ที่สร้างขึ้น ผ่านการศึกษาในไทยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัย เชิงสำรวจหรือการวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งใช้โปรแกรมดังที่กล่าวข้างต้นพบได้น้อย จึงทำให้การ ศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็น พยาบาลหัวหน้าเวรของพยาบาลหัวหน้าเวร ส่งผลที่ดีต่อ การเตรียมความพร้อมของพยาบาลหัวหน้าเวรให้มีความเชื่อมั่น ในการก้าวสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมการ เตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ที่รวบรวม ไว้เป็นระบบไปกำหนดเป็นแนวทางการเตรียมความพร้อม ของพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อการรับรู้ บทบาทการจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร โดยการประยุกต์ ใช้จะต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละ หน่วยงาน สนับสนุนส่งเสริมในการพัฒนาความรู้ในงาน เป็นประจำ โดยนำความรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศมา ประยุกต์ใช้ในการค้นหาข้อมูล วิเคราะห์ เผยแพร่ข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ทันสมัย รวมทั้ง ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการสร้างการเข้าใจในบทบาท การจัดการทั้ง 8 บทบาทของควินน์และคณะ (Quinn et al., 2011) แก่บุคลากรอย่างทั่วถึงในองค์กรก่อนนำรูปแบบไปใช้ มีการประเมินและวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับบทบาทการจัดการ

ไปเป็นแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับบทบาท
การจัดการสำหรับพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อให้มีข้อมูล
ในการตัดสินใจของผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึก เพื่อประเมินปัญหาและ
อุปสรรคที่นำมาจัดทำโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของ
พยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยวิกฤติ ให้ตอบสนองการ
พัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

2. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความ
พร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โดยศึกษาเปรียบ
เทียบความสามารถในการปฏิบัติบทบาทการจัดการของ
พยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อยืนยันผลผลของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Boston: Pearson.

Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Ann. Rev. Sociology*, 12, 67-92.

Charoenbun, W., Ujaratana, P., & Suwannakhot, K. (2016). The effects of readiness preparation for being charge nurses at a tertiary level hospital in the department of medical services under the Ministry of Public Health. *Nakhon Ratchasima College Journal*, 10(2), 111-124. [In Thai].

Chanchang, L., & Siritarungsri, B. (2014). Quality of nursing services perceived by patients and nursing care personnel at private wards in Trat Hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*, 31, 281-296. [In Thai].

Cohen, J. (1998). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

DeSimone, R. L., Werner, J. M. (2012). *Human resource development* (6th ed.). South-Western: Cengage Learning.

Human Resources Department A tertiary hospital. (2018). Employee handbook: Personnel manual. Document not published. Bangkok: A tertiary hospital. [In Thai].

Johnason, P. (2009). HRM in changing organizational contexts. In Collings. D. G., & Wood, G. (Eds.), *Human resource management: A critical approach*, 19-37.

Khiewpratum, V., Hinjiran, S., & Meehanpong, P. (2022). The Components of Charge Nurse Competency at the Surgical Ward in the Public Secondary Level. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 32(1), 27-39. [In Thai].

Kitsahawong, B., & Singchangchai, P. (2020). Development of a behavioral measure to create innovation in the work of junior nursing administrators Private hospital. *Ramathibodi Nursing Newsletter*, 26(2), 203-216. [In Thai].

Klaewplodtuk, S., & Ratchukul, S. (2009). Relationship between strategic leadership of head nurses. Performance management of the nursing work group and the effectiveness of the ward according to the perception of staff nurses. General hospital. *Journal of the Nursing Division*, 36(2), 15-28. [In Thai].

Lueluang, W., & Vorahan, W. (2011). Factors influencing role practices of professional nurses at operating room in regional hospital, northeast region. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 19(1), 88-99. [In Thai].

Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J. B., & Ghoshal, S. (2003). *The strategy process: Concepts, contexts, cases* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Nursing Division. (2018). *Roles and duties of professional nurses*. Bangkok: Suea Tawan. [In Thai].

Pungseepeng, S. (2017). Nursing practice for critical care. *Public Health & Health Laws Journal*, 3(2), 180-192. [In Thai].

- Quinn, R. E., Bright, D., Faerman, S. R., Thompson, M. P., & McGrath, M. R. (2003). *Becoming a master manager a competency framework*. (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Quinn, R. E., Bright, D., Faerman, S. R., Thompson, M. P., & McGrath, M. R. (2011). *Becoming a master manager a competing values approach*. (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Royal College of Nursing. (2016). *Frontline nurse leadership: An international perspective*. Retrieved from <https://www.rcn.org.uk>
- salary.com. (2023). *Head nurse -intensive care unit jobs*. Retrieved from <https://careers.eisenhowerhealth.org/nursing-job-description/icu-nurse, 2002>
- Supachutikun, A. (2021). Composition and crystallization of the concept of quality, the basis of building trust.-Nonthaburi: *Nursing Home Quality Certification Institute (Public Organization)*, 2021. 238-240. [In Thai].
- Tzeng, H. M. (2004). Nurses' self-assessment of nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 487-496
- Viitanen, E., & Konu, A. (2009). Leadership style profiles of middle level managers in social and health care. *Leadership in Health Services*, 22(2), 108-120.
- Yuenboon, S., Singchungchai, P., & Chatdokmaiprai, K. (2019). The effects of readiness preparation program for first-line nurse managers at a secondary level hospital. *Nursing Journal*, 46(2), 152-163. [In Thai].

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมดุลชีวิตในมิติด้านการ
ทำงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

The Effect of an Application Online Scheduling Program on Work-life Balance of Nursing Personnel a Tertiary Hospital

กัญญาณัฐ ตะติสูงเนิน (Kunyanut Tatisungnoen)*

อุษา ตันทพงษ์ (Usa Tantapong)**

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (Phechnoy Singchangchai)***

Received: July 28, 2024

Revised: August 23, 2024

Accepted: October 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมดุลชีวิตในมิติด้านการทำงาน ระหว่างการจัดตารางทำงานแบบปกติกับการจัดตารางทำงานผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วย ศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ 25 คน (กลุ่มทดลอง) และบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม 25 คน (กลุ่มควบคุม) เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยมี 2 ส่วน คือ โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ และแบบสอบถามการรับรู้สมดุลชีวิตในมิติด้านการทำงาน คุณภาพเครื่องมือได้วิเคราะห์ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Independent t-test และสถิติ Dependent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมดุลชีวิตในมิติด้านการทำงานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$ S.D. = 0.45) และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.97$ S.D. = 0.40) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านงาน ด้านครอบครัว และด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้สมดุลชีวิตของกลุ่มทดลอง

*Corresponding author: Kunyanut Tatisungnoen; E-mail: Buakunya@gmail.com

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Management, Christian University)

**อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Instructor, Faculty of Nursing, Christian University)

***ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Professor, Faculty of Nursing, Christian University)

หลังได้รับโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์พบว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์โดยบุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงานสามารถเข้าไปจัดตารางทำงานและเลือกวันหยุดได้ด้วยตนเอง ส่งผลต่อสมดุลชีวิตทุกด้าน ดังนั้น ผู้บริหารควรนำโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ กำหนดเป็นแนวทางการจัดอัตรากำลังของหน่วยงานและบุคลากรพยาบาลในองค์กรต่อไป

คำสำคัญ: สมดุลชีวิตในมิติด้านการทำงาน, ตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์, บุคลากรพยาบาล

Abstract

This two-group quasi-experimental research aimed to compare the mean scores of professional nurses' perception of work-life balance in the work dimension between regular and online work scheduling. the sample consisted of 25 nursing personnel from the surgical-orthopedic ward (experimental group) and 25 nursing personnel from the medical ward (control group). The research employed a two-part instrument: Part 1: An online work scheduling program. Part 2: A questionnaire about work-life balance in the work dimension. The content validity index of the instrument was 0.96 and the reliability, Cronbach's alpha coefficient was 0.93. Data analysis utilized descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), and inferential statistics (independent t-test and dependent t-test).

The results revealed that after participating in the program, the experimental group's perception of work-life balance in the work dimension reached a high level ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.45), while the control group's perception remained at a moderate level ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 0.40). A comparison of mean scores indicated that the perception of work-life balance in the work dimension among the experimental group, after participating in the online work scheduling program, was significantly higher than that of the control group ($p < .05$). The research results indicate that the online application work scheduling program where all nursing personnel in the unit can enter to arrange their work schedule and choose their own holidays has a positive effect on the balance of life in all aspects. Therefore, the administrators should use the online application work scheduling program as a guideline for staffing the unit and nursing personnel in the organization.

Keywords: Work-life balance, Application online work schedule, Nursing staff

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สมดุลชีวิตในการทำงาน (Work-life balance) ถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่นิยมใช้ในการบริหารองค์กร เพื่อให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน ตั้งแต่ด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา (Kalleberg & Loscocco, 1983; Hodson, 2002) และด้านเศรษฐกิจ (Wright & Kim, 2004; Jung, Moon, & Hahm, 2007) สภาวะการณ์ปัจจุบัน พบว่า ธรรมชาติของงานมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเพื่อให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจโลกการมีสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อาจส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจ อีกทั้งยังเพิ่มประสิทธิภาพต่องาน (Appelbaum & Kamal, 2000) และการส่งมอบงานที่มีคุณภาพสูงขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของเรียม นมรักย์ (Nomrak, 2021) ยังระบุว่า การรับรู้สมดุลชีวิตในมิติด้านการงาน เป็นสิ่งที่ผู้บริหารต้องตระหนัก อีกทั้งยังนำมาเป็นเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการบริหารบุคลากร จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับสมดุลชีวิตมิติด้านการงาน (Work life balance) กับการจัดตารางการทำงาน (Work schedule) พบว่า มีความสัมพันธ์กันซึ่งงานวิจัยของ ดูซินและคณะ (Dousin, Collins, & Kler, 2019) ที่กล่าวว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น มีผลต่อสมดุลชีวิตการทำงาน ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงาน และยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และการศึกษาของโคนิง (Koning, 2014) ซึ่งให้เห็นว่าการจัดตารางเวลาด้วยตนเอง เป็นหนึ่งในปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงาน และยังพบว่าโปรแกรมการจัดตารางการทำงานด้วยตนเอง รองรับตารางการทำงานที่ยืดหยุ่นมากขึ้น และสามารถเป็นประโยชน์ต่อองค์กรพยาบาล

สำหรับบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยบุคลากรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง ซึ่งต้องการจำนวนบุคลากรพยาบาลจำนวนมาก เพื่อให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้นตามกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนและมีความหลากหลาย พบว่าปัญหาภาระงานมีมากขึ้น ส่งผลต่อสมดุลชีวิตด้านการงานของบุคลากรพยาบาล จากงานวิจัยของปราโมทย์ ถ่างกระโทก วินัย ไตรนาทวลย์ เอกกมล ไชโย

และกราดร ชิงยวด (Tangkratok, Trainathawan, Chaiyamo, & Yingyued, 2021) ศึกษาอิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย พบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพไทยอยู่ในระดับน้อย จึงกล่าวได้ว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย การศึกษาของ สวรรณา อินทรสภาร อรรธณ แก้วบุญชู และเพลินพิศ บุญยามาลิก (Inthasathaporn, Kaewbunchu, & Bunyamalik, 2020) ศึกษาสมดุลชีวิตและงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ได้แก่ สมดุลชีวิตและงาน ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ และการรับรู้สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพพบอัตราการลาออกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลชีวิตและการทำงาน

สถานการณ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาในปัจจุบัน พบว่าการจัดตารางการทำงานแบบเดิม ผู้จัดการตารางงานมีสิทธิ์ในการเลือกกำหนดช่วงเวลาปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ในภาพรวม อาจไม่ได้คำนึงถึงความต้องการรายบุคคลในการเลือกผลัดและวันที่ต้องการขึ้นปฏิบัติงาน อีกทั้งการจัดตารางการทำงานแบบเดิมมีระยะเวลาขึ้นปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ที่ยาวนานเกินไป ส่งผลให้บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้า เกิดการเจ็บป่วย การลาหยุดงานแบบฉุกเฉิน เพิ่มภาระงานของบุคลากรพยาบาลที่เหลืออยู่ในผลัดนั้นๆ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 คณะกรรมการสภาการพยาบาลจึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560 เห็นควรประกาศนโยบายชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตระหนักว่า การทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ถือเป็นเกณฑ์สากล การทำงานล่วงเวลา หรือมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นสิทธิของบุคคล และควรเป็นไปตามความสมัครใจ ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลและบุคลากรพยาบาลทุกคน ควรร่วมมือและรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนและหาแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรพยาบาลมีเวลาการทำงาน

ที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการ และตัวบุคลากรพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ ตามประกาศของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาล (Nursing Council, 2019)

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์กรที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพยุควิถีชีวิตใหม่ (Fakfai & Ruetrakul, 2024) จึงส่งเสริมการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ด้านการบริหารอัตรากำลังและจัดตารางงานสำหรับบุคลากรพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทของผู้บริหาร สามารถส่งเสริมการจัดตารางงานพยาบาลที่มีความยืดหยุ่น (flexible working) เพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หรือมีเวลาส่วนตัวเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดตารางการทำงานที่เอื้อต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน แต่ปัจจุบันยังพบว่าโรงพยาบาลดัดยภูมิที่ศึกษาไม่มีการสนับสนุนจากระบบงานเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ดังนั้นการสร้างโปรแกรมจัดตารางการทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์บนแพลตฟอร์มกูเกิ้ล สเปรดชีต (Google spreadsheet) ซึ่งกำหนดให้บุคลากรพยาบาลสามารถขึ้นปฏิบัติงานได้ไม่เกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามอัตรากำลังที่มีจำกัดของหน่วยงานที่สามารถจัดทำได้ โดยให้บุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงานสามารถเข้าโปรแกรมจัดตารางงาน สามารถเลือก ผลัด วันทำงานและวันหยุดได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารณี พิพัฒนกุลชัย เอื้องพร พิทักษ์สังข์ ราตรี นิยมคลอง และจันทนา นามเทพ (Pipattanakulchai, Phithaksang, Chimchalong, & Namthep, 2021) ที่พบว่าความต้องการรูปแบบการจัดตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการเลือกวันหยุดได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 93.5) เนื่องจากบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ที่สามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างคล่องแคล่ว เพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถและเป็นประโยชน์ในการจัดการตารางงานให้เหมาะสมกับบุคลากรพยาบาลรายบุคคลมากขึ้น ส่งเสริมการเพิ่มโอกาสให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานได้ฝึกทักษะการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการตารางงานด้วยตนเอง และ

สามารถแก้ปัญหาการขึ้นปฏิบัติงานที่ยาวนานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อีกทั้งยังสามารถนำโปรแกรมการจัดตารางงานไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานอื่น ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานแบบ 3 ผลัดที่คล้ายคลึงกัน โปรแกรมการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ยังสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบที่ทันสมัยและใช้งานง่ายขึ้น (HREX.asia, 2021) ทำให้บุคลากรมีความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร เกิดวัฒนธรรมองค์กร เกิดขวัญกำลังใจ เกิดผลดีในด้านจิตวิทยาและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลมาวางแผนบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับการะงานในแต่ละหอผู้ป่วยได้

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล กลุ่มที่ได้รับการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (กลุ่มทดลอง) อยู่ในระดับใด
2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลที่ได้รับการจัดตารางงานแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดตารางงานแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (กลุ่มทดลอง)

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดตารางงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดตารางงานแบบปกติ

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดของ ADDIE model (Branson, & Rayner, 1975) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่คิดขึ้นมาโดยศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งรัฐฟลอริดา เมื่อปี 1975 (Florida State University's Center for Educational Technology, 1975) เพื่อใช้ภายในกองทัพของสหรัฐอเมริกา มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบการจัดตารางทำงาน โดยใช้หลักการ

พัฒนาโปรแกรม ที่ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนโดยเริ่มจาก (1) การวิเคราะห์ (Analysis) ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการจัดตารางทำงาน (2) ออกแบบ (Design) การจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (3) การพัฒนาโปรแกรม (Development) เป็นการพัฒนารายงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (4) การนำไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการนำโปรแกรมรายงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ไปให้บุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงานเข้าไปจัดตารางทำงานด้วยตัวเอง และ (5) การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลความสามารถในการใช้โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยตัวเอง และส่งผลกระทบต่อสมคูลชีวิตการทำงาน

โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์

1. การวิเคราะห์ (Analysis) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการจัดตารางทำงานแบบปกติที่ส่งผลกระทบต่อสมคูลชีวิตของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน
2. การออกแบบ (Design) เป็นการออกแบบการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ที่บุคลากรพยาบาลทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
3. การพัฒนา (Development) เป็นการพัฒนารายงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้พร้อมใช้งาน
4. การนำไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการนำโปรแกรมรายงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ไปให้บุคลากรพยาบาลทุกคนในหน่วยงานเข้าไปจัดตารางทำงานด้วยตัวเอง
5. การประเมินผล (Evaluation) ประเมินความสามารถในการใช้โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยตัวเอง

การรับรู้สมคูลชีวิต

1. ด้านงาน
 2. ด้านครอบครัว
 3. ด้านสุขภาพ
- ประยุกต์ใช้แนวคิด (Merrill & Merrill, 2003)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ (กลุ่มทดลอง) จำนวน 25 คน และบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม (กลุ่มควบคุม) จำนวน 25 คน ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม คัดเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดตารางทำงานแบบปกติ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งมีค่า .82 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน/กลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gupta et al., 2016) จากสูตร $N = n/(1-d)$ แทนค่า $= 12/(1-0.2) = 25$ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ที่สร้างขึ้น

1.1 คู่มือการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ของบุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานที่ใช้งานโปรแกรมจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ทราบถึงข้อมูลการจัดตารางทำงาน แนวทางการจัดตารางทำงาน เงื่อนไข ข้อกำหนดต่าง ๆ และวิธีการใช้งานในโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์นี้ ได้รับข้อเสนอแนะจากหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ และได้จัดทำคู่มือในรูปแบบอีบุ๊ก (E-book) โดยสแกนผ่าน QR code และส่งข้อมูลให้สมาชิกทุกคนทราบทางกรุปไลน์ (Application line group) ส่วนกลางของหน่วยงาน

1.2 โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ โดยใช้แพลตฟอร์มของกูเกิ้ลชีต (Google sheet) ที่สร้างขึ้นภายใต้เงื่อนไขและข้อกำหนดที่ตกลงร่วมกันในทีมเริ่มจาก 1. การวิเคราะห์ (Analyte) ประชุมปรึกษา

ร่วมกันเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ความเห็นข้อดีจากการขึ้นเวรปฏิบัติงานที่ยาวนาน ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 2. การออกแบบ (Design) ประชุมปรึกษาเพื่อกำหนดเงื่อนไขและข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับข้อกำหนดในการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ กำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ในโปรแกรมการจัดตารางทำงาน คือ (1) นับจำนวนเวรอัตโนมัติในแต่ละวันและในแต่ละเวร (2) กำหนดวันหยุดอัตโนมัติในตารางทำงาน โดยในแต่ละวัน สามารถขอยุติ หรือลาพักร้อนรวมกันได้ไม่เกิน 5 คนต่อ 1 วัน (3) นับชั่วโมงทำงานอัตโนมัติ ไม่เกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือ 7 เวรต่อ 1 ลือการทำงาน (4) กำหนดวัน Off และวันลาพักร้อนรวมกันยาวติดกันได้ไม่เกิน 6 วัน ต่อการขอยุติยาวใน 1 เดือน 3. การพัฒนา (Development) โดยนำโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและปรึกษาหัวหน้างาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับการใช้งาน 4. การนำไปปฏิบัติ (Implementation) ประชุมทีมอธิบายวิธีการเข้าใช้งานโปรแกรมและข้อกำหนดต่างๆ ที่ตกลงร่วมกัน โดยใช้คู่มือการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ในรูปแบบ E-book สแกนผ่าน QR code ส่งผ่านไลน์กรุป ของหน่วยงาน เพื่อแจ้งให้สมาชิกทุกคนเข้าไปจัดตารางทำงานของตนเอง โดยมีหัวหน้าทีมในแต่ละทีมช่วยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของจำนวนอัตรากำลังในแต่ละทีม 5. การประเมินผล (Evaluation) ประเมินความสามารถของบุคลากรพยาบาลในการเข้าใช้งานโปรแกรม และตรวจสอบความ ครบถ้วน สมบูรณ์ของตารางทำงาน โดยมีหัวหน้างานเป็นผู้กำหนดหน้าที่ของบุคลากรพยาบาลแต่ละบุคคลในผลัดนั้นๆ (พยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาล Member) หลังจากนั้นปริ้นตารางทำงานไว้ในเพิ่มเอกสารตารางทำงานของหน่วยงาน 1 ฉบับเพื่อเป็นหลักฐานการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเดือน

โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ยังสามารถเพิ่มหรือลดตารางเพื่อรองรับจำนวนบุคลากรพยาบาลในกรณีที่มีการลาออก โขกย้าย หรือกรณีที่มีการเพิ่มบุคลากรพยาบาลที่เข้าใหม่ ดังนั้น โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์จึงสามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ในองค์กร ที่มีลักษณะ

การขึ้นปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกัน โดยแบ่งลักษณะการปฏิบัติงานเป็น 3 ผลัด เช่นเดียวกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม การรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุ ปัจจุบัน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ ประสบการณ์การทำงาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันออนไลน์จำนวน 5 ข้อ รวม 10 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) การแปลผลของแบบสอบถามระดับสมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คุณภาพเครื่องมือได้วิเคราะห์ การหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.96 และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีเตียน และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจะได้รับเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ น.12/2566 ลงวันที่ 10 มกราคม 2567 จึงได้นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลคตัญญูที่ศึกษา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ การนำเสนอข้อมูลเสนอในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคตัญญูที่ศึกษา และได้รับอนุญาตจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จึงขอความร่วมมือหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย ทั้ง 2 หน่วยงานมีลักษณะการขึ้นปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 ผลัดเหมือนกัน ตามรูปแบบโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ที่สร้างขึ้น โดยกำหนดตารางทำงานแบบ 3 ผลัด ตามลักษณะการจัดอัตรากำลังขององค์กรพยาบาล ไม่ได้คัดเลือกตามความแตกต่างของภาระงาน ผู้วิจัยได้คัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด นัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลแต่อย่างใด ให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยให้มีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 และเมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ช่วงเวลาที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 นัดพบกลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะ

ได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลแต่อย่างใด และทำแบบประเมินการรับรู้สมดุชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 2 จัดประชุมปรึกษาร่วมกันในทีมบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ เพื่อออกแบบโปรแกรมจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ กำหนดเงื่อนไขและข้อตกลงร่วมกันเพื่อสร้างสูตรเงื่อนไขลงในโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์และพัฒนาโปรแกรมให้พร้อมสำหรับการใช้งาน

สัปดาห์ที่ 3 ชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการใช้งานในโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ให้แก่บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ โดยส่ง QR code คู่มือการจัดตารางทำงานที่สร้างขึ้นในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์บุ๊ก (E-BOOK) ลงในไลน์กรุป (Line Group) ของหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรพยาบาลทุกคนได้ศึกษาข้อมูลและเงื่อนไขต่างๆ ในโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์เพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 4 เปิดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ (กลุ่มทดลอง) เข้าใช้งานในโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ โดยให้บุคลากรพยาบาลทุกคนจัดตารางทำงานของตนเองผ่านโทรศัพท์มือถือ (Smart phone) ไอแพด (I pad) โน้ตบุ๊ก (Note book) หรือคอมพิวเตอร์ (Computer) ส่วนกลางของหน่วยงาน โดยสามารถเข้าจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ พร้อมกันครั้งแรกในวันที่ 11 มีนาคม 2567 เพื่อจัดตารางทำงานล่วงหน้าที่จะขึ้นปฏิบัติงานในเดือน เมษายน 2567 และกำหนดวันสุดท้ายที่บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าไปจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ของเดือนเมษายน 2567 คือวันที่ 20 มีนาคม 2567 ส่วนการเข้าไปจัดตารางทำงานล่วงหน้าของเดือนพฤษภาคม 2567 บุคลากรพยาบาลสามารถจัดล่วงหน้าต่อไปได้ตามช่วงเวลาในแต่ละบุคคลสะดวก และสิ้นสุดการเข้าไปจัดตารางทำงานล่วงหน้าของเดือนพฤษภาคม 2567 คือ

วันที่ 20 เมษายน 2567 รวมทั้งติดตามผลการเข้าใช้งานในโปรแกรมการจัดตารางการด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ของบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ และช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระหว่างที่บุคลากรพยาบาลเข้าไปจัดตารางการทำงานด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 ประเมินผลการรับรู้สมดุชีวิตในมิติด้านการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานตามตารางการทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ที่จัดด้วยตัวเอง โดยให้บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ ตอบแบบสอบถาม 1 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการรับรู้สมดุชีวิตในมิติด้านการทำงาน

สัปดาห์ที่ 6. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้ค้นพบกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับการดูแลตลอดการทดลอง รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม 1 ครั้งในสัปดาห์แรก ให้ตอบแบบสอบถาม 1 ฉบับ เมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเป็นครั้งที่ 2 โดยให้ตอบแบบสอบถาม 1 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูล ส่วน บุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่รับผิดชอบ ประสิทธิภาพปฏิบัติงาน เปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบ Chi-square หรือ Fisher's exact

2. ใช้สถิติเชิงอ้างอิง เปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้สมดุชีวิตในมิติด้านการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ทดสอบแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ t test และการทดสอบ Shapiro-Wilk test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมดุชีวิตในมิติด้านการทำงานภายในกลุ่ม

ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ pair t test และเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ด้วยสถิติ Independent t test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 48 มีอายุเฉลี่ย 31.00 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 76 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 76 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี คิดค่าเฉลี่ย 11.60

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

กลุ่มควบคุม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนการทดลอง	3.08	0.29	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	3.46	0.46	ปานกลาง	-4.23	.16

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.29) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.45$,

S.D. = 0.46) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ dependent t-test พบว่า คะแนนการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -4.23$, $p > .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ (n = 25)

กลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนการทดลอง	2.97	0.40	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	4.20	0.45	มาก	-9.24	.000

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 0.40) และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.45) เมื่อนำมา

ทดสอบทางสถิติใช้ dependent t-test แล้ว พบว่า คะแนนการรับรู้สมคูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -9.24$, $p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลของกลุ่มควบคุม (n = 25) และกลุ่มทดลอง (n = 25) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.08	0.29	ปานกลาง	2.97	0.40	ปานกลาง	-0.89	.16
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.46	0.46	ปานกลาง	4.20	0.45	มาก	4.37	.00

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.46) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชัน

ออนไลน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.45) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ dependent t-test แล้วพบว่า คะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 4.37$, $p < .05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของกลุ่มทดลอง (n = 25) จำแนกรายด้านหลังการทดลอง

การรับรู้สมมูลชีวิต	หลังการทดลอง						t	p-value
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง				
	$\bar{X}_1$	S.D. ₁	แปลผล	$\bar{X}_2$	S.D. ₂	แปลผล		
ด้านงาน	3.54	0.36	ปานกลาง	4.26	0.43	มาก	6.43	.000
ด้านครอบครัว	3.36	0.57	ปานกลาง	4.08	0.76	มาก	3.80	.000
ด้านสุขภาพ	3.47	0.47	ปานกลาง	4.25	0.45	มาก	6.44	.000
รวม	3.46	0.46	ปานกลาง	4.20	0.45	มาก	6.88	.000

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตรายด้านของบุคลากรพยาบาลกลุ่มควบคุม หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.46) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานรายด้านของบุคลากรพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.45) แยกเป็นรายด้านคือ ด้านงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.43)

ด้านครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 0.76) และด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.45) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ dependent t-test แล้วพบว่า คะแนนการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 6.88$, $p < .05$)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม คือ บุคลากรพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 25 คน ทำการทดสอบสมมติฐาน t-test การแจกแจงของประชากร (Test of Normality) พบว่าเป็น แบบโค้งปกติ (Normal Distribution) และ Shapiro wilk ได้ค่าเท่ากับ 0.47 ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ จากการศึกษาการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเกิดความสะดวกสบายด้านงานที่ดียังส่งผลให้เกิดสมมูลชีวิตด้านสุขภาพและด้านครอบครัวตามมา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้น การจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ที่บุคลากรพยาบาลทุกคนสามารถเข้าไปจัดตารางทำงานตามที่ตนเองต้องการ และเลือกวันหยุดได้ด้วยตนเอง ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงร่วมกันในทีม ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลมีสมมูลชีวิตที่ดีขึ้นเนื่องจากมีอิสระในการเลือกวันทำงานและวันหยุดได้ด้วยตนเอง เกิดความพึงพอใจในงาน ส่งเสริมความรักและผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของ เรียม นมรักย์ (Nomrak, 2021) ที่ศึกษาสมมูลชีวิตการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ พบว่า องค์กรควรให้ความสำคัญ กับการจัดชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น มีการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมทั้งการทำงานและชีวิตส่วนตัว เป็นการสร้างให้เกิดสมมูลระหว่างชีวิตและการทำงาน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงานของบุคลากรพยาบาล กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ พบว่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการจัดตารางทำงานแบบปกติ โดยนำแนวแนวคิดของ ADDIE model มาประยุกต์ใช้ โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาการจัดตารางทำงาน และการขึ้นปฏิบัติงานที่ยาวนาน การออกแบบโปรแกรมการจัดตารางทำงานโดยใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ ที่บุคลากรพยาบาลทุกคนสามารถเข้าถึงได้ผ่าน

โทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) พัฒนาโปรแกรมให้พร้อมใช้งาน โดยปริญญ์ผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมและผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดอัตรากำลัง หลังจากนั้นนำโปรแกรมไปให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานปฏิบัติ และประเมินผลสำเร็จของการจัดตารางทำงานด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ซึ่งแตกต่างจากกระบวนการการจัดตารางทำงานโดยผู้จัดเพียงคนเดียว โดยที่บุคลากรพยาบาลไม่มีส่วนร่วมในการเลือกวันทำงาน และวันหยุดด้วยตนเอง ไม่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารณี พิพัฒนกุลชัยและคณะ (Pipatkulchai, Pituksung, Chimchalong & Namthep, 2021) ที่ได้ศึกษาความต้องการรูปแบบการจัดตารางการทำงาน ส่วนใหญ่พยาบาลมีความต้องการเลือกวันหยุดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 93.5 โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาล Gen Y และ Gen Z เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา มีบุคลากรพยาบาลทั้งหมด 27 คน พบว่าเป็นบุคลากรพยาบาลที่อยู่ใน Gen Y และ Gen Z จำนวน 22 คน ซึ่งส่วนใหญ่ชอบความมีอิสระในการบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ง่าย และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดูชิน คอลลินส์และเคลียร์ (Dousin, Collins, & Kler, 2019) ที่กล่าวว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่น มีผลต่อสมมูลชีวิตการทำงาน ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงาน และยังคงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน

นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ยังส่งผลต่อการรับรู้สมมูลชีวิตรายด้านในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมมูลชีวิตในมิติด้านการทำงาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และยังคงส่งผลให้เกิดสมมูลชีวิตด้านครอบครัวและด้านสุขภาพตามมา และโปรแกรมการจัดตารางทำงานด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ที่นำเสนอยังสามารถปรับให้เข้ากับสถานการณ์จริงต่าง ๆ ของหน่วยงานตามกรอบอัตรากำลังและจำนวนบุคลากรของแต่ละหน่วยงาน อีกทั้งยังใช้เวลาจัดตารางทำงานที่สั้นลง และช่วยกระจายภาระงานของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรพยาบาลเป็นผู้เลือกวันขึ้นปฏิบัติงานและเลือกวันหยุดด้วยตนเอง ส่งเสริมให้เกิดสมมูลชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร ใช้เป็นแนวทางในการการออกแบบตารางเวลาทำงานและกำหนดชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับลักษณะงาน วางแผนการทำงานของตนเองได้อย่างเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดตารางทำงานที่มีระบบการแจ้งเตือนเมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องการอัตราจ้างเพิ่มเติมฉุกเฉิน เมื่อบุคลากรที่กำลังปฏิบัติงานต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Appelbaum, S., & Kamal, R. (2000). An analysis of the utilization and effectiveness of non-financial incentives in small business. *Journal of Management Development*, 19, 733-763. 10.1108/02621710010378200
- Branson, R. K., Rayner, G. T., Cox, J. L., Furman, J. P., King, F. J., & Hannum, W. H. (1975). *Interservice procedures for instructional systems development: Executive summary and model*. (Vols. 1-5) TRADOC
- Dousin, O., Collins, N., & Kler, B. K. (2019). Work-life balance, employee job performance and satisfaction among doctors and nurses in Malaysia. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(4), 306-319.
- Fakfai, S., & Ruetrakul, J. (2024). Desirable competencies of professional nurses in the new normal, health unit under the Ministry of Public Health, Area health 2. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(2), 139-152. [In Thai].
- Gupta, D. K., Bhatia, A., Kumar, A., Das, T. K., Jain, N., Tomer, R., ...Pathak, H. (2016). Mitigation of greenhouse gas emission from rice-wheat system of the Indo-Gangetic plains: Through tillage, irrigation and fertilizer management. *Agriculture, Ecosystems and Environment*, 230, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.agee.2016.05.023>
- Hodson, R. (2002). Demography or respect?: Work group demography versus organizational dynamics as determinants of meaning and satisfaction at work. *The British journal of sociology*, 53(2), 291-317. <https://doi.org/10.1080/00071310220133359>.
- HREX.asia. (2021). *VUCA In the modern working world: 4 techniques for dealing with uncertainty for modern leaders*. Retrieved from <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/vuca-for-leader-in-future-work-03032021/>. [In Thai].
- Inthasathaporn, S., Kaewbunchu, O., & Bunyamalik, P. (2020). Work-life balance and factors related to fatigue among nurses working on inpatient wards. An advanced tertiary hospital. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(2), 129-143. [In Thai].
- Jung, K., Moon, M. J., & Hahm, S. D. (2007). Do age, gender, and sector affect job satisfaction? Results from the Korean labor and income panel data. *Review of Public Personnel Administration*, 27(2), 125-146. DOI:10.1177/0734371X06289229. [In Thai].
- Kalleberg, A. L., & Loscocco, K. A. (1983). Aging, values, and rewards: Explaining age differences in job satisfaction. *American Sociological Review*, 48(1), 78-90. <https://doi.org/10.2307/2095146>
- Koning, C. (2014). Does self-scheduling increase nurses' job satisfaction? An integrative literature review. *Nursing management (Harrow, London, England: 1994)*, 21(6), 24-28. <https://doi.org/10.7748nm.21.6.24.e1230>

- Koruca, H., Emek, M. S., & Gulmez, E. (2023). *Development of a new personalized staff-scheduling method with a work-life balance perspective: case of a hospital*. *Annals of operations research*, 1-28. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10479-023-05244-2>
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick, & L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nursing Council. (2019). Announcement of the nursing Council on nursing standards 2019. *The Royal Gazette*, 136, (Special Section 97), 30-36. [In Thai].
- Nomrak, R. (2021). *Work-life balance in professional nurses*. *Valaya Alongkorn Review Journal (Humanities and Social Sciences)*, 11(3), 176-186. [In Thai].
- Pipattanakulchai, D., Phithaksang, U., Chimchalong, R., & Namthep, C. (2021). Study of chronotype characteristics and the need for work scheduling formats for nurses at university hospitals. *Nursing and Midwifery Council Journal*, 36(4), 131-145. [In Thai].
- Thangkratok, P., Trainattawan, W., Chaimo, E., & Yingyoud, P. (2021). The influence of work-life balance and job satisfaction on the quality of life of Thai professional nurses. *Journal of Health Science of Thailand*, 30(2), 344-352. [In Thai].
- Wright, B. E., & Kim, S. (2004). Wright B. E. & Kim. (2004). Participation's influence on job satisfaction: The importance of job characteristics. *Review of Public Personnel Administration*, 24(1), 18-40. DOI:10.1177/0734371X03259860

บทความวิจัย

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Health Needs and Health-related Quality of Life among Older Adult Patients with Chronic Heart Failure

หทัยทิพย์ ดวงศิริ (Hataitip Doungsiri)*

นงพิมล นิมิตรอนันท์ (Nongpimol Nimit-Arnun)**

ศศิธร รุจนเวช (Sasitorn Roojanavech)***

Received: July 31, 2024

Revised: August 29, 2024

Accepted: September 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังภายหลังการจำหน่ายจำนวน 100 คน ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ของปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษา โดยใช้แบบสอบถามความรุนแรงของโรค ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพชีวิต (ค่าความเชื่อมั่น = 0.79, 0.80, 0.88 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระยะที่ 2) ศึกษาความต้องการจำเป็นด้านบริการและด้านข้อมูลสุขภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 32 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี ($M = 3.93$, $SD = 0.44$) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 82.00) และระดับ 1 (ร้อยละ 18.00) ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพระดับน้อย ($M = 1.48$, $SD = 0.39$) และด้านข้อมูล

**Corresponding author: Nongpimol Nimit-Arnun; E-mail: drnongpimol999@gmail.com

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Student, Master of Nursing Program in Adult and Gerontological, College of Nursing, Christian University of Thailand)

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand)

สุขภาพระดับปานกลาง ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$) ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407$, $p < .01$) ข้อค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นศรัทธาและความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการแต่ยังต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตน มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยพบแพทย์และสถานที่รองรับบริการไม่สะดวกสบาย จึงต้องการบริการเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเน้นการให้ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคและการดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการผิดปกติ อาหารเฉพาะโรค การจำกัดน้ำดื่ม รุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407$, $p < .01$) ข้อค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นศรัทธาและความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการแต่ยังต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตน มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยพบแพทย์และสถานที่รองรับบริการไม่สะดวกสบาย จึงต้องการบริการเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเน้นการให้ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคและการดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการผิดปกติ การใช้ยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

คำสำคัญ: ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ, ผู้ป่วยสูงอายุ, ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

Abstract

This mixed method research aimed to study and analyzed relationship between health needs, disease severity, and health-related quality of life perception among 100 older patients with chronic heart failure, in post-discharge phase in Ratchaburi province. **Phase 1:** Survey study was applied to described problem situation, and also the relationship between studied variables. Data collection were 3 sets of interviewing instruments, those consisted of health needs, disease severity, and quality of life perception. Their reliability coefficient, Cronbach's alpha at 0.79, 0.80, 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's Correlation Coefficient. **Phase 2:** Qualitative study was applied to explore needs of healthcare service and health information. The structured open-ended questions were applied for 32 informants interviewing. The collected data were analyzed by content analysis method. **The results** revealed that (overall) quality of life perception was in good level ($M = 3.93$, $S.D. = 0.44$). Disease severity was in NYHA FC-II (82.00%) and NYHA FC-I (18.00%). Healthcare service needs were in low level ($M = 1.48$, $S.D. = 0.39$), and health information needs were in moderate level ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$). Disease severity was negative correlated with the (overall) quality of life significantly ($r = -.407$, $p\text{-value} < .01$). **Findings from qualitative approach** showed that most of them were trust and faith for health personnel, and also satisfied of healthcare service manner. However, they still

needed some important information for self-care. They had significant problems both queuing and inconvenient place for doctor's visit. Therefore, they wished the specialized services those response to their needs. The suggestions for nurses are concerning about health need assessment, so that service system developing that appropriate for clients. The essential health information such as; disease prognosis, investigation report, abnormal clinical signs, restrict diet and oral fluid intake.

Keywords: Health needs, Health-related quality of life, Elderly patients, Chronic heart failure.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งใช้ทรัพยากรในการรักษาสูง (Virani, Bains, Code, Ducharme, Harkness, & Howlett, 2017) ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 170 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า (Yancy, Januzzi, & Allen, 2017) ประเทศไทยพบมีอัตราการตายสูงร้อยละ 10 ต่อปี ระยะเวลาอนเฉลี่ย 10-20 วัน และเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Kanchanawanit & Prominthikul, 2015) ภาวะนี้มักพบในผู้สูงอายุ (Omary et al., 2018; Urbich et al., 2020) อันเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การทำงานของระบบต่างๆ ลดลงเจ็บป่วยง่ายและมีอาการรุนแรง ใช้ระยะเวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพนานกว่ากลุ่มวัยอื่น (Mongkolsomlit, Homkom, & Ivanovitch, 2022) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อีกทั้งเมื่อหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยประสบปัญหาสุขภาพและมีความต้องการบริการสุขภาพหลายประการ ได้แก่ การจัดการอาการ การดำเนินโรค การดูแลตนเอง และการเข้าถึงข้อมูล (Harding et al., 2008) ผู้ป่วยจึงควรได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจากทีมสุขภาพ (Jaarsma et al., 2021; Kanchanawanit & Prominthikul, 2015)

ช่วงเวลาของการดูแลตนเองที่บ้านและกลับมาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยย่อมได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายประการที่มีผลคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หากรับรู้ถึงความพร้อมหรือไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อ

พยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลง กรีน และครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) อธิบายว่าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความพึงพอใจ การขาดหรือความพร้อม ความไม่ครบถ้วน ปัญหา อุปสรรคหรือข้อจำกัดใดๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลการบำบัดรักษาจากแพทย์พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรสุขภาพพึงตระหนักถึงความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเมการี (Megari, 2013) อธิบายว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพหมายถึงการให้คุณค่าหรือความพึงพอใจในการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยซึ่งได้รับผลกระทบจากภาวะอันตราย การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม เนื่องมาจากข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถ กระทำบทบาทหน้าที่และกิจกรรมทางสังคมเดิม นอกจากนั้น ทิมมินส์ (Timmins, 2006) เสนอว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเน้นว่าข้อมูลนั้นต้องตรงหรือสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นข้อมูลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวและเผชิญกับสภาพปัญหา อุปสรรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพจึงส่งผลโดยตรงต่อสภาวะสุขภาพทางกายและจิตของผู้ป่วย

อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล มีจันทร์ นงพิมล นิมิตรอนันท์ และศศิธร รุจนเวช (Mejunpet, Nimit-Arun, & Roojanavech, 2023) พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นรายบุคคล จะมีค้นหาปัญหาาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ มีการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาค้นคว้าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในช่วงหลังการจำหน่ายภายในระยะเวลา 1 ปี (Post-discharge phase) ยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทย ย่อมทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ อนึ่ง จังหวัดราชบุรี มีโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่จัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 80.0) วันนอนพักในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6-10 วัน อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (ร้อยละ 10.0) อัตรา

การเสียชีวิต (ร้อยละ 5.4) ค่ารักษาเฉลี่ยปีละ 5 ล้านบาท (Suthiwartnarueput, 2022) แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยและความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและหาความสัมพันธ์ของความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

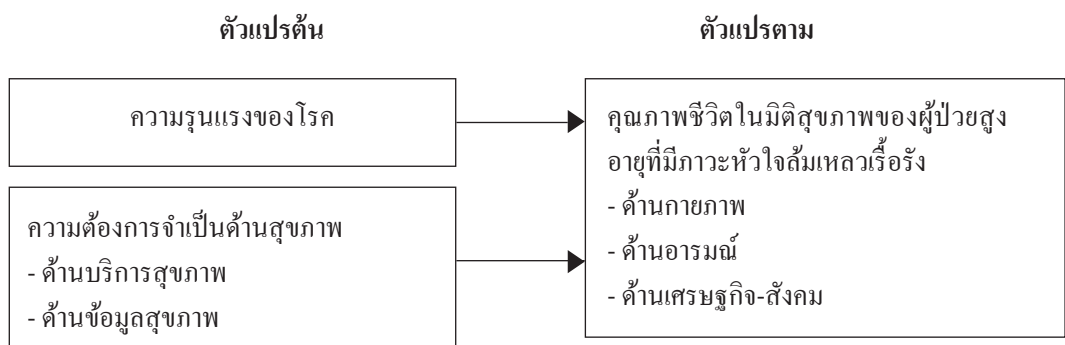
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสม ชนิดแบบแผนลำดับขั้น (Mixed methodology: Sequential Design) (Creswell & Creswell, 2018; Buasonte, 2011) เก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 3 แห่งในจังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกเฉพาะโรคหัวใจ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม 3 ตอน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ (จำนวน 100 คน) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของปัญหาและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลมาประมวล วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทดสอบ

สมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาต่อจากระยะที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจให้กระจ่างชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ชุดคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง (Structural open-ended questions) ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพและด้านข้อมูลสุขภาพ จากนั้นนำข้อมูลดิบ (Raw data) มาวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อค้นพบ (Findings) ที่ได้นำไปอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 708 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 61-80 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 28 วัน-1 ปี สดัมป์พัชญะดี มีคะแนนการรู้คิด 0-7 คะแนน (Brooke & Bullock, 1999; Aree-Ue, Youngcharoen, 2020) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี อารมณ์ทางคลินิกที่ไม่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรืออยู่ในภาวะวิกฤติซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

ได้รับการสุ่มแบบเจาะจง และ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร $n = 25k$ (k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา = 4 ตัวแปร) (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998) ได้จำนวน 100 ราย โดยไม่มีการสูญเสียข้อมูล (Drop out) ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Participant) จำนวน 32 ราย คัดเลือกโดยความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกรายบุคคล ซึ่งเป็นตัวแทนจากกลุ่มตัวอย่างจาก 3 โรงพยาบาล เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ หรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 CIT-Thai version) พัฒนาโดย บรู๊คและบัลลอค (Brooke & Bullock, 1999) แปลเป็น

ภาษาไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ชัยเจริญ (Aree-Ue, Youngcharoen, 2020)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์ 5 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาหัวใจ และหลอดเลือด และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต้องมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป (Nunnally et al., 1978)

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นแบบตัวเลือกและเติมคำตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และ สภาวะการเจ็บป่วยและแผนการรักษา

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ในที่นี่ใช้แบบประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามเกณฑ์ของ The New York Heart Association Classification (Yancy et al., 2017; Krethong, Jirapaet, Jitpanya, & Sloan, 2008; Apiromrat, 2017) เป็นแบบตัวเลือก 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน NYHA FC-I = 1 คะแนน, NYHA FC-II = 2 คะแนน, NYHA FC-III = 3 คะแนน, และ NYHA FC-IV = 4 คะแนน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 ค่าความเชื่อมั่น = 0.79 การแปลผลค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อจำกัดอย่างมากในการทำกิจกรรมประจำวันตามปกติ เนื่องจากมีอาการเหนื่อย หายใจลำบากอย่างชัดเจนจากพยาธิสภาพของโรค

2.3 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับน้อย (1.00-1.49) ระดับปานกลาง (1.50-2.49) ระดับมาก (2.50-3.49) และมากที่สุด (3.50-4.00) (Wright & Masters, 1982) แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1) ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 4 ด้าน 1) ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ 2) ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ 3) ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ 4) การยอมรับคุณภาพบริการ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

= 1 ค่าความเชื่อมั่น = 0.81 การแปลผล คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้และพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพในระดับต่ำ/แย่/วิกฤต (มีปัญหามากในบริการด้านนี้มาก)

ตอนที่ 2) ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านโรค/แผนการรักษาและด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 และค่าความเชื่อมั่น = 0.86 การแปลผล คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีข้อมูลเรื่องนี้มีค่าจำเป็นหรือมีความสำคัญอย่างมาก

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมินิโซต้า (Minnesota Living with Heart Failure) (Rector, Kubo, & Cohn, 1987; Krethong, 2007) เป็นการสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) 6 ระดับ จำนวน 21 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกายภาพ 8 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ 5 ข้อ 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม 8 ข้อ แบ่งระดับคุณภาพชีวิตฯ เป็น 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับต่ำมาก (0.00-0.99) ระดับต่ำ (1.00-1.99) ระดับปานกลาง (2.00-2.99) ระดับดี (3.00-3.99) และระดับดีมาก (4.00-5.00) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.95 และค่าความเชื่อมั่น = 0.88

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้และความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจของการให้บริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการสุขภาพ ภาระค่าใช้จ่าย สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และคุณภาพการบริการ 2) การรับรู้และความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ โรคและแผนการรักษาประเภทของสื่อสุขภาพ และวิธีการดูแลสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และจริยธรรม มหาวิทยาลัยคริสเตียน (เอกสารเลขที่ น. 23/2566 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567) รวมทั้งได้รับหนังสืออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการและผู้บริหารจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ

ของผู้ให้ข้อมูลในการรักษาความลับ และการให้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ อธิบายวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล และขั้นตอนการเก็บข้อมูล มีการลงนามยินยอมในเอกสารไว้เป็นหลักฐาน พร้อมทั้งให้ญาติร่วมลงนามเป็นพยาน ให้การรับประกันแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกปกปิดและรักษาเป็นความลับจะรายงานในผลการวิจัยเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการวิจัยและทางวิชาการเท่านั้น และมีการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้จนกว่าผลการวิจัยจะได้รับการตีพิมพ์ หลังจากนั้นจะทำลายในระยะเวลาที่กำหนด มีการจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว สงบ สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย หากผู้ให้ข้อมูลมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะได้รับการดูแลจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทันที ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการสุขภาพ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในวันนัดตรวจซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลารายละ 40 นาที-1 ชั่วโมง ทั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพตามความสมัครใจ โดยทำการตรวจสอบและสอบทานความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลดิบ (Raw data) ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (Colaizzi, 1978) ที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม มีการวิเคราะห์ 7 ขั้นตอน

- 1) อ่านหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจในภาพรวม
- 2) เลือกประโยคหรือวลีที่มีความหมาย (Significant statement)
- 3) นำวลีที่ได้มาให้ความหมายเป็นข้อความที่กระชับโดยคงความหมายเดิม (Formulated meaning)
- 4) ไล่หมายเลขและจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ (Clustering)
- 5) พิจารณาตั้งเป็นประเด็นย่อย (Sub-themes)
- 6) จัดหมวดหมู่ของประเด็นย่อยแล้วตั้งเป็นประเด็นหลักและประเด็นสำคัญ

(Themes) และ 7) นำมาเรียบเรียงเป็นข้อความเรียงที่แสดงสาระสำคัญทั้งหมด (Essence content)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 อายุเฉลี่ย 69.4 ปี (S.D. = 5.65) ช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.0 ไม่เรียนหนังสือ ร้อยละ 12.0 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.0 รายได้เฉลี่ย

ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 52.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 64.0 ส่วนสภาวะการเจ็บป่วยและแผนการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ร้อยละ 38.0 ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-6 เดือน ร้อยละ 32.0 (S.D. = 3.19) มียาที่ใช้เป็นประจำอย่างน้อย 3 กลุ่ม ร้อยละ 55.0 มีการกลับเข้ารับการรักษารักษาภายใน 28 วัน- 1 ปี ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ NYHA FC-II (ร้อยละ 82.0) รองลงมา ระดับ NYHA FC-I (ร้อยละ 18.0)

ตารางที่ 1 แสดงความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 100)

ตัวแปรศึกษา	M	S.D.	ระดับ
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (โดยรวม)	3.93	0.44	ดี
ด้านกายภาพ	3.81	0.61	ดี
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม	3.96	0.38	ดี
ด้านอารมณ์	4.12	0.56	ดีมาก

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวม ระดับดี (M = 3.93, S.D. = 0.44) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านอารมณ์ ระดับดีมาก

(M = 4.12, S.D. = 0.56) การรับรู้ด้านกายภาพและด้านเศรษฐกิจ-สังคม ระดับดี (M = 3.81, S.D. = 0.61; M = 3.96, S.D. = 0.38)

ตารางที่ 2 แสดงความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ โดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 100)

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (โดยรวม)	1.76	0.27	ปานกลาง
ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ (โดยรวม)	1.48	0.39	น้อย
ความสามารถการเข้าถึงแหล่งบริการ	2.49	0.71	ปานกลาง
ความเพียงพอของบริการ	1.39	0.48	น้อย
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว.....	1.62	0.73	ปานกลาง
ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	1.28	0.60	น้อย
การยอมรับคุณภาพบริการ	1.11	0.42	น้อย
ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ (โดยรวม)	1.99	0.28	ปานกลาง
ด้านโรคและแผนการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับ.....			
โรค และการดำเนินของโรค	2.85	0.60	มาก
ผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ	2.33	0.69	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ โดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 100) (ต่อ)

ตัวแปรศึกษา	M	S.D.	ระดับ
การสังเกตและประเมินอาการผิดปกติ	2.15	0.79	ปานกลาง
วิธีการใช้ยา การรับประทานยา และการเก็บยา	1.91	0.77	ปานกลาง
การมาพบแพทย์ (กรณีฉุกเฉิน)	1.33	0.72	น้อย
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับ.....			
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	2.48	0.74	ปานกลาง
การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การจำกัดน้ำดื่ม	2.31	0.59	ปานกลาง
การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	2.22	0.59	ปานกลาง
การพักผ่อน การนอนหลับ	1.25	0.60	น้อย
การจัดการความเครียด กิจกรรมผ่อนคลาย สันทนาการ	1.11	0.34	น้อย

จากตารางที่ 2 พบ ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ (โดยรวม) ระดับปานกลาง ($M = 1.76$, $S.D. = 0.27$) เมื่อจำแนกความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ (โดยรวม) ระดับน้อย ($M = 1.48$, $S.D. = 0.39$) และจำแนกรายด้าน พบว่า ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการระดับปานกลาง ($M = 2.49$, $S.D. = 0.71$) รองลงมา ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการยอมรับคุณภาพบริการ ระดับน้อย ($M = 1.39$, $S.D. = 0.48$; $M = 1.28$, $S.D. = 0.60$; $M = 1.11$, $S.D. = 0.42$) ด้านความเพียงพอของบริการ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าความต้องการฯ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ระดับปานกลาง ($M = 1.62$, $S.D. = 0.73$)

ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$) เมื่อจำแนกรายด้าน โรคและแผนการรักษา พบว่าความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค ระดับมาก ($M = 2.85$, $S.D. = 0.60$) รองลงมาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ การสังเกตและประเมินอาการผิดปกติ การใช้ยา ระดับปานกลาง ($M = 2.33$, $S.D. = 0.69$; $M = 2.15$, $S.D. = 0.79$; $M = 1.91$, $S.D. = 0.77$) ด้านการ

ดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าความต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การจำกัดน้ำดื่ม และการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ระดับปานกลาง ($M = 2.48$, $S.D. = 0.74$; $M = 2.31$, $S.D. = 0.59$; $M = 2.22$, $S.D. = 0.59$)

ข้อค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การยอมรับความเจ็บป่วย 2) การรับรู้อาการผิดปกติสำคัญที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 3) ความเชื่อมั่นศรัทธา และ 4) ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการ แต่ยังคงต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ อาหารเฉพาะโรค การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา มีความเข้าใจการอ่านฉลากยาที่ละเอียดชัดเจนดี แต่มีปัญหาการอ่านแผ่นพับที่ใช้ตัวอักษรขนาดเล็ก มองเห็นไม่ชัด จึงต้องการการให้คำแนะนำแบบปากเปล่าร่วมกับญาติ สภาพห้องตรวจโรคมีผู้ป่วยจำนวนมาก ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่กล้าซักถามในรายละเอียด และไม่ทราบจะซักถามในเรื่องใด มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยและสถานที่รอพบแพทย์ จึงต้องการบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (โดยรวม)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความรุนแรงของโรค	-	-.418**	-.307**	-.289**	.407**	-.026	-.095	-.041
2. คุณภาพชีวิต๑								
ด้านกายภาพ	-.418**	-	.701**	.559**	.924**	-.164	-.096	-.161
3. คุณภาพชีวิต๑	-.307**	.701**	-	.552**	-.159	-.105	.860**	-.164
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม								
4. คุณภาพชีวิต๑	-.289**	.559**	.552**	-	-.057	-.031	.776**	-.055
ด้านอารมณ์								
5. คุณภาพชีวิต๑ (รวม)	-.407**	.924**	.860**	.776**	-.155	-.094	-	-.155
6. ความต้องการ๑	.026	-.164	-.159	-.057	-	.303**	-.155	.813**
ด้านบริการสุขภาพ								
7. ความต้องการ๑	-.095	-.096	-.105	-.031	.303**	-	-.094	.801**
ด้านข้อมูลสุขภาพ								
8. ความต้องการ๑	-.041	-.161	-.164	-.055	.813**	.801**	-.155	-
ด้านสุขภาพ (รวม)								

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต๑ ระดับต่ำ (Best, 1977) ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม และด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.407$, $r = -.418$, $r = -.307$, $r = -.289$, $p < .01$) ขณะที่ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิต๑ (โดยรวม) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการจำเป็น๑ โดยรวมระดับน้อย ($M = 1.48$, $S.D. = 0.39$) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้และพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณารายชื่อยังพบว่ามีความต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ระดับปานกลาง ($M = 1.62$, $S.D. = 0.73$) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาในการดำเนินมา

ดังกล่าวว่า “หมอไม่ค่อยให้คำแนะนำ ไม่ถาม... ไม่บอก อาจเพราะเหนื่อยจากคนไข้จำนวนมาก” อธิบายได้ว่าเนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 3 แห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (รัฐบาล) ซึ่งมีจำนวนผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลต่อการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่สามารถให้ข้อมูลแบบเฉพาะรายบุคคลได้อย่างละเอียดและครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดภาวะเจ็บป่วยย่อมเกิดความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อีกทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ดังแนวคิดของกรีน และครูเตอร์ที่ว่าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลและผู้ป่วยต่อสถานะความขาดแคลน ความไม่เพียงพอของปัจจัยเกื้อหนุนและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อสร้างไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Green & Kreuter, 2005) สอดคล้องกับรัตนภรณ์ สังข์ทอง ได้สรุปความต้องการ

จำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ดังนี้

- 1) ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล
- 2) การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน
- 3) การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย และ
- 4) การรับรู้การพยากรณ์ของโรค (Sungthong, Kongsuwan, & Prompahakul, 2023) ความต้องการจำเป็นฯ ระดับน้อย ได้แก่ การให้ข้อมูลสุขภาพ การตอบข้อสงสัย หรือข้อข้องใจและการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ด้วยความเต็มใจ การได้รับการอธิบายผลการตรวจสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ การได้รับการประสานส่งต่อ การได้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และความเชื่อมั่น ศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ อธิบายได้ว่าความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพระดับน้อย คือ ผู้สูงอายุรับรู้และพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพระดับดี หรือไม่มีปัญหาในบริการด้านนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล จึงทำให้ใช้เวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลไม่นาน อีกทั้งการคมนาคมสะดวก บางรายมีฐานะมีรถรับส่ง และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร่วมกับการใช้บริการในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานจนผูกพันและเชื่อมั่นในการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ

ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการจำเป็นฯ โดยรวม ระดับปานกลาง ($M = 1.99$, $S.D. = 0.28$) อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเรื่องนี้มีความจำเป็นหรือมีความสำคัญปานกลาง (ต้องการปานกลาง) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านโรคและแผนการรักษา มีความต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคระดับมาก ($M = 2.85$, $S.D. = 0.60$) ดังคำกล่าว “เวลาให้คำแนะนำ..เราเข้าใจ เพราะว่าชี้แจงชัดเจน เวลาไม่เข้าใจมีสอบถามเพิ่มเติม..ก็ถามให้เข้าใจจนได้” และด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระดับปานกลาง ($M = 2.48$, $S.D. = 0.74$) หมายถึงรับรู้ว่าข้อมูลเรื่องนี้มีความจำเป็นหรือมีความสำคัญอย่างมาก (ต้องการมาก) ดังคำกล่าว “นักกายภาพบอกให้เดินออกกำลังทุกวัน หลังข้าว ไม่ค่อยได้ทำหรอก....กลัวเหนื่อย” “ออกกำลังกาย แกว่งแขน ทำบ้างไม่ทำบ้าง” สามารถ

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มโรคที่ภาวะอันตรายต่อชีวิตจึงทำให้เกิดความระมัดระวังในการดูแลตนเองและต้องการข้อมูลต่างๆ ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า ควรปรับปรุงระบบคิว ลดการรอคอย และจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ สอดคล้องกับฮาร์ดิง และคณะ (Harding et al., 2008) พบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการ การจัดการอาการผิดปกติ การดำเนินของโรค การดูแลตนเองในอนาคต จากการศึกษาของ จีราภรณ์ นิยมแก้ว ยุวรงค์ จันทรวินิต และสมบุญรัตน์ สุกสวัสดิกุล (Chimkaew, Juntarawijit, & Tansuphaswasdikul, 2018) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนและได้รับความรู้จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

ความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (NYHA FC-II) ร้อยละ 82.0 เนื่องจากการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วง 4-6 เดือน ซึ่งในระยะดังกล่าวพยาธิสภาพของโรคและความก้าวหน้าของโรค ยังไม่มีความเสื่อมมากนัก ยังสามารถควบคุมและรักษาตามมาตรฐานได้ (Yancy et al., 2017) จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ สามารถมาโรงพยาบาลโดยให้ลูกหลานมาส่งและมารับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดทางด้านพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคร่วมมาก ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง (Poungkaew, Boontein, Tongchai, Charoenyos, & Tanutpokeenun, 2020) เช่นเดียวกับความเหนื่อยล้าที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Fimi & Cruz, 2009) อาการหายใจไม่อิ่ม หรือหายใจถี่ และอาการอ่อนล้า ไม่มีแรงในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Heo, Doering, Widener, & Moser, 2008)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตฯ โดยรวม ระดับดี ($M = 3.93$, $S.D. = 0.44$) คุณภาพชีวิตฯ ด้านกายภาพระดับดี ($M = 3.81$, $S.D. = 0.61$)

ด้านเศรษฐกิจ-สังคมระดับดี ($M=3.96$, $S.D.=0.38$) และด้านอารมณ์ระดับดีมาก ($M=4.12$, $S.D.=0.56$) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับผลกระทบจากภาวะอันตราย การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ รวมทั้งภาวะคุกคามในรูปแบบต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม เนื่องมาจากข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถกระทบทาบพาทหน้าที่และกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางกายภาพ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Megari, 2013) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (NYHA FC-II) ร้อยละ 82.0 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดทางด้านพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคร่วมมากยิ่งขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงกระทบต่อสภาพจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Poungkaew et al., 2020) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ปี ซึ่งในระยะดังกล่าวพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรคยังไม่มีมีความเสื่อมมากนักยังสามารถควบคุมและรักษาตามมาตรฐานได้ (Yancy et al., 2017) จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่เป็นภาระของผู้ดูแล รู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตฯ ระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม และด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.407$, $r=-.418$, $r=-.307$, $r=-.289$, $p<.01$) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 (NYHA FC-II) ร้อยละ 82.0 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอยู่ในช่วง 4-6 เดือน ซึ่งในระยะดังกล่าวพยาธิสภาพของโรคและความก้าวหน้าของโรคยังมีความเสื่อมไม่มากนักสามารถควบคุมและรักษาตามมาตรฐานได้ (Yancy et al., 2017) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้มีการพึ่งพาบุตรหลานเพียงเล็กน้อย จึงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่เป็นภาระต่อ

ผู้ดูแล เกิดความวิตกกังวลน้อยลง ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตฯ อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับเนาวรัตน์ วัฒนันท์ (Wattanune, 2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ความสามารถในการทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 3 และความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำน่ายคุณภาพชีวิต ได้ร้อยละ 29.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ พบว่าความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.052$, $p=.610$) อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้สิทธิเข้ารับบริการ โรงพยาบาลของรัฐบาล ที่ใช้สิทธิรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์หลายด้านที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งมีความคุ้นเคยทั้งกับบุคลากรทางสาธารณสุขและสถานบริการ เนื่องจากได้รับการรักษามาเป็นเวลานาน จนเกิดความผูกพัน และมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ รวมถึงสถานบริการอยู่ไม่ไกลจากบ้านเรือนของกลุ่มตัวอย่างมากนัก จึงทำให้ไม่มีปัญหาทางด้านการคมนาคม อีกทั้งลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีลูกหลานดูแล ไปรับส่งในการมาตรวจตามนัด ซึ่งเหตุผลต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ แม้ว่าจะมีภาวะเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะโรคที่มีผลต่อความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมระดับ 2 (NYHA FC-II) คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยใจลำบาก แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเท่าที่ควร ทำให้ทั้ง 2 ตัวแปรนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ดังคำกล่าว “ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา เพราะใช้สิทธิผู้สูงอายุ” “การให้บริการดี เจ้าหน้าที่ดีแล้ว ได้รับบริการต่างๆ ที่ถูกต้องไม่ต้องปรับปรุงอะไรแล้ว เพราะว่าดีแล้ว” “การให้บริการของเจ้าหน้าที่ดีอยู่แล้ว ดีกว่าเมื่อก่อนมาก”

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการจำเป็นอย่างครอบคลุมทั้งด้านบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในระหว่างการเตรียมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้คำแนะนำเฉพาะรายบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคและการดำเนินของโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการผิดปกติ อาหารเฉพาะ โรค การจำกัดน้ำดื่ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยทำนายความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ความศรัทธาเชื่อถือต่อคุณภาพการบริการ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Al-Omary, M. S., Davies, A. J., Evans, T. J., Bastian, B., Fletcher, P. J., Attia, J., ...Boyle, A. J. (2018). Mortality and readmission following hospitalisation for heart failure in Australia: A systematic review and meta-analysis. *Heart, lung & circulation*, 27(8), 917-927. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.01.009>
- Apiromrat, R. (2017). Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 2-15. [In Thai].
- Aree-Ue, S., & Youngcharoen, P. (2020). The 6 item cognitive function test-Thai version: Psychometric property testing. *Nursing Research and Innovation Journal*, 26(2), 188-202. [In Thai].
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Engle Wood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Buasonte, R. (2011). Mixed methods in education research. *Silpakorn Educational Research Journal*, 2(2), 7-20. [In Thai]
- Chimkaew, J., Juntarawijit, Y., & Tansuphaswasdikul, S. (2018). Effects of supportive educative nursing system on self-care behaviors among patients with heart failure who readmit in hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1S), 86-96. [In Thai].
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In Valle, R. S., & King, M., (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fini, A., & de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, D. (2009). Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(4), 557-565. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000400019>.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach*. (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Harding, R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C., ...Higginson, I. J. (2008). Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *Journal of pain and symptom management*, 36(2), 149-156. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpainsyman.2007.09.012>
- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., & Moser, D. K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American journal of critical care: An official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 17(2), 124-132.
- Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H. B., Castiello, T., Čelutkienė, J., ... Strömberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the heart failure Association of the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 23(1), 157-174. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
- Kanchanawanit, R., & Prominthikul, A. (2015). *Comprehensive heart failure management program*. Bangkok: Medicus concept. [In Thai].
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., & Sloan, R. (2008). A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Journal of nursing scholarship: An official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 40(3), 254-260. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00235.x>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3), e27. Retrieved from <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Mejunpet, N., Nimit-Arun, N., & Roojanavech, S. (2023). The effects of transitional care program for older patients with heart failure during coronavirus 2019 pandemic. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 42-55. [In Thai]
- Mongkolsomlit, S., Homkom, N., & Ivanovitch, K. (2022). A survey of epidemiology of health and needs assessment among aging people living in town municipality, Pathumthani Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(2), 199-210. [In Thai]
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1978). *Psychometric theory*. New Delhi: Tata McGraw-Hill Ed.
- Poungkaew, A., Boontin, P., Tongsaï, S., Charoenyos, N., & Tanutpokeenun, L. (2020). Factors predicting quality of life among patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 179-197. [In Thai].
- Rector, T. S., Kubo, S. H., & Cohn, J. N. (1987). Patients' self-assessment of their congestive heart failure: II Content, reliability and validity of new measure-the Minnesota living with heart failure questionnaire. *Heart Failure*, 3, 198-209.
- Sungthong, R., Kongsuwan, W., & Prompahakul, C. (2023). Illness experiences and care needs among persons with advanced-stage heart failure in the era of new normal. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 43(3), 92-103. [In Thai].
- Suthiwartnarueput, P. (2022). Holistic care providing of chronic heart failure patients by establishing the heart failure clinic in standard (S)-level Banpong Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 41(1), 645-656. [In Thai].

- Timmins, F. (2006). Exploring the concept of information need. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 375-381.
- Urbich, M., Globe, G., Pantiri, K., Heisen, M., Bennison, C., Wirtz, H. S., ...Di Tanna, G. L. (2020). A systematic review of medical costs associated with heart failure in the USA (2014-2020). *Pharmaco Economics*, 38(11), 1219-1236. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00952-0>
- Virani, S. A., Bains, M., Code, J., Ducharme, A., Harkness, K., Howlett, J. G., ... Board and Membership of the Canadian Heart Failure Society (2017). The need for heart failure advocacy in Canada. *The Canadian journal of cardiology*, 33(11), 1450-1454. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.08.024>
- Wattanune, N. (2012). *The factors influencing to health-related quality of life amongst the patients with congestive heart failure at a community in Kanchanaburi province*. Master Thesis, Christian University, Nakhon Pathom. [In Thai].
- Wright, B. D., & Masters, G. N. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago: MESA.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Jr, Colvin, M. M., ... Westlake, C. (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines and the heart failure society of America. *Circulation*, 136(6), e137–e161. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000509>

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Factors Predicting Fall Prevention Behaviors among Older Persons with Non – Communicable Disease

พนิดา สังคต (Panida Sangcot)*

ศศิธร รุจนเวช (Sasitorn Roojanavech)**

นงพิมล นิมิตรอนันท์ (Nongpimol Nimit-Arun)***

Received: August 5, 2024

Revised: August 27, 2024

Accepted: September 9, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และประวัติหกล้ม ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 130 ราย คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม 3) แบบสอบถามความกลัวหกล้ม และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 0.93 และ 1.0 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 0.92 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง โดยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ส่วนประวัติการหกล้มและความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = 0.473$, $r = -0.506$, $r = -0.371$, $p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ประวัติการหกล้มและความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกัน

**Corresponding author: Sasitorn Roojanavech; E-mail: sasitornctu@gmail.com

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Christian University)

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University)

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Associated Professor, Faculty of Nursing, Christian University)

การหกล้มได้ร้อยละ 37.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .378$, $p < .001$) แต่ความกลัวการหกล้มไม่สามารถร่วมทำนายได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินประวัติการหกล้มรวมทั้งส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีและลดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การหกล้ม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความกลัวการหกล้ม

Abstract

The purpose of this predictive research was to study the fall prevention behaviors among older persons, the relationship factors and factors predicting among health literacy about falls, fear of falls and history of falls to fall prevention behaviors of older persons with non - communicable diseases. Multistage random sampling was performed to recruit 130 older persons who were diagnosed non-communicable disease. Research instruments consisted of 1) demographic data 2) health literacy about falls 3) fear of falling, and 4) fall prevention behavior questionnaire. The content validity of the questionnaires were 0.82, 0.93 and 1.0, respectively. The Cronbach's alpha reliability coefficients of the questionnaires were 0.93, 0.92 and 0.82 respectively. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and Stepwise multiple regression were used for data analysis.

The results revealed that participants with non-communicable diseases had a high level of fall prevention behavior. The health literacy about falls had a positively significant correlation with fall prevention behaviors among older persons with non-communicable diseases. Whereas fall history and fear of falling had a negatively significant correlation ($r = 0.473$, $r = -0.506$, $r = -0.371$, $p < .001$). Fall history and health literacy could predict fall prevention behavior among older persons with non - communicable diseases by 37.80 % ($R^2 = .378$, $p < .001$). However, fear of falling could not predict fall prevention behavior. Therefore, healthcare professionals should focus on fall history assessment including health literacy enhancement about fall prevention to reduce fall among older persons.

Keywords: Older persons, Non-communicable diseases, Fall, Health Literacy, Fear of falling

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้ม (Falls) ในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่นำไปสู่การบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต จากอุบัติเหตุ 193 ประเทศทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 พบการหกล้มสูงถึง 37.3 ล้านคนต่อปี และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตมากกว่าปีละ 684,000 คน ซึ่งภูมิภาคของแปซิฟิกตะวันตกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง พบการหกล้มในผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 60.0 และที่สำคัญในทุกๆ ภูมิภาคของโลกพบอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยมีการหกล้มของผู้สูงอายุสูงถึง 3 ล้านคนต่อปี เกิดการบาดเจ็บต้องได้รับการรักษามากกว่า 60,000 คนต่อปี และทำให้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 4 คน (Department of disease control of ministry of public health, 2022) นอกจากนี้ยังเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อจิตใจ หวาดกลัวการหกล้ม และต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น กระทั่งต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและเป็นปัญหาระดับประเทศ (Rongmuang, Nakchattri, Tongdee, & Sombutboon, 2016) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น สมรรถภาพทางกายที่ลดลง และการมีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุหกล้มง่ายกว่าวัยอื่นๆ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสวมรองเท้าและเสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมไม่มีความปลอดภัย ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวบันได มีพื้นต่างระดับ พื้นห้องน้ำเปียก/ลื่น (Dunlakan & Charerntanyarak, 2019) ดังนั้น การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ รวมถึงพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Attavinijtrakarn & Marb, 2019) ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีก็จะสามารถป้องกันการหกล้มได้

พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม หมายถึง การดูแลตนเอง หรือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้ม ซึ่งประกอบด้วย การแต่งกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ

การออกกำลังกายและการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Muangsiri, Maharachpong & Rodjarkpai, 2017) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม ประวัติการหกล้มเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (Kittipimpanon & Kraithaworn, 2021; Duangpratoom, & Chusak, 2022; Pholin, Jitramontree, & Wirojratana, 2017) และปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติหรือเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีด้วยตนเองได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อกำหนดสุขภาพและทัศนคติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2008) ในประเทศไทยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดี และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพลดลง (Kittipimpanon & Kraithaworn, 2021) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยการหกล้มในผู้สูงอายุ (Lim et al., 2023) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูล การบริการด้านสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจ ประเมิน ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการถ่ายทอดจนเกิดการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม สามารถนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลตนเองหรือจัดการสุขภาพได้ จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องด้วย

ความกลัวการหกล้ม (Fear of falls) คือ ภาวะที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และที่สำคัญเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลจนหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ (Kosundilok, Wannapruet,

Charoenvai, & Katungkang, 2023) รวมถึงหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เคຍทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม (Choi, Jeon, & Cho, 2017) จนแยกตัวออกจากสังคมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Chang, Chen, & Chou, 2016) จากการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับประวัติการหกล้มด้วย (De Souza, Pegorari, Nascimento, De Oliveira, Dos Santos Tavares, 2019) ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มมีโอกาเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 3.73 เท่า แสดงว่า ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มยังมีโอกาเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (Thiamwong & Suwanno, 2014) นอกจากนี้ ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้วยซึ่งกล่าวว่าเมื่อผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มจะส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตโดยจะยอมรับสภาพและปรับตัวเองในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความกลัวการหกล้มเอง (Pholin et al., 2017; Marungga, 2014)

ประวัติการหกล้ม หรือประสบการณ์การหกล้มเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งเกิดจากตัวผู้สูงอายุที่มีการหกล้มมาก่อนและส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ (Chang et al., 2016; Pukemayung, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนครั้งของการหกล้มมีผลต่อระดับความกลัวการหกล้มที่แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง จะมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มเพียง 1 ครั้ง และผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้ม 1 ครั้ง มีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยการหกล้มมาก่อน (Jeon, Gu, & Yim, 2017) จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า ประวัติการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุด้วย (Duangpratoom & Chusak, 2022) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มแล้ว จะเกิดความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น รวมทั้งการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดการหกล้มซึ่งเป็นพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และมีโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุบ้างแล้ว ซึ่งยังไม่พบข้อมูลที่จะสรุปได้ว่า ความรอบรู้

ด้านสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มจะสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงหกล้มมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วยมากถึง 1.5 เท่า (Noopud, Phrom-On, Woradet, & Chaimay, 2020) ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

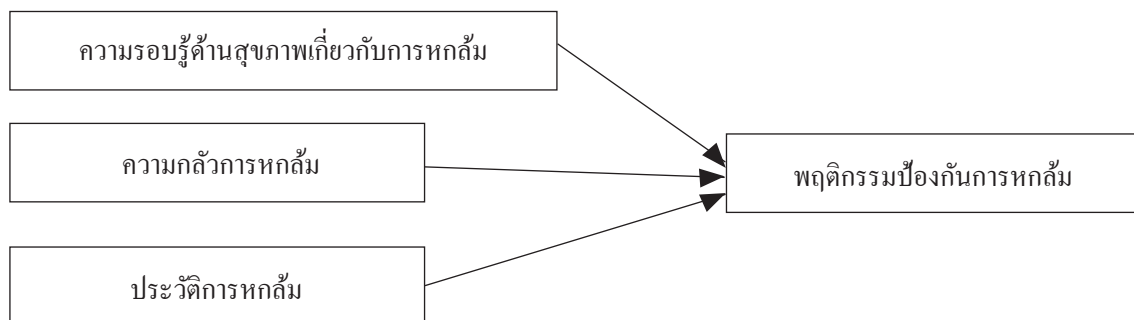
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่กล่าวว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) นำมาประยุกต์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความกลัวการหกล้ม และประวัติ

การหกล้ม ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็น

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ดังกรอบแนวคิดที่แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) สถานที่วิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการด้านสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังรายละเอียดข้างต้น เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) การทดสอบด้านความคิดความจำ Mini-Cog ได้คะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนน 2) ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) คำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม และ 3) สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการแสดง เช่น เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ไม่สามารถตอบแบบสอบถามการวิจัยได้ และ 2) ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการทำแบบสอบถาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) การทดสอบชนิด Correlation กำหนดค่า Effect size ปานกลาง = 0.3 ตามการศึกษาของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์และผจงจิต ไกรถาวร (Kittipimpanon & Kraithaworn, 2021) ที่พบค่าความสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้

ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีค่าเท่ากับ 0.37 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 95% (Srisatidnarakul, 2020) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) คัดเลือกจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมีความเสี่ยงหกล้มอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 5 คือ จังหวัดนครปฐม สุ่มเลือก 1 อำเภอ คือ อำเภอสามพราน สุ่มเลือกตำบลอย่างง่าย 3 แห่ง ได้แก่ ตำบลกระทุ่มล้ม ตำบลบางเตย และตำบลตลาดจินดา จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 ราย ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0 เพื่อความครอบคลุมและลดค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (Lemeshow, Hosmer Jr, Klar, & Lwanga, 1990) และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอสามพรานทั้งหมด 15,093 ราย แบ่งเป็นตำบลกระทุ่มล้ม 558 ราย ตำบลบางเตย 415 ราย ตำบลตลาดจินดา 642 ราย และคำนวณตามสัดส่วนของแต่ละตำบล ดังนี้ ตำบลกระทุ่มล้ม 45 ราย ตำบลบางเตย 33 ราย และตำบลตลาดจินดา 52 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 130 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ มีคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

โรคประจำตัว การใช้ยา ประวัติการหกล้มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (นับจำนวนครั้ง) และสาเหตุของการหกล้ม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และ ผงจิต ไกรถาวร (Kittipimpanon & Kraithaworn, 2021) ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีคำถาม 35 ข้อ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการสื่อสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ทำได้ง่าย = 2 ทำได้ยาก = 1 ทำไม่ได้เลย = 0 ทักษะความรู้ความเข้าใจ มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย = 2 ไม่เห็นด้วย = 1 ไม่เห็นด้วย = 0 ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มี 3 ระดับ คือ ทำทุกครั้ง = 2 ทำบางครั้ง = 1 ไม่ได้ทำ = 0 คะแนนรวม 70 คะแนน อยู่ระหว่าง 0-70 คะแนน การแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0-23.33 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ 23.34-46.67 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง 46.68-70.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย ที่สร้างและพัฒนาขึ้น โดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สดดา เกียมวงศ์ (Thiamwong, 2014) จำนวน 16 ข้อ คะแนนรวม 64 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้ ไม่กลัวหกล้มเลย 1 คะแนน กลัวหกล้มเล็กน้อย 2 คะแนน กลัวหกล้มมาก 3 คะแนน กลัวหกล้มมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน มี 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของดaniel (Daniel, 1995) ดังนี้ คะแนน 16-31 หมายถึง ความกลัวการหกล้มระดับต่ำ คะแนน 32-48 หมายถึง ความกลัวการหกล้มระดับปานกลาง คะแนน 49-64 หมายถึง ความกลัวการหกล้มระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และ ผงจิต ไกรถาวร (Kittipimpanon & Kraithaworn, 2021) จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติประจำ = 2 ปฏิบัติบางครั้ง = 1 ไม่ปฏิบัติ = 0 จัดระดับเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ ดานีล (Daniel, 1995) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 0-10 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับต่ำ คะแนน 11-20 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับปานกลางและคะแนน 21-30 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูง

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ แบบสอบถามอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93, 0.82 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตากแดด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุไทย และแบบสอบถามอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.93, 0.92 และ 0.82 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board : IRB) มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม เลขที่เอกสาร น. 19/2566 ออกให้ ณ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอสามพราณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขอเก็บข้อมูล มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังครบ 130 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 5 ครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวรวมทั้งชี้แจงว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) กำหนดระดับความเชื่อมั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) โดยข้อมูลมีการแจกแจงปกติและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. ปัจจัยทำนายระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple regression analysis) คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณการใช้สถิติ (Vanichbuncha & Vanichbuncha 2015)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 130 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.5 เป็นเพศหญิง และส่วนมากร้อยละ 70.8 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ย 66.98 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.3 มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.1 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่อยู่บ้าน (ไม่มีรายได้) คิดเป็นร้อยละ 30.0 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.5 และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.1 ซึ่งมีความกลัวการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.7 โดยส่วนใหญ่ไม่มีการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 56.9 ซึ่งสาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่ คือ การลื่น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2.1 ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = .473, p < .001$) 2.2 ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = -.371, p < .001$) และ 2.3 ประวัติการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = -.506, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้ม ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 130)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	
	r	p-value
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพการหกล้ม	.473**	.000
2. ความกลัวการหกล้ม	-.371**	.000
3. ประวัติการหกล้ม	-.506**	.000

** p < .001

3. ปัจจัยทำนายของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลสรุปว่า ประวัติการหกล้ม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 37.8 ($R^2 = 0.378$) ซึ่งมีความสัมพันธ์

พหุคูณมีค่า 0.615 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.378 โดยประวัติการหกล้มและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.407$, $\beta = 0.363$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และประวัติการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) (n = 130)

ปัจจัยทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย			t	p-value
	b	SE	β		
(Contant)	19.021	1.574		12.082	.000
1. ประวัติการหกล้ม	-3.399	0.607	-0.407	-5.602	.000
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพการหกล้ม	0.127	0.025	0.363	4.995	.000

$R = 0.615$, $R^2 = 0.378$, $F = 24.951$

p < .001

สมการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้คือ

Z (พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) = -0.407 (ประวัติการหกล้ม) + 0.363 (ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม)

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการหกล้มร้อยละ 56.9 และร้อยละ 70.8 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น การรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอาจจะดีกว่าช่วงอื่นๆ มีผลทำให้ความเสี่ยงต่อการหกล้มน้อยลง และกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($M = 57.23$, $S.D. = 11.85$) ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.1 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (Kittipimpanon & Kraithaworn, 2021) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่าร้อยละ 23.1 มีโรคความดันโลหิตสูงและร้อยละ 22.3 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะได้รับการรักษาและรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนัดของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง การสังเกตอาการผิดปกติ ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงแนวทางการป้องกันการหกล้มด้วย เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น แขนขาอ่อนแรง จะรีบแจ้งญาติทันที รับประทานยาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ นาดยา คงประทุม และ ศุภพร ชูศักดิ์ (Duangpratoom & Chusak, 2022) พบว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.7 อย่างไรก็ตามยังพบผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ จากการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมซื้อยารับประทานเอง เช่น ยาคลายเครียด ($M = 1.36$, $S.D. = 0.84$) และการรีบเดินไปเข้าห้องน้ำเนื่องจากกลัวจะกลื่นปัสสาวะไม่อยู่

($M = 1.46$, $S.D. = 0.71$) ซึ่งเป็นพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนั้นเจ้าหน้าที่บุคลากรทางด้านสุขภาพในชุมชน ต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับดูแลตนเองมากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี และต้องสามารถสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่เป็นได้ รวมถึงหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มได้ด้วย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ดังนี้

2.1 ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($r = 0.473$, $p = .000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($M = 57.23$, $S.D. = 11.85$) จำแนกรายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ 23.17 คะแนน ($S.D. = 2.60$) รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยคือ 8.88 คะแนน ($S.D. = 2.03$) ซึ่งประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.1 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ระดับสูงด้วย จึงอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงด้วย ซึ่งแนวคิดของ Nutbeam (2008) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถทางปัญญาและสังคมในการเข้าถึงข้อมูลและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับภาวะที่เปรียบเทียบข่าวสารด้านสุขภาพและใช้ในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หากผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในระดับสูงจะทำให้ผู้สูงอายุ

มีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในระดับสูงด้วยและไม่เกิดการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Darun & Khunpijan, 2016; Darun & Krirat, 2019; Paibulsir, 2018; Lamid, Pongkaset, & Chainapong, 2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ และสำหรับผู้สูงอายุพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่อธิบายการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดีได้ (Thanaboonpuang, Intana, & Khamthana, 2023) เช่นเดียวกับ การศึกษาวิจัยในต่างประเทศของ หย่งปิง หลิว, หลิวหลิว, หยานเพยลี่, & หยานหลี่ เฉิน (Liu, Liu, Li, & Chen, 2015) พบว่า ผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเครียด แก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเชื่อถือได้ อีกทั้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และมีแนวโน้มการตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอด้วย

2.2 ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไมติดต่อเรื้อรัง ($r = -0.371$, $p = .000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.7 มีความกลัวการหกล้มระดับต่ำและร้อยละ 83.1 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ระดับสูงด้วย อาจจะเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการป้องกันการหกล้มที่ดีทำให้ไม่มีความกลัวการหกล้ม ประกอบกับส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น ยังมีความรับรู้ความเสี่ยงต่างๆ จึงหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดการหกล้ม อาทิเช่น กิจกรรมการเดินบนพื้นที่เปียกหรือลื่น ($S.D. = 0.96$) และการขึ้นหรือลงบันได ($S.D. = 1.03$) ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีด้วยสามารถอธิบายได้จาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความกลัวการหกล้มในระดับต่ำ และมีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ เมืองศิริ และคณะ (Muangsiri et al., 2017) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 44.1 มีการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูงซึ่ง ความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แม้ว่าผล การศึกษาครั้งนี้ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความกลัวการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่จากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความกลัวการหกล้ม ในผู้สูงอายุจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Noimontree, 2018; Talley, Wyman, Gross, Lindquist, & Gaugler, 2014)

2.3 ประสิทธิภาพการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับ ปานกลางต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็น โรคไมติดต่อเรื้อรัง ($r = -0.506$, $p = .000$) จากข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 56.9 และร้อยละ 81.5 ไม่มีการใช้ยาทำให้เกิดการง่วงซึมหรือมึนงง เช่น ยานอนหลับซึ่งประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.1 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม อยู่ระดับสูงด้วย สามารถอธิบายผู้สูงอายุที่เป็น โรคไมติดต่อ เรื้อรังที่ไม่มีประวัติการหกล้มหรือไม่เคยหกล้มมาก่อนจะ มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เป็น โรคไมติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความระมัดระวัง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือการ หกล้มได้ เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ว่าถ้าเกิดการหกล้มขึ้น จะทำให้เกิดการบาดเจ็บและมีผลกระทบต่อการศึกษา ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็น โรคไมติดต่อเรื้อรังกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงมีพฤติกรรมป้องกันการ หกล้มอยู่ในระดับสูงและไม่มีประวัติการหกล้ม สอดคล้องการศึกษาของ นัทชา เขตเจริญ (Ketcharoen, 2020) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 54.90 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากระดับความเสี่ยงต่อ การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเคยหกล้ม แม้ไม่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรง แต่จะเกิดการวิตกกังวลและหวาดกลัว การหกล้มซ้ำ ทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันลดลงได้ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ เมืองศิริ และคณะ (Muangsiri et al., 2017) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการหกล้ม (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยทำนายระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และประวัติการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม และประวัติการหกล้มสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ร้อยละ 37.8 ($R^2 = 0.378$) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.615 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ ($\beta = 0.363, p < .001$) สำหรับการศึกษากลุ่มตัวอย่างนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มอยู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับสูงด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถทางปัญญาและสังคม เมื่อบุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ ทำให้คาดการณ์ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองรวมกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบข่าวสารด้านสุขภาพและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา บุญพร (Boonporn, 2022) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 55.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เช่นเดียวกับภาณุวัฒน์ พัทธกัษรธรรมากุล (Pitakthammakul, 2022) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.ในชุมชนได้ร้อยละ 30.3 ($R^2 = 0.303, p < 0.01$)

3.2 ประวัติการหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ ($\beta = -0.407$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มหรือไม่เคยหกล้มมาก่อนร้อยละ 56.9 ซึ่งมี

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.1 และประวัติการหกล้มยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้วย อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นจึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความระมัดระวังตนเองมากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้มได้ เพราะผู้สูงอายุรับรู้ว่าถ้าเกิดการหกล้มขึ้นจะทำให้เกิดการบาดเจ็บอาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนได้และมีผลกระทบต่อการศึกษา ซึ่งเป็สาเหตุของการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ (Kittipimpanon, 2016) ที่พบว่า ประวัติการหกล้มเป็นปัจจัยในการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยจะมีการซักประวัติการหกล้มใน 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มหรือไม่เคยหกล้มมาก่อน ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับต่ำ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงด้วย จึงทำให้ประวัติการหกล้มเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

3.3 ความกลัวการหกล้มไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐานของการศึกษารั้งนี้ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.7 มีความกลัวการหกล้มระดับต่ำและร้อยละ 83.1 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ระดับสูง ซึ่งทำให้ความกลัวการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กันเชิงลบอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -0.371, p = .000$) จึงทำให้ความกลัวการหกล้มไม่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล และความรู้เท่าทันสื่อให้มากขึ้น และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม โดยมุ่งเน้นการตระหนักรู้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกัน

ตนเอง เพื่อให้ไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด

2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการประเมินประวัติการหกล้ม/ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ มาวางแผนจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ศึกษาติดตามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study)

3. การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตั้งแต่ในโรงพยาบาล ผู้โรงพยาบาลชุมชน และที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแนะนำแนวทางดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และต้องขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอสามพราณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดจินดาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพลินวัฒนาที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Attavinijtrakarn, T., & Imarb, C. (2019). The effectiveness of preparation and fall prevention programs in the elderly. *Region 4-5 Medical Journal*, 38(4), 288-298. [In Thai].
- Boonporn, J. (2022). The influence of health literacy on the health behaviors of patients with chronic diseases. *Singburi Hospital Journal*, 31(2), 95-105. [In Thai].
- Chang, H.T., Chen, H.C., & Chou, P. (2016). Factors associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai study in Taiwan. *PLoS ONE*, 11(3), 1- 12.
- Choi, K., Jeon, G.S., & Cho, S.I. (2017). Prospective study on the impact of fear of falling on functional decline among community dwelling elderly women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 1-11.
- Daniel, W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- Darun, P., & Khunpijan, N. (2016). Factors affecting health literacy and health behavior outcomes of working-age population in Porncharoen district, Bueng Kan province. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Journal*. 22(1), 14 -24. [In Thai].
- Darun, P., & Krirat, P. (2019). Health literacy factors influencing on Health behavior of population in Bueng Kan province. *Department of Health Service Support Journal*, 15(3), 71-82. [In Thai].
- Department of disease control of ministry of public health. (2022). *Fall-related data in people aged 60 years and above*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=26077&dept-code=odpc7>. [In Thai].

- De Souza, A.Q., Pegorari, M.S., Nascimento, J.S., De Oliveira, P.B., Dos Santos Tavares, D.M. (2019). Incidence and predictive factors of falls in community-dwelling elderly: a longitudinal study. *Cienc Saude Colet*, 24(9), 3507-3516.
- Duangpratoom, N., & Chusak, T. (2022). Factors related to falls preventing behaviors of the elderly in Khlong Ha sub-district, Klong Luang district, Pathum Thani province. *Journal of Council of Community Public Health*, 4(3), 43-55. [In Thai].
- Dunlakan, C., & Charerntanyarak, L. (2019). Factor associated with fall in the elderly in Nabon Sub-district Khammuang District, Kalasin Province: A case control study. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(1),60-70. [In Thai].
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.G., (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Jeon, M., Gu, M.O., & Yim, J. (2017). Comparison of walking, muscle strength, balance, and fear of falling between repeated fall group, one-time fall group, and non fall group of the elderly receiving home care service. *Asian Nursing Research*, 11(4), 290-296.
- Ketcharoen, N. (2020). Factors related to fall prevention behavior among elders in community, Nongbua Lamphu province. *Journal of Health and Environmental Education*, 5(2), 155-165. [In Thai].
- Kittipimpanon, K. (2016). Fall risk assessment and management among older adults in the community: The role of public health nurse in the primary care. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 183-195. [In Thai].
- Kittipimpanon, K., & Kraithaworn, P. (2021). Association between personal factors, health status, and health literacy about falling, with fall prevention behaviors among older adults living in the community. *Ramathibodi Nursing Journal*, 27(3), 331-342. [In Thai] .
- Kosundilok, T., Wannapruet, P., Charoenvai, P., & Katungkang, P. (2023). Fear of falling in older adults: Nursing care with health belief model's approach. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(3), 1050-1061. [In Thai].
- Lamid, P., Pongkaset, A., & Chainapong, K. (2021). Health literacy and influence of interpersonal relations towards food consumption behavior to prevent obesity among grade 6 students in municipality school, Yala municipality. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(1), 35-46. [In Thai].
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D.W., Klar, J., & Lwanga, S.K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. chichester: Published on behalf of the World Health Organization by Wiley.
- Lim, M.L., Van Schooten, K.S., Radford, K.A., Hadjivavropoulos, T., Everett, B., Zijlstra, R., ... Delbaere, K. (2023). Theoretical framework of concerns about falling in older people: the role of health literacy. *Health Promotion International*, 38(5), 122.
- Liu, Y.B., Liu, L., Li, Y.F., & Chen, Y.L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,12, 9714-9725.

- Marungga, L. (2014). Fear of falling experiences of older persons. *Journal of Nursing science Chulalongkorn University*, 24(3), 29-41. [In Thai].
- Muangssiri, K., Maharachpong, N., & Rodjarkpai Y. (2017). Factors relating the behavior of fall prevention among elderly in Chonburi Province. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, 25(4), 23-33. [In Thai].
- Noimontree, W. (2018). Fear of falling: Geriatric syndrome and nursing role using evidence-based practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(3), 96-101. [In Thai]
- Noopud, P., Phrom-On, D., Woradet, S., & Chaimay, B. (2020). Prevalence of fall risk and factors associated with fall risk among elderly people. *Journal of sports science and health. Journal of Sports Sciences and Health*, 21(1), 125-137. [In Thai].
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Paibulsir, P. (2018). Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(1), 97-107. [In Thai].
- Pitakthammakul, P. (2022). *Health literacy and health behaviors among village health volunteers*. Kanchanaburi: public health and behavioral health development group, health service support center 5. [In Thai].
- Pholin, T., Jitramontree, N., & Wirojratana, V. (2017). The relationships between personal factors, health status, fear of falling and fall preventive behaviors of community dwelling older persons. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 36-50. [In Thai].
- Pukemayung, L. (2021). Factors related to fear of falling among older adults with osteoarthritis of the knee. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 166-181. [In Thai].
- Rongmuang, D., Nakchattri, C., Tongdee, J., & Sombutboon, J. (2016). Incidence and factors associated with fall among the community-dwelling elderly, Suratthani. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 123-138. [In Thai].
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*power software*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. [In Thai].
- Talley, K.M., Wyman, J.F., Gross, C.R., Lindquist, R.A., & Gaugler, J.E. (2014). Change in balance confidence and its associations with increasing disability in older community-dwelling women at risk for falling. *Journal of Aging and Health*, 26, 616-636.
- Thanaboonpuang, P., Intana, J., & Khamthana, P. (2023). The study of needs and factors explaining for participatory to create well-being based on new normal life of the older adult among Urban Community, Ratchaburi Province. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 115-127. [In Thai].
- Thiamwong, L., & Suwanno, J. (2014). Risk factors related to balance impairment among rural community-dwelling older adults. *Journal of The Police Nurse*, 6(2), 56-69. [In Thai].
- Vanichbuncha, K., & Vanichbuncha, T. (2015). *SPSS for Windows for data analysis*. Bangkok: Samlada Printing House. [In Thai].
- World Health Organization (WHO). (2021). *Falls*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

บทความวิจัย

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคุณลักษณะ ความรู้ และ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ โคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน A Causal Relationship Model Between Characteristics, Knowledge, and Infection Prevention Behaviors for Coronavirus among Caregivers with End-Stage Renal Disease Patients Treated by Community Hospitals

นำฝน ปฏิกรมณฑล (Namfon Patiganmonthon)*
เพชรน้อย ถึงห้ช่วงชัย (Phechnoy Singchangchai)**
อุษา ตันตพงษ์ (Usa Tantapong)***

Received: October 18, 2024

Revised: November 18, 2024

Accepted: March 10, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ (อายุ และ ระยะเวลาการดูแล) ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 150 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม คุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และค่าความเที่ยงส่วน ความรู้ ด้วยวิธีคูเดอร์และริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.71 และพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ (อายุ และ ระยะเวลาการดูแล) ความรู้ ต่อพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square = 1.00, GFI = 0.92, CFI = 0.94, NFI = 0.94, RMSEA = 0.00, RMR = 0.02) โดยปัจจัย ด้านคุณลักษณะ (อายุ และ ระยะเวลาการดูแล) ความรู้ของผู้ดูแลมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 50

*Corresponding author: Namfon Patiganmonthon ; E-mail:namfonp@christian.ac.th

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand)

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Lecturer, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand)

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ดังนั้นหน่วยงานบริการควรเพิ่มการส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เผชิญกับโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ในอนาคตได้

คำสำคัญ: คุณลักษณะ, ความรู้, พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ผู้ดูแล

Abstract

This quantitative research aim investigated the relationship model between caregivers' characteristics (ages and durations for care), knowledge, and infection prevention behaviors for Coronavirus among caregivers of end-stage renal disease patients treated at community hospitals. The sample consisted of 150 caregivers for caregivers of end-stage renal disease patients selected using purposive sampling. Data were collected using a questionnaire with a content validity index of 0.94, a reliability coefficient for knowledge of 0.71 obtained through the Kuder-Richardson method, and a reliability coefficient for infection prevention behaviors for Coronavirus of 0.93 via Cronbach's alpha. Data analysis was performed using descriptive statistics and path analysis.

The results of this study were presented that the causal relationship between characteristics (ages and durations for care), knowledge, and infection prevention behaviors for Coronavirus among caregivers with end-stage renal disease patients was relevant with the empirical data (Chi-square = 1.00, GFI = 0.92, CFI = 0.94, NFI = 0.94, RMSEA = 0.00, RMR = 0.02). Caregivers' characteristics (ages and durations for care) and their knowledge directly and indirectly affected to infection prevention behavior for Coronavirus, and 50% predictive power were presented. This study indicates that caregivers for end-stage renal disease patients is an important factor to infection prevention behaviors for Coronavirus. health services should support their understanding; therefore, caregivers can provide their care for End-Stage Renal Disease patients encountering with emerging infectious diseases in the future.

Keywords: Characteristics, Knowledge, Infection prevention behaviors, End-stage renal failure, Caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี 2563 ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวม 170,774 ราย (Nephrology Society of Thailand, 2020) โดยการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง (Cancarevic et.al, 2022) อายุ ความรุนแรงของโรคไต และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (Valeri et al., 2020) การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัสและจำเป็นต้องรับวัคซีน (Bulusu, Segarra, & Khayat, 2023) มีการศึกษาพบว่าผลกระทบของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัสมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป (Hsu et al., 2021) พบความยากลำบากในการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยไม่สามารถรับบริการจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการได้อย่างสะดวก (Savla et al., 2021) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ถูกจำกัด และการเข้าถึงระบบสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยน โดยเน้นพึ่งพาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นหลัก และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นหลัก (Chen et al., 2017) แต่ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมหรือความรู้ยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่บ้าน (Home-based long-term care) (Ailshire & Crimmins, 2020) ดังนั้น ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญและมีบทบาทหลักในการป้องกันและลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อมาก่อน (Mohammadi, Farjam, Gholampour, Sohrabpour, Oshvandi, & Bijani, 2021)

การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ได้แก่ การศึกษาในประเทศฝรั่งเศสเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องพยายามปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อเพื่อปกป้องผู้ป่วยตามคำแนะนำ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคมและการสวมหน้ากาก โดยบางครั้งไม่

สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ เนื่องจากต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อฟอกเลือด เพราะจำเป็นต้องใช้บริการขนส่งสาธารณะและเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยได้ (Guerraoui et al., 2021) ส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย การจัดการเดินทางของผู้ป่วยไปฟอกเลือด และการรับมือกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อ โดยการปรับอารมณ์และการปรับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมีข้อจำกัดการเดินทาง แต่ต้องปฏิบัติตามป้องกันและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ โดยการหาข้อมูลที่ถูกต้องการในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงวิกฤต (Guerraoui et al., 2021) ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งการติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัสทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย (Adejumo, Iyawe, Akinbodewa, Abolarin, & Alli, 2019; Van Lieshout, et al. 2022)

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นอยู่และความสำเร็จด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Ailshire & Crimmins, 2020) โดยบุคคลในครอบครัวที่ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน (Oyegbile & Brysiewicz, 2017) โดยเฉพาะในช่วงระบาดของโคโรนาไวรัส ที่ต้องการการสนับสนุนอย่างใกล้ชิด (Adejumo et al., 2019) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมักเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Matthews, Reid, McKeaveney, & Noble, 2021) การดูแลระยะยาวอาจสร้างผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยเฉพาะในด้านความต้องการพักผ่อนและระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน (Hoang, Green, & Bonner, 2019) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและลดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ดูแลและยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Van Lieshout et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล

อายุที่มาก ระยะเวลาการดูแลที่มาก ระดับการศึกษาที่สูง (Kasse, et al., 2024) ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่เพียงพอ (Oh, & Song, 2019; Kasse, et al., 2024) โดยอายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าอาจเผชิญกับความเครียดที่สูงขึ้นจากข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพที่เสื่อมลง (Aman, Liew, Ramdzan, Philp, & Khoo, 2020) ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ (Hoang et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาวาคี, เอบาดี และ โมราดีอัน (Sajadi, Ebadi, & Moradian, 2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมที่พบว่าอายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความเครียดและคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากการดูแลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีการศึกษาการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาระทางร่างกายและอารมณ์ (AlWakeel, & Bayoumi, 2016; Rafati, Mashayekhi, & Dastyar, 2020) และพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอายุของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแล ด้วยข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพ (Faridah et al., 2020)

ปัจจัยด้านระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแลจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและลดความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล (Bevans & Sternberg, 2012) ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมสามารถส่งเสริมความสามารถทางปัญญาและช่วยลดความเสี่ยงต่อความเครียดได้ โดยระยะเวลาที่ยาวนานเกินไปอาจเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแล (Farzi, Moladoost, Ehsani, Shahriari, & Moieni, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าการใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากทำให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Hoang et al., 2019) นอกจากนี้พบว่าการใช้เวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Zhang, Pu, Cui,

Zhang, Li, & Zheng, 2020) ซึ่งความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลต่อความเครียดลดลง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Joy, Abraham, & Gopalakrishnan, 2019) แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น (Van Lieshout, et al., 2022) รวมทั้งการดูแลในระยะยาวยังช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล เช่น การป้องกันการติดเชื้อและการปรับตัว (Van Lieshout et al., 2022) ซึ่งระยะเวลาการดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการปฏิบัติกรอย่างมีประสิทธิภาพที่ส่งผลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยดีขึ้น (Shah et al., 2020; Hejazi, Hosseini, Ebadi, & Khankeh, 2021)

ช่วงการระบาดของโคโรนาไวรัส ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลได้ โดยความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อ (Chen et al., 2020; Bauza, Sclar, Bisoyi, Owens, Ghugey, & Clasen, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศจีนช่วงการระบาดโรคโคโรนาไวรัส พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอย่างชัดเจน (Shen, Min, Lu, & Chu, 2021) และการศึกษาในประเทศไนจีเรีย พบว่า การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเสี่ยงอย่างถูกต้อง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน (Nnama-Okechukwu, Chukwu, & Nkechukwu, 2020) ขณะที่มีการระบาดของโคโรนาไวรัสในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นหนึ่งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง โดยพบรายงานพบการติดเชื้อดังกล่าวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องรายแรกของประเทศไทยที่จังหวัดชุมพร (Indranoi, 2022) แต่ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแต่อย่างใด

ดังนั้นจึงมีประเด็นที่ควรนำมาขยายความรู้และนำมาทดสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแล (อายุและระยะเวลา) ความรู้ ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดย

การศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เพื่อยืนยันความรู้ในการศึกษาที่ผ่านมา มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในการพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพในสถานการณ์วิกฤติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเส้นทางความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ (อายุและ ระยะเวลาการดูแล) ความรู้ของผู้ดูแลกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคุณลักษณะ (อายุ และ ระยะเวลาการดูแล) ความรู้ของผู้ดูแล กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สมมติฐานการวิจัย

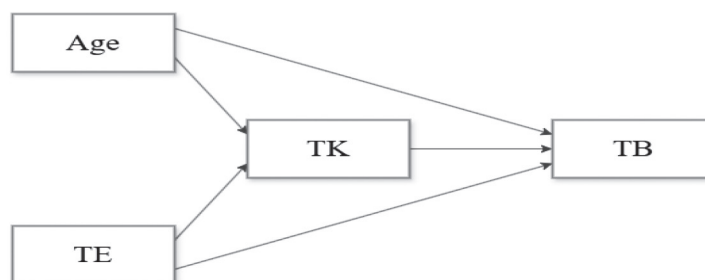
1. คุณลักษณะ (อายุและ ระยะเวลาการดูแล) มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

2. ความรู้ของผู้ดูแล มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

3. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ (อายุและ ระยะเวลาการดูแล) ความรู้ของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแลตามอายุ (Chen et al., 2017) ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย (Nephrology Society of Thailand & The Infectious Disease Association of Thailand, 2021) ประกอบด้วยแนวคิดที่ใช้พัฒนาแนวคิดและพฤติกรรมการดูแลร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร อายุ (Age) ระยะเวลาการดูแล (TE) ความรู้ของผู้ดูแล (TK) และ ตัวแปรตาม 1 ตัว ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (TB) ดังแสดง (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม จำนวน 2 แห่ง จากทั้งหมด 8 แห่ง คัดเลือกจากการจัดกลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลาง F2 และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ F1 ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, Thailand, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม จำนวน 150 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของคอกแรน (Cochran, 1977) กรณีที่ไม่ทราบจำนวน ประชากรที่แน่นอนโดยกำหนดสัดส่วนของประชากรร้อยละ 10 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96 สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับร้อยละ 5 มีค่าเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าสูตร } n = \frac{(p(1-p)Z^2)/Z^2}{d^2}$$

ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของจำนวนตัวอย่าง (drop-out rate) กรณีมีผู้ไม่ตอบแบบสอบถามอีก ร้อยละ 10 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) ตามสูตร $N1 = n / (1-d)$ กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจึงเท่ากับ 153 คน

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยผู้เข้าร่วมจะต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้และมีความยินดีในการให้ข้อมูล ในส่วนของ เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) ผู้ดูแลขอยุติการศึกษาหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นข้อมูลดั้งเดิม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสตามประกาศเผยแพร่ของกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) รวมทั้ง จำนวน 7 ด้าน 26 ข้อ การตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด คือ ตอบได้ถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในช่วงมีการระบาด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบสอบถาม 7 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะมาตรวัด ตั้งแต่ 0-2 (0 เท่ากับไม่เคยปฏิบัติเลย 2 เท่ากับปฏิบัติทุกครั้ง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 1 คน โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 โดยพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ด้วยวิธี คูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 เท่ากับ 0.71 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสในผู้ดูแล เท่ากับ 0.93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งขออนุมัติการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน ที่ได้รับการคัดเลือกผ่านผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยได้จัดประชุมร่วมกับผู้ช่วยวิจัยผ่านทางหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่ออธิบายและให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัย รวมถึงการใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อให้การเก็บข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยนี้ได้ใช้เวลาดำเนินการตั้งแต่ปลายพฤศจิกายน 2564 ถึงต้นมีนาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard) โดยทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ และ ทดสอบค่า outliers ด้วยการ ใช้ boxplot จน ไม่มี outliers และใช้สถิติอนุมาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis Statistics) ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปที่อนุญาตให้ใช้แบบไม่มีค่าใช้จ่าย คือ โปรแกรม LISREL for Windows (Student) version 9.2 การวิจัยนี้ได้ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยการทดสอบ ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติ K-S (Kolmogorov-Smirnov) พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p = 0.15$) ทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล พบว่ามีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรงเชิงบวก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง มีขนาดตัวอย่างอยู่ระหว่าง 150 ราย ถือเป็นขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่จะใช้ Path Analysis และประเมินความสอดคล้องของโมเดลตามเกณฑ์ค่าสถิติ (Hair, Black, Babin, Anderson, & Ham, 2010) ประกอบด้วย ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index) คือ 1) ค่าไคสแควร์ (Chi-square) ต้องไม่มีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > 0.05$) 2) ค่าดัชนี GFI (Goodness of Fit Index) ซึ่งใช้วัด

ระดับความสอดคล้องโดยรวมของแบบจำลอง ค่า GFI ที่ยอมรับได้ต้องมากกว่า 0.90 3) ดัชนี CFI และ NFI (Comparative Fit Index และ Normed Fit Index) ดัชนีเหล่านี้ใช้ประเมินความกลมกลืนของแบบจำลอง โดยค่าที่เหมาะสมต้องมากกว่า 0.90 4) ค่าความคลาดเคลื่อน RMSEA และ RMR (Root Mean Square Error of Approximation และ Root Mean Square Residual) แสดงความคลาดเคลื่อนระหว่างข้อมูลและแบบจำลอง ค่า RMSEA และ RMR ที่เหมาะสมควรมีค่าน้อยกว่า 0.08 5) ค่า SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) ใช้บ่งชี้ระดับความคลาดเคลื่อนที่เป็นมาตรฐาน ค่า SRMR ที่เหมาะสมควรมีค่าน้อยกว่า 0.08 และวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคุณลักษณะความรู้ และ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ต้องไม่เกิน 0.85 ตามทฤษฎีของไคลน์ (Kline, 2011) โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบใบอนุมัติเลขที่ บ.05/2564 วันที่ 28 ตุลาคม 2564 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ดำเนินการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี ส่วนการเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 65.3 และ ร้อยละ 34.7 ตามลำดับ) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 58 คน (ร้อยละ 38.7) อายุ 41-60 ปี จำนวน 63 คน (ร้อยละ 42) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 29 คน (ร้อยละ 19.3) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 4.28 ปี โดยผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแล 1-5 ปี มีจำนวน 115 คน (ร้อยละ 76.7) ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแล 6-10 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 18.6) และผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 7 คน (ร้อยละ 4.7)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะ (อายุ และระยะเวลาการดูแล) ความรู้ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (n=150)

ตัวแปร	Age	TE	TK	TB
อายุ	1			
ระยะเวลา	0.52 *	1		
ความรู้	0.52 *	0.26 *	1	
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล	0.45 **	0.20 *	0.17 *	1

*p-value < .05, **p-value < .01

2. ผลการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคุณลักษณะ (อายุ และระยะเวลาการดูแล) ความรู้ของผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ผลวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ ความรู้ และพฤติกรรม

โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อดังนี้ คือ

1. ผลการศึกษาเส้นทางความสัมพันธ์ของคุณลักษณะ (อายุและระยะเวลาการดูแล) ความรู้ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ อยู่ระหว่าง 0.17 ถึง 0.52 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 0.85 ตามแนวคิดและหลักการของไคลน์ (Kline, 2011) ดังตาราง ที่ 1

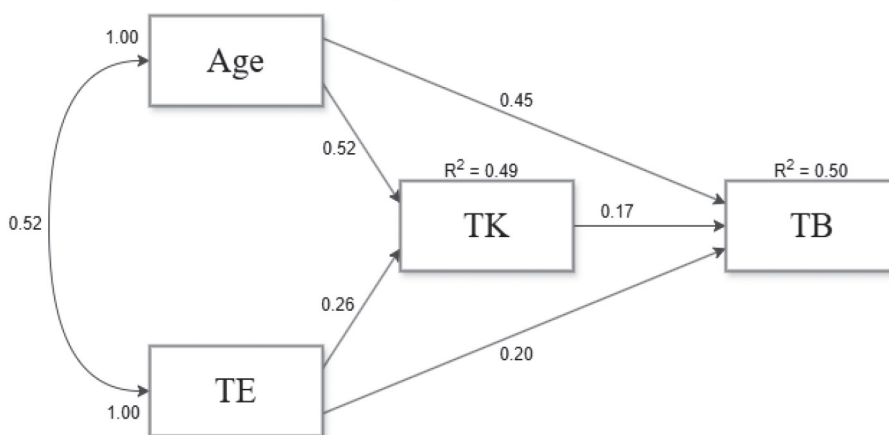
ป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ตามโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การตรวจสอบความสอดคล้องโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (n = 150)

Chi Square	p-value	GFI	CFI	NFI	RMSEA	RMR
1	0.05	0.92	0.94	0.94	0.00	0.02

จากตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์ความสอดคล้องของ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าโมเดลความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ของแฮร์และคณะ (Hair, et al., 2010) ดังนี้ 1) Chi-square = 1.00, p-value = 1.00 (p-value > 0.05), 2) GFI = 0.92 (> 0.90), 3) CFI = 0.94 (> 0.90), 4) NFI = 0.94 (> 0.90), 5) RMSEA = 0.00 (< 0.08), 6) RMR = 0.02 (< 0.08) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้อง

กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความสัมพันธ์กันแบบอิ่มตัว ที่สมบูรณ์แบบ (The Model is Saturated, the Fit is Perfect) (Hair, et al., 2010) โดยทั้ง 4 ตัวแปรสามารถทำนายตัวแปรตาม พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลชุมชน ได้ร้อยละ 50.0 ซึ่งสามารถแสดงภาพ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ ความรู้ และ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลชุมชน ได้ดังแผนภาพ 2



แผนภาพ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ ความรู้ ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลชุมชน ด้วย PATH MODEL

จากแผนภาพที่ 2 เมื่อทดสอบความสอดคล้องของ โมเดลพบว่า ค่าพารามิเตอร์โมเดลอิทธิพลเส้นทางของ ปัจจัยตัวแปรสังเกตได้ด้านคุณลักษณะ (อายุ และระยะเวลาการดูแล) ความรู้ ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดยอธิบายตามแผนภาพดังนี้ คือ

อายุของผู้ดูแล (Age) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล (TB) มีความสัมพันธ์ทางบวก โดยค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficient) ระดับปานกลาง ($r = 0.45$) และอายุ (Age) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนา

ไวรัสของผู้ดูแล (TB) ผ่านความรู้ (TK) ซึ่งคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางระดับต่ำ ($r = 0.09$) และ ความรู้ (TK) มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล (TB) ระดับต่ำ ($r = 0.17$) ระยะเวลาการดูแล (TE) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล (TB) มีความสัมพันธ์เป็นบวก โดยค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficient) ระดับต่ำ ($r = 0.20$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล (TB) ผ่านความรู้ (TK) ซึ่งคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางระดับต่ำ ($r = 0.04$)

ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของ อายุ ระยะเวลา มีผลต่อความรู้ของผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.49 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ได้ร้อยละ 49 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของอายุ ระยะเวลา ความรู้ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.50 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 50 แสดงว่ายังมีตัวแปรอื่นอีกร้อยละ 50 ที่มีผล

ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้จากแผนภาพที่ 2 สามารถอธิบายอิทธิพลของตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล ทั้งทางตรงและทางอ้อม แสดงผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล (TB)			
ตัวแปรเชิงสาเหตุ	อิทธิพลทางตรง (DE)	อิทธิพลทางอ้อม (IE)	อิทธิพลรวม (TE)
อายุ (Age) → (TK) → (TB)	0.45	0.09	0.54
ระยะเวลาการดูแล (TE) → (TK) → (TB)	0.20	0.04	0.24
ความรู้ (TK) → (TB)	0.17	-	0.17

p-value < .05 (DE = Direct effect, IE = Indirect effect, TE = Total effect)

จากแผนภาพที่ 2 และตารางที่ 3 โมเดลความความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง คุณลักษณะ ความรู้ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถตอบสนองสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ของ คุณลักษณะ (อายุ และระยะเวลาการดูแล) ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตาราง 2) และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแลได้ร้อยละ 50 ดังนั้นผู้วิจัยขออภิปรายตัวแปรสาเหตุ คือ อายุ ระยะเวลา และความรู้ของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิจัยนี้ พบว่า อายุซึ่งมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีอิทธิพลรวมมากที่สุดเท่ากับ 0.54 แสดงให้เห็นว่า อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส ซึ่งสามารถอธิบายจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อายุของผู้ดูแล ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อเวลาผ่านไปมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ และช่วงเวลา (Kim & Crimmins, 2020) ผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุต้องปรับตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงทั้งสำหรับตนเองและผู้ป่วย รวมทั้งอายุของผู้ดูแล มีผลกระทบต่องานความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของตนเอง โดยอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ (Guerraoui et al., 2021) และพฤติกรรมในการดูแล ผู้ดูแลที่มีอายุมาก มักเผชิญกับข้อจำกัดทางร่างกายและปัญหาสุขภาพที่เสื่อมลง ซึ่งอาจเพิ่มความเครียดและส่งผลกระทบบต่อคุณภาพชีวิตรวมถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Sousa et al., 2022) โดยจากการศึกษาของเฉินและคณะ (Chen et al., 2017) พบว่าอายุมีอิทธิพลโดยตรงและเป็น

ปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยกลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุน้อยพบว่าสุขภาพโดยรวมของตนเองมีแนวโน้มไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านสอดคล้องกับ ซาจาดีและคณะ (Sajadi et al., 2017) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ที่พบว่า อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุมาก อาจประสบกับปัญหาทางร่างกายและจิตใจ มากกว่ารวมทั้งผู้ดูแลที่มีอายุน้อยอาจต้องเผชิญกับปัญหาด้านการศึกษา การทำงาน หรือการสร้างความสัมพันธ์ที่ไม่เหมือนกับผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ที่มีอายุมากกว่ามักจะประสบปัญหาความเหนื่อยล้าและขาดพลังในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทางร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น และ มีความยากลำบากในการจัดการกับความเครียดหรือความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (Faridah et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของคิมและคริมมินส์ (Kim & Crimmins, 2020) เกี่ยวกับผลกระทบของอายุที่มีต่อปฏิกิริยาส่วนบุคคลและสังคมต่อการระบาดของโคโรนาไวรัส พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงเริ่มต้นของการระบาด และมีความแตกต่างตามกลุ่มอายุ โดยผู้ที่มีอายุที่มาก มีการปรับตัวได้มากที่สุด และ ผู้ดูแลอายุมากสามารถรับมือกับความซับซ้อนในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น เป็นผลมาจากการมีประสบการณ์และความรู้ที่สั่งสมมา ทำให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน โรคอย่างเคร่งครัดและมีประสิทธิภาพมากกว่า

สำหรับตัวแปรระยะเวลาการดูแลมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อม โดยมีอิทธิพลรวมรองลงมาเท่ากับ 0.24 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับ ผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อระยะเวลาการดูแลยาวนาน ความเครียดและความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแล (Yuan & Grün, 2018; Joy et al., 2019; Zhang, et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ หยวนและกริวฮัน (Yuan &

Grün, 2018) ที่ศึกษาผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่อผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นที่ระยะเวลาการดูแล เป็นปัจจัยสำคัญ พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานเกิน 4 ปี ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจิตและลดความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ในขณะที่การดูแลในระยะเวลา 2-4 ปี มีผลดีต่อความจำ ทั้งในด้านการจดจำข้อมูลระยะสั้นและระยะยาวมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแล รวมทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในการดูแลสามารถส่งเสริมความสามารถทางปัญญาและช่วยลดความเสี่ยงต่อความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จางและคณะ (Zhang, et al., 2020) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยาวนานเป็นปัจจัยหลักที่มีผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางช่องท้อง ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นหากผู้ดูแลมีการดูแลมากกว่า 5 ปี ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ในขณะที่การศึกษาของ จอยและคณะ (Joy et al., 2019) พบว่าความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องลดลงจากความเหนื่อยล้าและมีความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาช่วงระบาดของโคโรนาไวรัส ผู้ดูแลในครอบครัวรายงานว่าผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพและความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจเกิดความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลให้แก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะเมื่อระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยาวนานขึ้น ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจะยิ่งมากขึ้นและอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลอาจรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเครียดจนไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างเต็มที่ (Beach, Schulz, Donovan, & Rosland, 2021)

ตัวแปรความรู้ของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงโดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.17 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัสของผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีในผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉินและคณะ (Chen et al., 2020) พบว่า บุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ต้องตระหนักถึงการรับรู้ด้านความรู้ ความเสี่ยงและประโยชน์ การป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อโรค ที่ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศจีน ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส โดยพบว่าปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันรวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอย่างชัดเจน (Shen et al., 2021) จากการวิจัยของ นามา-โอเคชุกูและคณะ (Nnama-Okechukwu et al., 2020) ศึกษาความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโคโรนาไวรัส ในประเทศไนจีเรียพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง และการรับรู้ถึงความเสี่ยงจากการติดเชื้อ นอกจากนี้การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค และวิธีการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมคคอกฮีย์, แมคแกน, เฟลมอนส์, ไฮน์ดมาร์ช และบรันดริต (McCaughy, McGhan, Flemons, Hindmarch, & Brundrit, 2022) ศึกษาการได้รับข้อมูลด้านสาธารณสุขในช่วงการระบาดของโคโรนาไวรัส ต่อความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโคโรนาไวรัสมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลระบุว่ามีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการจัดการสถานการณ์ในช่วงการระบาด ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังนั้นมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กันหลายมิติ ทั้งการให้ความรู้และการสนับสนุนทางอารมณ์ให้แก่ผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาระ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น อายุ ระยะเวลาการดูแล และความรู้ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันกั้นการติดเชื้อโคโรนาไวรัส จากผลการศึกษาและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างปัจจัยเหล่านี้การพัฒนาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ประโยชน์ของการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ยืนยันได้ว่า อายุ และ ระยะเวลาการดูแล ของผู้ดูแลมีความสำคัญ สามารถทำนายด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อกับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไต สามารถนำคุณลักษณะและตัวแปรดังกล่าว มาประกอบการจัดการบริการ (Service management) ด้วยการจัดการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับผู้ดูแลทั้งในสถานบริการ การดูแลที่บ้าน (Home care) และชุมชน (Community care) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลผู้ป่วย และลดภาระงานของบุคลากรสุขภาพ อันส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยไตได้อย่างชัดเจน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการเก็บข้อมูลทำได้จำกัดในสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ โดยการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคุณลักษณะและความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแล ที่สังเคราะห์จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายการศึกษาไปยังผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชน และอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการศึกษากลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อเข้าใจถึงประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อจะทำให้เข้าใจบริบทของผู้ดูแลที่ชัดเจนขึ้น และนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุน จากมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่ สนับสนุนงบประมาณ ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้าร่วมให้ข้อมูลและขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานกับผู้ดูแลในการให้ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Adejumo, O. A., Iyawe, I. O., Akinbodewa, A. A., Abolarin, O. S., & Alli, E. O. (2019). Burden, psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease patients. *Ghana medical journal*, 53(3), 190-196.
- Ailshire, J. A., & Crimmins, E. M. (2020). The impact of COVID-19 on home-based long-term care for older adults. *The Gerontologist*, 61(1), 78-90.
- AlWakeel, J. S., & Bayoumi, M. M. (2016). Caregiver burden among peritoneal dialysis and hemodialysis family in Saudi Arabia. *Kuwait Medical Journal*, 48(3), 197-201.
- Aman, Z., Liew, S. M., Ramdzan, S. N., Philp, I., & Khoo, E. M. (2020). The impact of caregiving on caregivers of older persons and its associated factors: a cross-sectional study. *Singapore medical journal*, 61(5), 238-245.
- Bauza, V., Sclar, G. D., Bisoyi, A., Owens, A., Ghugey, A., & Clasen, T. (2021). Experience of the COVID-19 Pandemic in Rural Odisha, India: Knowledge, Preventative Actions, and Impacts on Daily Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2863.
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 307(4), 398-403.
- Bulusu, A., Segarra, C., & Khayat, L. (2023). Analysis of COVID-19 vaccine uptake among people with underlying chronic conditions in 2022: A cross-sectional study. *SSM - Population Health*, 22, 101422.
- Beach, S. R., Schulz, R., Donovan, H., & Rosland, A. M. (2021). Family Caregiving During the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist*, 61(5), 650-660.
- Cancarevic, I., Nassar, M., Daoud, A., Ali, H., Nso, N., Sanchez, A., Parikh, A., Ul Hosna, A., Devanabanda, B., Ahmed, N., & Soliman, K. M. (2022). Mortality rate of COVID-19 infection in end stage kidney disease patients on maintenance hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *World journal of virology*, 11(5), 352-361.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York :John Wiley and Sons.
- Chen, M. C., Kao, C. W., Chiu, Y. L., Lin, T. Y., Tsai, Y. T., Jian, Y. Z., Tzeng, Y. M., Lin, F. G., Hwang, S. L., Li, S. R., & Kao, S. (2017). Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 208.
- Chen, Y., Zhou, R., Chen, B., Chen, H., Li, Y., Chen, Z., Zhu, H., & Wang, H. (2020). Knowledge, Perceived Beliefs, and Preventive Behaviors Related to COVID-19 Among Chinese Older Adults: Cross-Sectional Web-Based Survey. *Journal of medical Internet research*, 22(12), e23729.
- Faridah, V. N., Nursalam, N., Agustini, N. L. P. I. B., Lestari, T. P., Suratmi, S., Juanita, F., & Aris, A. (2020). Determinants of the caregiver burden of CKD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(3), 6555-6565

- Farzi, S., Farzi, S., Moladoost, A., Ehsani, M., Shahriari, M., & Moieni, M. (2019). Caring Burden and Quality of Life of Family Caregivers in Patients Undergoing Hemodialysis: A Descriptive-Analytic Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 7(2), 88-96.
- Guerraoui, A., Idier, L., Hallonet, P., Dolley-Hitze, T., Gosselin, M., Duneau, G., Vendrely, B., Hirigoyen, M. D., Azzouz, L., Bouillier, M., Pelletier, S., Fouque, D., Fessi, H., De-Precigout, V., Vigneau, C., Kolko, A., Pinçon, É., Duquennoy, S., Delezire, A., Chantrel, F., ... Prézélin-Reydit, M. (2021). Psychological impact of lockdown and the COVID-19 epidemic on hemodialysis patients and carers in France. *Nephrologie & thérapeutique*, 17(4), 252-59.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi journal of anaesthesia*, 10(3), 328-331.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Ham, R. L. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
- Hejazi, S. S., Hosseini, M., Ebadi, A., & Khankeh, H. R. (2021). Components of quality of life in hemodialysis patients from family caregivers' perspective: A qualitative study. *BMC Nephrology*, 22, 379.
- Hsu, C. M., Weiner, D. E., Aweh, G., Miskulin, D. C., Manley, H. J., Stewart, C., Ladik, V., Hosford, J., Lacson, E. C., Johnson, D. S., & Lacson, E., Jr (2021). COVID-19 Among US Dialysis Patients: Risk Factors and Outcomes From a National Dialysis Provider. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*, 77(5), 748-756.e1.
- Hoang, V. L., Green, T., & Bonner, A. (2019). Informal caregivers of people undergoing haemodialysis: Associations between activities and burden. *Journal of Renal Care*, 45(3), 151-158.
- Indranoi, A., (2022). COVID-19 infection in An ESRD patient undergoing Chronic Peritoneal Dialysis: The first case report in Thailand. *Region 11 Medical Journal*, 36(2), 74-83.[In Thai].
- Joy, J., T. J., H. K., Abraham, P. M., & Gopalakrishnan, S. (2019). Burden and resilience in caregivers of patients on maintenance haemodialysis. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 7(11), 4033-4037.
- Kasse T, Solomon T, Mesfin A, Lonsako AA, Orkaido O, Agegnehu Y and Haile A (2024) Awareness and infection prevention practices of hepatitis B virus among informal caregivers in public hospitals of Addis Ababa, *Ethiopia*, 2024.
- Kim, J. K., & Crimmins, E. M. (2020). How does age affect personal and social reactions to COVID-19: Results from the national health and aging trends study. *Public Health Reports*, 135(4), 508-515
- Kline, R. B. (2011). *Methodology in the social sciences: principles and practice of structural equation modeling*. (3rd ed.). Guilford Press.
- Matthews, M., Reid, J., McKeaveney, C., & Noble, H. (2021). Knowledge Requirements and Unmet Needs of Informal Caregivers of Patients with End-Stage Kidney Disease (ESKD) Receiving Haemodialysis: A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1), 57
- McCaughey, D., McGhan, G., Flemons, K., Hindmarch, W., & Brundrit, K. (2022). Public Health Messaging during the COVID-19 Pandemic and Its Impact on Family Caregivers' COVID-19 Knowledge. *Healthcare policy Politiques de sante*, 18(1), 75-89.

- Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines for the establishment and adjustment of service capacity levels of healthcare units, fiscal year 2022*. Ministry of Public Health. Retrieved 28 December 2022. from <https://phdb.moph.go.th/main/upload/ebook/web/20220207123639/>. [In Thai].
- Mohammadi, F., Farjam, M., Gholampour, Y., Sohrabpour, M., Oshvandi, K., & Bijani, M. (2021). Caregivers' perception of the caring challenges in coronavirus crisis (COVID-19): A qualitative study. *BMC Nursing*, 20(1), 102.1-9.
- Nephrology Society of Thailand. (2020). *Kidney replacement therapy in Thailand 2020*. Retrieved 8 October 2023 from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>. [In Thai].
- Nephrology Society of Thailand & The Infectious Disease Association of Thailand. (2021). *Guidelines for the care of patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis during COVID-19 pandemic in Thailand*. Retrieved 20 August 2021 from https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/04/NST_COVID-19_09-04-21.pdf. [In Thai].
- Nnama-Okechukwu, C. U., Chukwu, N. E., & Nkechukwu, C. N. (2020). COVID-19 in Nigeria: Knowledge and compliance with preventive measures. *Social Work in Public Health*, 35(7), 590-602.
- Oh, Y.-J., & Song, Y.-S. (2019). The caregiver's knowledge and practice about preventive behavior for urinary tract infection in long-term care facilities. *Asia-Pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, 9(10), 407-421.
- Oyegbile, Y. O., & Brysiewicz, P. (2017). Family caregiver's experiences of providing care to patients with End-Stage Renal Disease in South-West Nigeria. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2624-2632.
- Rafati, F., Mashayekhi, F., & Dastyar, N. (2020). Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 3084-3096.
- Savla, J., Roberto, K. A., Blieszner, R., McCann, B. R., Hoyt, E., & Knight, A. L. (2021). Dementia caregiving during the stay-at-home phase of the COVID-19 pandemic. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(4), e241–e245.
- Sajadi, S., Ebadi, A., & Moradian, S. (2017). Quality of life among family caregivers of patients on hemodialysis and its relevant factors: A systematic review. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(3), 206-218.
- Shah, K. K., Murtagh, F. E. M., McGeechan, K., Crail, S., Burns, A., Tran, A. D., & Morton, R. L. (2020). Quality of life among caregivers of people with end-stage kidney disease managed with dialysis or comprehensive conservative care. *BMC Nephrology*, 21(1), 160.
- Shen, F., Min, C., Lu, Y., & Chu, Y. (2021). The effect of cognition and affect on preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 21(1), 722.
- Sousa, H., Frontini, R., Ribeiro, O., Paúl, C., Costa, E., Amado, L., Miranda, V., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2022). Caring for patients with end-stage renal disease during COVID-19 lockdown: What (additional) challenges to family caregivers?. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(1), 215-224.

- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public*. Retrieved 8 September, 2021 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- Van Lieshout, T. S., Vonk, S., Driehuis, E., Roeterdink, A. J., Goto, N. A., Vogels, T., Kooijman, W., Bart, J., Broese van Groenou, M. I., van Jaarsveld, B. C., & Abrahams, A. C. (2022). Exploring experiences and health-related quality of life of caregivers of patients who start home dialysis: study protocol for a prospective, multicentre cohort study. *BMJ open*, 12(11), e064172.
- Valeri, A. M., Robbins-Juarez, S. Y., Stevens, J. S., Ahn, W., Rao, M. K., Radhakrishnan, J., Gharavi, A. G., Mohan, S., & Husain, S. A. (2020). Presentation and Outcomes of Patients with ESKD and COVID-19. *Journal of the American Society of Nephrology*, 31(7), 1409–1415
- Yuan, J., & Grün, D. (2018). Compromised cognitive functioning and well-being in informal caregiving: Caregiving duration matters. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 911.
- Zhang, R., Pu, C., Cui, X., Zhang, N., Li, X., & Zheng, F. (2020). Burden in primary family caregivers caring for uremic patients on maintenance peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 40(6), 556–562

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

Factors Predicting Preterm Labor Preventive Behaviors among Pregnant Women

Working in Factories

นุชาณี กอเข็ม (Nuchanee Korsem)*

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (Tatirat Tachasuksri)**

ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา (Punyarat Lapvongwatana)***

Received: October 21, 2024

Revised: November 20, 2024

Accepted: December 20, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ขึ้นไป และมาฝากครรภ์คลินิกเอกชน จำนวน 260 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของทุกแบบสอบถามระหว่าง .92-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .71-.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบวิธีการลดตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เฉลี่ยในระดับปานกลางเท่ากับ 50.77 (S.D. = 5.29) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

**Corresponding author: Tatirat Tachasuksri; Email: tatiratp@yahoo.com

*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา (Student, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapa University)

**รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

***รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University)

พฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 49.7 ($R^2 = .497$) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าหน่วยงานหรือผู้ให้บริการสุขภาพควรนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการจัดการกับอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนทางสังคม, หญิงตั้งครรภ์, โรงงานอุตสาหกรรม

Abstract

The purpose of this study was to analyze preterm labor preventive behavior and investigate the factors predicting preterm labor preventive behavior among pregnant women working in factories. Participants were of 260 pregnant women working in factories with a gestational age of 26 weeks or more who attended obstetric private clinics. Data were collected by self-report questionnaires including demographic data, preterm labor preventive behaviors, risky work conditions, perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, social support, and prenatal care of factories. The content validity indices (CVI) and Cronbach's alpha coefficients of all questionnaires ranged from .92 to 1.00 and from .71 to .90. Descriptive statistics and backward multiple regression were used to analyze the data.

The study results found that the mean score for participants preterm labor preventive behaviors moderate level was 50.77 (S.D. = 5.29). The perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy, and social support were significant factors in predicting preterm labor preventive behaviors. They accounted for 49.7% ($R^2 = .497$) of the variance in preterm labor preventive behaviors. The findings imply that healthcare centers or providers should increase perceived self-efficacy, social support, and preterm labor preventive behaviors among pregnant women working in factories to reduce the risk of preterm birth.

Keywords: Preterm labor preventive behavior, Self-efficacy, Social support, Pregnant women, Factories

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด และเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention) เกี่ยวกับอัตราการคลอดก่อนกำหนดของมารดาในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018-2020 พบร้อยละ 10.02, 10.23 และ 10.09 ตามลำดับ (Osterman, Hamilton, Martin, Driscoll, & Valenzuela, 2021) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดปี พ.ศ. 2563-2564 ร้อยละ 12.38 และร้อยละ 12.47 โดยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 และโรงพยาบาลระยองมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 13.10 และร้อยละ 10.18 ตามลำดับ (Health Data Center, 2022) จากข้อมูลดังกล่าวจังหวัดระยองยังมีอุบัติการณ์สูงกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ไม่เกินร้อยละ 8.5 ทั้งนี้เนื่องจากอยู่ในเขตอุตสาหกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงได้รับผลกระทบจากปัญหามลพิษจากการทำงานและสภาพแวดล้อมร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และมีผลทางลบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ที่อาจทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการทำงานและการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลกระตุ้นร่างกายให้สร้างสาร Corticotropin releasing hormone (CRH), Cytokine, Cortisol และ Prostaglandin ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ความรับผิดชอบต่อร่างกาย และการจัดการความเครียดจากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารที่ไม่ปลอดภัย มีความเครียด และการดูแลขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสมมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 2.03, 1.98 และ 13.32 เท่า (Dolatian, Sharifi, & Mahmoodi, 2018) และการศึกษาพบว่า การสัมผัสกับมลภาวะทางอากาศสาร

ประกอบอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ฝุ่นละออง (PM) และไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (McKenzie, Guo, Witter, Savitz, Newman, & Adgate, 2014) การทำงานเป็นกะ การขึ้นเป็นเวลานาน การทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 1.13, 1.11 และ 1.21 เท่า (Mozurkewich, 2020)

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2019) อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ซึ่งมีอิทธิพลจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) กับความคิดและอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 1) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง เช่น ลักษณะที่ทำตอนกลางคืน ยืนเป็นเวลานาน และยกของหนัก เป็นปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม 2) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r = .355, p < .001$) (Chaiyingcheaw, Anusornteerakul, & Ungpansattawong, 2017) และมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = .286, p < .001$) (Teanchaithut, Aumpram, Gettong, & Somjai, 2022) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางบวกต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .634, p < .001$) (Izadirad, Nohtani, Aliahmadi, Pourhaji, & Niknami, 2017) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($r = -.31, p < .001$) (Kaeonoi, Phumonsakul, & Gerdprasert, 2018) และมีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมป้องกันการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = -.200,$

$p < .001$) (Teanchaitthut et.al., 2022) 3) การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลในขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์ ($\beta = .237, p < .001$) (Izadirad, Nohtani, Aliahmadi, Pourhaji, & Niknami, 2017) และการดูแลด้านอาหารในขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ($\beta = .142, p = .023$) (Ngamchay, Tachasuksri, & Siriarunrat, 2020)

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญต่อการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดร่วมกับไม่พบการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดระยองเป็นพื้นที่ที่ประกอบ การอุตสาหกรรมขนาดใหญ่จำนวน 26 แห่ง มีผู้ประกอบการขนาด 33 ที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์จำนวน 24,706 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.69 ของแรงงานหญิงในระบบทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า มีสถานประกอบการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน (ร้อยละ 7.19) และไม่ปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน (ร้อยละ 32.61) (Rayong Provincial Labor Office, 2022) จึงก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และอาจมีผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาที่ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแล

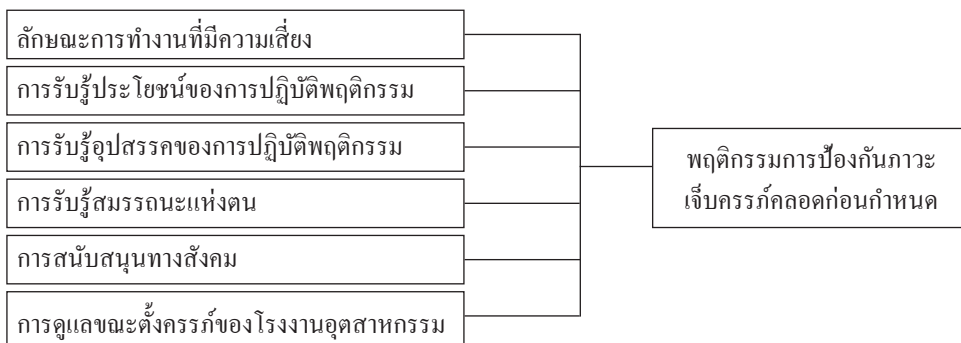
หญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตการทำงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้นั้น ขึ้นกับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง ดังภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์เอกชน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง โดยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลระยอง รัศมีไม่เกิน 1 กิโลเมตร จำนวน 4 แห่ง เนื่องจากเป็นคลินิกของสูติแพทย์ขนาดใหญ่ที่มีผู้รับบริการใกล้เคียงกันประมาณ 135-150 ราย/เดือน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 20-34 ปี 2) อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีโรคทางอายุรกรรมที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน หัวใจ และความดันโลหิตสูง 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ และครรภ์แฝดน้ำ และ 5) พุด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 34 ปี 2) อายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ 3) เป็นโรคเบาหวาน หัวใจ และความดันโลหิตสูง 4) มีภาวะครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ และครรภ์แฝดน้ำ และ 5) พุด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยไม่ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ 40 ราย ต่อ 1 ตัวแปรอิสระ (Tabachnick & Fidell, 2014) การวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 6 ตัวแปร คำนวณได้น้อยกว่า 240 ราย จึงเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากหมายเลขที่กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวันละ 2 คลินิก สลับกันแบบวันเว้นวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบคลินิกละ 66 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 ช่วงเวลา 17.00-19.00 น. โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 30-40 นาที และตัดข้อมูลออกจำนวน 4 ราย เนื่องจากข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ (Outliers) เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูล 260

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ และข้อมูลการตั้งครรภ์ เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ปัจจุบัน โรคประจำตัวที่ไม่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนน 1-4 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ตามลำดับ การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 35-44 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีการทำงานที่เสี่ยงระดับมาก คะแนน 26-34 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง มีการทำงานที่เสี่ยงระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 26 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีการทำงานที่เสี่ยงระดับน้อย บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้และปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนดของกรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ (Phetcharak, Intharueang, Talerd, & Chitjumnong, 2019) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนน 1-4 คือ ไม่ตรงกับความคิดเห็น ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนน้อย ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนมาก และตรงกับความคิดเห็นทั้งหมด ตามลำดับ การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 32-40 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง รับรู้ประโยชน์ระดับมาก คะแนน 24-31 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง รับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 24 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง รับรู้ประโยชน์ระดับน้อย บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้และปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะคลอดก่อนกำหนดของกรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ (Phetcharak et al., 2019) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า

4 ระดับ ค่าคะแนน 1-4 คือ ไม่ตรงกับความคิดเห็น ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนน้อย ตรงกับความคิดเห็นเป็นส่วนมากและตรงกับความคิดเห็นทั้งหมด ตามลำดับ การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 26-32 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง รับรู้อุปสรรคระดับมาก คะแนน 18-25 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง รับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 25 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง รับรู้อุปสรรคระดับน้อย บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้และปรับใช้จากแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกรรมนิกา เพ็ชรรัช และคณะ (Phetcharak et al., 2019) จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนน 1-4 คือ ไม่มั่นใจว่า สามารถปฏิบัติได้ มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้บางครั้ง มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้บ่อยครั้ง และมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ ตามลำดับ การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 54-68 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติระดับมาก คะแนน 41-53 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 41 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติระดับน้อย บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้และปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในหญิงตั้งครรภ์ของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (Tachasuksri et al., 2017) จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรประมาณ ค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนน 1- 4 คือ ไม่ได้รับเลย ได้รับ เล็กน้อย ได้รับปานกลาง และได้รับมากที่สุด ตามลำดับ การแปลผลคะแนนรวม คือ คะแนน 45-56 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก คะแนน 34-44 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 34 (ต่ำกว่า ร้อยละ 60) หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับน้อย บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการดูแลขณะตั้งครรภ์ของ โรงงานอุตสาหกรรม พัฒนจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นความคิดเห็นต่อการดูแลของโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันอันตรายจากการทำงาน จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบ

เลือกตอบ กำหนดคะแนนเป็นได้รับการดูแลมีค่าเท่ากับ 1 และไม่ได้ได้รับการดูแลมีค่าเท่ากับ 0 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 7-8 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ได้รับการดูแลระดับมาก คะแนน 5-6 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ได้รับการดูแลระดับปานกลาง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด ใช้และปรับใช้จากแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของกรรมนิกา เพ็ชรรัช และคณะ (Phetcharak et al., 2019) ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ความรับผิดชอบต่อ ร่างกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนน 1- 4 คือ ไม่ เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์ ตามลำดับ การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 51-64 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดี คะแนน 38-50 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 38 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีพฤติกรรม ในระดับไม่ดี บลูม (Bloom, 1971)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ใช้ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับการศึกษา มีตรวจสอบความ ตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน 2 ท่าน ได้คำดัชนี ความตรงของเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-8 เท่ากับ .99, 1.00, .98, .99, .92, .97 และ 0.96 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะ คล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเที่ยง ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81, .71, .74, .81, .90, .90 และ .73 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย บุรพาและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสูติแพทย์

ที่เป็นเจ้าของคลินิกแล้ว ผู้วิจัยเตรียมผู้ประสานงานวิจัยซึ่งไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในคลินิก และเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพโดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกทั้ง 4 แห่ง ในช่วงเวลา 17.00-19.00 น. โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที สามารถแจ้งถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษา และยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานของคลินิก พร้อมขออนุญาตบันทึกข้อมูลการตั้งครุภัณฑ์และการคลอดโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอในภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB 3-085/2566 ลงวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2566 จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิแนบกับแบบสอบถามเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้ใช้รหัสแทนและมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบลดตัวแปร (Backward multiple regression) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า การกระจายไม่เป็นปกติ จึงแปลงค่าตัวแปร (Dummy variable) โดยคะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 มีค่าเท่ากับ 0 และคะแนนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 80 มีค่าเท่ากับ 1 จะได้ค่าตัวแปรลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง (1) และต่ำ (0) และการดูแลขณะตั้งครุภัณฑ์ของโรงงานอุตสาหกรรมเป็นได้รับการดูแลในระดับดี (0) และไม่ดี (1) และตัดข้อมูล

ที่มีค่าผิดปกติ (outliers) จำนวน 4 ราย ผลการทดสอบพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปร (Residuals) มีการกระจายปกติและเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาจาก KS test ได้ค่า $p\text{-value} = .06$ และค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.90 ไม่เกิด Homoscedasticity และ Outlier และตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจาก VIF มีค่า 1.04-1.27 และ Tolerance มีค่า .89-.97

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.46 ปี ($S.D. = 3.70$, Min-Max = 20-34) สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 30.0) รองมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 27.7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.2) รายได้เฉลี่ย 43,697.32 บาท/เดือน ($S.D. = 18,766.07$) ทำงานแผนกออฟฟิศมากที่สุด (ร้อยละ 45.0) รองมาคือ ฝ่ายผลิต (ร้อยละ 41.2) ลักษณะการทำงานแบบนั่งทำงาน (ร้อยละ 54.2) รองมาคือ ยืนทำงาน (ร้อยละ 32.3) เมื่อตั้งครุภัณฑ์ ร้อยละ 51.2 ไม่ต้องปรับเปลี่ยนงานเนื่องจากทำงานในแผนกออฟฟิศและควบคุมคุณภาพและร้อยละ 48.8 ได้รับการปรับเปลี่ยนงาน โดยปรับงานเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงระยะ 12 สัปดาห์ มากที่สุด ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 46.36 ชั่วโมง/สัปดาห์ ($S.D. = 4.66$) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่และไม่เคยดื่มสุราหรือไม่เคยดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 65.0)

2. ข้อมูลทางสูติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นครรภ์แรกมากที่สุด (ร้อยละ 40.8) รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งที่สอง (ร้อยละ 33.3) และตั้งครรภ์มากกว่า 3 น้อยที่สุด (ร้อยละ 19.3) มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร²) มากที่สุด (ร้อยละ 46.9) ร้อยละ 3.1 มีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน สาเหตุจากภาวะน้ำเดินก่อนกำหนดมากที่สุด (ร้อยละ 1.5) อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วง 34 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงระยะ 38 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 48.0) ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 77.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.1) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครุภัณฑ์ (ร้อยละ 89.2)

3. พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับปานกลางเท่ากับ 50.77 (S.D. = 5.29) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการและด้านความรับผิดชอบต่อร่างกายอยู่ในระดับดีเท่ากับ 17.51 (S.D. = 1.87) และ 9.04 (S.D. = 1.60) ตามลำดับ ด้านการจัดการความเครียด และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 9.93 (S.D. = 1.82) และ 14.27 (S.D. = 2.71) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้านโภชนาการพบว่า การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = .77) และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.25, S.D. = .74)

ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกายพบว่า การไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = .77) และการกลั่นปัสสาวะขณะทำงานมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.15, S.D. = .64) ด้านการจัดการความเครียดพบว่า การผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคผ่อนคลาย และทำกิจกรรมที่ชื่นชอบมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.16, S.D. = .77) และการนอนพักผ่อนช่วงกลางวันมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.83, S.D. = .86) ส่วนด้านกิจกรรมทางกายพบว่า การหลีกเลี่ยงการทำงานหนักมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.41, S.D. = 1.02) และการออกกำลังกายวันละ 15-30 นาทีมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.06, S.D. = .73)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 260)

ตัวแปร	Range		$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	Possible	Actual			
พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	16-64	36-64	50.77	5.29	ปานกลาง
- ด้านโภชนาการ	5-20	10-20	17.51	1.87	ดี
- ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย	3-12	3-12	9.93	1.60	ด
- ด้านการจัดการความเครียด	3-12	3-12	9.04	1.82	ปานกลาง
- ด้านกิจกรรมทางกาย	5-20	6-20	14.27	2.71	ปานกลาง

4. ข้อมูลปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงต่ำ เท่ากับ 58.41 (S.D. = 6.08) 49.53 (S.D. = 4.50) และ 37.23 (S.D. = 5.08) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการดูแลขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 31.95 (S.D. = 3.18), 24.62 (S.D. = 3.44) และ 5.44 (S.D. = 2.15) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมพบว่า การฝากครรภ์ช่วยประเมินความเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.61, S.D. = .62) ส่วนการสวนล้างช่องคลอดช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องคลอด

มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.30, S.D. = .92) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมพบว่า ความเครียดจากการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = .74) ส่วนการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 2.20, S.D. = .74) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า ความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = .54) ส่วนความมั่นใจในการประเมินอาการเจ็บครรภ์ได้ด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.03, S.D. = .71) การสนับสนุนทางสังคมพบว่า การได้รับความรักความห่วงใยดูแลเอาใจใส่ และการได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.76, S.D. = .44) ส่วนการได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.26, S.D. = .65) ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง

พบว่า การทำงานในท่ง หรือยืนนาน 2 ชั่วโมงติดต่อกัน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.36$, S.D. = 1.03) ส่วนการทำงานในสถานที่สัมผัสกับแหล่งเชื้อโรค มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.18$, S.D. = .47) การดูแลขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า การยกเว้นการทำงาน

ในเวลากลางคืน การทำงานล่วงเวลา หรือวันหยุดมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 0.85$, S.D. = .35) ส่วนการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดในขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 0.47$, S.D. = .50)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา (n = 260)

ตัวแปร	Range		$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	Possible	Actual			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	10-40	23-39	31.95	3.18	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	8-32	13-32	24.62	3.44	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	17-68	43-68	58.41	6.08	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	14-56	38-56	49.53	4.50	มาก
ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง	11-44	11-35	17.75	5.07	น้อย
การดูแลขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรม	0-8	0-8	5.44	2.15	ปานกลาง

5. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 49.7 ($R^2 = .497$)

(ตารางที่ 3) สามารถเขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบคือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด = $11.38 + .134$ (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม) - $.180$ (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม) + $.458$ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + $.244$ (การสนับสนุนทางสังคม)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 260)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
Constant	11.38	3.83		2.96	.003
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	.134	.066	.096	2.03	.043
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	-.180	.084	-.097	-2.13	.033
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.458	.043	.531	10.62	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.244	.057	.209	4.25	<.001

$R^2 = .497$, R^2 adjust = .490, F4, 255 = 63.11, $p < .001$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 50.77$, S.D. = 5.29) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 เป็นครรภ์แรก ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 89.2) และมีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 71.2) จึงอาจไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาอายุมาก พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, S.D. = 0.29) (Chaiyingcheaw et al., 2017) แต่แตกต่างจากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับดี ($\bar{X} = 3.07$, S.D. = 0.29) (Horsuwannanon, Teanchaithut, Aumpram, & Kansompoj, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมทางกายน้อยที่สุด ($\bar{X} = 14.27$, S.D. = 2.71) โดยเฉพาะการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.0$, S.D. = 0.733) อาจเนื่องมาจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีเวลาจำกัด เนื่องจากต้องทำงานตั้งแต่เช้าและกลับค่อนข้างเย็น โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 46.36 ชั่วโมง/สัปดาห์ (S.D. = 4.66) และร้อยละ 14.3 ทำงานเกิน 48 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร่วมกับร้อยละ 40 เป็นครรภ์แรก และฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน จึงอาจมีผลต่อการได้รับข้อมูลการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.69$, S.D. = 4.62) (Khwanprom, Chareonsanti, & Sriarporn, 2021)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะ

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมได้ร้อยละ 49.7 ($R^2 = .497$, $p < .001$) สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2019) อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง กับความคิดและอารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดการอภิปรายผลมีดังนี้

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = .531$, $p < .001$) อธิบายได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลจะมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-34 ปี ที่เป็นช่วงวัยที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์และมีสถานภาพสมรส คู่เห็นความสำคัญของการตั้งครรภ์โดยมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 77 และมากกว่าครึ่งเคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ (ร้อยละ 59.2) จึงมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางบวก ($\beta = .183$, $p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานร่วมกับความเชื่อในความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน การรับรู้อุปสรรค และอายุได้ร้อยละ 16.4 ($R^2 = .164$, $p < .001$) (Siriarunrat, Tachasuksri, Suppaseemanon, & Boonnate et al., 2019) การศึกษาในมารดาวัยรุ่นพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางบวก ($\beta = .402$, $p < .001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกันและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ได้ร้อยละ 70.1 ($R^2 = .701, p < .001$) (Faramee, Sriarporn, & upavititpatana, 2022) และการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในประเทศอิหร่านพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางบวก ($\beta = .634, p < .001$) สามารถร่วมกันทำนายการดูแลขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ได้ร้อยละ 69.2 ($R^2 = .692, p < .001$) (Izadirad et al., 2017)

2.2 การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ($\beta = .209, p < .001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น สามี ครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยให้มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อบุคคล หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้บุคคลมีการวางแผนและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2019) สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะส่งช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด หรือการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($r = .45, p < .05$) (Kaeonoi et al., 2018) การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ($\beta = .402, p < .001$) และสามารถทำนายร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 34 ($R^2 = .34, F = 30.42, p < .001$) (Jaru, Chatchawet, & Kritcharoen, 2019) และการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวก ($\beta = .237, p = .01$) สามารถร่วมกันทำนายการดูแลขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ร้อยละ 69.2 ($R^2 = .692, p < .001$) (Izadirad et al., 2017)

2.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = -.097, p = .033$) อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ จะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยขัดขวางความตั้งใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Pender et al., 2019) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.62, S.D. = 3.44$) โดยความเครียดจากการทำงานเป็นอุปสรรคที่ควบคุมได้ยากมากที่สุด ($\bar{X} = 2.20, S.D. = .74$) รองลงมาคือ การเปลี่ยนงาน หรือลดชั่วโมงการทำงาน เนื่องจากทำให้รายได้ลดลง ($\bar{X} = 2.73, S.D. = .95$) จากการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ($r = -.31, p < .05$) (Kaeonoi et al., 2018) การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอิทธิพลทางลบ ($\beta = -.200, p < .001$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับอายุครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแรงจูงใจในการปฏิบัติ ได้ร้อยละ 30.7 ($R^2 = .307, F = 12.76, p < .001$) (Teanchaithut et al., 2022) และการศึกษา พบว่า หญิงที่ฟังตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Abd-Elhakam, Ramadan, El-Houfey, & Abd El haliem Said, 2020)

2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = .096, p < .043$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสูง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจสำคัญที่

มีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Pender et al., 2019) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 77.0) และทำงานน้อยกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 85.7) รวมทั้งไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการตั้งครรภ์และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของมารดาอายุมาก ($r = .355, p < .05$) (Chaifyingcheaw et al., 2017) การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = .286, p < .001$) (Teanchaithut et al., 2022) และการศึกษา พบว่า หญิงที่พึ่งตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Abd-Elhakam et al., 2020)

2.5 ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = -.047, p > .05$) อธิบายได้ว่า ลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในโรงงานอุตสาหกรรมทำไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากลักษณะการทำงานเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Pender et al., 2019) ร่วมกับกฎหมายและนโยบายของโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนการทำงานได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตามบทบัญญัติเรื่องการคุ้มครองลูกจ้างหญิงมีครรภ์ของพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 มาตรา 39 กำหนดห้ามมิให้นายจ้างให้ลูกจ้างหญิงมีครรภ์ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรือเครื่องยนต์ที่มีความสั่นสะเทือน

งานขับเคลื่อน งานยก แบก หาม ลาก หรือเข็นของหนักเกิน 15 กิโลกรัม และมาตรา 39/1 ห้ามมิให้ลูกจ้างทำงานล่วงเวลาหรือทำงานในวันหยุด (Office of the Council of State, 2019) สอดคล้องกับการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 45.0 ทำงานออฟฟิศที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.2 ได้รับการปรับเปลี่ยนงาน และร้อยละ 31.2 ได้รับการปรับเปลี่ยนงานตั้งแต่ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนร้อยละ 44.8 ที่ไม่ได้รับปรับเปลี่ยนงาน เนื่องจากทำงานที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ งานออฟฟิศ และงานควบคุมคุณภาพ และส่วนใหญ่ทำงานน้อยกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 85.7) รวมทั้งไม่เคยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ เช่น การทำงานที่สัมผัสแหล่งเชื้อโรค (ร้อยละ 85.4) การทำงานที่สัมผัสสารเคมี รังสี คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือแก๊สพิษ (ร้อยละ 80.4) และการทำงานที่อาจเกิดอุบัติเหตุ (ร้อยละ 78.5) นับว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ดังนั้นลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.6 การดูแลในขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($\beta = -.025, p > .05$) กล่าวคือ การดูแลในขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากเป็นปัจจัยด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ของการทำงานที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2019) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลในขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.44, S.D. = 2.15$) โดยได้รับการยกเว้นการทำงานในเวลากลางคืน ทำงานล่วงเวลา หรือวันหยุด มากที่สุด (ร้อยละ 85.4) ได้รับการยกเว้นการทำงานที่อาจเกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น งานในที่อับอากาศ เครื่องจักรที่สั่นสะเทือน หรือเสี่ยงต่ออุบัติเหตุการยก ลาก เข็นของหนักเกิน 15 กิโลกรัม (ร้อยละ 82.7) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันอันตรายจากการทำงาน (ร้อยละ 82.3) และได้รับการส่งเสริมโภชนาการที่ดีในขณะตั้งครรภ์น้อยที่สุด (ร้อยละ 56.2) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแล

จากโรงงานอุตสาหกรรมตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน และระบบการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำหรับแรงงานตั้งครรภ์ (Office of the Council of State, 2019) ทำให้การดูแลขณะตั้งครรภ์ของโรงงานอุตสาหกรรม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด แตกต่างจากการศึกษาของชนากา งมฉาย และคณะ (Ngamchay et al., 2020) พบว่าแหล่งอาหารสุขภาพ ที่โรงงานอุตสาหกรรมที่ทางโรงงานจัดบริการให้มีอิทธิพล ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิง ตั้งครรภ์ที่ทำงานใน โรงงานอุตสาหกรรม ($\beta = .142$, $p = .023$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานหรือผู้ให้บริการสุขภาพควรนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับจัดการกับอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงาน ในโรงงานอุตสาหกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และพัฒนา โปรแกรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานใน โรงงานอุตสาหกรรม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารอ้างอิง

- Abd-Elhakam, E. M., Ramadan, E. A., El-Houfey, A. A., & Abd El haliem Said, S., (2020). Effect of an educational program based on health belief model on prevention of preterm birth among newly pregnant women. *International Journal of Management*, 11(10), 1029-1045.
- Bloom, B. S. (1971). Learning for mastery. In B. S. Bloom, J. T. Hastings, & G. F. Madaus (Eds.), *Handbook on formative and summative evaluation of student learning (chap. 3)*. New York: McGraw-Hill.
- Chaifyingcheaw, K., Anusornteerakul, S., & Ungpansat-tawong, S. (2017). The relationship between perception of preterm labour and prevention behavior among women of advanced maternal age. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 26(3), 196-207. [In Thai].
- Dolatian, M., Sharifi, N., & Mahmoodi, Z., (2018). Re-lationship of socioeconomic status, psychosocial factors, and food insecurity with preterm labor: a longitudinal study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 16(9), 563-570.
- Faramce, P., Sriarporn, P., & upavititpatana, B., (2022). Factors predicting health promotion behaviors among adolescent mothers. *Journal of Phrapok-kla Nursing College*, 33(2). 146-158. [In Thai].
- Health Data Center. (2022). *Percent of preterm birth in year 2022*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed-90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc-8b4725386c34623ce99f0f4b8d. [In Thai].
- Horsuwannanon, C., Teanchaithut, C., Aumpram, K., & Kansompoj, K., (2023). The preterm birth pre-ventive behaviors among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Province. *Journal of Nursing and Health Research*, 24(3), 112-124. [In Thai].

- House, J. S. (1981). *Work: Stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Izadirad, H., Niknami, S., Zareban, I., & Hidarnia, A. (2017). Effects of social support and self-efficacy on maternal prenatal cares among the first-time pregnant women, Iranshahr, Iran. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11(2), 67-73.
- Jaru, A., Chatchawet, W., & Kritcharoen, S. (2019). Factors predicting self-care behaviors among pregnant women with successful inhibition of preterm labor. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 39(1), 79-92. [In Thai].
- Kaeonoi, A., Phumonsakul, S., & Gerdprasert, S. (2018). Factors related to health promoting behaviors and gestational age at birth of pregnant women at risk of preterm birth. *Nursing Research and Innovation Journal*, 24(3), 264-278. [In Thai].
- Khwanprom, R., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2021). Health literacy and exercise behaviors among pregnant women. *Nursing Journal CMU*, 48(1), 210-221. [In Thai].
- McKenzie, L. M., Guo, R., Witter, R. Z., Savitz, D. A., Newman, L. S., & Adgate, J. L. (2014). Birth outcomes and maternal residential proximity to natural gas development in rural Colorado. *Environmental Health Perspectives*, 122(4), 412-417. <https://doi.org/10.1289/ehp.1306722>
- Mozurkewich E. (2020). Working conditions and pregnancy outcomes: An updated appraisal of the evidence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(3), 201-203. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1263>
- Ngamchay, C., Tachasuksri, T., & Siriarunrat, S. (2020). Predicting factors of eating behaviors among pregnant women working in industrial factories. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 48-59. [In Thai].
- Office of the Council of State. (2019). *The Labour Protection Act B.E. 2541*. Retrieved from https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/1998/01/labour_protection_2541_new62.pdf. [In Thai].
- Osterman, M., Hamilton, B., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C. P. (2021). Births: Final Data for 2020. National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 70(17), 1-50. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr70/nvsr70-17.pdf>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion innursing practice* (8th ed.). New York: Pearson Education, Inc.
- Phetcharak, K., Intharueang, U., Talerd, W., & Chitjumnong, F. (2019). The relationship between perception of preterm labour and prevention behavior among women of post partum. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 34(1), 87-100. [In Thai].
- Rayong Provincial Labor Office. (n.d.). *Labour statistics in Rayong province yearbook 2022*. Retrieved from <https://rayong.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/47/2023/02/สถานการณ์ด้านแรงงานจังหวัดระยอง-รายปี-2565-แก้ไข.pdf>. [In Thai].

- Siriarunrat, S., Tachasuksri, T., Suppaseemanon, W., & Boonnate N. (2019). Safety in workplaces and factors influencing work safety behavior among pregnant women working in the industries in the east coast area of Thailand. *Journal of Public Health Nursing*, 33(3), 29-45. [In Thai].
- Teanchaithut, C., Aumpram, K., Gettong, N., & Somjai, C. (2022). Predicting factors of preterm labor preventive behaviors among pregnant adolescents. *Journal of Health Research and Innovation*, 5(1), 35-46. [In Thai].
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Harlow: Pearson.
- Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 28-46. [In Thai].