Journal of Health and Nursing Research
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)
ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564 **3 September - December 2021**

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย
	ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ประเทศไทย
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ประเทศไทย
ผศ.ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย
ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูง แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย
Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, The Swedish Red Cross University College and Department of Health Sciences, University West, Sweden
Assoc. Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan
ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ประเทศไทย
ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ประเทศไทย
ดร.ณัฐวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประเทศไทย
ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ประเทศไทย
ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
ดร.ปฐมาภรณ์ ทองเติม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย
ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย
ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย
อ.ศศิวิมล บูรณะเรข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประเทศไทย

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-8241 ต่อ 3405 โทรสาร 0-2354-8251
E-mail: journalbcn@bcn.ac.th https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok

วัตถุประสงค์:
1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ
ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา
อาจารย์ศศิวิมล บูรณะเรข
นางสาวสุวินันท์ อินทร์วิเศษ

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612
www.cupress.chula.ac.th

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ

Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564 Vol. 37 No. 3 September - December 2021 ISSN 2697-5041 (Online)
ISSN 2730-1893 (Print)

1.	ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2.	ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
3.	รศ.ดร.จิณพิชญ์ชา มะมม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
4.	ดร.อนัญญา คูอาริยะกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
5.	รศ.ดร.อารี ชีวเกษมสุข	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
6.	ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7.	รศ.ดร.นฤมล เอื้อมณีกูล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8.	ดร.จันทร์จิรา สีสว่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
9.	ผศ.ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
10.	ผศ.ดร.วารี กังใจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11.	ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
12.	ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
13.	ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
14.	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
15.	ดร.นงนุช วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
16.	ผศ.ดร.อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17.	รศ.ดร.รัชนี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
18.	ดร.กรวรรณ ยอดไม้	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
19.	ผศ.เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
20.	ดร.อุไร นิโรธนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
21.	ผศ.ดร ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
22.	รศ.ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
23.	ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
24.	รศ.ดร.กัญญดา ประจุศิลป	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
25.	พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
26.	ดร.รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
27.	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
28.	ผศ.ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
29.	ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30.	รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
31.	ดร.พุทธิราภรณ์ หังสวนัส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
32.	ผศ.ดร.วรรณวดี ณภัค	นักวิชาการอิสระ
33.	ดร.แสงดาว จันทร์ดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
34.	ผศ.ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
35.	ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
36.	ผศ.ดร.วิภา วิเสโส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
37.	ดร.พัชรี ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
38.	ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
39.	ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
40.	ดร.ณัฏฐวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
41.	ผศ.ดร.อรนุช ชูศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สารบัญ
ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

บทความวิชาการ

กระบวนการเรียนการสอนเพื่อสร้างนวัตกรทางการพยาบาล 1
ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ ภัทรา สุวรรณโท

ทางเลือกใหม่ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: โมเดล MATCH 14
มาสริน ศุกลปักษ์ ดวงเนตร ธรรมกุล จักรกฤษณ์ พลราชม

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด: การทบทวนวรรณกรรม 23
ศศิธร เตชะมวลไววิทย์ พิชญ์สินี คีรีวิเชียร เกษร สุวิทยะศิริ

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 36
ณัฏฐวรรณ คำแสน สุพรรณี เปี้ยวนาลาว ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ สุพัตรา หน่ายสังขาร

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง 51
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
อนัญญา คูอาริยะกุล อลิษา ทรัพย์สังข์ สืบตระกูล ตันตลานุกุล สิริวดี พรหมน้อย
พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย ฉลองรัตน์ มีศรี

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 64
ภัสพร จุมพลักษณ์ สุทธีพร มูลศาสตร์ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา

ผลการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด 76
ในพยาบาลทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
เอื้องดอย ตันฑพงศ์ สุพัตรา ทาอ้อ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกัน 89
การเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา
นอวาตี มะยิ รัดใจ เวชประสิทธิ์ วิภา แซ่เซี้ย

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง 105
สาคร อินโท่โล่ มัณฑนา เพชรคำ ลาวัณย์ เพชรคำ กรวิกา พรมจวง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย 117
ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี
กันยา มหาหงษ์ สมฤทัย มีใจซื่อ สุภาพร บุญศิริลักษณ์ ปัญจรัตน์ ไล้สุวรรณชาติ ธานินทร์ สุธีประเสริฐ

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น 129
จิตติมา ดวงแก้ว วาสนา หลวงพิทักษ์ ทิวา มหาพรหม ชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง สุภาวดี นพรุจจินดา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียด 142
ของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19
นิศากร โพธิมาศ สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง มาลินี อยู่ใจเย็น

ผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในการใช้สื่อการสอนมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล 155
สุภัสสรา โคมินทร์ วรัญญา แสงพิทักษ์ สุพางค์พรรณ พาดกลาง

สารบัญ
ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยบูรณาการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล: การศึกษานำร่อง 170
นภพรพัชร มั่งถึก จิณพิชญ์ชา มะมม

การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่งกรณีศึกษา แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 181
กฤษณา สังขมุณีจินดา ศิมาภรณ์ พวงสุวรรณ มยุรา สุทธิจำนง อนงค์นาฎ รับความสุข

การพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 192
ธณิดา พุ่มท่าอิฐ ดวงเนตร ธรรมกุล ญาดารัตน์ บาลจ่าย

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ที่ประกอบอาชีพกรีดยางในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี 205
สรวิชญ์ เหล่าดรุณ สุทธีพร มูลศาสตร์ วันเพ็ญ แก้วปาน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 218
นันนภัส แววกระโทก ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ชนัดดา แนบเกษร

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 229
สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ นิรุวรรณ เทริ์นโบล์ ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ วรางคณา ศรีภูวงษ์ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

บทบาทพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 241
แก้วกาญจน์ บัวมาก เรวดี เพชรศิราสัณห์ นัยนา หนูนิล

สถานการณ์การติดเกม และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา : เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 254
นิภาพร อภิสิทธิวาสนา เจียมใจ ศรีชัยรัตนกูล มณีรัตน์ เทียมหมอก

การบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 267
นุชมาศ แก้วกุลฑล วีรพงษ์ พลนิกรกิจ

ผลของการใช้สื่อวิดิทัศน์ เรื่องการเช็ดตา หยอดตาและป้ายตา ควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิค สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 280
จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์ ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์ จินตนา รังษา

การพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 290
มนธีร์ จิตต์อนันต์ วรางคณา โสมะนันทน์ สุธาสินี จิตต์อนันต์ อุษณี ลลิตผสาน สุมาลี ขำอิน

การพัฒนาแบบจำลองเย็บแผลสำหรับนักศึกษาพยาบาล 304
เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ สุวดี ทะกัน เจตนา วงษาสูง สมศรี รัตนปริยานุช

Content
Volume 37 Number 3 September - December 2021

Articles

The "Designed by Reflection" Learning Process Fosters Nursing Innovators 1
Chayaporn Ekthamasuth Pattra Suwannato

New options for health promotion planning in the community: MATCH Model 14
Masarin Sukolpuk Doungnetre Thummakul Chakkrit Ponrachom

Promotion of Breastfeeding after Cesarean Section: Literature Review 23
Sasithorn Techamuanwaiwit Phitsinee Keereewichian Kesorn Suvithayasiri

Research Articles

Factors Influencing Mental Health Status of Residents in U-thong District, Suphanburi Province during the Covid-19 Pandemic 36
Natawan Khumsaen Supannee Peawnalaw Sirithida Sripituk Supattra Narysangkharn

The Development of a Self-care Model of Hypertensive Patients to Prevent Chronic Kidney Disease by Using Community Participation in Pasao Subdistrict, Muang Uttaradit 51
Anaya Kooariyakul Alisa Supsung Seubtrakul Tantalanukul Siriwadee Phromnoi
Pongsak Onmoy Chalongrat Meesri

Development of a Disease Management Model for Colorectal Cancer in the Community in Photak District, Nong Khai Province 64
Pasaporn Jumpalux Sutteporn Moolsart Kitsanaporn Tipkanjanaraykha

Effects of Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS in Neonatal Nurses at Queen Sirikit National Institute of Child Health. 76
Euangdoi Tantapong Suputar Thaor

The Effect of Self-Efficacy Promoting Program on Perceived Self-Efficacy and Behaviors in Prevention of Pressure Injury among Caregivers, and Incidence of Pressure Injury in Dependent Patients 89
Norwatee Mayi Ratjai Vachprasit Wipa Sae-Sia

Comparative study of quality of life between elders patients undergoing hemodialysis and ambulatory peritoneal dialysis 105
Sakorn Intolo Mantana Petkham Lawan Petkham Kornwika Phromjuang

The Relationship between Health Literacy and Condom Use Behaviors among Male Students at an Educational Institution in Suphanburi 117
Kanya Mahahong Somruethai Meejaisue Supaporn Bunsiriluck Panjarut Laisuwannachart
Tanin Suteeprasert

The Effects of Brain Potential Program on the Cognitive function of the Older Person with Mild Cognitive Impairment 129
Jittima Duangkaew Wasana Luangphituck Tiwa Mahaprom Chutikarn Chartrung
Supawadee Noparoojjinda

Content
Volume 37 Number 3 September - December 2021

The Relationship among Stress related to Online Learning, Resilience, and Coping of Nursing Students during COVID-19 Pandemic 142
Nisakorn Pothimas Soontareeporn Meepring Malinee Youjaiyen

The Effectiveness of Using Blended Multimedia in Mechanism of Delivery for Nursing Students 155
Soopussara Komindr Waralya Sangpitak Supangpan Padklang

Enhancing quality of palliative home care by using the nursing innovative: a pilot study 170
Nopbhornphetchara Maungtoug Jinpitcha Mamom

Caring for Trauma Patients while Referral, A case Study at Accident Emergency Room Suratthani Hospital 181
Kristsana Sungkamuneeginda Simaporn Puangsuwan Mayura Suttijumnong Anongnat Rupkumsuk

Development of the Older Adults Health Literacy Index 192
Thanida Pumthait Doungnetre Thummakul Yadarat Baljay

Effects of a Hypertension Prevention Program on Hypertension Preventive Behaviors of Risk Group of Rubber-tapping Career in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province 205
Sorawich Laodarun Sutteeporn Moolsart Wonpen Kaewpan

The Association between Psychosocial Factors and Psychological Well-Being at Workplace among Emergency Medical Technicians 218
Nannaphat Waeokrathok Pornpat Hengudomsub Chanudda Nabkasorn

The Effects of Self-management Support Programs on Chronic Kidney Disease Prevention Behaviors among Risk Groups in Community 229
Surasak Thiabrithi Niruwan Turnbull Charnyuth Sriphuwong Warangkana Sriphuwong
Suawalak Sridakate

Nurses' Roles and Outcomes for Chronic Diseases in Primary Care Unit of Health Region 11 241
Kaewkan Buamak Rewwadee Petsirasan Naiyana Noonil

Game Addiction Situation and Factors Affecting to Game Addiction among Primary School Student under NakhonPathom Primary Educational Service Area Office 2 254
Nipaporn Apisitwasana Jeamjai Srichairattanakull Maneerat Thiammok

Integrating of Cooperative Education and Nursing Practicum to Enhance Transcultural Nursing Competency 267
Nuchamart Gaewgoontol Weerapong Polnigongit

The Development of Instructional Media on Eye Cleansing and Administration of Eye Drops and Eye Ointment for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 280
Jintana Paiboontananon Srisuntra Jermwarapipat Jintana Rungsa

The Development of "Friend from Heart" Application Program to Promote Well-Being of Undergraduate Students of Faculty of Education, Kasetsart University 290
Manatee Jitanan Varangkana Somanandana Sutasinee Jitanan
Usanee Lalitpasan Sumalee Kham-in

Development of the Suturing Wound Model for Nursing Students 304
Petcharat Eiamla-or Suwadee Takan Jettana Wongsasung Somsri Ratanapariyanuch

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ได้ดำเนินการเผยแพร่วารสารมาอย่างต่อเนื่อง โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 37 ฉบับที่ 3 รวมทั้งมีการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับชาติและอาเซียน โดยเป็นวารสารอยู่ในศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กลุ่มที่ 1 มาอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2564 ได้เข้าสู่ฐาน ASEAN Citation Index (ACI) ซึ่งส่งผลให้ผลงานที่เผยแพร่ในวารสารได้รับการยอมรับในวงกว้างและเป็นประโยชน์ทางวิชาการและวิชาชีพการพยาบาลมากขึ้น

วารสารฉบับนี้ มีบทความวิชาการและบทความวิจัยทางสุขภาพและการพยาบาล รวมจำนวน 25 เรื่อง โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะวัยสูงอายุ การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ทั้งระยะวิกฤตฉุกเฉิน และการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน การนำนวัตกรรมมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ได้แก่ แอปพลิเคชันเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะนิสิตระดับปริญญาตรี และแบบจำลองเย็บแผลสำหรับนักศึกษาพยาบาล รวมทั้ง การพัฒนาการศึกษาพยาบาลโดยการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในการใช้สื่อการสอนมัลติมีเดีย สื่อวีดิทัศน์ และการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประเด็นเหล่านี้มีความสำคัญในการสร้างสุขภาวะให้กับประชาชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี รวมทั้งช่วยพัฒนาสมรรถนะของบัณฑิตซึ่งเป็นต้นน้ำที่สำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ วารสารตระหนักถึงความสำคัญของการนำองค์ความรู้ที่เผยแพร่ไปใช้ประโยชน์ จึงเปิดช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ให้ทุกท่านสามารถเข้าถึงและอ่านทุกบทความของวารสารบนฐานข้อมูล TCI ทาง website https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ bcnbangkok โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงอยากเชิญชวนทุกท่านร่วมกันใช้บทความในวารสารไปอ้างอิงผลงานวิชาการและงานวิจัยของท่าน รวมทั้งนำไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอน การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาวะของประชาชนในทุกช่วงวัยทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพ

ในนามของบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ขอขอบคุณผู้นิพนธ์และผู้นิพนธ์ร่วมทั้งบทความวิจัยและบทความวิชาการทุกท่าน รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินคัดกรองบทความวิจัยที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ส่งผลให้วารสารฉบับนี้มีคุณภาพและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) เพื่อเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพและผู้นำทางวิชาการให้ประชาชน รวมทั้งขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล โดยผู้ที่สนใจส่งต้นฉบับบทความโปรดศึกษาคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับที่หน้าเวปไซต์ของวารสาร หัวข้อคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ แล้วพบกับบทความที่น่าสนใจได้อย่างต่อเนื่องในฉบับถัดไป

ดร. ขวัญตา บุญวาศ
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

กระบวนการเรียนการสอนออกแบบด้วยการสะท้อนคิด ที่เสริมสร้างความเป็นนวัตกรทางการพยาบาล

The "Designed by Reflection" Learning Process Fosters Nursing Innovators

Received: Aug 25, 2021
Revised: Oct 30, 2021
Accepted: Nov 5, 2021

ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ ค.ด. (Chayaporn Ekthamasuth, Ph.D.)[1]
ภัทรา สุวรรณโท พย.ม. (Pattra Suwannato, M.N.S.)[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: นวัตกรทางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสร้างหรือพัฒนาสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่า เพื่อตอบสนองความต้องการและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องอาศัยกระบวนการคิดสร้างสรรค์ร่วมกับจินตนาการและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับพยาบาลที่จะพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพการบริการทางพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ก้าวทันยุคสมัยที่เปลี่ยนไป โดยมุ่งเน้นที่มาตรฐาน ความปลอดภัยที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นหลัก ดังนั้น ในฐานะอาจารย์พยาบาลจะสอนผู้เรียนอย่างไรให้สำเร็จเป็นบัณฑิตพันธุ์ใหม่ที่มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถจัดการตนเองและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนการสอนที่เสริมสร้างความเป็นนวัตกรทางการพยาบาล

ประเด็นสำคัญ: นวัตกรทางการพยาบาล สามารถนำความรู้ทางการพยาบาลไปเชื่อมต่อกับความคิดสร้างสรรค์จนเกิดงานสร้างสรรค์ทางการพยาบาล นำไปใช้ประโยชน์ต่อการบริการทางการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม ไม่ใช่แค่ความคิด แต่นำความคิดนั้นมาออกแบบให้เกิดผลผลิตทางการพยาบาลที่เป็นสิ่งใหม่ สามารถนำไปใช้ได้จริง และปลอดภัยต่อผู้รับบริการ กระบวนการเรียนการสอนที่สำคัญในการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ นำไปสร้างผลผลิตให้เกิดเป็นรูปธรรม ต้องมีความท้าทายและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ 1) เปิดใจ ใคร่ครวญ ตระหนักรู้ 2) ค้นหา ศึกษา ใส่ใจ 3) แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สู่ความสร้างสรรค์ 4) ก่อร่าง ทดสอบ ตอบโจทย์ 5) สะท้อนคิด ก่อเกิด เรียนรู้

สรุป: กระบวนการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างความเป็นนวัตกรทางการพยาบาล จะไม่สำเร็จถ้าขาดแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจทั้งของผู้สอนและผู้เรียน โดยผู้สอนต้องมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาผู้เรียน ส่วนผู้เรียนต้องเปลี่ยนกรอบความคิดและเปิดใจยอมรับสิ่งใหม่ เชื่อและศรัทธาในความสามารถของตนเอง กระบวนการเรียนการสอนนี้สอดคล้องกับการพัฒนาพยาบาลยุคใหม่ให้เป็นผู้สร้างสิ่งใหม่ ๆ นำความรู้ที่ได้รับไปสร้างงานบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประชาชนได้รับประโยชน์และเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ลดต้นทุนการผลิต ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ เกิดคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล เป็นการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการบริการพยาบาล สู่ความเป็นเลิศและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ: กระบวนการเรียนการสอนต้องใช้เวลาในการพัฒนากระบวนการคิด การลงมือทำ และการสะท้อนผลการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เกิดขึ้น ดังนั้น ควรจัดสรรเวลาที่ต่อเนื่องให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ครบทุกขั้นตอน

คำสำคัญ: กระบวนการเรียนการสอน นวัตกรพยาบาล นวัตกรรม

[1]*Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: Chayaporn.e@bcn.ac.th*

[2]*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ E-mail: pattra.s@bcn.ac.th*

[1,2] *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

[1,2] *Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health, Thailand*

Abstract

Introduction: Nursing innovators are individuals with innovation expertise who are able to create or develop useful and valuable innovations to meet a requirement and changed contexts. This needs creative and imaginative thinking, and critical thinking. To develop nursing profession and improve quality of nursing services, innovation needs to be high efficiency and great standard, and keep up with changing era, meanwhile focusing on standard and safety of clients. Hence, as nursing instrucors, we must realize how we teach learners to be a creative and new breed of nursing graduate and be able to self-manage and be a transformative leader.

Objectives: To disseminate knowledge related to instructional process which promote nursing innovators.

Key issues: Nursing innovators are able to apply nursing knowledge and connect their knowledge with creativity to produce nursing innovations. They can use innovations to benefit nursing services concreatly, not only be an abstract idea. However, using the idea to design a new nursing product which is applicable and safe for clients is challenging task. The instructional goal is to help students to develop their creative thinking leading to concreat outcomes. This is challenge and it is a chance for students to publicize their capability. To encourage learners to produce innovations, five steps of instructional process are of concern including: 1) being open-minded and awareness; 2) inquiry and searching the problem; 3) exchanging and learning to creativity; 4) developing problem-solving guidelines; and 5) creating and learning through reflection.Conclusions: The instructional process will result in the development of nursing innovators. Without motivation or inspiration of teacher and learner, this will not be successful. The teacher and the learner both play the important roles through out the process. Teachers must be committed to develop the growth of their learners. Learners must be willing to open up, change their mindset, and be open to new experiences, as well as possess high self-efficacy. This learning process is releveant to a nursing development in a new era, which focus on being an innovator and applying new knowledge to nursing service. Moreover, the expectations for clients would be to: provide benefit and gain more access to healthcare service; reduce cost of production; lessen healthcare expenses; increase value of nursing profession; and enhance quality of nursing standard towards excellence and sustainability.

Implications: It takes time to develop a thought process, actions, and reflections on learners' learning outcomes during the teaching and learning process. As a result, learners should be given continuous time for learning at each stage of the process.

Keywords: instructional process, nursing innovator, innovation

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์ ตลอดจนสภาพปัญหาด้านสุขภาพ มีความก้าวหน้าและซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งความรู้และการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้รับบริการง่ายและสะดวกขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์และการพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ ระบบการประเมินและประกันคุณภาพโรงพยาบาล มีส่วนผลักดันให้องค์กรพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดการแข่งขันและเปรียบเทียบมาตรฐานด้านคุณภาพบริการของแต่ละโรงพยาบาล[1] ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องพยายามพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป และคิดค้นสิ่งใหม่ที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการ มีการแข่งขันกันด้วยผลงานหรือนวัตกรรมต่าง ๆ ทำให้โรงพยาบาลมีความต้องการบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความสามารถและมีความคิดสร้างสรรค์

สถานศึกษาจึงต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตพยาบาล นอกจากต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลแล้ว ยังต้องการพยาบาลที่มีความคิดริเริ่มในการสรรค์สร้างสิ่งใหม่ให้กับหน่วยงานนั้น ดังนั้น การจัดการศึกษาทางการพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ การเรียนการสอน เพื่อพัฒนาและผลิตบัณฑิตพันธุ์ใหม่ที่มีสมรรถนะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีความรอบรู้ ต่อยอดและสามารถสร้างนวัตกรรมได้ มีความพร้อมในการทำงาน มีความเป็นเลิศที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต แนวทางการจัดการศึกษาจะต้องเน้นความเป็นองค์รวม ผสมผสานและบูรณาการ[2,3] บัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาต้องเก่งทั้งวิชาการและวิชาชีพ สามารถประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดเชิงสร้างสรรค์ สร้างสรรค์ผลงานหรือนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ในการบริการทางการพยาบาลได้ มุ่งเน้นการพัฒนางานอย่างเต็มตามศักยภาพของตนเอง เป็นพยาบาลที่มีศักยภาพสูง (smart nurse) สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง มีการสื่อสารที่ทันสมัยและตอบสนองด้วยความรวดเร็ว ในการช่วยเหลือ ติดต่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ กล้าคิด กล้าตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ผ่านผลงานนวัตกรรม หรือการวิจัยเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล[4,5] ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการศึกษาของประเทศที่ให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนา เสริมสร้างกระบวนการคิดให้เป็นต้นทุนทางปัญญาของคนไทย เพื่อสร้างสรรค์องค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยี สิ่งประดิษฐ์ และผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ บนฐานความรู้ของการวิจัย และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี[6,7] White, Pillay, และ Huang[8] กล่าวว่า พยาบาลอยู่ในสถานะที่เหมาะสม (well-positioned) ในการสร้างนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ เพราะได้รับรู้ข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในความดูแลทุกวัน มีการวางแผนและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพียงแต่ไม่ได้ทำเป็นระบบหรือเผยแพร่ จึงทำให้เห็นผลงานนวัตกรรมได้น้อย

การเรียนการสอนที่ส่งเสริมความเป็นนวัตกรทางการพยาบาล ต้องอาศัยการสร้างเสริมจินตนาการ (imagination) ร่วมกับความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล และที่สำคัญในวิชาชีพพยาบาลที่ขาดไม่ได้ คือ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดอย่างมีเป้าหมายและมีทิศทาง ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมาใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นไปได้ ปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย[9] ดังนั้น ในฐานะผู้สอนจะใช้กระบวนการเรียนการสอนอย่างไรที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความคิดเชิงนวัตกรรม และนำความคิดมาสู่แนวปฏิบัติในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล ก่อนอื่นผู้สร้างนวัตกรรมต้องเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับนวัตกรรมการพยาบาลให้ถ่องแท้ เพื่อให้ผลงานนั้นมีความโดดเด่นและสามารถนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ ในบทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิดสำคัญของนวัตกรรมการพยาบาล และกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความเป็นนวัตกรทางการพยาบาล ได้แก่ หลักการ ขั้นตอน และการวัดประเมินผล

นวัตกรรมการพยาบาล

นวัตกรรมเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการ หรือเพื่อเติมเต็มสิ่งที่มีอยู่ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยส่วนใหญ่แล้ว “นวัตกรรม” (innovation) มีความเกี่ยวข้องกับคำว่า ใหม่

(new) สิ่งใหม่ (novelty) ความคิดสร้างสรรค์ (creativity) การเปลี่ยนแปลง (change) การปรับปรุง (improvement) และการพัฒนา (development)[10-12] สำหรับนวัตกรรมการพยาบาลนอกจากมีความหมายเช่นเดียวกัน ยังมีความเกี่ยวข้องกับคุณค่า คุณประโยชน์ และความปลอดภัยเป็นสำคัญมากกว่ามูลค่าในเชิงธุรกิจหรือการตลาด กล่าวคือ นวัตกรรมที่สร้างขึ้นจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพ[13] มีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. ความใหม่ (new) หมายถึง สิ่งใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นในรูปของผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการ แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจปรับปรุงจากของเดิมหรือผลิตขึ้นใหม่ มุมมองด้านความใหม่ของนวัตกรรมนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามการนำไปใช้ โดยการรับรู้เกี่ยวกับความใหม่มี 2 มุมมอง ได้แก่ (1) มุมมองด้านผู้รับบริการหรือผู้ใช้งานนวัตกรรม จะพิจารณาจากคุณลักษณะของนวัตกรรม ระดับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในการนำมาใช้ (2) มุมมองด้านองค์กรหรือผู้ผลิตจะมองความใหม่ในแง่ของเทคโนโลยีมาตรฐานความคุ้มค่าคุ้มทุน[14-17] ซึ่ง Young[18] กล่าวว่า การประเมินความใหม่ สามารถประเมินได้ 4 ลักษณะ ได้แก่

1.1 ใหม่ในฐานะเป็นผู้ริเริ่ม หมายถึง ผลงานที่สร้างขึ้นเกิดจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่ซ้ำใครในบริบทเดียวกันหรือเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน เช่น หุ่นยนต์เสมือนคนดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.2 ใหม่จากสถิติที่ไม่ค่อยเกิดขึ้นบ่อย หมายถึง ผลงานที่สร้างขึ้นเป็นที่น่าสนใจ ไม่เคยพบเห็นมาก่อน (surprising) เช่น หุ่นยนต์กวาดถูบ้านอัจฉริยะ จะเห็นว่าเมื่อก่อนไม่มี แต่ปัจจุบันนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น เป็นต้น

1.3 ใหม่จากการเปลี่ยนแปลงไปจากแนวทางปกติ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการหรือแนวทางที่เคยปฏิบัติตามปกติ เช่น โทรศัพท์มือถือสามารถนำมาใช้ถ่ายรูป ดูหนัง ฟังเพลงได้ เป็นต้น

1.4 ใหม่จากการปรับปรุง หมายถึง ความใหม่ที่เกิดจากการปรับปรุง พัฒนาสิ่งที่มีอยู่ เช่น การนำยางรถยนต์มาปรับปรุงและสร้างเป็นกระเป๋าถือหรือสะพาย เป็นต้น

2. ประโยชน์ที่เกิดขึ้น (benefits) หมายถึง สิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นสามารถแก้ปัญหาได้ เกิดมูลค่าจากสิ่งที่พัฒนาขึ้น อาจวัดได้เป็นตัวเงินโดยตรง หรือไม่เป็นตัวเงินโดยตรงก็ได้[19] แต่เป็นมูลค่าทางด้านจิตใจ ความพึงพอใจ โดยพิจารณาจากตัวผลิตภัณฑ์ว่าสามารถทำงานได้ดี ผู้ใช้เข้าใจหลักการและวิธีการใช้งาน ผู้ใช้รับรู้ถึงประโยชน์ (useful) ความสมเหตุสมผล (logical) และความคุ้มค่า (valuable)

3. การใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ (knowledge and creativity idea) หมายถึง การใช้ความรู้พื้นฐานหรือความรู้เฉพาะในการสร้างสรรค์ผลงาน รวมทั้งใช้ความคิดสร้างสรรค์เป็นฐานของการพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่ ไม่ใช่เกิดจากการลอกเลียนแบบหรือการทำซ้ำ[16,19]

4. การนำไปใช้ได้จริง (utilization) นวัตกรรมต้องใช้ประโยชน์ได้จริง ลักษณะนี้จะทำให้นวัตกรรมแตกต่างจากสิ่งประดิษฐ์ (invention) ซึ่งบางครั้งไม่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริง[17]

ผู้ที่มีองค์ความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่ดีในการริเริ่มประดิษฐ์ คิดค้นสิ่งใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล อาจเป็นเทคนิค วิธีการ รูปแบบ เครื่องมือ กระบวนการหรือผลงานที่เป็นนวัตกรรมสำหรับใช้ในการปฏิบัติงานของตนเองหรือองค์กร เราเรียกว่า “นวัตกรทางการพยาบาล”[19,20]

ในการจัดการเรียนการสอนที่จะสร้างผู้เรียนให้เป็นนวัตกรนั้น ผู้เรียนต้องเกิดการเปลี่ยนแปลง เริ่มจากยอมรับและศรัทธาในตนเอง กล้าคิดนอกกรอบและเรียนรู้หรือบูรณาการข้ามศาสตร์ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ กล้าเสนอความคิดเห็นของตนเองอย่างมีหลักการและเหตุผล เปิดใจรับฟังข้อคิดเห็น ความเห็นต่างเพื่อการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และที่สำคัญต้องกล้าที่จะเสี่ยงที่จะทำ

หลักการสำคัญในการจัดการเรียนการสอน

ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างผู้เรียนให้เป็นนวัตกร มีหลักสำคัญ ดังนี้[21-26]

1. ใช้วิธีการ กระบวนการหรือเทคนิคในการสอนแบบใหม่ (learning methodology) เน้นการวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสะท้อนการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจตนเองและผู้อื่น ซึ่ง Legare และ Armstrong[21] กล่าวว่า การสะท้อนการปฏิบัติ เป็นศิลปะการเชื่อมต่อความรู้ทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ เกิดการถ่ายโยงความรู้ เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและยั่งยืน เมื่อประสบกับปัญหา ผู้เรียนสามารถ

เชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การแก้ปัญหาตามกระบวนทางวิทยาศาสตร์ มีการกำหนดประเด็น สร้างสมมติฐาน แสวงหาข้อมูลเพื่อค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา มีการทดสอบและสรุปผลเพื่อเป็นแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป การสร้างนวัตกรรมจะไม่สามารถเสร็จสิ้นในวงรอบเดียว จะต้องผ่านกระบวนการแก้ไข ปรับปรุง ทดสอบ และพัฒนาต่อยอดไปเรื่อย ๆ กระบวนการสะท้อนคิดจะเริ่มต้นด้วยความตระหนักรู้ในเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน (knowing-in-action) ทำให้เกิดความสงสัย ประหลาดใจ (surprise) หลังจากนั้น จึงเกิดการสะท้อนเพื่อการแก้ปัญหาในเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ (reflection-in-action) โดยมีการนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาใช้เชื่อมโยงกับเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น มีการปรับมุมมอง แก้ไข จนเกิดข้อความรู้ใหม่และมีการทดสอบทดลอง (experimentation) ใช้ผลลัพธ์หรือข้อสรุปที่ได้จากการตีความหมายมาแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และเมื่อเหตุการณ์เสร็จสิ้นลงจึงได้ย้อนทบทวน พิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นไปแล้ว (reflection-on-action)[22,23]

2. การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ (learning environment) คือ การสร้างให้ห้องเรียนมีบรรยากาศของการแสวงหาความรู้ร่วมกัน กระตุ้นให้ผู้เรียนมีโอกาสได้สัมผัสกับธรรมชาติ ผ่อนคลายจากความเครียด บรรยากาศของการหาความรู้ที่ดีนั้นจะนำไปสู่การคิดสร้างสรรค์ (creativity)

3. การสร้างโอกาสในการเรียนรู้ (learning opportunity) โดยการจัดกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนได้ระดมความคิด มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน การระดมความคิดจะช่วยเชื่อมความคิดระหว่างกรอบปัญหาที่กำหนดขึ้นไปสู่การสร้างสรรค์วิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหา (solutions) สำหรับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ ผู้สอนต้องจัดให้ผู้เรียนมีโอกาสในการได้เรียนรู้และร่วมหารือกับผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ผู้เรียนสนใจที่สร้างผลงานนั้น ๆ ซึ่งจะสามารถสร้างให้เกิดโอกาสในการร่วมสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่กันและกัน Man, Chen, และ Jin[24] กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้เรียน จะช่วยให้มีการแบ่งปันเนื้อหาและประสบการณ์ใหม่ ๆ สามารถนำไปต่อยอดเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมของผู้เรียน Henriksen, Richardson and Mehta[25] กล่าวว่าการระดมความคิด (ideate) เป็นการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลายและแปลกใหม่ให้มากที่สุด การระดมความคิดในขั้นนี้เป็นการเชื่อมความคิดระหว่างกรอบปัญหาที่กำหนดขึ้นไปสู่การสร้างสรรค์วิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหาสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

4. การสร้างชุมชนในการเรียนรู้ (learning communities) ให้เกิดขึ้นโดยใช้ห้องเรียนเป็นจุดเริ่มต้นและขยายผลต่อไปในวงกว้าง เมื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ขึ้นจะเกิดชุมชนแบบ Digital สามารถติดต่อสื่อสารกันได้ตลอดเวลาทางอินเทอร์เน็ต อีเมล์ การโทรศัพท์สื่อสารกัน วิธีการเรียนเน้นการเรียนเป็นทีม และการร่วมวิเคราะห์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากกรณีศึกษาที่เกิดขึ้นจริง จะเห็นได้ว่าการสร้างนวัตกรรมเป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสถานการณ์ คนทำให้เกิดแนวคิดที่จะผลิตผลงานและผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น[26]

กระบวนการเรียนการสอน

ในการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลไปใช้ในการคิดสร้างสรรค์ ออกแบบผลงานทางการพยาบาลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์และแก้ปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการคิดเชิงนวัตกรรม มีรายละเอียด ดังนี้[22-25]

ขั้นเตรียม

ในการจัดการเรียนการสอน ต้องเตรียมผู้สอนและผู้เรียนให้มีความพร้อมก่อนเรียน เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้

ด้านผู้สอน

1. ศึกษากระบวนการเรียนการสอนในแต่ละขั้นให้ละเอียด ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดรายวิชาที่จะสอน ซึ่งรายวิชาที่เหมาะสมสำหรับการนำกระบวนการเรียนการสอนนี้ไปใช้ ควรเป็นรายวิชาการพยาบาลภาคปฏิบัติหรือทดลองที่มีชั่วโมงในการศึกษากลุ่มเป้าหมาย มีเวลาให้นักศึกษาได้ค้นคว้าหาความรู้ สามารถจัดนักศึกษาเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทดสอบนวัตกรรมได้ ควรมีระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนไม่น้อยเกินไป เพื่อให้นักศึกษาได้มีเวลาทำกิจกรรมและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. เตรียมอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอนให้มีความพร้อม

3. ปฐมนิเทศและอธิบายข้อตกลงร่วมกันในกระบวนการเรียนการสอน

4. ทบทวนความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียนและเพิ่มเติมความรู้ที่จำเป็นในการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา

5. เข้าใจและศรัทธาในความคิดหรือการแสดงออกของผู้เรียน รวมทั้งเสริมสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้เรียนโดยใช้สื่อหรือบุคคลที่มีประสบการณ์หรือประสบความสำเร็จในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล เพื่อกระตุ้นความรู้สึกสร้างแรงบันดาลใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของวิชาชีพ รวมทั้งประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรมการพยาบาล

ด้านผู้เรียน

1. เตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยการทบทวนความรู้ ปฏิบัติตามกิจกรรม โดยเปิดใจ และพร้อมที่จะเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่

2. ปฏิบัติตามข้อตกลงการเรียนการสอน

3. เชื่อมั่นและศรัทธาในความสามารถของตนเอง

หลักการ

ในการจัดการเรียนการสอน สิ่งที่สำคัญ คือ ผู้สอนต้องเข้าใจในหลักการของกระบวนการเรียนการสอนให้ถ่องแท้ลึกซึ้ง เพื่อให้การดำเนินการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ ซึ่งหลักการของกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นนวัตกร มีดังนี้[23,25]

1. กิจกรรมการเรียนการสอนต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการตระหนักรู้และแรงบันดาลใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการศึกษาและเรียนรู้ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา

2. การให้ผู้เรียนได้ศึกษาและวิเคราะห์ประเด็นจากบริบทจริงผ่านมุมมองที่หลากหลาย จะช่วยให้ผู้เรียนได้ขอบเขตของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น

3. การให้ผู้เรียนได้สะท้อนเหตุการณ์ จะช่วยให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงความรู้หรือประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น ได้ข้อความรู้ใหม่ ปรับมุมมอง แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำไปพัฒนาหรือตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม รอบคอบ

4. การร่างและนำเสนอแบบจำลองผ่านการสะท้อนมุมมองของกลุ่ม จะช่วยทำให้ผู้เรียนมองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม เกิดแรงบันดาลใจ นำไปสู่การสร้างต้นแบบที่มีความเป็นไปได้

5. การนำเสนอหรือเผยแพร่ผลงาน จะช่วยให้ผู้เรียนได้มุมมองและข้อความรู้ใหม่นำไปพัฒนาและเกิดการเรียนรู้

ขั้นตอนการเรียนการสอน

1. เปิดใจ ใคร่ครวญ ตระหนักรู้ เป็นการเตรียมความพร้อมผู้เรียน โดยการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ตนเองและผู้อื่นผ่านกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้เปิดใจ ปรับมุมมอง เปลี่ยนกรอบแนวคิด (mindset) ผ่านการสะท้อนของผู้เรียนในกลุ่ม รวมทั้งเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ไปสู่การปฏิบัติ ผู้สอนควรใช้เทคนิคคำถามเพื่อให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดและนำไปปฏิบัติ การใช้คำถามสะท้อนเรื่องราวจากเหตุการณ์จริง ขั้นนี้จะช่วยให้ผู้เรียนผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจต่อกัน และแรงบันดาลใจในกระบวนการขั้นต่อไป ซึ่งแรงบันดาลใจจะช่วยเสริมแรงให้ผู้เรียนอยากค้นหาให้ได้ว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไร ซึ่งปัญหาที่แท้จริงได้จากการสังเกต และรวบรวมข้อมูลอย่างรอบคอบในเชิงลึก[27]

ตัวอย่างกิจกรรมที่ช่วยสร้างความตระหนักรู้ “Insight out Outside in”

1) ให้ผู้เรียนบอกความเป็นตัวเองที่ไม่เคยบอกใครมาก่อน หรือลักษณะนิสัยของตนที่เพื่อนหรือคนอื่นไม่เคยรู้มาก่อน

2) ให้เพื่อนช่วยสะท้อนความรู้สึกต่อเพื่อน เป็นเรื่องราวที่ไม่เคยบอกเพื่อนมาก่อน แต่อยากบอกให้เพื่อนรู้ตอนนี้

3) ผู้สอนให้ผู้เรียนร่วมกันสะท้อนมุมมองต่อกิจกรรมและร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรม

ตัวอย่างกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ตนเอง สร้างความเข้าใจตนเองและผู้อื่น

2. ค้นหา ศึกษา ใส่ใจ เป็นขั้นของการศึกษาปัญหาหรือปรากฏการณ์ทางการพยาบาลจากผู้รับบริการ ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล และการสืบค้นความรู้ โดยจัดให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในบริบทจริง ค้นหา ศึกษาข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายที่ละเอียด ลึกซึ้ง รวมทั้งหาข้อมูลจากบริบท

รอบข้างที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย มีการทบทวนและสะท้อนคิดข้อมูลและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ได้จากศึกษาด้วยการเขียนบันทึก ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและตระหนักต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง สามารถระบุปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายได้ รวมทั้งสืบค้นข้อมูลและความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

หลังจากได้ข้อมูลจากการศึกษาประเด็นปัญหาแล้ว ให้ผู้เรียนมาสรุปหรือระบุปัญหาสำคัญ ดังตัวอย่าง

ในขั้นนี้ผู้สอนต้องใช้เทคนิคคำถามเพื่อเชื่อมโยงและสะท้อนคิดและทบทวนความรู้ที่ผ่านมาเพื่อให้ผู้เรียนได้ดึงความรู้และประสบการณ์เดิม เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ และเพิ่มเติมความรู้ที่ใช้ในการเชื่อมโยงปัญหาไปสู่แนวทางการแก้ปัญหา เช่น วิธีการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระบบ PICO[26]

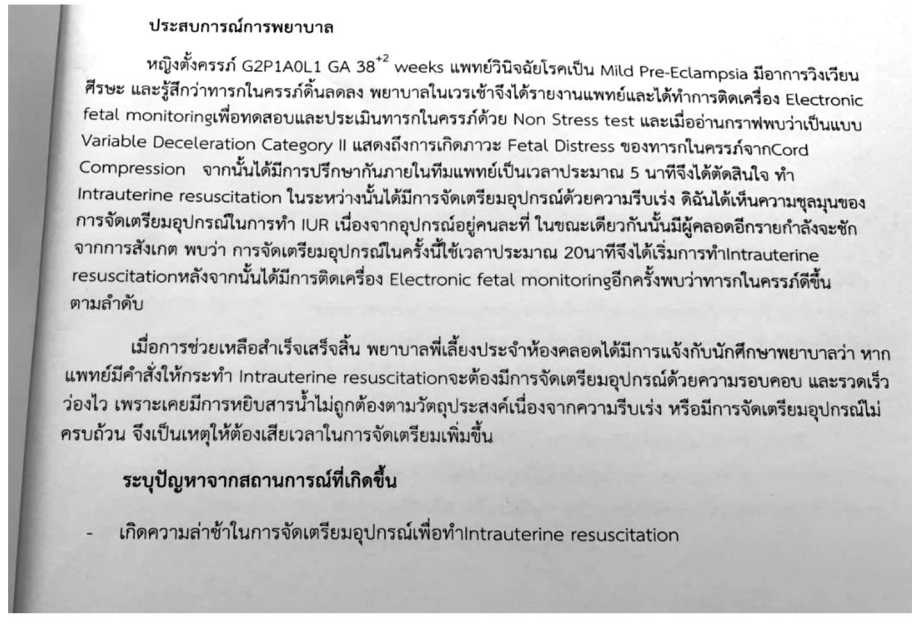
Population of interest (P) หมายถึง กลุ่มประชากรหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เราสนใจหรือเกิดปัญหา ถ้ากำหนดได้ดีจะส่งผลดีต่อการกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) และคัดออก (exclusion criteria) ซึ่งจะเป็นผลดีต่อความถูกต้องภายใน (internal validity) และลดความลำเอียง (bias) ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

Intervention or area of interest (I) หมายถึง ปัญหาดังกล่าวได้รับการป้องกัน วินิจฉัย รักษาหรือจัดการอย่างไร การระบุการช่วยเหลือ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการนำมาใช้ในการช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย หรือพื้นที่ที่สนใจ เช่น ขั้นตอนในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

Compare intervention or group (C) หมายถึง การเปรียบเทียบการช่วยเหลือหรือกิจกรรมการพยาบาลกับวิธีที่ต้องการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย เช่น เปรียบเทียบขั้นตอนการหย่ากับไม่มีขั้นตอนในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Outcome (O) หมายถึง ผลที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการช่วยเหลือหรือกิจกรรมการพยาบาล เช่น ส่งผลต่อจำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างไร

เมื่อผู้เรียนสืบค้นข้อมูลมาแล้ว ผู้สอนต้องสอนให้ผู้เรียนมีการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีวิจารณญาณ (appraise) ซึ่งมีแนวทางในการประเมินโดยมีการประเมินใช้ 3 คำถาม ได้แก่ ผลของการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด อะไรคือผลของการศึกษาและมีความสำคัญอย่างไร ผลของการศึกษาที่เกิดขึ้นช่วยในการดูแลผู้รับบริการหรือไม่ และแนวทางในการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์



ประสบการณ์การพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์ G2P1A0L1 GA 38^{+2} weeks แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Mild Pre-Eclampsia มีอาการวิงเวียนศีรษะ และรู้สึกว่าทารกในครรภ์ดิ้นลดลง พยาบาลในเวรเช้าจึงได้รายงานแพทย์และได้ทำการติดเครื่อง Electronic fetal monitoringเพื่อทดสอบและประเมินทารกในครรภ์ด้วย Non Stress test และเมื่ออ่านกราฟพบว่าเป็นแบบ Variable Deceleration Category II แสดงถึงการเกิดภาวะ Fetal Distress ของทารกในครรภ์จากCord Compression จากนั้นได้มีการปรึกษากันภายในทีมแพทย์เป็นเวลาประมาณ 5 นาทีจึงได้ตัดสินใจ ทำ Intrauterine resuscitation ในระหว่างนั้นได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ด้วยความรีบเร่ง ดิฉันได้เห็นความชุลมุนของการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำ IUR เนื่องจากอุปกรณ์อยู่คนละที่ ในขณะเดียวกันนั้นมีผู้คลอดอีกรายกำลังจะชักจากการสังเกต พบว่า การจัดเตรียมอุปกรณ์ในครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 20นาทีจึงได้เริ่มการทำIntrauterine resuscitationหลังจากนั้นได้มีการติดเครื่อง Electronic fetal monitoringอีกครั้งพบว่าทารกในครรภ์ดีขึ้นตามลำดับ

เมื่อการช่วยเหลือสำเร็จเสร็จสิ้น พยาบาลพี่เลี้ยงประจำห้องคลอดได้มีการแจ้งกับนักศึกษาพยาบาลว่า หากแพทย์มีคำสั่งให้กระทำ Intrauterine resuscitationจะต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ด้วยความรอบคอบ และรวดเร็วว่องไว เพราะเคยมีการหยิบสารน้ำไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์เนื่องจากความรีบเร่ง หรือมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ไม่ครบถ้วน จึงเป็นเหตุให้ต้องเสียเวลาในการจัดเตรียมเพิ่มขึ้น

ระบุปัญหาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

- เกิดความล่าช้าในการจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำIntrauterine resuscitation

ภาพที่ 1 การระบุปัญหาจากประสบการณ์การพยาบาล

ตารางที่ 1 ตัวอย่างกิจกรรมการเรียนการสอน ขั้น “ค้นหา ศึกษา ใส่ใจ”

ขั้นตอนการเรียนการสอน	กิจกรรมการเรียนการสอน	
	พฤติกรรมการสอนของผู้สอน	**พฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน**
1. คัดเลือกและจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมเอื้อต่อการเรียนรู้ (6 ชั่วโมง)	**ขั้นเตรียม**	
	1.1 คัดเลือกผู้คลอดที่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้เรียน โดยพิจารณาจากประสบการณ์ที่ผู้เรียนควรได้รับ และความสามารถของผู้เรียน (ล่วงหน้า 1 วัน)	1.1 ศึกษาผู้คลอดที่ได้รับมอบหมาย รวบรวมข้อมูลด้วยการซักประวัติ สังเกต ศึกษาแฟ้มประวัติ (วางแผนล่วงหน้า 1 วันก่อนฝึกปฏิบัติ)
	1.2 มอบหมายให้ผู้เรียนศึกษาและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูล ประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนการพยาบาล และกำหนดวิธีการประเมินผล	1.2 ศึกษาและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูล ประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนการพยาบาล และกำหนดวิธีการประเมินผล
	ขั้นสอน	
	1.3 ตรวจสอบความถูกต้องของแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคล	1.3 ส่งแผนการพยาบาลประจำวัน
	1.4 ร่วมรับ-ฟังการรับ-ส่งเวรกับทีมพยาบาล	1.4 ร่วมรับฟังการรับ-ส่งเวรกับทีมพยาบาล พร้อมทั้งจดบันทึก
	1.5 Pre- conference โดยให้ผู้เรียนแต่ละคนบอกข้อมูลที่สำคัญของผู้คลอด วินิจฉัยการพยาบาลพร้อมข้อมูลสนับสนุนและแผนการพยาบาล	1.5 Pre- conference โดยบอกข้อมูลที่สำคัญของผู้คลอด วินิจฉัยการพยาบาล พร้อมข้อมูลสนับสนุนและแผนการพยาบาล
	1.6 กระตุ้นให้ผู้เรียนคนอื่นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนคิดการปฏิบัติ ทบทวน และเชื่อมโยงความรู้ในการดูแลผู้คลอด	1.6 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนคิดต่อปัญหาและการวางแผนการพยาบาล
	1.7 ติดตาม ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลและสะท้อนคิดการปฏิบัติ ขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	1.7 ปฏิบัติการพยาบาล ด้วยความตระหนักรู้ คิดพิจารณา ไตร่ตรอง รวมทั้งสังเกตปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การพยาบาล
2. ระบุประเด็นปัญหาที่แท้จริง (1 ชั่วโมง)	2.1 ประชุมปรึกษาหลังสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาล (Post conference) โดย 1) มอบหมายให้ผู้เรียนแต่ละคนสรุปการดูแลผู้คลอด โดยบอกข้อมูลสำคัญ ปัญหาการพยาบาล การพยาบาล ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือยังคงอยู่ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาล ปรากฏการณ์การพยาบาลที่พบ	2.1 ประชุมปรึกษาหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดย 1) นำเสนอข้อมูลมารดาทารก ปัญหาและการพยาบาล รวมทั้งปรากฏการณ์การพยาบาลที่สังเกต ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลต่อกลุ่ม

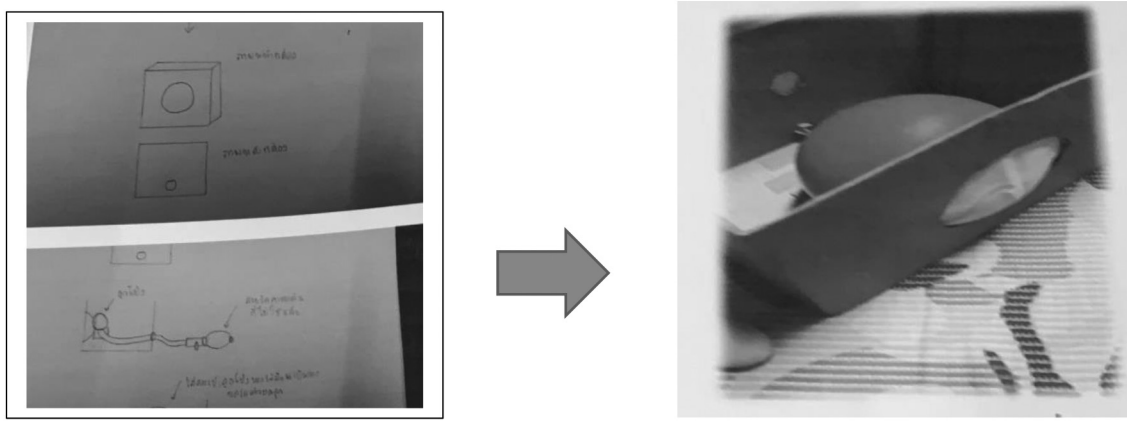
ตารางที่ 1 ตัวอย่างกิจกรรมการเรียนการสอน ขั้น “ค้นหา ศึกษา ใส่ใจ” (ต่อ)

ขั้นตอนการเรียนการสอน	กิจกรรมการเรียนการสอน	
	พฤติกรรมการสอนของผู้สอน	**พฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน**
	2) ให้ผู้เรียนแต่ละคนสะท้อนถึงประสบการณ์การดูแลผู้คลอดและทารก ให้ระบุสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหาให้มากที่สุดเท่าที่ตัวเองคิดว่าเป็นปัญหา หลังจากนั้นให้นำแต่ละปัญหาถามและตอบด้วยตนเอง เช่น ปัญหาที่พบคืออะไร ทำไมถึงคิดว่าเป็นปัญหา ได้ข้อมูลมาอย่างไร ข้อมูลสำคัญอะไรที่ช่วยสนับสนุนว่าประเด็นดังกล่าวเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข เป็นปัญหาที่แก้ไขได้หรือไม่ เป็นต้น	2) สะท้อนปัญหาการพยาบาล โดยใช้เทคนิคการถามและตอบตนเองเพื่อระบุปัญหาที่แท้จริง
	3) ให้ผู้เรียนนำเสนอปัญหาหรือประเด็นที่ได้จากการศึกษาพร้อมข้อมูลสนับสนุนมานำเสนอต่อกลุ่ม	3) นำเสนอประเด็นปัญหาต่อกลุ่ม
	4) กระตุ้นให้กลุ่มผู้เรียนร่วมกันสะท้อนคิดต่อประเด็นปัญหาที่ผู้เรียนนำเสนอ โดยใช้เทคนิคคำถามเพื่อให้ผู้เรียนได้ระบุปัญหา และอธิบายที่มาของปัญหา เช่น ปัญหาคืออะไร ทำไมถึงคิดว่าประเด็นดังกล่าวเป็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย มีข้อมูลใดสนับสนุน ได้ข้อมูลมาจากที่ไหนอย่างไร ปัญหาดังกล่าว มีแนวทาง แก้ไขหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น	4) ร่วมสะท้อนคิดต่อประเด็นปัญหา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อกลุ่ม
	5) สรุปและระบุประเด็นปัญหาของผู้เรียนแต่ละคน ในกรณีที่ประเด็นปัญหาไม่ชัด มอบหมายให้ผู้เรียนไปศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมหรือค้นหาประเด็นใหม่	5) ศึกษาและกำหนดปัญหาใหม่ในกรณีปัญหาไม่ชัดเจนหรือมีข้อมูลไม่เพียงพอ
	6) สรุปความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมารดาทารกที่มีปัญหาหรือภาวะเสี่ยง	6) รับฟังและซักถามเมื่อมีข้อสงสัย
	7) มอบหมายให้ผู้เรียนบันทึกการเรียนรู้ในแบบบันทึกการเรียนรู้ (การรวบรวมข้อมูลและการระบุปัญหา)	7) บันทึกการเรียนรู้
	8) บันทึกพฤติกรรมผู้เรียน	

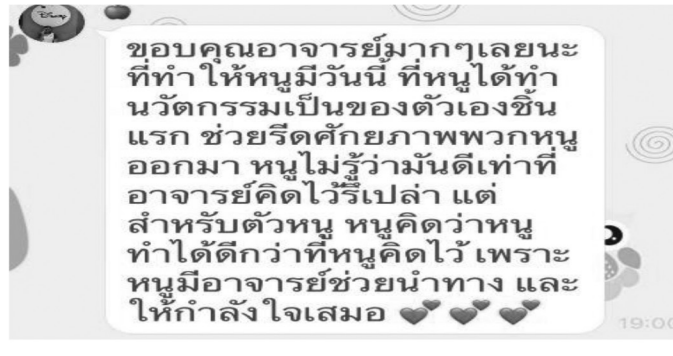
3. แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สู่ความสร้างสรรค์ เป็นขั้นของการนำปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากการศึกษา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อน การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในขั้นนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา ข้อมูลสนับสนุนปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหากับกลุ่มเพื่อน การสอบถามความรู้จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อเสริมสร้างแรงบันดาลใจและเกิดแนวทางในการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์

4. ก่อร่าง ทดสอบ ตอบโจทย์ เป็นขั้นของการสร้างต้นแบบผลงานนวัตกรรมการพยาบาลและการทดสอบความเป็นไปได้ของต้นแบบ โดยการนำแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับกลุ่ม ปรึกษาหารือผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญ มาวางแผนร่างแบบจำลอง สร้างต้นแบบผลงานนวัตกรรม และนำไปทดสอบหรือสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย ในขั้นนี้ผู้สอนต้องช่วยสะท้อนคิด ด้วยการใช้คำถามเพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้ในการสร้างต้นแบบผลงานนวัตกรรมที่มีความสอดคล้องกับปัญหา หรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย หลังจากนั้น นำต้นแบบไปทดสอบหรือสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางที่ชัดเจนและความเป็นไปได้ของต้นแบบ

5. สะท้อนคิด ก่อเกิด เรียนรู้ เป็นขั้นที่จัดให้ผู้เรียนได้นำผลงานมานำเสนอเพื่อเผยแพร่ผลงาน และตรวจสอบความเป็นนวัตกรรมการพยาบาลผ่านมุมมองที่หลากหลาย ได้แก่ กลุ่มเพื่อน อาจารย์ หรือผู้ที่สนใจ และนำข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการสะท้อนของกลุ่ม มาปรับปรุง แก้ไข และให้ผู้เรียนสะท้อนสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอน ช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดมุมมองใหม่ (new perspective)



ภาพที่ 2 การร่างแบบผลงานนำไปสู่การสร้างงานจริง



ภาพที่ 3 ตัวอย่างการสะท้อนมุมมองของผู้เรียนที่ได้จากกระบวนการเรียนการสอน

การวัดและประเมินผล

ผู้สอนกำหนดแนวทางการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกระบวนการเรียนการสอน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาลและแบบบันทึกการเรียนรู้ ประเมินกระบวนการสร้างนวัตกรรมในระหว่างการเรียนการสอนและประเมินผลงานนวัตกรรมการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน

จะเห็นได้ว่ากระบวนการเรียนการสอนที่จะช่วยเปลี่ยนนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในกรอบของระเบียบวินัยและมาตรฐานได้เดินออกจากกรอบมาเป็นนักนวัตกรทางการพยาบาล กล้าคิด กล้าแสดงออก ผู้สอนต้องสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง เพื่อให้ผู้เรียนกล้าเปิดตัวตนและความสามารถของตนเองออกมา นอกจากนี้ ผู้สอนต้องเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดง กระทำ สะท้อนคิดเรื่องราวหรือการกระทำสามารถนำความรู้พื้นฐานและความรู้ทางวิชาชีพพยาบาลไปใช้ในการออกแบบหรือสร้างนวัตกรรม ผู้สอนเองต้องมีใจเปิดกว้าง รับฟังความคิดเห็นหรือการกระทำ ผู้เรียนเกิดการสร้างกรอบหรือชุดความคิดใหม่ โดยเชื่อมโยงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในอดีต ปัจจุบันและคาดการณ์ถึงการกระทำ หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การปรับเปลี่ยนและถ่ายโยงสู่มุมมองใหม่ (perspective transformation) เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติและพฤติกรรม และก้าวเข้าสู่การเป็นนวัตกร คิดสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพและประเทศชาติต่อไป

References

1. Chan ZCY. A systemic review of creative thinking/creativity in nursing education. Nurse Education Today [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 20]; 33:1382-7. Available from: http://dx.doi.org/ 10.1060/j.nedt. 2012.09.005.
2. Wimonsiri P. Twenty years national strategy, the future of Thailand for security, Wealthand Sustainability [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 20]. Available from: http://planning.pn.psu.ac.th/plan_doc/procedure / docs_procedure / 300_ 1498813858.pdf. (in Thai)
3. Ministry of Education. Qualifications framework for nursing science program [Internet]. 2017[cited 2021 Jun 20]. Available from: http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/. (in Thai)
4. Wichainate K. Reflections: teaching for nursing students to develop critical thinking in nursing practice. Journal of The Police Nurses 2014;6(2):188-99. (in Thai)
5. Akkadechanunt T. Nurses' competency and public healthcare innovations in Thailand 4.0 era. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2019;34(1):5-13. (in Thai)
6. Sinlarat P. Education 4.0 is more than education. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn Publishing House University; 2016. (in Thai)
7. Office of the Education Council. Guidelines for student-centered learning management: management Learn in a creative way. Bangkok: National Agricultural Cooperative Federation Thai 2007. (in Thai)
8. White KR, Pillay R, Huang X. Nurse leaders and the innovation competence gap. Nursing Outlook 2016;64(3): 255-261.

9. Na JH, Choi Y, Harrison D. The design innovation spectrum: an overview of design influences on innovation for manufacturing companies. International Journal of Design 2017;11(2),13-24.
10. Kane RL, Huckfeldt P, Tappen R, Engstrom G, Rojido C, Newman D, et al. Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a randomized implementation trial of the INTERACT program. JAMA internal medicine 2017;177(9):1257-1264.
11. Baregheh A, Rowley J, Sambrook S. Towards a multidisciplinary definition of innovation. Management decision 2009;47(8):1323-1339.
12. Ramadani V, Gerguri S. Innovations: principles and strategies. Strategic Change 2011;20(3-4):101-110.
13. Kaya N., Turan N, Aydın GO. A concept analysis of innovation in nursing. Procedia- Social and Behavioral Sciences [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun 18];195: 1674-1678. Available from: https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.244
14. Schilling MA. Strategic management of technological innovation. 5th ed. New York:Mc Graw Hill Education; 2017.
15. Wang L, Li M. On the cultivation of automation majors' research innovation ability based on scientific research projects. Higher Education Studies 2012;2(4):137-41.
16. Thongsai S. Nurse and the development of creative thinking. Journal of Phrapokklao Nursing College 2016;27(1):112-9 (in Thai)
17. Wutirong P. Innovation management: resources learning organization and innovation. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2014
18. Young G. Design thinking and sustainability. Zumio Meaningful Innovation 2010;61(0):1-27.
19. Stamm BV. Managing innovation, design and creativity. 2nd ed. Great Britain: John Wiley & Sons; 2008.
20. Wongtienlai K, Usaho C, Chaemchoy S. A needs assessment of academic management for nursing college under the jurisdiction of Ministry of defence based on the concept of innovator competencies of nursing students. Royal Thai Navy Medical Journal 2019;46(3):506-520. (in Thai).
21. Legare TL, Armstrong DK. Critical reflective teaching practice for novice nurse educators. Teaching and Learning in Nursing [Internet] 2017 [cited 2021 Jun 10];12(4):312-315. Available from: https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.05.004
22. Sherwood GD, Horton-Deutsch S. Reflective practice: transforming education and improving outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2012
23. Ekthamasuth C. Development of instructional model based on design thinking and reflective practice approaches to enhance nursing innovation abilities of nursing students [doctoral's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
24. Man H, Chen H, Jin Q. Open learning: a framework for sharable learning activities. Paper presented at the International Conference on Web-Based Learning; 2010.

25. Henriksen D, Richardson C, Mehta R. Design thinking: a creative approach to educational problems of practice. Thinking Skills and Creativity 2017;26:140-153.
26. Melnyk, B. M, Fineout-Overholt, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012
27. Council D. The design process: Eleven lessons: managing design in eleven global brands. CA: Independent; 2014
28. Sutthawart W, Chuntuk T. Educational innovator's potential development method.Veridian E-Journal, Silpakorn University 2016;9(1):748-767. (in Thai)

บทความวิชาการ

ทางเลือกใหม่ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: โมเดล MATCH

New Options for Health Promotion Planning in the Community: MATCH Model

Received: Apr 11, 2021
Revised: Jul 11, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

มาสริน ศุกลปักษ์ ปร.ด. (Masarin Sukolpuk, Ph.D.)[1]
ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด. (Doungnetre Thummakul, Ph.D.)[2]
จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด. (Chakkrit Ponrachom, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: แบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพเปรียบเสมือนพิมพ์เขียวที่ได้รับการออกแบบไว้อย่างมีระบบและสร้างสรรค์ ภายใต้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และหลักฐานเชิงประจักษ์ของข้อมูล เพื่อการนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวคิดและการประยุกต์ใช้โมเดล MATCH ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ประเด็นสำคัญ: การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนตามโมเดล MATCH เป็นหลักการวางแผนและออกแบบโปรแกรม ตามหลักนิเวศวิทยาในการส่งเสริมสุขภาพโดยพิจารณาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมทุกระดับ ประกอบด้วย ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับสังคม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเลือกเป้าหมายพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ 2) ระยะการวางแผนโปรแกรมการพัฒนา 3) ระยะการพัฒนาโปรแกรม 4) ระยะการวางแผนนำโปรแกรมการพัฒนาไปใช้ และ 5) ระยะประเมินผล เมื่อดำเนินการทั้ง 5 ระยะ ผลที่ได้คือแม่แบบที่พร้อมใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตามพฤติกรรมที่ค้นพบ กลุ่มเป้าหมาย และบริบทที่แตกต่างกัน

สรุป: โมเดล MATCH เป็นแบบจำลองในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมทางส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ที่ภายใต้ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย และบริบท เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ: แนวทางที่นำเสนอสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดภายใต้กระบวนการวิจัยหรือนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทและปัญหาสุขภาพเช่นกัน

คำสำคัญ: การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ชุมชน โมเดล MATCH

[1]Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: masarin.sukolpuk@gmail.com

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: doungnetre_thu@dusit.ac.th

[3]อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ E-mail: ponrachom@hotmail.com

[1]Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health Thailand

[2]Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

[3]Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Health promotion planning model is a blueprint which has been systematically and creatively designed based on the concepts of behavioral science theory and evidence-based data for optimal purposes.

Objective: The purpose of this article was to provide a concept and to apply the Multiple Approach Toward Community Health (MATCH) model in community health promotion planning.

Key issues: MATCH model is a logical model for planning and designing health promotion programs. The model concerns ecological fundamental health promotion and its causal factors in different levels including: individual level, interpersonal level, organization level, community level, and societal level. The five fundamental phases of MATCH model are: 1) selection of health and behavior goals; 2) intervention planning; 3) program development; 4) implementation planning; and 5) evaluation. The result was a ready-to-use template created for promoting health behaviors discovered on different targets and community contexts.

Conclusion: MATCH model is a tool for planning and designing health promotion which can be utilized for maximum benefit under specific problem, target, and context. Ultimately, the target groups who receive benefits from the program would achieve desirable health behaviors and leading to a good health

Implications: The proposed model can be further developed under research process or applied in communities with similar contexts and health problems.

Keywords: health promotion planning, community, MATCH model

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) เป็นกระบวนการเอื้ออำนวยให้บุคคลหรือชุมชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น[1] สามารถบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาเชื่อมโยงอย่างสมดุลและเป็นองค์รวม ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต ที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยหลากหลายประการ อาทิ ระบบสุขภาพ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม รูปแบบการบริโภค การสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงของประชากรศาสตร์ สภาพแวดล้อม การเรียนรู้ รูปแบบครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมทั่วโลก เป็นต้น[2] รวมถึงการเปลี่ยนแปลงท่ามกลางสภาวะ "New Normal" (ความปกติใหม่, ฐานวิถีชีวิตใหม่) ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ประกอบด้วย วิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติ และการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะธำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือหวนหาถึงอดีต[3] ส่งผลทำให้การดำเนินงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนเป็นเรื่องที่ท้าทายในผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์กำหนดนโยบายการวางแผนและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสุขภาพของประชาชนนับ

ตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับบุคคล

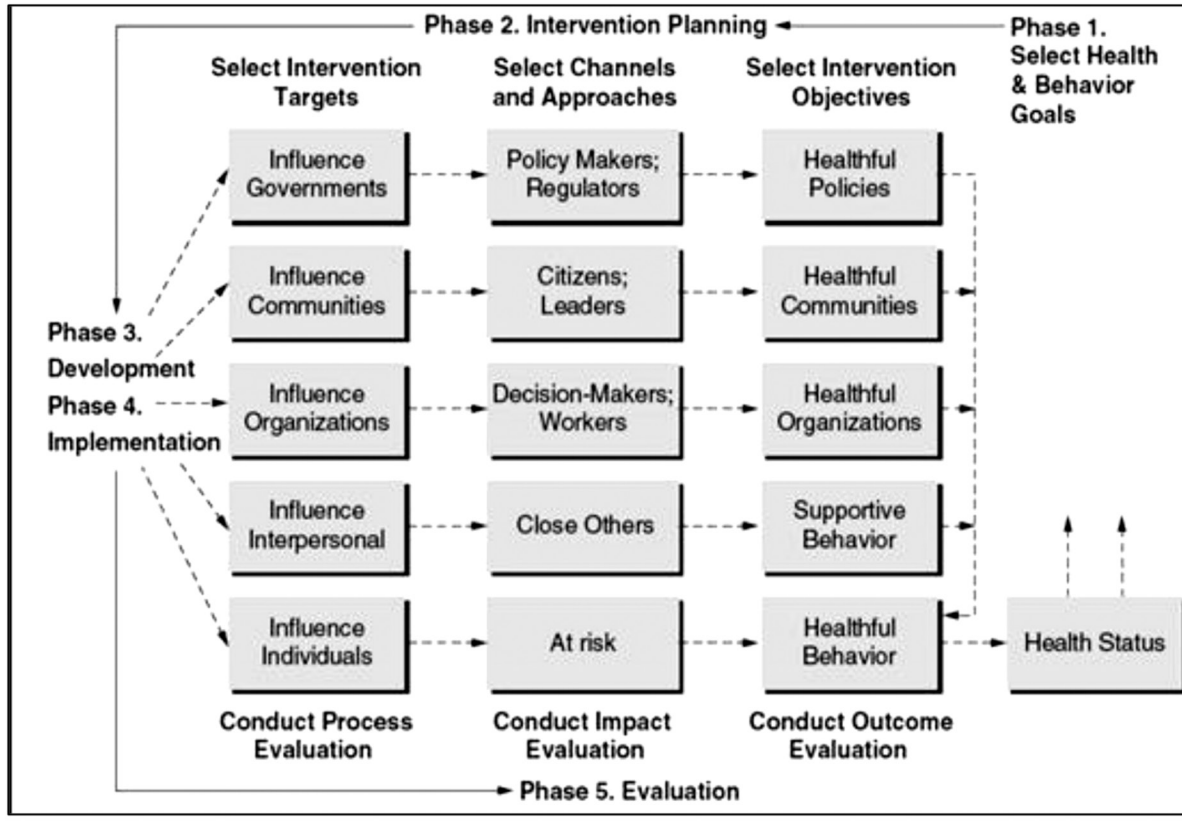
แบบจำลองการวางแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Planning model for health promotion) เป็นการดำเนินการภายใต้หลักฐานเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เพื่อดำเนินการตามกระบวนการที่วางแผนไว้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด[4] การออกแบบเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น เป็นการวางแผนโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการเลือกแบบจำลองในการวางแผนเพื่อนำไปใช้นั้นต้องคำนึงถึงสิ่งที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) เปลี่ยนแปลงได้ง่าย (fluidity) 2) มีความยืดหยุ่น (flexibility) และ 3) สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (functionality)[5] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในระดับชุมชนที่หลากหลาย อาทิเช่น Assessment Protocol For Excellence in Public Health (APEXPH)[6], Comprehensive Health Education Model (CHEM)[7], Effectiveness-based/rational planning[8], Evidence-based/risk factor analysis[6] ,Intervention Mapping (IM)[9], Multiple Approaches to Community Health(MATCH)[10], Model for Health Education Planning (MHEP)[7], Planning Approach to Community Health (PATCH)[11], Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation (PRECEDE) - Policy Regulatory and Organizational Construct in Educational and Environmental Development (PROCEED)[12] เป็นต้น

ในบทความนี้จะกล่าวถึง แบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ Multiple Approaches to Community Health (MATCH model) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีรายละเอียด และขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้ในหลากหลายบริบท ซึ่งพัฒนาโดย Simons-Morton และคณะ[13] จุดเริ่มต้นของ MATCH พัฒนาจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ได้พัฒนาคู่มือโปรแกรมการพัฒนา (intervention) เพื่อให้ความช่วยเหลือชุมชนในการวางแผนและประเมินผลโปรแกรมสุขภาพภายในชุมชน ซึ่ง MATCH model เป็นแบบจำลองโปรแกรมการพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพ เริ่มจากระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับชุมชน องค์กร และระดับนโยบาย ทั้งนี้ MATCH model เป็นแนวคิดในการวางแผนออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่ง MATCH model นี้จะนำไปใช้หลังจากที่จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม[13]

แนวคิด MATCH model

MATCH model พัฒนาจากแนวคิดนิเวศวิทยา (Ecological model) ที่มีมุมมองและความเชื่อว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากพหุปัจจัย ซึ่งนักวางแผนต้องคิดวิเคราะห์อย่างรอบด้าน ทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ[14] การแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการ MACTH model นั้นจะมุ่งเน้นไปที่ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โปรแกรมการพัฒนาสุขภาพ และกลุ่มที่มีอิทธิพลตามวัตถุประสงค์นั้น ๆ ในทุกระดับของสังคม ซึ่งแบ่งเป็นระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย ดังนั้น MATCH model จึงเป็นแบบจำลองโปรแกรมการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่มีขั้นตอนทำตามลำดับ และยังเป็นแนวปฏิบัติที่จะนำไปสู่โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยจุดเริ่มต้นของแนวคิดของ MATCH model[15] แสดงได้ดังภาพที่ 1

MATCH model จึงเป็นแบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการทุกภาคส่วนของสังคม มีกระบวนการที่นำไปใช้ได้ง่าย เป็นขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะอธิบายไว้อย่างชัดเจน มีโปรแกรมการพัฒนาที่หลากหลายสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด เพื่อช่วยให้นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถออกแบบโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ MATCH model ประกอบด้วยการดำเนินการ 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเลือกเป้าหมายพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ (selection of health and behavior goals) 2) ระยะการวางแผนโปรแกรมการพัฒนา (intervention planning) 3) ระยะการพัฒนาโปรแกรม (program development) 4) ระยะการวางแผนนำโปรแกรมการพัฒนา



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของ MATCH model[15]

ไปใช้ (implementation planning) และ 5) ระยะประเมินผล (evaluation)[5] โดยแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 เลือกเป้าหมายพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ

การเลือกเป้าหมายทั้งภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องพิจารณาถึงความสามารถในการนำไปปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้แบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพถูกนำไปใช้ ในการเลือกเป้าหมายประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยพิจารณาจากความชุกของปัญหาสุขภาพที่พบในประชากรของชุมชนนั้น การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการวางแผนเพื่อนำโปรแกรมการพัฒนาไปใช้ในพื้นที่นั้น ๆ ต้องตรงกับความต้องการของกลุ่มประชาชน

ขั้นตอนที่ 2 เลือกเป้าหมายภาวะสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องพิจารณาบนพื้นฐานความชุกของปัญหา และความสามารถของประชาชนในการให้ความร่วมมือเพื่อจัดการปัญหานั้น ๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 3 ระบุเป้าหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ในการระบุเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องกำหนดเป้าหมายให้ตรงปัญหาสุขภาพ โดยพิจารณาความสอดคล้องปัญหาสุขภาพที่เป็นความชุกระดับสูงของกลุ่มประชากร เป้าหมายต้องสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ร่วมกับพิจารณาความสามารถของกลุ่มประชากรในการเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรมนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 4 ระบุเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อม ในการระบุเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องนั้นมาจากแนวคิดที่ว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่กล่าวถึงนี้เป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพที่จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการเข้าถึง แหล่งข้อมูล การบริการ นโยบาย และกิจกรรมของภาครัฐ เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวางแผนโปรแกรมการพัฒนา

การวางแผนโปรแกรมการพัฒนา เป็นการกำหนด

แนวทางในการเลือก/ออกแบบ การปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายและภาวะสุขภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกวัตถุประสงค์โปรแกรมการพัฒนา ในการพิจารณาเพื่อระบุวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการพัฒนานั้น นักวางแผนหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ต้องดำเนินการให้ครบทั้ง 5 ระดับซึ่งประกอบด้วย ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย

ขั้นตอนที่ 2 ระบุกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนา ในการระบุประชากรที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนานั้น ต้องพิจารณาให้ครอบคลุมในแต่ละระดับของสังคมที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพัฒนาที่นักวางแผนหรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต้องพิจารณา ในประเด็นของช่องทางการเข้าถึงกลุ่มประชากร การเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎี กลวิธี และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมเป็นการออกแบบโปรแกรมตามเป้าหมายและภาวะสุขภาพ ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ออกแบบองค์ประกอบของโปรแกรม ในการพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมนั้นเป็นการนำข้อมูลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาเป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม โดยนำปัจจัยตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับนโยบายที่กำหนดไว้ ร่วมกับเป้าหมายของโปรแกรมการพัฒนา และกลุ่มประชากรที่กำหนดไว้มาเป็นจุดเริ่มต้นของการออกแบบโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 เลือกหรือพัฒนาหลักสูตรและสร้างสรรค์โปรแกรมการพัฒนา ซึ่งในรายละเอียดของโปรแกรมการพัฒนาจะประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ และทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาแนวทาง หลักสูตร คู่มือ หรือแนวปฏิบัติ (develop protocol, curriculum, manual, or guideline) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ เช่น แผนการดำเนินกิจกรรม ชุดการสอน คู่มือ แนวทางปฏิบัติ อุปกรณ์และสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ เป็นต้น

ระยะที่ 4 การวางแผนนำโปรแกรมการพัฒนาไปใช้

การนำโปรแกรมไปใช้ เป็นระยะที่นักวางแผนหรือพัฒนาสุขภาพ ต้องเตรียมความพร้อมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามแผนที่กำหนดไว้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อำนวยความสะดวกในการนำโปรแกรมไปใช้ นักวางแผน หรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต้องเริ่มจากการเสนอโครงการ สนับสนุนให้กลุ่มประชาชนยอมรับการเปลี่ยนแปลง สร้างความเชื่อมั่นให้เกิดกับกลุ่มประชาชน ร่วมกับการสอบถามความคิดเห็นของผู้นำในกลุ่มเพื่อการแก้ไขและพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 นำแผนงานโครงการไปปฏิบัติและการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาให้เป็นไปตามโปรแกรมที่วางไว้นั้น ควรคำนึงถึงแผน การปฏิบัติตามโปรแกรมการพัฒนา การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ รวมถึงการให้การสนับสนุน และการเสริมแรงด้วย

ขั้นตอนที่ 3 เผยแพร่และถ่ายทอดการดำเนินโครงการ ในขณะที่ดำเนินโครงการตามแผนงานที่วางไว้นั้น การเผยแพร่และถ่ายทอดโปรแกรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ทุกภาคส่วนได้เห็นถึงพัฒนาการของกลุ่มเป้าหมายหรือปัญหาภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่ความร่วมมือเพื่อการจัดการกับภาวะสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 5 การประเมินผล

การประเมินผล เน้นการประเมินตลอดระยะเวลาของการดำเนินการตามแผน ซึ่งประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินกระบวนการ ในการประเมินกระบวนการนั้น กิจกรรมการประเมินประกอบด้วย โปรแกรมที่พัฒนาและนำไปใช้มีความสมบูรณ์แบบหรือไม่อย่างไร มีประชากรกลุ่มใดบ้างที่ได้รับประโยชน์จากโปรแกรม และมีโปรแกรมจำนวนมากน้อยเพียงไรที่ทำให้เกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลกระทบที่เกิดจากโปรแกรม ในการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้น จะทำให้ตอบคำถามได้ว่า ผู้เข้าร่วมเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การรับรู้ ทัศนคติ คุณค่า หรือพฤติกรรม และโปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ ทั้งในระดับพฤติกรรม นโยบาย การยอมรับโปรแกรมนี้เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลลัพธ์ เป็นการตอบคำถามว่าพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีหรือไม่ ความชุกของการเกิดลดลงหรือไม่ หรือคุณภาพชีวิตพัฒนาขึ้นอย่างไรบ้าง ประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นอย่างไร

จากกระบวนการของ MATCH model ที่นำเสนอมานั้นจะเห็นได้ว่า แบบจำลองนี้มีขั้นตอนในการดำเนินการค่อนข้างเข้าใจง่ายต่อการปฏิบัติ โดยทั้ง 5 ระยะต้องวางแผนและดำเนินการให้ครบทุกระดับของสังคมที่ประกอบด้วยบุคคลที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ สมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ผู้บริหารในองค์กร ผู้นำชุมชน รวมถึงระดับนโยบายต่อไป

ตัวอย่างการนำ MATCH model ไปใช้ในปัญหาสุขภาพ

Simons-Morton และคณะ[16] ได้ศึกษาวิจัยโดยนำกระบวนการ MATCH ไปทดลองใช้ เริ่มจากข้อตกลงเบื้องต้นว่าด้วยการประเมินความต้องการร่วมกับการมุ่งเน้นโปรแกรมการวางแผนเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจ ดังนั้นจึงกำหนดปัญหาและปัจจัยเชิงสาเหตุ ดังภาพที่ 2 ดังนี้

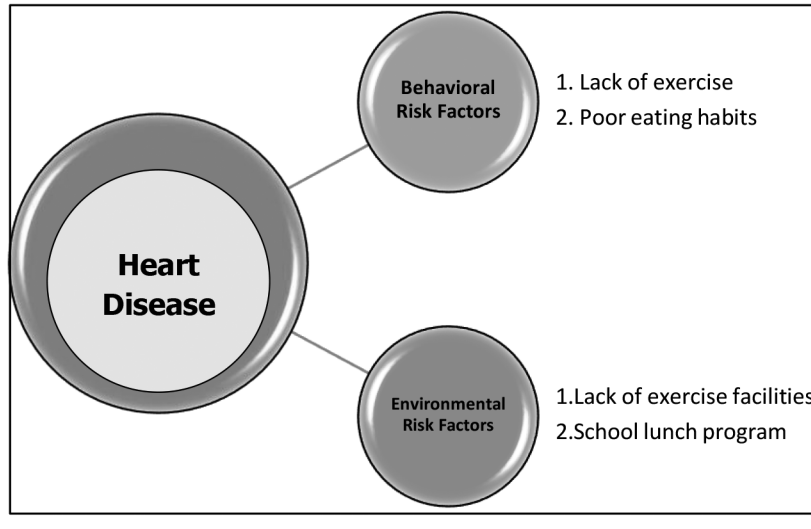
การดำเนินการตามกระบวนการของ MATCH model มีดังนี้

ระยะที่ 1 การเลือกเป้าหมายพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ

ในการเลือกเป้าหมายนั้น พิจารณาจากปัญหาโรคหัวใจอันเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพอันหลากหลายที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งเป้าหมายด้านภาวะสุขภาพ คือ ลดความชุกของการเกิดโรคหัวใจ เน้นกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา เป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพ คือ ลดพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายและเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคที่มีประโยชน์ และเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การอำนวยความสะดวกเรื่องการออกกำลังกาย หลักสูตรในโรงเรียนที่ต้องจัดให้มีกิจกรรมทางกายและโภชนาการ ร่วมกับการมีนโยบายของโรงเรียนที่จะส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ระยะที่ 2 การวางแผนโปรแกรมการพัฒนา

ในการวางแผนโปรแกรมการพัฒนาได้ออกแบบให้ครอบคลุมทุกระดับของสังคมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินกิจกรรม ชุดการสอน คู่มือ แนวทางปฏิบัติ อุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ ตัวอย่างดังตารางที่ 1



ภาพที่ 2 ปัญหาและปัจจัยเชิงสาเหตุของโรคหัวใจ[16]

ตารางที่ 1 แนวทางการวางแผนโปรแกรมการพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ MATCH model

Step 1 Focus of Intervention	Step 2 Objectives	Step 3 Mediators	Step 4 Intervention Approaches
Individual students	**Health behaviors**	Knowledge	**Educational**
5th and 6th graders	Exercise	Attitudes	Teaching
	Eating habits	Skills	Positive reinforcement
		Behavior	
Organizational			**Organizational Change**
Board of education	Programs	Knowledge	Curricula change
School administrators	Practices	Attitudes	School lunch menu
Teachers	Policies	Skills	policy
School cafeteria workers	Resources	Behavior	in-service training
Governmental			**Political Action**
City council	Programs	Knowledge	Lobbying
City parks and recreation	Practices	Attitudes	Policy advocacy
board	Policies	Skills	Interest-group pressure
City parks and recreation	Resources	Behavior	
workers			

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรม

ในการพัฒนาโปรแกรมนั้น มุ่งเน้นไปที่องค์ประกอบของโปรแกรมที่กำหนดไว้ เช่น การฝึกและพัฒนาครูเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย และโภชนาการ ฝึกเจ้าหน้าที่ในโรงอาหารเกี่ยวกับการจัดอาหารกลางวันเพื่อสุขภาพ คณะกรรมการการศึกษาเปลี่ยนแปลงหลักสูตรที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและโภชนาการ พร้อมทั้งจัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายในสวนสาธารณะของชุมชน

ระยะที่ 4 การนำโปรแกรมไปใช้

นักวางแผนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต้องอำนวยความสะดวกต่อการนำไปใช้ และดำรงไว้ซึ่งการดำเนินงานของโปรแกรมให้มีการดำเนินการต่อไปได้อย่างราบรื่น ร่วมกับการพิจารณาผลกระทบจากโปรแกรม โดยสามารถถามความคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 5 การประเมินผล

ในการประเมินผลโปรแกรมนั้น เป็นการประเมินทุกส่วนของโปรแกรม การประเมินคุณภาพ การประเมินประโยชน์และอุปสรรคของโปรแกรม ร่วมกับการประเมินผลกระทบจากโครงการ ในเรื่องเป้าหมายด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการกิจกรรมทางกายและโภชนาการ และ เป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อม คือ การเปลี่ยนแปลงการอำนวยความสะดวกในสวนสาธารณะของชุมชน พร้อมทั้งการประเมินผลกระทบของโปรแกรม คือ ความชุกของโรคหัวใจลดลง

บทสรุป

MATCH model เป็นแบบจำลองการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ที่เปรียบเสมือนพิมพ์เขียว (blueprint) ที่มีการวางแผนไว้อย่างสร้างสรรค์ มีรายละเอียดในทุกระยะของการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ที่สามารถนำมาใช้ได้อย่าง

หลากหลายสำหรับกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ โดยโปรแกรมนี้มีความยืดหยุ่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของประชาชนกลุ่มเป้าหมายหลากหลายชุมชน และโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพที่ต้องการ เช่น การวางแผนการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน เป็นต้น ในกระบวนการของ MATCH model นั้นเริ่มจาก ระยะที่ 1 การเลือกเป้าหมายพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ โดยมีปัจจัยในการเลือกหลายประการ เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา ความต้องการของชุมชน ระยะที่ 2 เป็นการวางแผนโปรแกรมการพัฒนา ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรม ระยะที่ 4 การนำโปรแกรมไปใช้ และระยะที่ 5 การประเมินผล ซึ่งในการวางแผนแต่ละระยะจะมีความเชื่อมโยงกับทุกระดับในสังคม ร่วมกับการพิจารณาในประเด็นอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความสามารถกำหนดเป้าหมายทั้งระดับบุคคล ชุมชน กิจกรรมการพัฒนาแต่ละบุคคลซึ่งมีวิธีการที่แตกต่างกัน และความสามารถในการสร้างสรรค์กิจกรรมให้ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งท้ายที่สุดกิจกรรมการพัฒนาทุกระดับจะถูกประเมินบนพื้นฐานของกระบวนการการดำเนินงาน และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น MATCH model จึงเป็นทางเลือกใหม่ให้แก่นักวางแผนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ เนื่องจากมีความเป็นองค์รวม และคำนึงถึงหลักนิเวศวิทยาของปัญหาอย่างรอบด้าน มีความเป็นตรรกะสูงที่จะส่งผลกระทบให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

References

1. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion [Internet]. [cited 2021 Oct 30]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion
2. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. Indian Journal Community Medicine 2012;37(1):5-12.
3. The Royal Society. Dictionary of communication arts: Royal Thai council. Bangkok, Office of the royal society. 2020. (in Thai)
4. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention mapping: theory- and evidence-based health promotion program planning: perspective and examples. Frontier of Public Health 2019;7:209.
5. Simons-Morton BG, McLeroy KR, Wendel ML. Behavior theory in health promotion practice and research. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
6. Dever GE. Improving outcomes in public health practice: strategy and methods. Gaithersburg, MD: Aspen; 1997.
7. McKenzie JF, Smeltzer JL. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: a primer. 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon; 2001.
8. Kettner P, Moroney R, Martin L. Designing and managing programs: an effectiveness-based approach. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
9. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping: designing theory-based and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield Publishing; 2001.

10. Simons-Morton BG, Greene WH, Gottlieb NH. Introduction to health education and health promotion. 2nd ed. Waveland: Prospect Heights, IL; 1995.
11. Wurzbach ME. Community health education and promotion: a guide to program design and evaluation. 2nd ed. Gaithersburg, MD: Aspen; 2002.
12. Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing; 1999.
13. Simons-Morton BG, Greene WH, Gottlieb NH. Introduction to health education and health promotion. Prospect Heights, IL: Waveland Press; 1995.
14. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A. Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly 1988;15:351–377.
15. Simons-Morton, D G et al. Influencing personal and environmental conditions for community health: a multilevel intervention model. Family & community health 1988;11(2): 25-35.
16. Simons-Morton DG, Simons-Morton BG., Parcel GS, Bunker JF. Influencing personal and environmental conditions for community health: a multilevel intervention model. Family and Community Health 1988;11(2):25–35.

บทความวิชาการ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด: การทบทวนวรรณกรรม

Promotion of Breastfeeding after Cesarean Section: Literature Review

Received: Mar 22, 2021
Revised: Aug 18, 2021
Accepted: Aug 28, 2021

ศศิธร เตชะมวลไววิทย์ พย.ม. (Sasithorn Techamuanwaiwit, M.N.S)[1]
พิชญ์สินี คีรีวิเชียร พย.บ. (Phitsinee Keereewichian, B.N.S)[2]
เกษร สุวิทยะศิริ สค.ม. (Kesorn Suvithayasiri, M.A.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะมีความไม่พร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ อาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้เป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นเหตุผลที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายเป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568 บุคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ โดยการทบทวนวรรณกรรมและนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด

ประเด็นสำคัญ: เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดจากงานวิจัยมีหลายวิธี เช่น การกอดสัมผัส การกระตุ้นให้ดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่น การแจกคู่มือปฏิบัติการติดตามผล และอื่น ๆ เป็นต้น แต่ยังไม่มีรายงานวิจัยที่รวบรวมแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

สรุป: แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดจะให้การพยาบาลตามระยะเวลาต่อการหลั่งของนมแม่ หากปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวจะส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดได้สำเร็จ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในแต่ละหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแนวทางการพัฒนาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้

คำสำคัญ : ส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังผ่าตัดคลอด

[1]Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: sasithorn.t@bcn.ac.th

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย, E-mail: s.anny.ann99@gmail.com

[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: kesorn.s@bcn.ac.th

[1,3]Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

[2]Srisangwornsukhothai Hospital, Thailand

Abstract

Introduction: After cesarean section (CS), mothers would not be ready for breastfeeding due to suffering from operation caused by medical equipment. As a result breastfeeding is hindrance. It is, therefore, the reason why breastfeeding has not met the Goal of World Health Organization Standard Criteria by 50% in 2025. Healthcare professionals play an important role in promoting breastfeeding efficiently after CS.

Objective: To be a practical guideline for promoting breastfeeding successfully using literature review and analyses as a summarization to promote breastfeeding after CS.

Key issues: The research guidelines for promoting breastfeeding after CS comprise of many methods such as caressing with a soft touch, stimulating suckling within 1 hour after CS, breast compressing with warm water, distributing practical manuals, follow-ups, and so on. Nevertheless, although it is essential for the efficiency of consistent practice towards post-operation, there is no research report collecting guidelines for promoting breastfeeding after the very first hour of CS until discharge.

Conclusions: The post-operative breastfeeding promotion guideline provides periodic nursing care lactation. By following the guideline, a successful result would be breastfeeding after CS. Consequently, it would be appropriate and applicable for various organizations.

Implications: The guidelines can be applied to promote breastfeeding after CS according to context of each hospital.

Keywords: promote, breastfeeding, after caesarean section

บทนำ

นมแม่มีปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในทารกคงอยู่ได้นาน 10 ปี[1] เนื่องจากนมแม่ประกอบด้วยโมเลกุลออกฤทธิ์ทางชีวภาพหลายร้อย หลายพันชนิด ในการป้องกันการติดเชื้อและการอักเสบและมีส่วนช่วยในการเจริญเติบโตของระบบภูมิคุ้มกันในการพัฒนาอวัยวะและการสร้างจุลินทรีย์ที่มีผลทำให้สุขภาพดี การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกของชีวิต และต่อเนื่อง 1-2 ปี เป็นที่ยอมรับว่าเป็นมาตรฐานสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ น้ำนมเหลือง (colostum) เป็นน้ำนมที่ผลิตช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด มีปริมาณน้อยแต่ประกอบด้วย IgA, lactoferrin, และ leukocytes เมื่อถึงระยะการผลิตนมเปลี่ยนผ่านน้ำนมแม่จะผลิตน้ำนมที่มีปริมาณมากขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของทารก โดยจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 4 ถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด (transitional milk) หลังจากนั้นจะเป็นน้ำนมที่แท้ (mature milk) จะประกอบไปด้วยแร่ธาตุอาหารเป็นจำนวนมาก ซึ่งปริมาณองค์ประกอบแร่ธาตุสารอาหารภายหลังคลอด 4 สัปดาห์จะขึ้นอยู่กับปัจจัย โปรตีนของแม่ที่ได้รับ น้ำหนักแม่ และความถี่ของการให้นมบุตร[2]

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทารกออกทางหน้าท้องพบว่ามีจำนวนมากขึ้น จากสถิติประเทศไทยมีการคลอดปีละประมาณ 700,000 ราย อัตราการผ่าตัดคลอดประมาณร้อยละ 35-40 หรือประมาณ 150,000-300,000 ราย สูงกว่าองค์การอนามัยโลกระบุอัตราการผ่าตัดคลอดไม่ควรเกิน

ร้อยละ 15[3] และจากค่าสถิติทั่วโลกอัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ที่ร้อยละ 21[4] จากอัตราการผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดและการให้นมลูกในช่วงหลัง คลอดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาความทุกข์ทรมานของหญิงหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดด้านความทุกข์ทรมานในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรกอยู่ในระดับมาก ได้แก่การเคลื่อนไหวร่างกาย อาการปวดแผลผ่าตัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรุนแรงของการปวดแผลผ่าตัดและการถูกพันธนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้มารดาไม่พร้อมในการดูแลบุตรและการให้นมจึงเป็นปัจจัยขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[5] และจากการศึกษาพบว่ามารดาผ่าตัดคลอดจะมีน้ำนมมาเต็มเต้าวันที่ 2 หลังผ่าตัดคลอดช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด 10 ชั่วโมง มีนัยสำคัญทางสถิติ[6] จะเห็นได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดนอกจากจะประสบปัญหาความไม่พร้อมทางด้านร่างกายแล้วยังต้องเผชิญกับปัญหาการหลั่งของน้ำนม ส่งผลให้มารดาขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้[7]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เห็นความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้กำหนดให้ วันที่ 1-7 สิงหาคม เป็นสัปดาห์นมแม่โลกทุกปี นอกจากนี้ได้กำหนดเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวภายใน 6 เดือนแรกหลังคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2568 และได้รณรงค์ให้เห็นประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น นมแม่ช่วยให้การพัฒนาสมองและการเจริญเติบโตของร่างกายสมบูรณ์ ป้องกันภาวะโรคอุจจาระร่วง การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และโรคอื่น ๆ ป้องกันการเกิดภาวะ non-communicable diseases นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหลังคลอด 6 เดือนจะเป็นการเริ่มต้นของการเจริญเติบโตที่ดีที่สุด[8] สำหรับองค์กรประเทศไทยทั้ง 7 องค์กรได้แก่ 1) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน 3) ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ 4) สภาการพยาบาล 5) องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ 7) มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ได้เห็นประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงได้ร่วมมือกันในการสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ได้กำหนดนโยบายให้สถานประกอบกิจการจัดสวัสดิการมุมนมแม่ และอนุญาตให้พนักงานหญิงมีเวลาพักเพื่อบีบเก็บน้ำนมได้ เพื่อเป็นสวัสดิการสำคัญที่จะช่วยให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง[9]

ดังนั้น ผู้เขียนมีความสนใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอด เพราะภาวะมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะมีอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้เขียนจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและตำราต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาล และบุคคลที่สนใจ และสามารถนำไปพัฒนาแนวทางเพิ่มเติมด้านงานวิจัยหรืองานวิชาการต่าง ๆ ได้มีประโยชน์มากขึ้นต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (factors influencing breastfeeding)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ด้านบุตร ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านมารดาจะขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อรวมทั้งประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หากมีทัศนคติและความเชื่อรวมทั้งประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีจะส่งผลให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ง่ายขึ้น ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หากมารดาได้รับความรู้ประโยชน์ของนมแม่จากแหล่งต่าง ๆ เช่นหนังสือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อโลกออนไลน์ต่าง ๆ จะทำให้มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รวมทั้งการสนับสนุนการเข้ากลุ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อสนทนาแนะนำส่งเสริมการให้นมแม่ มีศูนย์นมแม่ในการให้คำปรึกษา[10] ปัญหาสุขภาพมารดา โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทำให้มารดาอ่อนเพลีย ง่วงซึมจากยาสลบ เจ็บแผลผ่าตัดคลอดจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ถนัด จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ภาวะการเจ็บเต้านม หัวนมแตก น้ำนมไหลน้อย[11,12] และพฤติกรรมมารดาที่ส่งผลให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่น การสูบบุหรี่หรือสาร

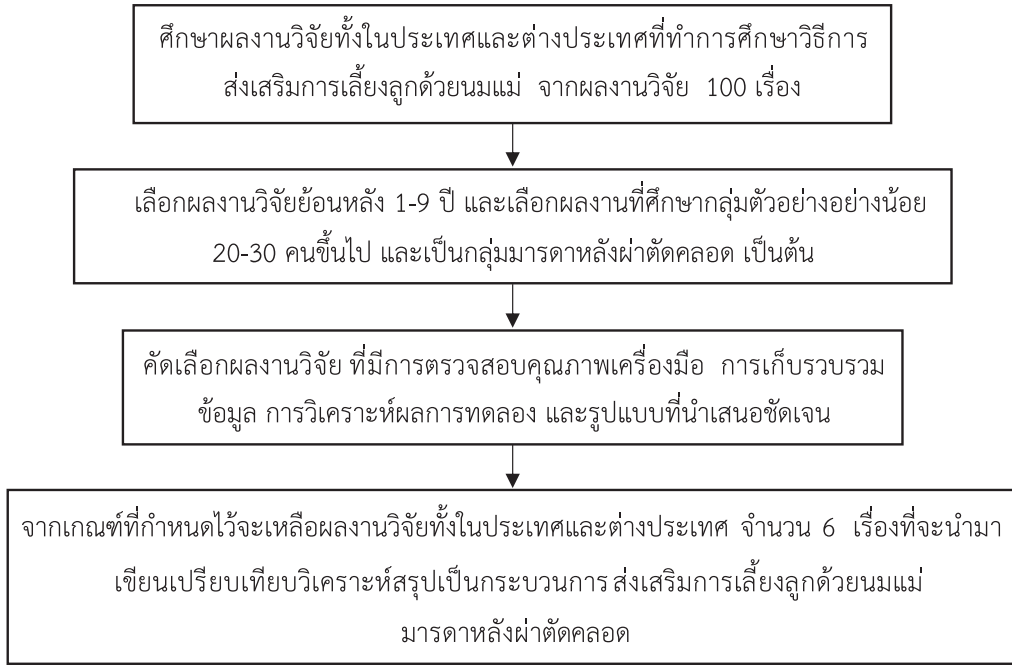
เสพติดอื่น ๆ ทำให้มีแนวโน้มในการไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ คุณลักษณะมารดาเช่น อายุ สถานภาพสมรส สถานะเศรษฐกิจและสังคม หากมารดามีอายุมากกว่า 25 ปี สถานภาพสมรสคู่ จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาอายุน้อย รวมทั้งรายได้ครอบครัวสูงจะมีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดี ระยะเวลาในการลาคลอดหากได้รับการลาคลอดไม่ถึง 6 เดือน จะเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ และการทำงานนอกบ้านทำให้มีโอกาสในการหยุดการให้นมแม่สูงมากขึ้น ปัจจัยด้านบุตรจะมีปัญหาเรื่องการดูดกลืนไม่ดี ทารกมีภาวะผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ภาวะลิ้นติด ปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น การติดจุกนมยางหรือจุกนมปลอม ทารกเรียนรู้และเคยชินกับการดูดนมขวด ทำให้ปฏิเสธการดูดนมแม่ได้ ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ความรู้ทักษะและทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมและช่วยแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลต่อการตัดสินใจของมารดาที่จะเริ่มให้นมแม่และการให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง[10,11] ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม นโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับประเทศ ซึ่งกำหนดเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของประเทศไทยฉบับที่ 10 ตั้งเป้าหมายไว้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 30 และการสนับสนุนการลาคลอดได้ 90 วันจะช่วยให้มารดามีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สะดวกขึ้น[11] ครอบคลุมถึงสื่อโฆษณาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น รูปภาพบุตรดูดนมแม่ สื่อวิดิทัศน์การให้นมบุตร การจัดโปรโมชั่นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น[11]

ประสิทธิผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอด (cesarean birth) หมายถึง การคลอดทารกผ่านแผลผ่าตัดทางหน้าท้องและมดลูก[13] อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอด WHO ได้กำหนดให้อัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 10-15 แต่จากการศึกษาพบว่าอัตราการผ่าตัดทั่วโลกสูงกว่าร้อยละ 15 และจากการศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1910-2014 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 31.90[14] ซึ่งสอดคล้องกับค่าสถิติทั่วโลกอัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ที่ร้อยละ 21[4] โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดแบ่งออกเป็นชนิดสมบรูณ์ (absolute indication) และชนิดอนุโลม (relative indication) ชนิดข้อบ่งชี้ชนิดสมบรูณ์ ได้แก่ 1) การคลอดติดขัด (mechanical dystocia) จากภาวะการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะกับกระดูกช่องเชิงกราน (cephalopelvic disproportion) ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ หรือมีความผิดปกติทางช่องคลอดหรือมดลูก เป็นต้น 2) รกเกาะต่ำชนิดปิดปากมดลูกทั้งหมด (placenta previa totalis) 3) ทารกอยู่ในภาวะเครียด (fetal distress) 4) สายสะดือย้อย 5) กระดูกเชิงกรานหัก 6) มะเร็งปากมดลูกลุกลาม ส่วนข้อบ่งชี้ชนิดอนุโลม (relative indication) ได้แก่ 1) มารดาที่เคยมีการผ่าตัดที่ผนังมดลูก 2) ตกเลือดก่อนคลอด 3) โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม 4) ครรภ์แฝดที่ทารกไม่ได้อยู่ในท่าศีรษะทั้งคู่ 5) ผู้คลอดที่มีประวัติคลอดยาก 6) อื่น ๆ เช่น การติดเชื้อเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ในระยะใกล้คลอด เป็นต้น[15]

ประสิทธิผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการผ่าตัดคลอด รูปแบบของการผ่าตัดคลอดมีผลต่อการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังการผ่าตัดหรือไม่ ซึ่งรูปแบบการผ่าตัดคลอดจะเป็นแบบฉุกเฉินและแบบมีกำหนดการ การผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ (planned หรือ elective) มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ เช่น ทารกท่าก้น รกเกาะต่ำ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เป็นต้น และการผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา (maternal request) แม้ว่าการผ่าตัดคลอดบุตรตามการร้องขอของหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่ถือเป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในประเทศไทย แต่การร้องขอดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[16] จากการศึกษาของ Intarasukum[17] ศึกษาเรื่องการหลั่งของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังการผ่าตัดเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดการ ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจำนวน 141 ราย และ 142 ตามลำดับ พบว่าค่าฉลี่ยระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าของมารดาหลังคลอดแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) โดยกลุ่มผ่าตัดฉุกเฉินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.79 ชั่วโมง แบบมีกำหนดการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.67 ชั่วโมง จะเห็นว่ากลุ่มผ่าตัดแบบฉุกเฉินจะมีน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่า อาจเป็นเพราะมารดาผ่าตัดฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีอายุครรภ์มาก เมื่อเจ็บครรภ์หรือมีน้ำเดิน จะมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด และการเจ็บครรภ์หรือมีน้ำเดินจะมีกลไกการหลั่ง oxytocin ซึ่งมีผลต่อการหลั่งน้ำนมด้วย ส่วนมารดา

ขั้นตอนในการรวบรวมผลงานวิจัยและนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด



ผ่าตัดคลอดแบบมีกำหนดส่วนใหญ่จะมีอายุครรภ์น้อย ไม่มีอาการเจ็บครรภ์หรือน้ำเดินทำให้ไม่มีผลต่อการหลั่ง oxytocin

ยาระงับความรู้สึก มีทั้งยาสลบ (general anesthesia) และยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional anesthesia) โดยยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ จะมีทั้งแบบการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) และแบบการฉีดยาเข้าเยื่อหุ้มไขสันหลัง (epidural block) จะเป็นวิธี epidural block จะเป็นวิธีที่นิยมมากเพราะว่ามารดาจะตื่นและรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดคลอดและสามารถนำบุตรมาให้มารดากอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contract) และเริ่มให้ดูดนมภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (initiate breastfeeding) เป็นการช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น ทารกจะได้กลิ่นและเห็นหัวนมมารดาทารกจะเคลื่อนตัวเข้าหาหัวนมได้เองเรียกเหตุการณ์นี้ว่า breast crawl[11,14]

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าในการศึกษากลยุทธ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด โดยศึกษาจากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ได้ทำการวิจัยวิธีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังมารดาผ่าตัดคลอดและสรุปเป็นแนวทางกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดในการให้การพยาบาลเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 งานวิจัยทดลอง/กึ่งทดลอง/การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย ปีที่พิมพ์)	แบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (ลักษณะ จำนวน)	รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	ตัวแปรผลลัพธ์	ผลการศึกษาที่สำคัญ	จุดเหมือน/จุดต่าง
Budsaengdee, Kantaruksa และ Chareonsanti [18].	กึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองทันที และติดตามผลหลังการทดลองทางโทรศัพท์ ระยะหลังคลอดสัปดาห์ที่ 2 และ 5	มารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 52 ราย ที่เข้ารับการดูแลหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลแห่งหนึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย	- สาธิตและสาธิตย้อนกลับ - ดูสื่อวีดิทัศน์ต้นแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสำหรับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด - การเสริมกำลังใจโดยการกล่าวชมเชย - ติดตามสอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พร้อมให้คำแนะนำหรือแนวทางแก้ไขทางโทรศัพท์ ครั้งละ 10-20 นาที	ความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่	กลุ่มทดลองมีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	จุดเหมือน: มีการสาธิตและการสิตย้อนกลับ, ดูวีดิทัศน์, การเสริมกำลังใจ, และติดตามผลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังผ่าตัดคลอด สัปดาห์ที่ 2-5 จุดต่าง: -
Khotsang, Sangin และ Chuahorm.[19]	แบบทดลองแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองทันที	มารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 60 ราย ที่เข้ารับการดูแลหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสิรินธร แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย	- 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดนำทารกวางไว้บนหน้าอกมารดาเพื่อให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ ช่วยเหลือให้ทารกดูดนมอย่างน้อย 15-30 นาที - 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ช่วยเหลือการให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง - ดูแลให้ดื่มน้ำบ่อยๆ - ดูแลการรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์	ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้า การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม	จุดเหมือน: การเสริมกำลังใจ, การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การนำบุตรดูดนมเร็ว แจกคู่มือ จุดต่าง: การดื่มน้ำบ่อยๆ การนวดประคบด้วยผ้าอุ่น

ตารางที่ 1 งานวิจัยทดลอง/กึ่งทดลอง/การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย ปีที่พิมพ์)	แบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (ลักษณะ จำนวน)	รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	ตัวแปรผลลัพธ์	ผลการศึกษาที่สำคัญ	จุดเหมือน/จุดต่าง
			- ประเมินอาการปวดและการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา - ดูแลการพักผ่อน - 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ช่วยเหลือการให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง - จัดท่านอนตะแคง - การนวดและประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่น - แจกคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ช่วยเหลือการให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีและต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทบทวนการให้นมแม่อย่างถูกวิธี และให้กำลังใจ			
Baimonta, Nirattharadorn และ Kamolwarin.[20]	กึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลอง	มารดาหลังผ่าตัดคลอด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย	- สอนสาธิตการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการให้นมแม่ที่ถูกวิธีก่อนการผ่าตัด - แจกคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการให้นมแม่ให้นำไปทบทวนก่อนการผ่าตัด	ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความสามารถในการให้นมแม่ และการไหลของน้ำนมในระยะเวลาก่อนกลับบ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม	จุดเหมือน: การประเมินความสามารถในการให้นมแม่ (Latch score) จุดต่าง: ก่อนการผ่าตัดอธิบายแจกคู่มือการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด

ตารางที่ 1 งานวิจัยทดลอง/กึ่งทดลอง/การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย ปีที่พิมพ์)	แบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (ลักษณะ จำนวน)	รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	ตัวแปรผลลัพธ์	ผลการศึกษาที่สำคัญ	จุดเหมือน/จุดต่าง
			- 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากน้ำนมไม่ไหลจะช่วยเหลือด้วยการให้เครื่องปั๊มนม - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดประเมินการให้นมแม่โดยเกณฑ์ Latch score - ก่อนจำหน่ายประเมินความสามารถให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Latch score) และให้คำแนะนำช่วยเหลือเพิ่มเติม			และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นำไปทบทวนก่อนการผ่าตัด - การใช้เครื่องปั๊มนม
Ritmun และ Inthasorn.[21]	กึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลหลังการทดลองทันที	มารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 32 ราย ที่เข้ารับการดูแลหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 32 ราย	- การจัดท่านอนหงายประยุกต์และท่านอนตะแคง ภายใน 24 ชั่วโมงแรก - การประเมินความปวดตามแบบประเมิน numerical rating scale - การประเมินการให้นมบุตรโดยใช้แบบประเมิน LATCH score	ความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ ความปวดแผลผ่าตัดเมื่อจัดท่านอนหงายแบบประยุกต์	หลังการทดลองมารดาผ่าตัดคลอดมีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองมารดาผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	จุดเหมือน: การใช้แบบประเมิน จุดต่าง: การจัดท่านอนหงายประยุกต์

ตารางที่ 1 งานวิจัยทดลอง/กึ่งทดลอง/การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย ปีที่พิมพ์)	แบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง (ลักษณะ จำนวน)	รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	ตัวแปรผลลัพธ์	ผลการศึกษาที่สำคัญ	จุดเหมือน/จุดต่าง
Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi และ Hyde.[22]	การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลก	จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาที่ตีพิมพ์ก่อนเดือนมกราคม ค.ศ. 2011 จำนวน 594 เรื่องแล้วคัดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 48 เรื่องแล้วนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลก	- การกระตุ้นให้ดูดนมในระยะแรกหลังคลอด 1 ชั่วโมง	ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความต่อเนื่องในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ 6 เดือน	ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานจากการทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสร้างความตระหนักในการให้ลูกดูดนมแม่ในช่วงแรกหลังผ่าตัดคลอด 1 ชั่วโมงเพื่อสุขภาพที่ดีต่อทารก ซึ่งจะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน	จุดเหมือน: การกระตุ้นให้ดูดนมในระยะแรกหลังคลอด 1 ชั่วโมง จุดต่าง: -
Beake, Bick, Narracott และ Chang.[23]	การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ	จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาที่ตีพิมพ์ระหว่าง เดือนมกราคม ค.ศ.1994-กุมภาพันธ์ 2016 จำนวน 2346 เรื่องแล้วคัดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 7 เรื่อง	- มารดาและทารกมีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังผ่าตัดคลอด - การให้ความรู้และการสนับสนุนในการให้นมแม่ - การใช้เปลทารกข้างเตียงขณะมารดาพักฟื้น - การปั๊มนมหลังจากให้นมบุตรภายใน 24-72 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 ครั้ง/วัน นานครั้งละ 10-15 นาที	ความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่	- หลังการทบทวนวรรณกรรมการนำทารกมาสัมผัสกับมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังผ่าตัดคลอด และการให้ความรู้และการสนับสนุนในการให้นมแม่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ส่วนการใช้เปลทารกข้างเตียงขณะมารดาพักฟื้น และการปั๊มนมหลังจากให้นมบุตรภายใน 24-72 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 ครั้ง/วันนาน 10-15 นาทีไม่ส่งผลต่อความแตกต่างต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จุดเหมือน: การให้ความรู้ คำแนะนำ มารดาและบุตรอยู่ด้วยกัน การกระตุ้นแบบเนื้อแนบเนื้อ จุดต่าง: การปั๊มนม และการใช้เปลข้างเตียงขณะที่มารดาพักฟื้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ พบว่าไม่มีความแตกต่างต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สรุป จากตารางที่ 1 จะเห็นว่างานวิจัยจะเป็นงานแบบทดลองและกึ่งทดลองมี โดยจะมีจุดเหมือนและจุดต่างกัน จุดเหมือนจะเป็นการให้คำแนะนำความรู้ การประเมินการให้นมด้วย LACTH score การติดตามผลทางโทรศัพท์ การบรรเทาปวด ส่วนจุดต่างจะมีความแตกต่างอย่างสิ้นเชิง เช่น การใช้เครื่องปั้มนม การอธิบายแจกคู่มือการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นำไปทบทวนก่อนการผ่าตัด และการจัดท่านอนหงายประยุกต์ เป็นต้น ดังนั้นหลังจากศึกษางานวิจัยผู้เขียนจึงรวบรวมข้อสรุปให้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย เพื่อให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จและมีความต่อเนื่องในการให้นมบุตร 6 เดือน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะเวลาหลังผ่าตัดคลอด	การพยาบาล	หมายเหตุ
ภายใน 1 ชั่วโมง	นำทารกให้มารดากอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ และให้บุตรดูดนมประมาณ 15-30 นาที	เป็นช่วงที่มารดาและทารกตื่นตัวมากที่สุดและเป็นการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม
ทุก 2-3 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมง	- ดูแลและแนะนำการให้นมบุตร โดยใช้แบบประเมิน LACTH score ให้บุตรดูดนมประมาณ 15-30 นาที จัดท่าในการนอนหงายประยุกต์ โดยการใช้หมอนหนุนที่ศีรษะและข้อเข่ามารดา นำหมอนหนุนทารกให้ทารก ตะแคงหน้าเข้าหาเต้านม ศีรษะทารกอยู่บนแขนมารดา - ประเมินความปวดที่นิยมใช้คือ แบบประเมิน numerical rating scale	- จัดท่าในการนอนหงายประยุกต์ มารดาจะไม่ปวดแผลผ่าตัดและมารดาได้รับยาชาเข้าไขสันหลังจะเคลื่อนไหวตัวได้น้อยในระยะพักฟื้น - เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยแทนค่าคะแนนดังนี้ 0=ไม่ปวดเลย 1-3=ปวดเล็กน้อย 4-6=ปวดปานกลาง 7-9=ปวดรุนแรง 10=ปวดมากที่สุด
ภายหลัง 24-72 ชั่วโมง	- สอนแนะนำสาธิตและสาธิตย้อนกลับในการให้นมบุตร โดยใช้แบบประเมิน LACTH score ให้บุตรดูดนมประมาณ 15-30 นาที - นวดเต้านมและประคบด้วยผ้าอุ่น - ดูวีดิทัศน์ โดยการนำต้นแบบหรือตัวแทนครอบครัวมีส่วนร่วมในการถ่ายทำวีดิทัศน์ - พูดกล่าวชมเชยให้กำลังใจ - ประเมินความปวดที่นิยมใช้คือ แบบประเมิน numerical rating scale - แจกคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - สร้างแบบประเมินการเริ่มหลั่งของน้ำนมระยะเวลาการให้น้ำนม	- เพื่อเป็นการทบทวนการให้นมและแก้ไขปัญหาตามเกณฑ์ประเมิน - กระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม - สร้างกำลังใจ และสร้างแรงกระตุ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - สร้างกำลังใจ - เพื่อพิจารณาการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา[24] - เป็นแนวทางทบทวน - เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาการหลั่งน้ำนม
หลังจำหน่ายกลับบ้าน	- ติดตามการให้นมบุตรโดยใช้โทรศัพท์ให้ตระหนักถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	- ส่งเสริมการลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าผู้เขียนได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ผ่านการทดลองมาแล้วพบว่าประสบความสำเร็จ ดังนั้นหากได้ทำตามแนวทางที่รวบรวมมาจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีประสบการณ์ในการให้นมลูก โดยจัดทำในรูปแบบช่วงเวลาในการให้กิจกรรมและเหตุผลในการให้การพยาบาลเพื่อสามารถนำไปใช้ได้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

สรุป การทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่าหลักการที่จะช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นจะมีการประเมินการให้นมแม่โดยเกณฑ์ Latch score การจดบันทึก การให้คำแนะนำ และการดูแลความสุขสบาย โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกออกทางหน้าท้อง เพราะมารดาที่ได้การผ่าตัดจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เนื่องจากนมแม่มีความสำคัญต่อทารกในช่วงระยะแรกจะเป็นช่วงที่น้ำนมที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน และเป็นช่วงที่จะผลิตน้ำนม จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมด่างๆ พบว่าในช่วง 1 ชั่วโมงแรกควรนำทารกให้มารดากอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ จากนั้นดูแลและแนะนำการให้นมบุตร โดยใช้แบบประเมิน LACTH score ให้บุตรดูดนมประมาณ 15-30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง ดูวีดิทัศน์ แจกคู่มือ พูดกล่าวชมเชยให้กำลังใจ ประเมินความปวดและการจัดการความปวด การดูแลจัดท่าให้สุขสบาย และการติดตามผลการให้นมแม่ทางโทรศัพท์ จะเป็นวิธีที่สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จและต่อเนื่อง 6 เดือน ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาลสามารถนำแนวทางปฏิบัติข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมีการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น อาจจะสามารถเสนอเป็นข้อเสนอแนะในโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาลนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกันในรูปคู่มือต่อไป หากมีปัญหาหรือข้อแสนอแนะจะได้นำมารวบรวมแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาพัฒนาต่อไป

References

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Brestfeeding a guide the medical profession. 8th ed. Elsevier: Philadelphia; 2016.
2. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr clin of North Am. 2013;60(1):49-74.
3. TCIJ. "It is revealed that 40% of Thai women undergo unnecessary Cesarean sections; the second highest rank in Asia after China. [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 20]. Available from: https://www.tcijthai.com/news/2019/14/current/8944
4. Doctors warn! The "caesarean section" is spreading all over the world. [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 20]. Available from: https://www.sanook.com/health/13217/
5. Pinchaliew D, Serisathien Y. Women's distress after cesarean section. J Nurs Sci. 2009;27(2): 28-38. (in Thai).

6. Jeerasap R, Phaiboonbunpot N, Panikom S. Routes of delivery and onset of lactation. J Health Sci. 2010;19:270-8. (in Thai).
7. Budsaengdee B, Kantaruksa K, Chareonsanti J. Effects of self-efffiicacy promotion on success in exclusive breast among cesarean section mother. Nurs J 2013;40:(3)1-10. (in Thai).
8. World Health Organization. World breastfeeding week. [Internet]. 2018 [cited 2018 July 18]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/2016/world-breastfeeding-week/en.
9. Sopontammarak A. 7 organizations' sign MOU for corner breastfeeding at work. [Internet]. 2016 [cited 2018 July 18]. Available from: http://www.thaihealth.or.th/Content/32768-'7
10. Ruth AL, Robert ML. Breastfeeding: a guide foe the medical profession. 7th ed. Mosby: Elsevier Health Sciences; 2011.
11. Wijitsukon K, Sangpaum P, Wattayu N, Roungjiraschear S, Payackroung S. Breastfeeding. 2nd ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2012. (in Thai).
12. Bureau of Health Promotion: Department of Health: Ministry of Public Health. Training of technician manual for breastfeeding. 2nd ed. Bangkok: The War Veterans Organization office printing; 2010. (in Thai).
13. Shannon EP, Marilyn JH, Deitra LL, David W. Maternal Child Nursing Care. 5th ed. St Louis (MO): Mosby; 2014.
14. Wolf JH. Cesarean Section: An American History of Risk, Technology, and Consequence. Maryland: Johns Hopkins University; 2018.
15. Sansiriphun N, Baosoung C. Midwifery women with complications volume 3. Chiang Mai: Korngchungprinting; 2012. (in Thai).
16. Yamasmit W, Chaithongwongwatthana S. Attitude and preference of Thai pregnant women Towards mode of delivery. J Med Assoc Thai 2012; 95:619-24. (in Thai).
17. Intarasukum P. Onset of lactation after an uncomplicated cesarean delivery: a study between emergency cesarean delivery and elective cesarean delivery. JHSCI.2014; 23(6):1058-66. (in Thai).
18. Bureau of Health Promotion: Department of Health: Ministry of Public Health. Training of technician manual for breastfeeding. 2nd ed. Bangkok: The War Veterans Organization office printing; 2010. (in Thai).
19. Khotsang K, Sangin S, Chuahorm U. The effects of locational program on milk secretion time, onset of lactation and breastfeeding self-efficacy in mothers after cesarean section. Nurs J Buu 2016;24(1):13-26. (in Thai).
20. Baimonta L, Nirattharadorn M, Kamolwarin S. The effect of promoting breast feeding program on maternal breastfeeding and milk flow among women experiencing cesarean section. Nursing Journal 2015;42(4):65-75 (in Thai).

21. Ritmun N, Inthasorn A. Effect of positioning breastfeeding on pain level and latch-on for cesarean patients. Nurs J Songkla 2012;32(3):37-49. (in Thai).
22. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. The American J Clinical Nutrition 2012;95(5):1113-1135.
23. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang YS. Interventions for women who have a caesaren birth to increase uptake and duration of breastfeeding. Matern Child Nutr 2016;1-13.
24. Techamuanwaiwit S. Pain and pain management of mothers during the first stage of labor. Journal of Health and Nursing Research. 2015;31(1):114-24. (in Thai).

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19

Factors Influencing Mental Health Status of Residents in U-thong District, Suphanburi Province during the Covid-19 Pandemic

Received: Mar 3, 2021
Revised: Jul 5, 2021
Accepted: Jul 19, 2021

ณัฏฐวรรณ คำแสน Ph.D. (Natawan Khumsaen, Ph.D.)[1*]
สุพรรณี เปี้ยวนาลาว พย.ม. (Supannee Peawnalaw, M.N.S.)[2**]
ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ พย.ม. (Sirithida Sripituk, M.N.S.)[3**]
สุพัตรา หน่ายสังขาร พย.ม. (supattra Narysangkharn, M.N.S.)[4***]

บทคัดย่อ

บทนำ: ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาการระบาดอย่างรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (Covid-19) เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆทั่วโลก การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญมากในการรับมือกับการระบาดใหญ่ของโรคนี้ และความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) จากการระบาดในประชาชนอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงที่มีการระบาด

ระเบียบวิจัย: การวิจัยเชิงพยากรณ์นี้เก็บข้อมูลโดยใช้กูเกิ้ลฟอร์มทางแอพพลิเคชั่นไลน์ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 5 ข้อและแบบสอบถามประเมินความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย: มีกลุ่มตัวอย่าง 445 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 30-49 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 46.10 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมาก มีทัศนคติดี ร้อยละ 80.70 มีความเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และร้อยละ 83.40 มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.70 มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ถูกต้อง นอกจากนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะ

[1] *Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: drnatawan@gmail.com*

[2,3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*

[2] *E-mail: suphanee@snc.ac.th* [3] *E-mail: siritida@snc.ac.th*

[4] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: supattra_su@snc.ac.th*

[1-4] *Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.*

สุขภาพจิตเท่ากับ 36.21 (SD = 9.05) โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 4.26 (SD = 3.33) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความกลัวเท่ากับ 8.42 (SD = 3.43) และยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.08) และความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.16) และทั้งระดับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 4.50

สรุปผล: ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตดี ไม่มีความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และระดับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษามีประโยชน์กับวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการบริการและการศึกษาด้านสุขภาพนั้น ผลการวิจัยเหล่านี้มีประโยชน์ในการส่งเสริมความรู้ และก่อให้เกิดทัศนคติที่ดี และมีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งผลที่สุดแล้วย่อมจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของประชาชน

คำสำคัญ: โควิด-19 ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ภาวะสุขภาพจิต

Abstract

Introduction: As with other countries across the globe, Thailand has experienced a serious pandemic of the corona virus disease 2019 (Covid-19). Adherence to the public health recommendations plays a role in tackling a crisis of this outbreak which is affected by knowledge, attitudes, and preventive practice (KAP) towards Covid-19. As a result, mental health status of individuals would be affected by the Covid-19 pandemic.

Aims: The study assessed KAP towards Covid-19 and to explore the associations between socio-demographic variables, KAP towards Covid-19 and mental health status (anxiety, and fear related Covid-19) of Thai individuals in U-thong district during Covid-19 pandemic. The predictors of mental health status were also examined.

Methods: This predictive study was conducted using Google forms, via Line application. A set of questionnaires was used to collect data including the KAP questionnaire (16 items), the Corona virus Anxiety Scale (5 items), and the Fear of Covid-19 Scale (7 items). Data were analyzed using descriptive statistics, the Pearson Product Moment Correlation, and multiple regression analysis. A significance level was set at $p<0.05$.

Findings: A total of 445 participants completed the questionnaires. Most of the participants were between the ages of 30-49 years, and 46% earned a bachelor's degree. Participants had an adequate and good level of knowledge about Covid-19. Regarding attitude towards Covid-19, 80.70% of the participants were confident that Thailand can win the battle against Covid-19 virus and 83.40% had confidence that Covid-19 will be successfully controlled. Most participants (98.70%)

followed correct practices regarding Covid-19 prevention (wearing a face mask when leaving home and avoiding crowded places). Mental health status average score was 36.21 (SD = 9.05), with average score of anxiety was 4.26 (SD = 3.33), and average score of fear of Covid-19 was 8.42 (SD = 3.43). Education and KAP towards Covid-19 were significantly related to mental health status (r = 0.08, p<.05; r = 0.16, p<.01, respectively). Education and KAP towards Covid-19 were significant predictors of mental health status. Results of multiple regression analysis showed that education and KAP towards Covid-19 together explained 4.5% (R2 = 0.045) of the variance in mental health status.

Conclusion: The participants reported good mental health status, with no anxiety and no fear of Covid-19. Education level, KAP towards Covid-19 influenced mental health status among participants.

Recommendations: These findings provide valuable information for health professions. These findings would be useful to improving people's knowledge and fostering optimistic attitude towards COVID-19 prevention leading to improving mental health outcomes.

Keywords: Covid-19, knowledge, attitudes, practices, mental health

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 หรือโควิค-19 (Covid-19) ที่ลุกลามไปทั่วโลกในขณะนี้ สร้างความหวาดกลัวให้แก่ประชาชนและส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกประเทศ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศจีน และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็วตามประกาศขององค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด มีดังนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยสเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน) ตามลำดับ[1] ในประเทศไทยพบมีอัตราการติดเชื้อ ณ วันที่ 8 เมษายน 2563 จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน ผู้ป่วยรายใหม่ 111 คน กรุงเทพฯ-นนทบุรี 1,250 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 101 คน ภาคเหนือ 86 คน ภาคกลาง 332 คน ภาคใต้ 409 คน[2] และจากสถิติเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 264,834 คน จำนวนผู้รักษาหาย 210,702 คน คิดเป็นรักษาหายร้อยละ79.56 และเปรียบเทียบร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากสาธารณรัฐประชาชนจีน[2] คิดเป็นร้อยละ 83.2 และเปรียบเทียบร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากสาธารณรัฐประชาชนจีน[2] แม้ระบบควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่องในระยะที่น่ากังวล การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นจำนวนมากส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน เนื่องจากการระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคล เช่น ตกงานหรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษา

ระยะห่างสังคม (Social distancing) รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลงทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป[3] เกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตทั้งความวิตกกังวลเรื่องการขาดรายได้ ชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนและความกลัวต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อเร็วๆ นี้ ของ Zhang และคณะ ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของชาวจีนในเมืองเหลียวหนิง สาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าประชาชนผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมากกว่าร้อยละ 50 รู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างกว้างขวาง และผู้เข้าร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 78 ได้รับกำลังใจและมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว มีการแบ่งปันความรู้สึก และการดูแลกันในครอบครัว[3] นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง และจากการวิจัยของ Harkness และคณะ ที่ศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายรักชายชาวอเมริกันเชื้อสายละติโน (Latino American) ที่เก็บข้อมูลแบบสำรวจทางออนไลน์ (Online survey) พบว่าในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้มีความเข้าใจเรื่องการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และการรักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) แต่มีความวิตกกังวลและกลัวว่าจะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ (การตกงาน/การถูกเลิกจ้าง) และปัญหาภาวะสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ ความเหงาและโดดเดี่ยว และมีการดื่มสุราและใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น[4]

ในประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (Stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ใส่หน้ากากอนามัย (Wear a mask) และล้างมือบ่อย ๆ (Wash your hands) ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดสุพรรณบุรีนั้น จังหวัดสุพรรณบุรีได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยความร่วมมือทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ออกแถลงการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่ โดยระบุว่าได้รับรายงานการสอบสวนโรคระบาดวิทยาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี 1 คน ซึ่งเป็นรายแรก โดยผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สัมผัสโรคจากผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศและมีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจ ซึ่งต่อมาตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโควิด-19[5] และล่าสุดเมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2563 จังหวัดสุพรรณบุรีได้ออกประกาศว่าจังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายที่ 6 หลังจากที่ก่อนหน้านี้มีผู้ติดเชื้อสะสม 5 ราย และรักษาหายแล้ว แต่อยู่ระหว่างเฝ้าระวัง และล่าสุดมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก 1 ราย โดยผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่พบทั้ง 6 รายเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีทั้งสิ้น ดังนั้น จังหวัดสุพรรณบุรีจึงประกาศมาตรการล้อมกรอบอำเภออู่ทองเป็นพื้นที่เสี่ยงไวรัสโควิด-19 เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอีก เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดให้พื้นที่อำเภออู่ทอง เป็นพื้นที่เสี่ยงที่จำเป็นจะต้องยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้มข้นขึ้น โดยจังหวัดสุพรรณบุรีมีมติให้กำหนดมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท สถานที่จำหน่ายอาหาร และเครื่องดื่มทุกชนิด รวมถึงร้านค้า แผงลอย รถเข็น แผงผลไม้ หรือสถาน

ประกอบการอื่นในลักษณะเดียวกัน ยกเว้นการจำหน่ายเพื่อนำกลับไปรับประทานในที่พักเท่านั้น ห้ามจัดให้มีสถานที่นั่งรับประทานโดยเด็ดขาด ให้ปิดตลาดนัดและสถานที่ที่มีลักษณะเดียวกันทุกแห่ง ห้ามการจัดเลี้ยงในงานพิธี และงานประเพณีทุกชนิด สำหรับการปฏิบัติในการจัดงานดังกล่าวให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงวัฒนธรรม เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับเทศกาล ประเพณี พิธีทางศาสนาและพิธีการต่าง ๆ โดยเคร่งครัด และขอความร่วมมือชาวอำเภออู่ทองงดเว้นการเดินทางออกนอกพื้นที่โดยไม่จำเป็น[5] การประกาศพื้นที่เสี่ยงและยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เข้มข้นขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างแน่นอน[6,7]

ด้วยเหตุผลดังกล่าวประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างเหมาะสม แต่หากประชาชนในชุมชนขาดความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงมีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส-19 อย่างเหมาะสมแล้ว ย่อมจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อันจะทำให้การแพร่ระบาดขยายเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งจะสร้างความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อประชาชนเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ในประเทศไทยมีงานวิจัยน้อยมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ด้วยสถานการณ์และเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้ผลการศึกษาของงานวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริมและดูแลภาวะสุขภาพจิตของประชาชน และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพสามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอนาคตด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะที่กล่าวว่าความวิตกกังวลเกิดจากการที่บุคคลรับรู้และประเมินจากสิ่งกระตุ้นที่จะมาคุกคามว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง จนทำให้เกิดความรู้สึก วิตกกังวล เครียด และกลัว ซึ่งอาจจะมาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม จนมีผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง บุคคลที่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ดีมักจะเป็นผู้ที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น ๆ[8] และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ[8] มาประยุกต์ใช้ โดยทฤษฎีดังกล่าวได้กล่าวถึงความวิตกกังวลในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับภาวะแวดล้อม ซึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ประเมินสถานการณ์ที่เกิดจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ว่าเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเต็มกำลัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) ในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโควิด-19 ในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนที่อาศัยและมีภูมิลำเนาในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จากข้อมูลประชากรกลางปี ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวน 121,961 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่มีความผิดปกติด้านภาวะสุขภาพจิต สามารถพูดอ่านหรือฟังภาษาไทยเข้าใจมีโทรศัพท์ที่เป็นแบบสมาร์ทโฟน (smart phone) และมีความยินดีให้ข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis จากโปรแกรม G*power[9] เลือก Linear regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 343 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะมีการสูญหาย (missing data) ร้อยละ 30 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของ Zhang และคณะ[10] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 445 คน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling) และการเลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling)

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยวิจัยมาจากแกนนำ อสม. อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ทำงานติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 3 คน มาเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยมีการให้ความรู้ และทำความเข้าใจเครื่องมือรวมทั้งวิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบลูกโซ่ซึ่งเป็นการแนะนำกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเองโดยการบอกต่อกันไปเรื่อย ๆ เป็นลูกโซ่ จนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามออนไลน์ ที่สามารถตอบในสมาร์ทโฟน ผ่าน Line Application โดยการยิง QR code ที่ให้ไป ผู้วิจัยพัฒนาและแปลแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ พัฒนาโดย Zhong et al. และแปลเป็นภาษาไทยโดยทีมผู้วิจัย แบบสอบถาม 16 ข้อนี้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12 ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิด และคำตอบว่าไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้มีตั้งแต่ 0-12 คะแนน และคะแนนยิ่งสูงบ่งบอกว่ามีความรู้มาก ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ข้อแบบสอบถามให้ตอบเห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้เริ่มตั้งแต่ 0-2 คะแนน และเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ข้อแบบสอบถามให้ตอบปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้มีตั้งแต่ 0-2 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 0.76[11]

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาภาวะสุขภาพจิตใน 2 ประเด็นได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และได้ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 (the Coronavirus Anxiety Scale (CAS)) [12] ในการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามนี้แรกเริ่มพัฒนาโดย Lee และแปลเป็นภาษาไทยโดยทีมผู้วิจัย แบบสอบถาม 5 ข้อนี้เป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จาก 0 (ไม่ใช่เลย) ถึง 4 (แทบทุกวัน) จำนวน 5 ข้อคะแนน cut off score ≥9 ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และคะแนนยิ่งสูงยิ่งบ่งบอกว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 มาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคจากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 0.88[12]

แบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้ the Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S) ในการประเมินความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามนี้แรกเริ่มพัฒนาโดย Ahorsu et al. และแปลเป็นภาษาไทยโดยทีมผู้วิจัยในแบบสอบถาม 7 ข้อนี้ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมที่เป็นไปได้เริ่มตั้งแต่ 1-35 คะแนน คะแนนยิ่งสูงยิ่งบ่งบอกว่ามีความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 มาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคจากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 0.87[13]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความสมบูรณ์ และนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วน ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เอกสารรับรองหมายเลข CE-046/2563 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับแกนนำกลุ่ม อสม. อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแนวทางในการเก็บข้อมูลกับประชาชนในทุกตำบลของอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการให้แกนนำของกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) โดยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ดาวน์โหลดแบบสอบถามออนไลน์ด้วย QR code และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และคำอธิบายชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย สำหรับการขอความยินยอมในการวิจัยในระบบออนไลน์นั้น หลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้อ่านคำชี้แจงทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยแล้ว ได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยเลือกในเช็คลิสต์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้เป็นตัวเลือกว่ายินดี หรือไม่ยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ถ้าหากยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ก็สามารถเริ่มตอบคำถามในการวิจัยต่อไปได้ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วได้ให้แกนนำของกลุ่ม อสม. อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่เก็บข้อมูลกลุ่มแรกเปรียบเสมือนกลุ่มตั้งต้นในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ช่วยแนะนำเพื่อนหรือคนที่รู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาอย่างน้อย 3 คนต่อไปอย่างเป็นแบบลูกโซ่ แล้วขออนุญาตความยินยอมในการจดชื่อเล่นและเก็บข้อมูลเป็นความลับเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่สองตามสายการบอกต่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตั้งต้นส่งต่อ QR Code แบบสอบถามออนไลน์ให้ประชาชนกลุ่มที่ 2 ทำแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จให้ช่วยแนะนำเพื่อนหรือคนที่รู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาต่อไปอีกอย่างต่อเนื่อง ถ้าเกิดกรณีมีการแนะนำอ้างอิงไปยังบุคคลเดิมที่ทำแบบสอบถามแล้วก็ต้องยุติบุคคลนั้นและเก็บข้อมูลกลุ่มบุคคลอื่นต่อไป ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุก ๆ วัน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ได้ข้อมูล 470 ชุด จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังตัวแทน อสม. โดยใช้ Line Application เช่นเดิม จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับคืนมาจำนวน 470 ชุดมีความสมบูรณ์จำนวน 445 ฉบับ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อตอบคำถามการวิจัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (the Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple linear regressionanalysis) และในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวและทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน และค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ แสดงถึงข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ[14]

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 399 คน (ร้อยละ 89.70) เป็นวัยกลางคนตอนต้น (อายุ 30-49 ปี) จำนวน 223 คน (ร้อยละ 50.10) สถานภาพโสด สมรส 241 คน (ร้อยละ 54.20) จบการศึกษาปริญญาตรี 205 คน (ร้อยละ 46.10) อาชีพข้าราชการ 122 คน (ร้อยละ 27.40) รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท 133 คน (ร้อยละ 29.90) ครอบครัวที่มีกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด -19 จำนวน 210 ครอบครัว (ร้อยละ 47.20) แบ่งเป็น เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี 35 ครอบครัว (ร้อยละ 7.90) ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี 127 ครอบครัว (ร้อยละ 28.50) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 48 ครอบครัว (ร้อยละ 10.80)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12 ข้ออยู่ในระดับมาก (Mean=9.84, SD=1.40) โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ถูกต้องร้อยละ 82 ซึ่งคำนวณจากคะแนนผู้ที่ตอบถูกทุกข้อ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.60 ทราบว่าคนที่สัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่เหมาะสมโดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัว คือ 14 วัน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.90 ทราบว่า ประชาชนทั่วไปสามารถที่จะสวมหน้ากากทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.70 ทราบว่า เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ละบุคคลควรจะหลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการรถสาธารณะ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.40 รายงานว่า การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่าอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื่อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.30 รายงานว่า ไม่จำเป็นสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นที่จะต้องวัดไข้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิค-19 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.40 ทราบว่าผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการของไข้ ส่วนในด้านทัศนคติอยู่ในระดับดี (Mean=1.97, SD=0.20) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.40 มีความมั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.70 มีความเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้และในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้นอยู่ในระดับดี (Mean=1.27, SD=0.45) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.10 กล่าวว่า เมื่อเร็ว ๆ นี้ไม่ได้ไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก และร้อยละ 99.80 ได้สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (n = 445)

ข้อคำถาม	การตอบแบบสอบถาม (จำนวน(ร้อยละ))		
ความรู้ (K) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	**จริง**	**เท็จ**	**ไม่ทราบ**
K1. อาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ ไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว	416(93.50)	19(4.30)	10(2.20)
K2. อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด	241(54.20)	162(36.40)	42(9.40)
K3. ปัจจุบันนี้ยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการติดเชื้อได้เร็ว	389(87.40)	33(7.40)	23(5.20)
K4. ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อโควิด-19 แล้วจะต้องเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรค มีเพียงผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนอ้วนที่มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ	311(69.90)	96(21.60)	38(8.50)
K5. การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื่อโควิด-19	242(54.40)	104(23.40)	99(22.20)
K6. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้	91(20.40)	331(74.40)	23(5.20)
K7. ไวรัสโควิด-19 แพร่ผ่านทางละอองฝอยของทางเดินหายใจจากผู้ที่ติดเชื้อ	433(97.30)	8(1.80)	4(0.90)
K8. ประชาชนทั่วไปสามารถที่จะสวมหน้ากากทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้	40(98.90)	4(0.90)	1(0.20)
K9. สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่จำเป็นที่ต้องวัดไข้เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	157(35.30)	276(62.00)	12(2.70)
K10. เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ละบุคคลควรจะหลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการรถสาธารณะ	439(98.70)	3(0.70)	3(0.70)
K11. การกักตัวและการรักษาของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการแพร่เชื้อโควิด-19	418(93.90)	20(4.50)	7(1.60)
K12. คนที่สัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่เหมาะสม โดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัว คือ 14 วัน	443(99.60)	2(0.40)	0(0)
คะแนนความรู้ในภาพรวม (mean ± SD)	9.84 ± 1.40		
ทัศนคติ (A) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	**จริง**	**เท็จ**	**ไม่แน่ใจ**
A1. ในที่สุดแล้วโรคโควิด-19 สามารถถูกควบคุมได้	371(83.40)	9(2.00)	65(14.60)
A2. ท่านเชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเอาชนะโรคโควิด-19	359(80.70)	5(1.10)	81(18.20)
คะแนนทัศนคติในภาพรวม (mean ± SD)	1.97 ± 0.20		
พฤติกรรม (P) ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	**จริง**	**เท็จ**	ไม่แน่ใจ
P1. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านไปในที่มีคนจำนวนมากหรือไม่	107(24.00)	321(72.10)	17(3.80)
P2. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านหรือไม่	444(99.80)	1(0.20)	0(0)
คะแนนพฤติกรรมในภาพรวม (mean ± SD)	1.27 ± 0.45		

SD = Standard Deviation

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวมของภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 36.21 (SD=9.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 4.26 (SD = 3.33) ซึ่งน้อยกว่า 9 คะแนน (Cut off score = 9)[12] ซึ่งบ่งบอกว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลน้อยกว่า 1-2 วัน ซึ่งเมื่อแจกแจงอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวลรายข้อ พบว่าร้อยละ 49.40 รู้สึกชาไปทั้งตัว/มือเท้าเย็น เมื่อคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้ ร้อยละ 47.60 กินน้อยลง เมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด-19 หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19

ส่วนคะแนนความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=17.42, SD =5.43) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยในเรื่องความรู้สึกว่ามีอาการหัวใจเต้นแรงเมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด-19 รองลงมาคือ รู้สึกนอนไม่หลับเพราะกลัวการติดเชื้อโควิด และไม่เห็นด้วยในเรื่องรู้สึกวิตกกังวลมากเมื่อพูดถึงการติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 44.50, 44.30, และ 41.10 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ คือการรู้สึกไม่สบายใจเมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด-19 และความรู้สึกกลัวการติดโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 33.50 และ 31.20 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยว่ารู้สึกกลัวการติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุดมีเพียงร้อยละ 28.80 และเห็นด้วยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.40 ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (The Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=0.08, p<0.05) และความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=0.16, p<0.01)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (β=.16, p<0.01) และระดับการศึกษา (β=.15, p<0.05) โดยตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีได้ร้อยละ 4.5 (R^2 = 0.045) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 คะแนนภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 (n = 445)

ข้อคำถาม	การตอบแบบสอบถาม (จำนวน(ร้อยละ))				
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19	**ไม่มีเลย**	**น้อยกว่า 1-2 วัน**	**2-3 วัน**	**มากกว่า 7 วัน**	**เกือบทุกวัน วัน**
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่า...					
1. เวียนศีรษะ ปวดศีรษะเล็กน้อย หรือเป็นลมเมื่อท่านอ่านหรือได้ฟังข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19	159(35.70)	195(43.80)	67(15.10)	19(4.30)	5(1.10)
2. มีปัญหาการนอนหลับ เพราะว่าท่านคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	130(29.20)	164(36.90)	109(24.50)	35(7.90)	7(1.60)
3. ชาไปทั้งตัว/มือเท้าเย็น เมื่อท่านคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 หรือท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	184(14.30)	220(49.40)	31(7.00)	7(1.60)	3(0.70)
4. กินได้น้อยลง เมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด-19 หรือท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	164(36.90)	212(47.60)	59(13.30)	6(1.30)	4(0.90)
5. คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้องเมื่อท่านคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 หรือท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	190(42.70)	221(49.70)	29(6.50)	3(0.70)	2(0.40)
คะแนนความวิตกกังวลในภาพรวม (mean ± SD)			**4.26± 3.33**		
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่า ...					
1. กลัวการติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด	17(3.80)	48(10.80)	139(31.20)	128(28.80)	113(25.40)
2. ไม่สบายใจ เมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด-19	26(5.80)	66(14.80)	149(33.50)	130(29.20)	74(16.60)
3. รู้สึกวิตกกังวลมาก เมื่อพูดถึงการติดเชื้อโควิด-19	167(37.50)	183(41.10)	74(16.60)	12(2.70)	9(2.00)
4. กลัวว่าตัวท่านจะเสียชีวิต เนื่องจากการติดเชื้อโควิด-19	113(25.40)	180(40.40)	97(21.80)	32(7.20)	23(5.20)
5. จะเป็นโรคประสาทเมื่อดูข่าวหรือรับรู้เรื่องราวของการติดเชื้อโควิด-19 จากสื่อต่าง ๆ	99(22.20)	164(36.90)	121(27.20)	44(9.90)	17(3.80)
6. นอนไม่หลับเพราะท่านกลัวว่าจะติดเชื้อโควิด-19	153(34.40)	197(44.30)	70(15.70)	18(4.00)	7(1.60)
7. มีอาการหัวใจเต้นแรงเมื่อนึกถึงการติดเชื้อโควิด-19	145(32.60)	198(44.50)	75(16.90)	19(4.30)	8(1.80)
คะแนนความกลัวในภาพรวม (mean ± SD)			**17.42± 5.43**		
คะแนนของภาวะสุขภาพจิตในภาพรวม (mean ± SD)			**36.21 ± 9.05**		

SD = Standard Deviation

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพจิต (ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19) ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 445)

ตัวแปร	F = 2.81	R^2 = 0.045	
	β	t	p-value
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	0.16	3.50	.01**
ระดับการศึกษา	0.15	2.48	.05*

*p<.05, **p<.01

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พบว่า ภาพรวมตอบถูกในระดับมาก อาจเป็นผลจากการให้ข้อมูลข่าวสารจาก ศบค. ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.10 และ มีอาชีพรับราชการร้อยละ 27.40 ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในประเทศมาเลเซีย[15] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โรคอยู่ในระดับสูง โดยตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ถูกต้องถึงร้อยละ 80.50 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83 มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ในที่สุด ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับไวรัสโควิด-19 ในประชาชนชาวจีนในช่วงการระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19[10]ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.10 เชื่อมั่นว่าสาธารณรัฐประชาชนจีนจะสามารถเอาชนะและต่อสู้กับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ในที่สุด สำหรับเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ร้อยละ 99.80 ได้สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong และคณะที่พบว่า ประชาชนชาวจีนมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 98 ได้สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้งในช่วงการระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน[11]

ส่วนผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้นพบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลน้อยมากเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลากหลายช่องทางโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาครัฐที่มี ศบค. ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติได้ให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ทุกวัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยนี้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นอาจจะทำให้ประชาชนวิตกกังวลน้อยหรือไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เลย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาเชิงสำรวจความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน[16]ที่พบว่า ประชาชนชาวจีนมีความวิตกกังวลสูงซึ่งอาจมีสาเหตุจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีนมีความรุนแรงมากกว่าและขยายวงกว้างไปอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้ชาวจีนวิตกกังวลสูง

ส่วนผลการวิเคราะห์ความกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้นพบว่า ในภาพรวมช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเต็มที่จากหลายช่องทางรวมทั้ง ศบค. ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จึงส่งผลให้ประชาชนไม่ค่อยรู้สึกกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อโควิด-19

ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาความกลัวต่อโควิด-19 และผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพจิตในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าประชาชนชาวอเมริกันรู้สึกกลัวต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับที่สูงมาก[17]

ส่วนผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่าการศึกษาและความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liang และคณะ[18] ที่ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของเยาวชนชาวจีนพบว่าระดับการศึกษา และความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพจิต นอกจากนี้ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ยังพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ กล่าวคือ ถ้ามีการศึกษาดี และมีความรู้ดี มีทัศนคติดี รวมถึงมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ดีก็จะมีความวิตกกังวลต่ำและรู้สึกกลัวการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 น้อยลง ซึ่งหมายถึงการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีนั่นเอง[18]ผลการศึกษาเหล่านี้สามารถอธิบายตามแนวคิดของ Spielberger และคณะ[8] ที่กล่าวถึงความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์เฉพาะ เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกถึงสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อตัวบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย มีความตื่นตัวสูง ทั้งนี้ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความกังวลตามสถานการณ์นี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลประจำตัวและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ด้วยเหตุนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 บุคคลจึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีการศึกษา และมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ดีและถูกต้องบุคคลนั้นย่อมสามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ดี[6,15]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทุกคน กระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้สร้างความเข้าใจและเผยแพร่องค์ความรู้แก่ประชาชนเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องรวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรคให้กับประชาชนอย่างเพียงพอเพราะประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาว่ามีโปรแกรมการให้ความรู้หรือแนวทางใดในชุมชนที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากการใช้ชีวิตในชุมชนและเป็นการต่อยอดในการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ในการให้สุขศึกษาเพื่อรณรงค์และป้องกันโรคต่อไป

2. ควรทำการศึกษาวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในกลุ่มดังกล่าว

References

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet Infectious Diseases. 2020 May;20(5):533-4.
2. Department of Disease Control Ministry of Public Health. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020[cited 2021 Jan 5]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php
3. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. IJERPH. 2020 Mar 31;17(7):2381.
4. Harkness A, Behar-Zusman V, Safren SA. Understanding the Impact of COVID-19 on Latino Sexual Minority Men in a US HIV Hot Spot. AIDS Behav. 2020 07;24(7):2017-23.
5. Suphanburi Public Health Office. Covid 19 situation in Suphanburi[Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 5]Available from: http://www.spo.moph.go.th/spo/
6. Su Y, Xue J, Liu X, Wu P, Chen J, Chen C, et al. Examining the Impact of COVID-19 Lockdown in Wuhan and Lombardy: A Psycholinguistic Analysis on Weibo and Twitter. IJERPH. 2020 Jun 24;17(12):4552.
7. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. IJERPH. 2020 Mar 19;17(6):2032.
8. Spielberger, C.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009 Nov;41(4):1149-60.
10. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. Journal of Hospital Infection. 2020 Jun; 105(2):183-7.
11. Zhong B, Luo W, Li H, Zhang Q, Liu X, Li W, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci. 2020;16(10):1745-52.
12. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Studies. 2020 Jul 2;44(7):393-401.
13. Ahorsu DK, Lin C, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. Int J Ment Health Addiction. 2020 Mar 27;1-9.
14. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. Multivariate Data Analysis, (7th Edition). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2010.
15. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS ONE. 2020 May 21;15(5):e0233668.

16. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Research. 2020 Jun;288:112954.
17. Fitzpatrick KM, Harris C, Drawve G. Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020 Aug;12(S1):S17-S21.
18. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. Psychiatr Q. 2020 Sep;91(3):841-52.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

The Development of a Self-Care Model of Hypertensive Patients to Prevent Chronic Kidney Disease by Using Community Participation in Pasao Subdistrict, Muang Uttaradit

Received: Jan 12, 2021
Revised: Aug 10, 2021
Accepted: Aug 18, 2021

อนัญญา คูอาริยะกุล กศ.ด. (Anaya Kooariyakul, Ed.D)[1]
อลิษา ทรัพย์สังข์ พย.ม. (Alisa Supsung, M.N.S.)[2]
สืบตระกูล ตันตลานุกุล พย.ม. (Seubtrakul Tantalanukul, M.N.S.)[3]
สิริวดี พรหมน้อย ปร.ด. (Siriwadee Phromnoi, Ph.D.)[4]
พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย สด. (Pongsak Onmoy, Dr.Ph.)[5]
ฉลองรัตน์ มีศรี พย.บ. (Chalongrat Meesri, B.N.S.)[6]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ไม่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยการระดมสมองจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับยาอย่างต่อเนื่องจาก

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

[1] *Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: ananya@unc.ac.th*

[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: alisa@unc.ac.th*

[3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: seubtrakul@unc.ac.th*

[4,5] *อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ 4E-mail: first_pig2@hotmail.com, 5E-mail: o.pongsak@hotmail.com*

[6] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า E-mail: chalongratmeesri@gmail.com*

[1-3] *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.*

[4,5] *Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit, Thailand.*

[6] *Tambon Pasao health promoting hospital, Uttaradit Thailand*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า จำนวน 29 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง ค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular filtration rate : eGFR) และค่าการทำงานของไต (Creatinine : Cr) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้า มี 4 ระดับคือ ระดับบุคคล ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ระดับครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับชุมชน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐในชุมชน: เทศบาล ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำชุมชน และระดับหน่วยบริการทางสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข 2) องค์ประกอบที่เป็นกระบวนการประกอบด้วย การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การกระตุ้นเตือนความจำ การจัดระบบติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดระบบการติดต่อประสานงาน 3) องค์ประกอบที่เป็นผลผลิต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าการทำงานของไตและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และ 4) องค์ประกอบที่เป็นผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง

ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .05 ตามลำดับ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และค่าการทำงานของไต (Creatinine) ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด

สรุปผล: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงค่าอัตราการกรองของไตและค่าการทำงานของไตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานด้านสุขภาพควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยก่อนการนำไปใช้ต้องมีการประสานความร่วมมือและสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนทุกคน เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : รูปแบบ การดูแลสุขภาพตนเอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

Introduction: Hypertension is a chronic disease which mainly caused by inappropriate behaviors and lifestyle. Self-care to prevent complications of the disease, particularly, chronic kidney disease (CKD) is important.

Research objective: The purpose of this study was to develop a self-care model for hypertensive patients to prevent CKD using community participation in Pasao Subdistrict, Muang District, Uttaradit Province.

Research methodology: The research and development (R & D) design was undertaken throughout the study. According to R & D , there were four steps including: 1) situation analysis; 2) development of the self-care model to prevent CKD among hypertensive patients using brainstorming with those who involved in the community; 3) implementation of the self-care model; and 4) evaluation of the self-care model. Sample consisted of 29 hypertensive patients who registered and received medication at Pasao Health Promoting Hospital. Data were collected using a self-administered questionnaire about knowledge, self-care behavior, patients' perceptions of CKD prevention from hypertension, an estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), and a Creatinine (Cr.) value. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), and Paired t-test.

Results: Results of this study showed that there were four components of the self-care model in preventing the complications of CKD among hypertensive patients. Four components were the following. First, input component: there were four levels in this component including Individual level (patients themselves), family level (family members or caregivers), community level (municipality, and village leader, and sub-district leader), and health-care sector level (health care providers, and village health volunteers).

Second, process component consisted of knowledge development and self-care skills for CKD prevention attributed to hypertension, reminding, a follow-up system using continuous home visiting, a monitor of patient's health behaviors, a supportive environment creation, and a setup of coordinating system.

Third, output component consisted of knowledge regarding CKD prevention attributed to hypertension, self-care behaviors, and patients' perceptions to prevent CKD attributed to hypertension.

And fourth, outcome component included low rate of CKD attributed to hypertension. Also, at follow up, mean scores of knowledge, self-care behavior, and patients' perceptions in the prevention of CKD attributed to hypertension were significantly higher than those at baseline ($p = .05$, .01, and .05, respectively). At follow up, eGFR was higher than those at baseline, Cr values were lower than those at baseline ($p = .01$). Patients were satisfied with the self-care model at the highest level.

Conclusion: This self-care model might be used to enhance knowledge, self-care behavior, and patients' perceptions in the prevention of CKD attributed to hypertension. The eGFR, and kidney function are better.

Implications: Healthcare sectors may implement this model to prevent CKD among hypertensive patients using cooperation and participation from stakeholders in the community for the better care among patients with CKD attributed to hypertension.

Keywords: model, self-care, hypertension, chronic kidney disease, community participation

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติตลอดเวลา โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีการวัดความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป โรคนี้ถือเป็นเพชฌฆาตเงียบ[1,2] เนื่องจากการดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานาน ซึ่งในระยะแรกจะไม่แสดงอาการชัดเจน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเกิดขึ้น จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบหนึ่งพันล้านคน มีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รู้ตัวว่าป่วย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน[3] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2562) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับดังนี้ 14.92 15.60 และ 16.45[4] ที่สำคัญโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไต อันเป็นสาเหตุถึงขั้นรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และเมื่อประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง โดยหากคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ล้านคน จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถึงประมาณ 80,000 ล้านบาทต่อปี[5,3]

สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[6,7] เมื่อเกิดโรคและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปัญหาที่ตามมาคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง[8,2] โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะที่ไตถูกทำลาย มีผลทำให้การทำงานของไตลดลง เช่น การรักษาสมดุลของเหลวในร่างกาย การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด การกำจัดยาและของเสียออกจากเลือด เมื่อโรคเป็นมากขึ้นผู้ป่วยจะเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเท่านั้น ภาวะดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และรัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResnet) ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 17.5 และปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาท ต่อคนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ[9] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตนเองที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้และมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติตัวมากกว่าผลเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ รวมถึงการมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนการตักเตือนจากบุคคลที่นับถือ การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น[10-12] ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและชะลอการดำเนินโรคเพื่อป้องกันความรุนแรง ลดภาระของระบบบริการและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้

จังหวัดอุตรดิตถ์ พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปี พ.ศ. 2560-2562 พบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 22.84, 23.67 และ 23.94 ตามลำดับ[13] สำหรับพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 489, 519 และ 534 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวน 33, 39 และ 69 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จาก 9 รายในปี พ.ศ. 2560 เป็น 26 ราย ในปี พ.ศ. 2562 อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 6 รายในปี พ.ศ. 2559 เป็น 11 รายในปี พ.ศ. 2560[14] จากสถิติดังกล่าว แม้ว่าจะมีจำนวนการเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ผลกระทบของการเกิดโรคจะส่งผลตามมาในระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี ความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา การเป็นภาระของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายทั้งจากค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และผลกระทบต่อประเทศชาติในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากข้อมูลและปัญหาข้างต้นผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องหาแนวทางการป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของไตจากโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเทคนิคการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่สามารถฟื้นฟูการทำงานของไตให้ดีขึ้นได้ การศึกษาครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพ ในการลดการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนและรัฐบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และเทคนิคการมีส่วนร่วมของชุมชน (AIC) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้บุคคลหรือตัวแทนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและรับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า จำนวน 186 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง/โรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน 2) อัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับหรือมากกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร 3) มีอายุระหว่าง 40-69 ปี 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความที่ถูก ใช่ 1 คะแนน ไม่ใช่/ไม่ทราบ 0 คะแนน ข้อความที่ผิด ใช่/ไม่ทราบ 0 คะแนน ไม่ใช่ 1 คะแนน การแปลผลคือ ระดับความรู้สูง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ปานกลางหมายถึง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ความรู้ต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ ข้อความเชิงบวก ปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบ ปฏิบัติสม่ำเสมอ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 3 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง 3) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงระดับ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคือ คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต 1 คน แพทย์อายุรกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) 1 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 2 ขั้นย่อยคือ ขั้นที่ 1 ร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีการระดมสมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 35 คน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า จำนวน 2 คน 4) นายกเทศมนตรีตำบลป่าเซ่าหรือผู้แทน จำนวน 1 คน 5) อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแล และติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ จำนวน 4 คน 6) ผู้นำชุมชน/แกนนำในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ จำนวน 4 คน 7) นักวิชาการด้านสุขภาพ จำนวน 3 คน 8) นักวิชาการด้านสังคม จำนวน 1 คน 9) นักโภชนาการ จำนวน 1 คน 10) เภสัชกร จำนวน 1 คน และผู้วิจัยมีการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประชุมระดมสมอง ขั้นที่ 2 การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และความเหมาะสมของคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประกอบการดูแลตนเอง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต 1 คน แพทย์อายุรกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์) 1 คน

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง โดยทำการสุ่มหมู่บ้านสำหรับทดลอง

ใช้รูปแบบที่สร้างขึ้น คือหมู่ 6 ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ใช้เวลาในการทดลอง 3 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2563 และมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง การตรวจเลือดเพื่อหาค่าการทำงานของไต (creatinine) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและรับยาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 29 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง/โรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ 2) อัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับหรือมากกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร 3) มีอายุระหว่าง 40-69 ปี 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อยร้อยละ 80 โดยผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกครั้งจะต้องมีการศึกษาและปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยเสียชีวิต/ย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างทำการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบ โดยให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 3 ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทนหลักในการทดลองใช้รูปแบบจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย จำนวน 2 คน ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข/แกนนำชุมชน จำนวน 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน นายกเทศมนตรีตำบลป่าเซ่าหรือผู้แทน จำนวน 1 คน และบุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 1 คน ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนถึงผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ 041/62 วันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ก่อนการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 49.46) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.47) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.36, SD. = 0.24) และมีการรับรู้ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 3.40 , SD. = 0.33)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1) องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้ามี 4 ระดับคือ ระดับบุคคล ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ระดับครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับชุมชน ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐในชุมชน: เทศบาล ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำชุมชน และระดับหน่วยบริการทางสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข

2) องค์ประกอบที่เป็นกระบวนการ ได้แก่ 2.1) การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล โดยบุคลากรสุขภาพจัดอบรมให้ความรู้ และผู้ใหญ่บ้านเปิดเสียงตามสายให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชนทุกสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเป็นการกระตุ้นเตือนความจำให้กับผู้ป่วยและญาติ 2.2) การกระตุ้นเตือนความจำทางโทรศัพท์หรือใช้ไลน์กับญาติหรือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำ เพื่อช่วยเตือนในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการไปตรวจตามแพทย์นัด รวมทั้งทราบข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2.3) การจัดระบบติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการติดตามต่อเนื่องที่บ้านทุก 2 เดือนจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อสร้างกำลังใจและช่วยแก้ไขปัญหารายบุคคล 2.4) การติดตามประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงมีการสุ่มตรวจปริมาณโซเดียมในอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานทุก 2 เดือน จากบุคลากรสุขภาพ 2.5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเทศบาลตำบลป่าเซ่าจัดพื้นที่สำหรับออกกำลังกายและพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วย 2.6) การจัดระบบการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังร่วมกับเทศบาลตำบลป่าเซ่า โดยเฉพาะการบริการรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีรถ

3) องค์ประกอบที่เป็นผลผลิต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 3.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 3.2) การรับรู้ความรุนแรง 3.3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และ 3.4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง ผลการทำงานของไต (eGFR, Cr) ค่าอัลบูมินในปัสสาวะ (urine microalbumim) และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบ

4) องค์ประกอบที่เป็นผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง

รูปแบบดังกล่าว จะมีการทำงานประสานกันทุกระดับเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .05 ตามลำดับ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และค่าการทำงานของไต (creatinine) ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p- value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง	4.76	1.66	5.59	1.38	2.207	.036*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง	2.26	0.18	2.39	0.19	3.333	.002**
การรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง	3.09	0.26	3.23	0.21	2.560	.016*
ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	92.58	12.13	95.75	11.50	2.911	.007**
ค่าการทำงานของไต (creatinine)	0.78	0.16	0.73	0.13	3.604	.001**

**p < .01, *p < .05

4. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.91 , SD. = 0.25)

จากการสนทนากลุ่มตัวแทนหลักของชุมชน พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบและให้ข้อมูลว่าปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังดีขึ้น เกิดจากการได้รับความรู้และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 49.46) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.47) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45.70 อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง โดยพบว่าวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพในการจำลดลงและจำได้ระยะสั้น ๆ[15] ขณะเดียวกันผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต มีการอ่อนแรงของแขนขา หรือเกิดโรคหัวใจทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบ ส่วนการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงนั้นผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีความเกี่ยวข้องกัน สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รายข้อที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบผิดถึงร้อยละ 31.18 ในประเด็นที่ว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamwicha, Santayopas, Srisaeng, และ Kiriyangam[16] และ Prakeetavatin, Moolsart, และ Tipkanjanaraykha[17] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรค การสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนจากโรค แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และมีการรับรู้ในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดีมากแม้จะมีความรู้ในระดับต่ำ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า มีการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่ที่พบจะมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองกับผู้ป่วย[7] รวมถึงเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามระดับความดันโลหิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งจะเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังด้วยเช่นเดียวกัน ขณะเดียวกันการที่มีผู้ป่วยในชุมชน และ/หรือผู้ป่วยในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรังได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยเห็นความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย และความรุนแรงของโรคต่อของผู้ป่วย จึงทำให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค และมองว่าไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Kummak[18] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้า องค์ประกอบที่เป็นกระบวนการ องค์ประกอบที่เป็นผลผลิต และองค์ประกอบที่เป็นผลลัพธ์ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวเป็นการนำแนวคิดเชิงระบบมาใช้ เพื่อช่วยให้สามารถกำหนดกรอบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้าทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับหน่วยบริการทางสุขภาพถือว่ามีความสำคัญที่มีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในองค์ประกอบของกระบวนการ ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดอบรมให้ความรู้และเปิดเสียงตามสายให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวของชุมชนทุกสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และเป็นการกระตุ้นเตือนความจำให้กับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamwicha, Santayopas, Srisaeng, และ

Kiriyangam[16] ที่พบว่าความต้องการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ให้มีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) การกระตุ้นเตือนความจำทางโทรศัพท์หรือใช้ไลน์กับญาติหรือผู้ดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำ การนำโทรศัพท์ซึ่งเป็นเทคโนโลยีการสื่อสารแบบสองทางมาช่วยในการกระตุ้นเตือนความจำผู้ป่วยมีความจำเป็นในยุคปัจจุบัน เนื่องจากมีความสะดวกรวดเร็วและค่าบริการต่ำ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพมีความคล่องตัวและมีความต่อเนื่องมากขึ้น[19] 3) การจัดระบบติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการติดตามต่อเนื่องที่บ้านจากบุคลากรสุขภาพ ทุก 2 เดือน เพื่อสร้างกำลังใจและช่วยแก้ไขปัญหารายบุคคล รวมถึงมีการสุ่มตรวจปริมาณโซเดียมในอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน นับเป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีได้ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม[19-20] สอดคล้องกับการศึกษาของ Terathongkum, Prasatkaew, และ Maneesriwongul[19] ที่พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความดันเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยเทศบาลตำบลป่าเซ่าจัดพื้นที่สำหรับออกกำลังกายและพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ให้กับผู้ป่วยถือว่ามีความจำเป็น เพราะการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะเพิ่มการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ลดระดับไขมันในเลือดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะส่งผลดีต่อระดับความดันโลหิตทำให้ความดันโลหิตลดลงและสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้[21] ซึ่งปัจจุบัน Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) guideline ถือว่าการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วย[22] ส่วนพิษจากบุหรี่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อไต คือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ลดอัตราการไหลเวียนของเลือดในไต ทำให้เส้นเลือดในไตตีบ ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญ 5) การจัดระบบการติดต่อประสานงาน โดยเฉพาะการบริการรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีรถ เนื่องจากการติดต่อประสานงานเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ซึ่งมีความจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีญาติหรือผู้ดูแล ดังนั้นบุคลากรสุขภาพต้องมีการจัดระบบการติดต่อประสานงานให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพนี้จะเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังร่วมกับเทศบาลตำบลป่าเซ่า องค์ประกอบที่เป็นผลผลิต ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการทำงานของไต (eGFR, Cr.) และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจะไม่เกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ซึ่งการมีความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองว่าถ้ามีการดูแลสุขภาพตนเองดีจะสามารถป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้ และรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งเป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเอง จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและไม่เกิดโรคไตเรื้อรัง และสุดท้ายคือองค์ประกอบที่เป็นผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนารูปแบบครั้งนี้

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .05 ตามลำดับ ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และค่า

การทำงานของไต (creatinine) ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการสร้างตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยมีการศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนที่จะสร้างรูปแบบ เพื่อให้ผู้ร่วมสร้างรูปแบบได้รับทราบสถานการณ์ของชุมชนและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหารูปแบบที่เหมาะสม ขณะเดียวกันในขั้นตอนการสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชนได้มาระดมสมองร่วมกัน โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และช่วยกันหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้นจึงทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง และในองค์ประกอบที่เป็นกระบวนการของรูปแบบ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามผู้ป่วยด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้น และมีผลการทำงานของไตดีขึ้นดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongtong[23] ที่สรุปไว้จากการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายในชุมชน

4. ผลการประเมินรูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.91, SD. = 0.25) เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวสร้างจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และในกระบวนการของรูปแบบ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มตัวแทนหลักของชุมชน ที่พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ และให้ข้อมูลว่าปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังดีขึ้น เกิดจากการได้รับความรู้และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคลากรสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริการรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า ควรนำรูปแบบไปใช้ให้ครอบคลุมหมู่บ้านอื่น ๆ นอกเหนือจากหมู่ 6 ที่ทดลองใช้รูปแบบ โดยก่อนการนำไปใช้ต้องมีการประสานความร่วมมือและสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนทุกคน เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย

2. ผลการประเมินปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเซ่า ควรจัดทำแผนงาน/โครงการร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อดูผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ โดยเฉพาะการลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น

References

1. DeWit SC, Stromberg H, Dallred C. Medical-surgical nursing: concepts & practice. Elsevier Health Sciences; 2017.
2. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Critical care nursing: diagnosis and management. Elsevier Health Sciences; 2014.
3. Punmung N, Yulertlob A, Lathi S. World hypertension day campaign message 2019. [Internet]. 2019 [cited 2020 May 14]. Available from http://www.thaincd.com/document/hot%20news.
4. Ministry of Public Health. HDC Database Year 2017-2019. [Internet]. 2020 [cited 2020 June 2]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source.
5. Bureau of non-communicable disease. 13 millions of Thai people had hypertension, nearly a half of those people not realize that had hypertension. [Internet]. 2015 [cited 2020 June 2]. Available from https://www.hfocus. org/content/2016/ 05/12191.
6. Srimoragot P. Medical-surgical nursing : clinical management for positive outcomes. 7th edition. Bangkok: Igroup Press; 2010. (in Thai).
7. Kooariyakul A, Meesri C. Knowledge and self - care behaviors of patients with hypertension at Tambon Pasao health promoting hospital, Amphur Mueang, Uttaradit Province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017;9(2):28-40. (in Thai).
8. Sindhu S, Wongrot P. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension. Bangkok: Watthana Printing House; 2015. (in Thai).
9. Apinya T. Practice guideline for action to reduce chronic kidney disease (CKD) among diabetes and hypertension patients. Bangkok: Printing office War Veterans Organization; 2016. (in Thai).
10. Deepae P, Khungtumneam K, Chumpathat N. Factors related to health promoting behaviors for cardiovascular disease prevention among diabetes with hypertension patients in Muang district, Chachoengsao province. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(5):46-9. (in Thai).
11. Palitnonkert A , Sriarun J, Chadlee N, Jantong T, Janpurm A, Chaisunan C, Pumpothong S, et al. Health belief model related to self-care behavior of patients with hypertension at Bangsamak sub-district health promoting hospital, Bangpakong district, Chachoengsao province. APHEIT Journals 2018;7(2):43-2. (in Thai).
12. Unaphak P, Rattanamanee K. The correlation factors of self-care behaviors to prevent complications among patients with chronic kidney disease at Somdetphraphutthalertla hospital in Samutsongkhram province. The Public Health Journal of Burapha University 2015;10(2):44-4. (in Thai).
13. Uttaradit Provincial Public Health Office. HDC Database Year 2017-2019: Uttaradit. [Internet]. 2020 [cited 2020 June 2]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/ hdc/reports/report. php?source.

14. Pa Sao Health Promoting Hospital. Annual Fiscal Year 2017-2020 performance report of Pa Sao Health Promoting Hospital, Uttaradit: Pa Sao health promoting hospital, Muang, Uttaradit province 2020.
15. Rittakananon P. Human development. Bangkok: Thammada Press; 2007. (in Thai).
16. Kamwicha P, Santayopas P, Srisaeng P, Kiriyangam K. Development of self-care behaviors for people with hypertension in Soi Joke Community Bangsue district Bangkok metropolitan.Kuakarun Journal of Nursing 2014;21(2):83-96.
17. Prakeetavatin J, Moolsart S, Tipkanjanaraykha K. The development of care management for hypertension patients with chronic kidney disease in a community. Journal of Health and Nursing Research 2018;34(1):1-13. (in Thai).
18. Kummak S. Self-care behaviors among hypertension patients in Tambon Nanglao Health Promoting Hospital, Amphur Satingpha, Songkhla province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(3):153-69. (in Thai).
19. Terathongkum S, Prasatkaew N, Maneesriwongul W. Effects of a home visit and telephone follow-up program on health behaviors and health status in persons with uncontrolled hypertension. Rama Nurs J 2014;20(3):356-71. (in Thai).
20. Maleewan S, Chamusri S, Wongpiriyayothar A. Effects of home visit program on health beliefs, behaviors and blood pressure among patients with hypertension in community. Journal of Nursing and Health Care 2016;34(4):63-2. (in Thai).
21. Chopsiang L. Exercise for slow progression in patients with kidney disease. Nursing Public Health and Education Journal 2018;19(3):25-5. (in Thai).
22. Porramatikul M, Sriwattana A. Exercise in patients with chronic kidney disease. In Teeronthanakul K, Srisuwan K, Ophascharoensuk V, editors. Essentials in Hemodialysis. Bangkok: Text and Journal Publication Cmpany Limited; 2019. p. 184-05. (in Thai).
23. Kongtong N. The development of self-care to reduce chronic renal failure in patients with type 2 diabetes, Klangyai Tambon Health Promoting Hospital, Ban Phue district, Udon Thani province [master thesis]. Maha Sarakham : Maha Sarakham University; 2014.

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

Development of a Disease Management Model for Colorectal Cancer in the Community in Photak District, Nong Khai Provice

Received: May 7, 2021
Revised: June 28, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

ภัสพร จุมพลักษณ์ พย.ม. (Pasaporn Jumpalux, M.N.S)[1]
สุทธีพร มูลศาสตร์ ส.ด. (Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.)[2]
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความสำคัญในการค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน 3) ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ในอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและผู้ดูแล จำนวน 16 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยผู้ให้บริการสุขภาพและตัวแทนชุมชน จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการสุขภาพและตัวแทนชุมชน จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสามระยะถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แนวทางการระดมสมอง และ แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

[1]*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี E-mail: PasapornJum@gmail.com*

[2]*Corresponding author: รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: sutteeporn@yahoo.com*

[3]*อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th*

[1,2]*School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand*

[3]*Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromrajchanok institute, Ministry of Public Health, Thailand*

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดท้อง เบื่อหน่าย วิตกกังวล ไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค กลัวการเสียชีวิต กลัวถูกรังเกียจและเป็นภาระ ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ กำลังใจจากครอบครัว เพื่อน และผู้ดูแล ต้องการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ และต้องการความช่วยเหลือจากกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ (1) การคัดกรองกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดย อสม. เชี่ยวชาญ และส่งเสริมความตะหนักรู้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง โดยนักวิชาการสาธารณสุขจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในเทศกาลสำคัญ (2) กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ และการส่องกล้องทางทวารหนัก รวมทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติการโดยพยาบาลวิชาชีพ (3) กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ (4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) บุคลากรสาธารณสุขและตัวแทนชุมชนมีความคิดเห็นว่ากิจกรรมในรูปแบบฯ มีความเหมาะสม ชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด

สรุปผล: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการดูแลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและมีรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสำหรับชุมชน

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในพื้นที่ศึกษาได้

คำสำคัญ รูปแบบ การจัดการโรค ความต้องการการดูแล โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

Abstract

Introduction: Colorectal cancer disease management is important for exploring the problems and needs of colorectal cancer patients, risk group prevention, and effective care for colorectal cancer patients.

Research objectives: The purposes of the research and development were 1) to study problems and needs of care of colorectal cancer patients; 2) to develop a disease management model for colorectal cancer in the community; and 3) to evaluate the appropriateness of activities and community readiness to implement the disease management model for colorectal cancer in the community in Photak District Nong Khai Province.

Research methodology: The sample was classified according to the study phases. Phase I: for the study on problems and needs of care for patients with colorectal cancer, the sample was 16 colorectal cancer patients and caregivers. Phase II: for the development of a disease management model for colorectal cancer in the community, 15 care providers and community representatives were included. Phase III: for the evaluation of the appropriateness of activities and community readiness to implement the model, the samples were 30 care providers and community representatives. The research tools were focus group questions, brainstorming guidelines, and a questionnaire assessing

the appropriateness of activities and community readiness for implementation of the colorectal cancer management model in the community. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics. Content analysis was used to analyze qualitative data.

Results: The findings revealed as follows. 1) The problems of colorectal cancer patients were fatigue, abdominal pain, weariness, anxiety, discouragement with the disease, fear of death, and fear of being repulsive and burdensome. The needs of care were food appetite, sleep, encouragement from family, friends, and caregivers, peaceful dying at home, and funding from the cancer patient foundation. 2) The colorectal cancer management model was (1) people over 50 years old to be screened by expert village health volunteers, and awareness improvement to prevent risk behaviors by having public health scholars manage campaigns at significant festivals. (2) The high-risk group is to be screened by screening form, fecal immunochemical test (FIT), and colonoscopy, including enrolling in a work-shop managed by professional nurses. (3) Patients will receive continuing care at home by a multidisciplinary team. (4) The end-stage patients will receive palliative care at home by a multidisciplinary team. 3) The care providers and community representatives perceived that the model activities were appropriate, and the care providers and community were ready to implement the model at the highest level.

Conclusion: The developed model helps to understand patient problems and foster an understanding of colorectal cancer care and a community-based colorectal cancer management model.

Implications: Colorectal cancer disease management model in the community could be applied for developing the colorectal cancer disease management model in similar context areas. It also could be guided to develop colorectal cancer disease prevention and control programs in the studied area.

Keywords: model, disease management, need of care, Colorectal cancer

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer disease) จัดเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ใน พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่มากกว่าหนึ่งล้านเจ็ดแสนคน หรือประมาณร้อยละ 10.20 พบมากเป็นอันดับ 3 โดยพบในเพศชาย ร้อยละ 10.90 และเพศหญิง ร้อยละ 9.50[1] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย พบ 16.20 คนต่อชายไทยแสนคน และในปี พ.ศ. 2563 พบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชายไทยมากเป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 17.20 และพบมากเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย ร้อยละ 11.80[2] ในปี พ.ศ. 2562 พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ ซึ่งพบผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มากเป็นอันดับที่ 2 และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ 13.75 คนต่อชายไทยแสนคน และ 12.95 คนต่อสตรีไทยแสนคน ในจังหวัดหนองคายพบผู้ป่วยโรคนี้มากเป็นอันดับ 1 ใน 3 โดยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบอัตราป่วยรายใหม่คิดเป็น 36.14, 39.45 และ 26.29 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในอำเภอโพธิ์ตาก พ.ศ. 2560-2562 พบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็น 5.51, 6.53 และ 8.03 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราความชุก 10.67 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นโรคที่กระทบต่อชีวิต เป็นภัยเงียบที่คร่าชีวิตของประชาชนทั่วโลก พบประมาณร้อยละ 9.20 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมดในภูมิภาคเอเชีย คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึงร้อยละ 40[3] และโรคมะเร็งที่พบมาก 1 ใน 3 คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประเทศไทยพบการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อัตราตาย 7.30 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งจังหวัดหนองคายพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปี พ.ศ. 2560-2562 เป็น 1.34 2.87 และ 3.06 ต่อประชากรแสนคน[4] ตามลำดับ สำหรับอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบอัตราตายเพิ่มมากขึ้น โดยพบ 1.51, 1.93 และ 2.03 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มต้น บางคนปฏิเสธที่จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหลังจากตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fit test) พบผลเป็นบวก ทำให้ได้รับการรักษาโรคล่าช้า โรคมะเร็งจึงลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่ามักมีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมีพฤติกรรมรับประทานเนื้อและอาหารปิ้งย่างเป็นประจำ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การพัฒนาระบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร่วมกันหลายภาคส่วนในชุมชนของอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย จึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ประชาชนมีการป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรค และผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองจนสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนนั้นมีความซับซ้อนมากกว่าที่จะแก้ไขด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพราะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน[5]

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ค่อยพบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนมากนัก จากการศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับต่ำ[6] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การเปลี่ยนแปลงทางภูมิศาสตร์ในการอยู่รอด ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเริ่มแรกของผู้หญิง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การไม่ออกกำลังกาย ปริมาณแคลอรี่และความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับ ทำให้เกิดโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่ออัตราการเสียชีวิตของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับสูงในผู้หญิง[7] ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยมีความสัมพันธ์กับการเกิด hyperplasia polyp ซึ่งเป็นภาวะการณ์เป็นเนื้องอกของลำไส้ รวมถึงการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่[8] ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลและบูรณาการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] รวมทั้งการมีทักษะพัฒนาการพูดคุยในครอบครัว การให้กิจกรรมเพื่อสนับสนุนการสื่อสารและให้ความรู้แก่ครอบครัว[10] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น การพัฒนารูปแบบจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนในอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้การจัดการโรคนี้ในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and developmental process) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ศึกษาโดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน โดยการระดมสมองในทีมพัฒนาโดยประยุกต์ใช้อนุกรมวิธานของการจัดการโรค (disease management taxonomy)[11] มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2) ผู้เข้าร่วมจัดกิจกรรม 3) เนื้อหาการจัดกิจกรรม 4) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 5) วิธีการสื่อสาร 6) ความเข้มข้นและความซับซ้อน 7) สิ่งแวดล้อม และ 8) การ

วัดผลลัพธ์ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2564 มีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 14 คน และผู้ดูแล จำนวน 2 คน รวมเป็นจำนวน 16 คน ที่สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งถูกเลือกอย่างเจาะจง ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 15 คน ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 150 คน บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน และตัวแทนชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จำนวน 15 คน รวมเป็นจำนวน 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงตามความสามารถในการทำความเข้าใจรูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามระยะการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลในการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ประกอบไปด้วยแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีข้อคำถามหลัก ได้แก่ (1) ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย คำถามรอง จำนวน 4 ข้อ (2) ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ คำถามรอง จำนวน 4 ข้อ (3) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและคุณค่าที่แต่ละคนยึดถือ คำถามรอง จำนวน 5 ข้อ (4) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคม คำถามรอง จำนวน 5 ข้อ รวมคำถามรอง จำนวน 18 ข้อ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ประกอบไปด้วยแนวทางการระดมสมอง สำหรับทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้อนุกรมวิธานของการจัดการโรคของ Krumholz และคณะ[11] ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่ควรเข้าร่วมกิจกรรม เนื้อหาการจัดกิจกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการสื่อสาร ความเข้มข้นและความซับซ้อน สภาพแวดล้อม การวัดผลลัพธ์

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน 2) ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชน ต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน มีจำนวน 47 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด คะแนนของผู้ตอบแต่ละคนถูกนำมาหาค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์การแปลผล เป็นระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง

มาก และมากที่สุด 3) ความพร้อมต่อการดำเนินงานการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน โดยแบ่งเป็นความพร้อมต่อการดำเนินงานของชุมชน จำนวน 12 ข้อ และความพร้อมต่อการดำเนินงานของผู้ให้บริการ จำนวน 31 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการระดมสมอง และแบบสอบถาม มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้องของข้อคำถาม เพื่อความชัดเจนและความเหมาะของภาษา แล้วจึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาต เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัยและติดต่อประสานงานไปยังสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตากและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอโพธิ์ตาก พร้อมแนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่ม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 14 คน และผู้ดูแลจำนวน 2 คน (ผู้ป่วยไม่สามารถมาได้ ผู้ดูแลจึงมาแทน) รวมเป็น 16 คน จากประชากรผู้ป่วยจำนวน 30 คน โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้สรุปคำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่มให้เสร็จภายใน 1 สัปดาห์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาลงรหัส (code) และเรียบเรียงเนื้อหาการสนทนากลุ่มเข้าด้วยกัน และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาความถูกต้องครบถ้วนของการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปปัญหาและความต้องการการดูแลในการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ครั้งที่ 1 การระดมสมอง โดยก่อนดำเนินการระดมสมอง ผู้วิจัยนำเสนอคำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่มให้ทีมพัฒนา เพื่อเป็นพื้นฐานในการระดมสมอง ครั้งที่ 2 นำเสนอ (ร่าง) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ครั้งที่ 3 ประชุมกลุ่มนำเสนอการประเมินความเหมาะสมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบ และทีมพัฒนาระดมสมองสรุปรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น การระดมสมองแต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนต่อบุคลากรสาธารณสุข ทีมผู้นำและแกนนำชุมชนที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา และอธิบายหลักเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตามแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเหมาะสม และความพร้อมต่อการดำเนินงานของรูปแบบการพัฒนาการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 56/2563 (COA No. NKPH 56 เริ่ม ธันวาคม 2563) ซึ่งในการวิจัยได้คำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการรักษาความลับความยุติธรรมและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอแก่ผู้ให้ข้อมูลและมีมาตรการในการรักษาความลับของผู้ป่วย ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การนำเสนอผลการศึกษาจะเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินผลการวิจัยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและผู้ดูแล จำนวน 16 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 68.75 มีอายุระหว่าง 46-55 ปี เป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 56.25 (M = 52.9, SD = 8.78) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนมากอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 62.8 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน พบดังนี้

1) ปัญหาด้านร่างกาย พบว่ามีอาการดังนี้ อ่อนเพลีย ปวดท้อง อืดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน ดังคำบอกเล่า *“...มันบ่อมีแฮงมันเมื่อยปวดพร้อม บางเทื่อเฮาจักสิเฮ็ดแนวใด....”* (ไม่ค่อยมีแรงและปวดเมื่อยด้วย บางทีไม่รู้จะทำอย่างไร) (ผู้ป่วย, 52 ปี) ต้องการให้นอนหลับพักผ่อนได้ ต้องการให้มีผู้ดูแล ต้องการให้ร่างกายแข็งแรง นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยยังต้องการให้มีคนพาไปรับยา ไปพบแพทย์ *“...บ่จักความเฮ็ดมันบอมีแฮงบางเถืออยากตายไปเลยนอนหลับแล้วบ่อยากตื่นเลย....”* (ไม่รู้จะทำอย่างไร มันไม่มีแรง บางครั้งอยากตายไปดีกว่า นอนหลับแล้วตายไปยิ่งดี) (ผู้ป่วย, 52 ปี) ต้องการได้รับการประเมินสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประเมินน้ำหนักตัว วัดความดันโลหิต อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ความไม่สุขสบายของร่างกาย ความเพียงพอของการรับประทานอาหาร การประเมินความเมื่อยล้า การนอนหลับ พักผ่อน และผู้ป่วยสามารถประเมินสุขภาพตนเองโดยการประเมินเรื่องน้ำหนักด้วยวิธีการชั่งน้ำหนัก และการประเมินการขับถ่ายในแต่ละวัน

2) ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ เบื่อหน่าย วิตก ท้อแท้ โกรธ น้อยใจ ผู้ป่วยมีต้องการการดูแลด้านจิตใจ คือต้องการกำลังจากคนในครอบครัว ต้องการมีเพื่อนพูดคุย ดังคำบอกเล่า *“...บางถือจนคิดว่าตายไปแล้วกะซิดีบ่เป็นภาระให้ลูกกับเมียครับ...”* (บางครั้งคิดว่าตายไปดีกว่า จะได้ไม่เป็นภาระให้ลูกและภรรยา) (ผู้ป่วย, 62 ปี) ต้องการกำลังใจจากเพื่อน คำพูดที่ฟังแล้วสบายใจ ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินความวิตกกังวล ประเมินความเบื่อหน่าย ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลโพธิ์ตาก สถานที่ประเมินควรเป็นบ้านผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลโพธิ์ตาก เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเพราะไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้กลัวคนอื่นว่าตนเองเป็นบ้า

3) ปัญหาจิตวิญญาณ ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่ยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ได้แก่ กลัวว่าตนเองจะไม่หายจากโรคที่เป็น กลัวหมดแรงใจที่จะต่อสู้กับโรค กลัวการเสียชีวิต กลัวคนในครอบครัวเบื่อหน่าย ดังคำบอกเล่า *“...เมื่อวันนั้นมาถึงแล้วเฮาซิสู้ต่อบ่ได้ กลัวว่าตนเองจะหมดกำลังใจจะสู้ต่อ เวลาปวดมาบ่อยากไดยังเลย...”* (เมื่อวันนั้นมาถึง เราจะสู้ต่อไม่ได้ กลัวว่าจะหมดกำลังใจเสียก่อน เวลาปวดไม่อยากทำอะไรเลย) (ผู้ป่วย, 51 ปี) มีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ มีชีวิตอยู่เพื่อลูกและหลาน โดยมีความหวังว่าต้องหายจากโรคที่เป็น มีชีวิตอยู่เพื่อทรัพย์สมบัติ เพื่อคนในครอบครัว โดยสวดมนต์ขอพรจากพระทุกวัน ทำบุญตักบาตร มีความต้องการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ได้แก่ ต้องการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ อยากให้มีคนดูแลคนในครอบครัว อยากไปเที่ยว อยากให้ลูกมาดูแล อยากไปทำบุญ ดังคำพูด *“...ไม่อยากทุกข์ทรมานจากอาการปวด เมื่อไม่มีทางรักษาแล้วไม่ต้องการไปโรงพยาบาลต้องการอยู่บ้าน...”* (ผู้ป่วย, 47 ปี) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้บรรลุถึงความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมที่บ้าน เพื่อนบ้านมาหาให้กำลังใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเยี่ยม

4) ปัญหาด้านสังคม พบว่า คนอื่นมองผู้ป่วยว่าน่ากลัว ไม่มีใครอยากเข้าใกล้น่ารังเกียจ คนอื่นมองว่าเราเป็นภาระ *“...หมู่มาหาแล้ว เขาเบิ่งเฮาแล้วเขากะฮดหู่ บ่อยากมาหาจักเขาขี้เดียดหรืออีโตนเฮา...”* (เพื่อนมาหา มองดูเราแล้วเขาก็หดหู่ไม่อยากมา ไม่รู้ว่าเขารังเกียจหรือสงสารเรา) (ผู้ป่วย, 62 ปี) มีความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ ต้องการกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มส่งเสริมอาชีพ มีอาสาสมัครมาดูแล มีเพื่อนช่วยเพื่อน รถนำส่งโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลในชุมชนควรช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตามความต้องการด้านสังคมด้วยวิธีการ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ในชุมชน คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ประชาชนในหมู่บ้านมีความรู้ในการป้องกัน ควรได้รับประเมิน

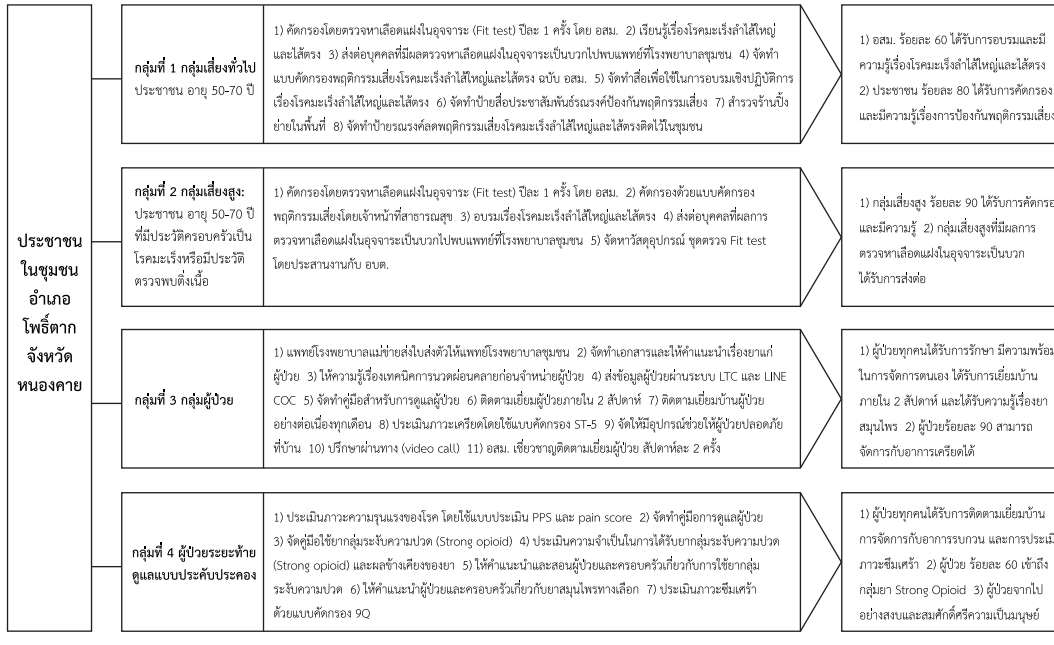
โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานประเมิน ได้แก่ ที่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรช่วยเหลือการดูแลด้านสังคม โดยการตรวจสุขภาพผู้ป่วยในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมโรงพยาบาลส่งยามาให้ที่บ้าน ผู้ป่วยควรช่วยเหลือตนเองหรือทำการดูแล ได้แก่ ดูแลตนเองให้แข็งแรงจะได้ไม่เป็นภาระให้คนอื่น ไปดูแลเยี่ยมผู้ป่วยคนอื่น ช่วยงานในหมู่บ้าน ช่วยงานบุญที่วัดปลูกผักแล้วแบ่งปันให้คนอื่น สมัครเป็นจิตอาสาดูแลความสงบในหมู่บ้าน *"...คนอื่นเขาซอยเฮามาแล้ว ถ้าเฮาแข็งแรงเฮาจะซอยเพิ้นคืนคือกัน.."* (คนอื่นช่วยเหลือเรา ถ้าตนเองแข็งแรงก็จะช่วยคนอื่นเหมือนกัน) (ผู้ป่วย, 70 ปี)

ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนประกอบด้วย การจำแนกประชากรกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงทั่วไป คือ ประชาชน อายุ 50–70 ปี 2) กลุ่มเสี่ยงสูง คือ ประชาชนอายุ 50–70 ปี ที่มีประวัติคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมีประวัติตรวจพบติ่งเนื้อ (polyp) ในลำไส้ 3) กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยแพทย์เฉพาะทาง และ 4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย ดังภาพที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

บุคลากรสาธารณสุขและทีมผู้นำและตัวแทนชุมชนมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.91 (SD = 0.17) และ 4.96 (SD = 0.15) ตามลำดับ สำหรับความพร้อมต่อการดำเนินงานของผู้ให้บริการ พบว่ามีความพร้อมต่อการดำเนินงานของผู้ให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.85 (SD = 0.25) ส่วนความพร้อมต่อการดำเนินงานของผู้นำและตัวแทนชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.82 (SD = 0.19) มีเพียงความพร้อมในเรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต โดยบันทึกความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต เช่น การยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา พินัยกรรมมรดก เป็นต้น ลงบันทึกในสมุดเบาใจหรือสมุดบันทึกพินัยกรรมชีวิต เท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.5 (SD = 0.50)



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสิ่งที่ควรพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล คือความสามารถในการรับประทานอาหาร ความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวดด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน การดูแลตนเอง และการส่งเสริมความรู้ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการพักผ่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง ไม่อ่อนเพลียและสามารถควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบ[12] ส่วนปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องที่พบปัญหาความวิตกกังวล รองลงมาคือภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม[13] และปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและจิตวิญญาณที่พบว่าผู้ป่วยมีเป้าหมายสูงสุดของชีวิตและมีความหวังว่าจะหายจากโรคที่เป็น มีคนในครอบครัวดูแลพาไปเที่ยวทำบุญ ต้องการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย โดยการได้พูดคุยระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่เข้าใจตน เพราะได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม และการระบายออกถึงปัญหาและความคับข้องใจต่าง ๆ และกลุ่มยังได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก ได้พูดคุยระบายความรู้สึกและประสบการณ์ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่ามีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีกำลังใจเพราะไม่ใช่มีแต่ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา[14]

2. รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

การจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ประชากรเป้าหมายมี 4 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มเสี่ยงทั่วไป คือประชาชนอายุ 50-70 ปี รูปแบบได้มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน ซึ่งกิจกรรมนี้สอดคล้องตามนโยบายยุทธศาสตร์ของจังหวัดหนองคายและกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดให้มีการรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปี มีการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงนี้ยังได้รับการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงเป็นส่วนน้อย ทีมพัฒนาจึงได้เห็นความสำคัญและออกแบบให้ อสม. เข้ามามีบทบาทในการค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ นอกจากนี้การให้ความรู้ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ จะทำให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของการคัดกรองมากขึ้น ดังการศึกษาการออกแบบกิจกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบว่าส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของประชาชน[9] และความตั้งใจเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรงมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรมีผลมาจากปัจจัยทัศนคติด้วย ดังการศึกษาที่พบว่าปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน การรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และสำไส้ตรง[15]

2) กลุ่มเสี่ยงสูง คือประชาชนอายุ 50-70 ปี ที่มีประวัติคนในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมีประวัติตรวจพบติ่งเนื้อ (polyp) ในลำไส้ รูปแบบได้มุ่งเน้นให้กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ซึ่งกิจกรรมนี้สอดคล้องตามนโยบายยุทธศาสตร์ของจังหวัดหนองคายและกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ประชาชนอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติทีมพัฒนาเห็นว่าในการคัดกรองยังขาดประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของครอบครัวหรือญาติสายตรง จึงได้กำหนดกิจกรรมให้พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องผ่านการอบรมทักษะการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน สามารถให้คำปรึกษาและโน้มน้าวให้กลุ่มเสี่ยงสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย สามารถลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงได้ ซึ่งการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิด hyperplasia polyp

ซึ่งเป็นเนื้องอกของลำไส้และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประชากรกลุ่มเป้าหมายควรที่จะได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค[8] และการศึกษาเกี่ยวกับการอยู่รอดของผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเริ่มแรก พบว่าพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ปริมาณแคลอรี่ ความไม่สมดุลของพลังงาน โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่ออัตราการเสียชีวิตของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และผู้หญิงที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดมีผลต่อการได้รับการวินิจโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ล่าช้าในระยะเริ่มแรก[7]

3) กลุ่มผู้ป่วย คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลังจากกลุ่มเสี่ยงสูงถูกส่งต่อไปตรวจรักษากับแพทย์ รูปแบบได้มุ่งเน้นให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อผู้ป่วยถูกส่งกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งทีมพัฒนาให้ความสำคัญเพื่อต้องการลดช่องว่างในการติดตามการดูแลโดยใช้ระบบการดูแล การส่งต่อข้อมูลประวัติการรักษาต่อเนื่องผ่านระบบ Long term care (LTC) และ Group LINE เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย โดยที่ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งที่ผ่านมาในพื้นที่มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแต่ยังขาดทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล ซึ่งสอดคล้องการศึกษาที่พบว่าการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการส่งเสริมการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ การรับรองคุณภาพการวินิจฉัยที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและการรอดชีวิตโดยรวม[16]

4) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย คือผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการวินิจฉัยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งรูปแบบได้มุ่งเน้นการดูแลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีนโยบายให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับในการจัดการกับอาการทุกข์ทรมานกับการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวด เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ และต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัว ซึ่งที่ผ่านมาในพื้นที่ศึกษามีบุคลากรสาธารณสุขบางสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้มีข้อจำกัดในการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทีมพัฒนาจึงได้ให้ความสำคัญในกิจกรรมตามรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการเยี่ยมบ้านพร้อมให้การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาวิชาชีพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนทำให้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้นทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล[17]

3. ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานของรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน

การที่บุคลากรสาธารณสุขและทีมผู้นำและตัวแทนชุมชนมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและมีความพร้อมที่จะดำเนินงานตามรูปแบบในระดับมากที่สุดนั้น อาจเป็นเพราะที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบของกิจกรรมในการดำเนินการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนที่ชัดเจน บุคลากรในพื้นที่จึงพึงพอใจและพร้อมจะนำรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบไปดำเนินการ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น อย่างไรก็ตามความพร้อมต่อการดำเนินงานในบางกิจกรรม ได้แก่ เรื่องการทำพินัยกรรมชีวิต โดยการบันทึกความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต ลงในสมุดเบาใจหรือสมุดบันทึกพินัยกรรมชีวิต อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้เพราะขัดแย้งกับวัฒนธรรมของคนไทยในเรื่องความตายที่ยังถูกมองว่าเป็นเรื่องไม่ดี ไม่ควรนำมาพูดถึงโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต เพราะจะเป็นลางร้ายหรือแช่งให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้น ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับความตายจึงเป็นเรื่องที่ควรระมัดระวังถึงการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน เหมาะสมกับบริบทของอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย หากสถานบริการอื่นจะนำรูปแบบการจัดการโรคที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ อาจต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม

ความพร้อมของชุมชนและความพร้อมของผู้ให้บริการกับบริบทของพื้นที่คล้ายคลึงกัน

2. รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคนี้หรือภาวะเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและสมอง เป็นต้น

2. รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนที่พัฒนาขึ้น บางกิจกรรมตามรูปแบบยังไม่มีความสมบูรณ์เท่าที่ควร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงควรปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การเพิ่มระยะเวลา ในการดำเนินการและการประเมินผลของแต่ละกิจกรรม เป็นต้น

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการออกแบบรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชน โดยได้กำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรค และการประเมินผลของรูปแบบที่นำไปใช้ เพื่อพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

References

1. Word Health organization. Global cancer observatory world health organization [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 5]. Available from https://www.who.int/ health-topics/cancer
2. Wannarat L. Situation and policy of prevention and control of chronic disease in the community. In: NuiSi M, editors. Nursing care for clients with chronic disease in Community 89706.1 ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2020. p.100-112.
3. Aimsamlan V. National cancer Institute strategic plan 2019-2022 department of medical services, Ministry of public health. [Internet]. 2019 [cited 2020 May 31]. Available from http://www.nci.go.th/th/New_ web/index.html
4. Health Data Center, HDC [internet]. 2020 [cited 2020 May 31]. Available from: https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
5. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Journal of Nursing 2017;37(2):154-9. (in Thai)
6. Chaiarch K, Jirapomkut C, Maneenin N. Knowledge of colorectal of risk population an Namphong district, Khon Kaen province. KKU Journal for Public Health Research 2018;11(3):37-44. (in Thai).
7. Holowatyj AN, Langston ME, Hen Y, Viskochil R, Perea J, Cao Y, et al. Community health behaviors and geographic variation in early-on set colorectal cancer survival among women. Clin Transi Gastroenterol. 2020;11(12):1-10.
8. Pronthel S, Kamsa-ard S, Vatanasapt P, Wiagnon S, Suwanrungruang K, Poophakween K. Risk factors for cancar: acohort study in Khonkaennortheast Thailand [thesis] Khonkaen: Khonkaen University. 2010. (in Thai)

9. Changyai K. Colorectal cancer: multidisciplinary caring system. Journal of Police Nurse 2014;6(1): 232-46. (in Thai)
10. Bowen DJ, Hyams T, Laurino M, Woolley T, Cohen S, Leppig KA, et al. Development of family talk: an intervention to support communication and educate families about colorectal cancer risk. Journal of Cancer Education 2020;35:470-8.
11. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, Yancy CW, Faxon DP. A Taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association disease management taxonomy writing group. Circulation;114(13):1432-45.
12. Changyai K. Colorectal cancer: multidisciplinary caring system. Journal of Police Nurse 2014;6(1): 232-246. (in Thai)
13. Teerathongdee K. Factors predicting quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery [thesis] Nakhonpathom: Mahidol University. 2014. (in Thai)
14. Poosuwan R, Jansook N. The development of an empowerment promoting model in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of MCU Nakhondhat 2020;7(9):317-27. (in Thai)
15. Khamha C, Sarakan P. The multi-level structural equation model of health belief model and the Intention of participation for colorectal cancer screening in population aged 45-74 years old, Nam Phong District, Khon Kaen Province. KKU Research Journal (Graduate Studies) 2020;20(3): 33-46. (in Thai)
16. Jiang YY, Long SZ, Tao SX, Feng WZ, Hua SD, Jum LH,et al. Impact of multidisciplinary team working on the management of colorectal cancer. Chinese Medical Journal 2012; 125(2):172-77.
17. Promarat CH. The result of home palliative care model development, Ban Hong Health Network, Ban Hong district, Lumphun province. Lanna Public Health Journal 2017;13(1): 25-36. (In Thai)

บทความวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด ในการพยาบาลทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Effects of Implementing the Newborn Modified Early Warning Scoring (NEWS) in Neonatal Care, The Queen Sirikit National Institute of Child Health

Received: Aug 24, 2021
Revised: June 28, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

เอื้องดอย ตันฑพงศ์ พย.ม. (Euangdoi Tantapong, M.N.S.)[1]
สุพัตรา ทาอ้อ พย.ม. (Suputar Thaor, M.N.S.)[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากในครรภ์สู่ภายนอกครรภ์ของทารกแรกเกิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเพื่อให้ทารกปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS) โดยศึกษาผลลัพธ์ต่อพยาบาลและต่อผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยประยุกต์ทฤษฎีระบบ (System theory) ร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming Cycle) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 31 คน และผู้ป่วยทารกแรกเกิดทั้งหมด 220 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดและมารดา แบบประเมิน NEWS แบบประเมินความรู้ NEWS แบบสังเกตการปฏิบัติ และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ NEWS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที (pair t-test) และสถิติการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ความรู้ของพยาบาลในการประเมิน NEWS ภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) คะแนนปฏิบัติของพยาบาลในการประเมิน NEWS ปฏิบัติถูกต้องผ่านเกณฑ์ เฉลี่ยร้อยละ 96.77 ($\bar{X} = 96.77$, SD. = 7.47) 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4) ผลการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS อุบัติการณ์ผู้ป่วยย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) โดยไม่ได้วางแผน

สรุปผล: การประเมิน NEWS มีประสิทธิผลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยทารกแรกเกิดและให้การดูแลรักษาที่รวดเร็วเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรนำการประเมิน NEWS ไปใช้ประเมินทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดอื่นๆในเครือเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขต

คำสำคัญ: โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิด การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน

[1]*Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี E-mail: euangdoi@hotmail.com.*

[2]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยทารกครบกำหนดที่มีปัญหาอายุรกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี E-mail:Su_putra@hotmail.com. Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Thailand*

Abstract

Introduction: A transition from inside the womb to outside environment of all newborns is at risk for life-threatening complications. Professional nurses play an important role in assessing early warning signs and providing care to prevent them from harmful complications.

Research objectives: To develop the Newborn Modified Early Warning Scoring (NEWS) program and study the effects of implementing the program by focusing on both nurse's and patient's outcomes.

Research methodology: This research and development (R&D) was conducted between October 1, 2020 and May 31, 2021 by applying the System Theory and The Deming Cycle (PDCA). The subjects included 31 professional nurses and 220 neonatal patients. The research tools included NEWS assessment program, lesson plans, NEWS knowledge assessment, NEWS practice checklist, and nurses' satisfaction on using the NEWS program questionnaire. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, pair t-test, and Fisher's Exact test statistics.

Results: The results revealed that 1) the nurses' knowledge of the NEWS assessment after using the program was significantly higher than before using the program ($p < .001$), 2) the nurses' practice on the NEWS assessment was correct, passing with the average of 96.77 percent ($\bar{X} = 96.77$, S.D.= 7.47), 3) The overall satisfaction on utilizing NEWS assessment of the professional nurses was at the most satisfied, 4) After implementing the NEWS assessment program, the incidence of unplanned moving patients into the ICU decreased statistically significant ($p < .005$), and no incidence of requiring unplanned resuscitation (CPR) of the patient was found.

Conclusion: The NEWS program is effective for monitoring newborn patients' complications and help provide suitable care according to their conditions.

Implications: The NEWS program should be applied to assess neonatal patients in neonatal care facilities. Further research should be conducted in other affiliated healthcare institutions for newborns in all 13 healthcare service areas.

Keywords: newborn modified early warning scoring, neonate, unplanned moving to ICU, unplanned cardiopulmonary resuscitation

บทนำ

ทารกแรกเกิดเกือบทุกรายล้วนมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงจากในครรภ์มาสู่ภายนอก เนื่องจากระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์[1] จึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเพื่อให้ทารกปลอดภัยไม่เกิดอันตราย พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 1[2] ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและการดูแลอย่างทันท่วงที การประเมินอาการผิดปกติของทารกแรกเกิดที่ป่วย จำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางมาใช้ในการดูแล โดยใช้เครื่องมือสัญญาณเตือนเมื่อพบอาการผิดปกติ เพื่อให้การพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที จะช่วยลดอันตรายและทำให้ทารกแรกเกิดปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย[3-5]

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านโรคเด็ก พบว่าสถิติของผู้ป่วยทารกแรกเกิด[6] ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563 เฉลี่ยปีละ 1,000 ราย มีทารกที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดโดยไม่ได้วางแผน เฉลี่ยปีละ 6-8 ราย และมีทารกที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยไม่ได้วางแผน เฉลี่ยปีละ 1 ราย และบางปีพบว่ามีอุบัติการณ์การทำ CPR ในหอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนเฉลี่ยปีละ 1 ราย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS) ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แต่มีการใช้แบบประเมิน NEWS ในแผนกเด็กแรกเกิดที่คลอดโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาวิจัยเรื่องนี้เพื่อพัฒนาระบบงานบริการของภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กฯ ในการดูแลทารกแรกเกิดให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มพยาบาลทารกแรกเกิด และลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโดยไม่ได้วางแผนและลดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS)

2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS) แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ

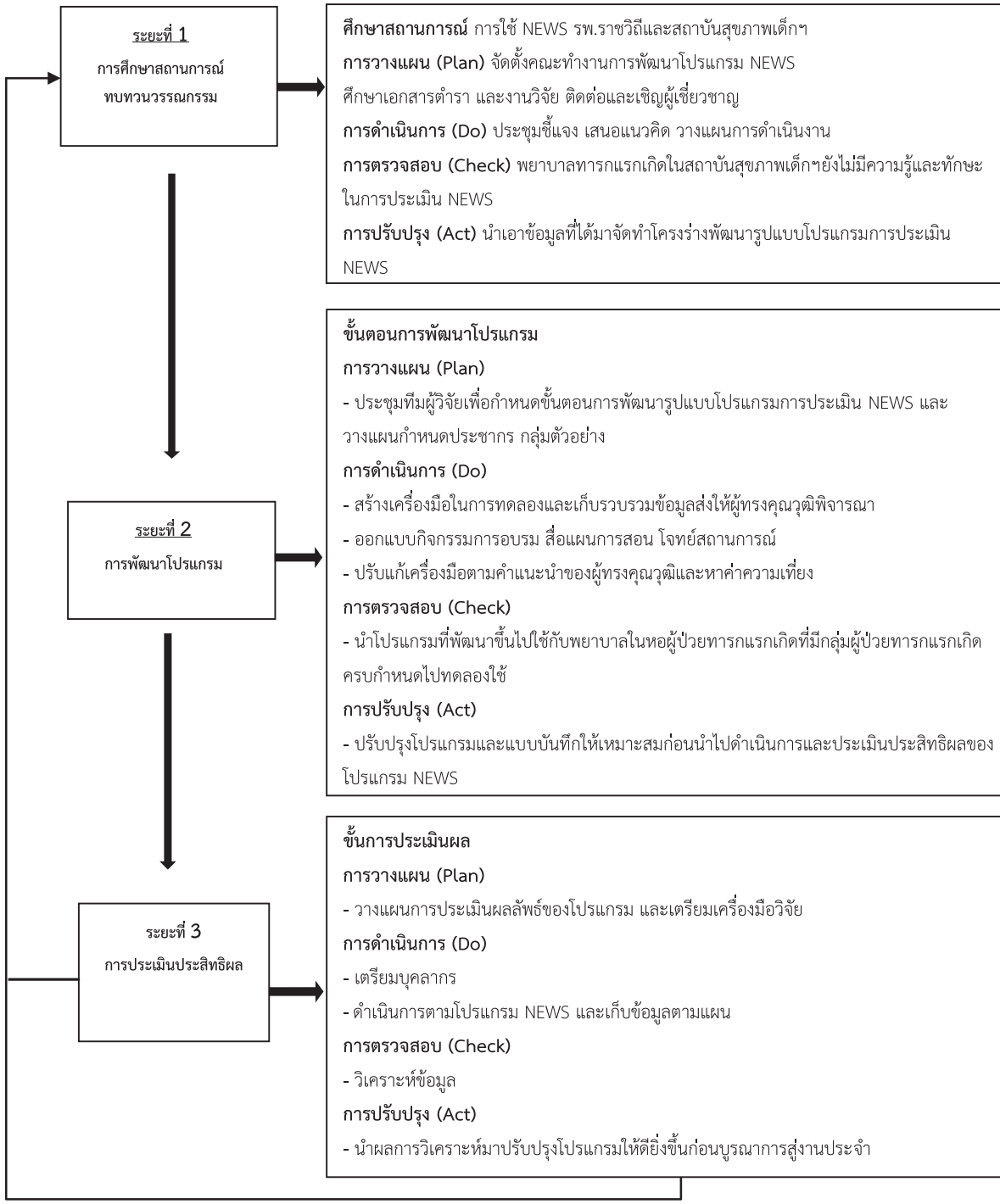
2.1 ผลลัพธ์ต่อพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม คือความรู้การปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS)

2.2 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนลดลงและอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ที่หอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา[7-9] (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ[10] ร่วมกับวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง[11] (Deming Cycle) มีปัจจัยนำเข้า (input) คือ 1) พยาบาล 2) ทารกแรกเกิดครบกำหนด 3) แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด[1,12-13] (NEWS) กระบวนการพัฒนาโปรแกรม (process) แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรม และการวางแผน 2) การพัฒนาโปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) 3) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม NEWS (ดังแผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบร่วมกับวงจรพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทารกแรกเกิด 2 หอผู้ป่วยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 31 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยทารกครบกำหนดที่มีปัญหาอายุรกรรม จำนวน 17 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด จำนวน 14 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเวรเช้า บ่าย หรือ ดึก ในระหว่างที่ทำการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ พยาบาลที่ลาออก หรือย้ายออก ก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย ผลการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 31 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ทารกแรกเกิดคลอดที่อายุครรภ์แรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ และพักอยู่ใน 2 หอผู้ป่วยของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 220 คน ได้แก่ ผู้ป่วยทารกครบกำหนดที่มีปัญหาอายุรกรรม จำนวน 154 ราย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด จำนวน 66 ราย โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power[14] โดยคำนวณจากสถิติไคสแคว์ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ .03[15] ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 และค่า Power เท่ากับ .95 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 220 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม (ได้รับการพยาบาลแบบเดิม) 110 คน และกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรม NEWS) จำนวน 110 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนด (อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์) จนอายุถึง 28 วัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ทารกที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563-30 กันยายน พ.ศ. 2563 จะถูกสุ่มแบบตามสะดวกเข้ากลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบเดิม) ก่อนใช้ NEWS มีจำนวน 110 คน และกลุ่มที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 สุ่มแบบสะดวกเข้ากลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรม NEWS) จำนวน 110 คน เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ทารกที่รับย้ายหลังการผ่าตัดยังไม่ได้ ในกรณีที่แต่ละ ICU จำนวนเตียงมีจำกัด 2) ทารกหลังการผ่าตัดที่ทีมวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัดประเมินว่าไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ มีปัญหาความผิดปกติของระบบไหลเวียนเนื่องจากเป็นผลกระทบหลักจากสาเหตุของโรคที่เป็นอยู่ 3) ทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) 4) ทารกที่มีภาวะวิกลรูป ทารกที่มีโครโมโซมผิดปกติรุนแรง 5) ทารกที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบเขียว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด เช่น เพศ น้ำหนักแรกเกิด วิธีการคลอด Apgar score ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และข้อมูลฝากครรภ์ เป็นต้น

2. แบบประเมิน NEWS ที่ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกาย 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) อัตราการหายใจ 4) ค่าความดันโลหิต 5) ค่าปริมาณออกซิเจนปลายนิ้ว 6) ระบบประสาท โดยแต่ละองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น มีการแบ่งระดับการให้คะแนน ดังนี้

- คะแนนรวม 1-2 คะแนน ให้บันทึกสัญญาณชีพต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง และ แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร
- คะแนนรวม 3-5 คะแนน หรือ มีข้อใดข้อหนึ่งที่มีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวรวางแผนให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30-60 นาที ถ้าคะแนนไม่ลดลงรายงานแพทย์ภายใน 30 นาที
- คะแนนรวม > 6 คะแนน หรือมีคะแนนข้อใดข้อหนึ่ง ที่มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวรรายงานแพทย์ทันที วางแผนให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพทุก 10-15 นาที

3. แบบประเมินความรู้เรื่องการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ประกอบด้วย ข้อคำถามสำหรับประเมินความรู้แบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้

0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงระดับความรู้เรื่องการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) สูง

4. แบบสังเกตการปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด เป็นแบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามโจทย์คำสั่งขณะที่เข้าสถานการณ์ (case scenarios) จำนวน 5 สถานการณ์ จะมีคะแนนเต็ม 14 คะแนน เกณฑ์ผ่านต้องได้ 11 คะแนน (ร้อยละ 80) ถือว่าผ่านเกณฑ์

5. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ดัดแปลงมาจากเฉลิมเกียรติ หรรษาจรูญโรจน์และคณะ[16] ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านเนื้อหา จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามด้านการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นระดับความพึงพอใจแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ โดย 5 หมายถึงระดับความพึงพอใจ มากที่สุด และ 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 โดยคะแนนที่สูง หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดและมารดา (2) แบบประเมิน NEWS มีค่า CVI 0.95 (3) แบบประเมินความรู้เรื่องการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) มีค่า CVI 0.93 (4) แบบสังเกตการปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด มีค่า CVI 0.90 (5) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) มีค่า CVI 0.95

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดสอบกับทารกป่วยรับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ (1) แบบประเมิน NEWS มีค่าความเที่ยง 0.95 (2) แบบสังเกตการปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด มีค่าความเที่ยง 0.90 (3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม NEWS มีค่าความเที่ยง 0.95 และ (4) แบบประเมินความรู้เรื่องการใช้โปรแกรม NEWS มี 4 ตัวเลือกจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.90 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.2-0.84 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .24 - .74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เอกสารรับรองเลขที่ REC.167/2563

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นทารกแรกเกิดได้ขอความยินยอมและลงนามในใบยินยอมจากบิดา/มารดาทุกราย จัดบรรยายถึงแนวคิด ทฤษฎี และให้ทำความเข้าใจกับคู่มือแนวทางปฏิบัติ ก่อนทำการศึกษา

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยมีการลงนามในใบยินยอมเป็นรายบุคคล

3. การนำเสนอข้อมูลและผลจากการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆต่อพยาบาลวิชาชีพและต่อเด็กป่วย

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) ด้วยกระบวนการ Plan Do Check Act โดยมีปัจจัย นำเข้า (input) คือ 1) พยาบาล 2) ทารกแรกเกิดครบกำหนด 3) แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด NEWS ขั้นตอนดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS โรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันสุขภาพเด็กฯ

และการวางแผน (Plan) จัดตั้งคณะทำงานการพัฒนาโปรแกรม NEWS ศึกษาเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ติดต่อและเชิญผู้เชี่ยวชาญ การดำเนินการ (Do) ประชุมชี้แจง เสนอแนวคิด วางแผน การดำเนินการพัฒนาโปรแกรม NEWS การตรวจสอบ (Check) พยาบาลทารกแรกเกิดในสถาบันสุขภาพเด็กฯ ยังไม่มีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS การปรับปรุง (Act) นำเอาข้อมูลที่ได้มาจัดทำโครงร่างพัฒนารูปแบบโปรแกรมการประเมิน NEWS

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม NEWS

การวางแผน (Plan) ประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อกำหนดขั้นตอนการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการประเมิน NEWS และวางแผนกำหนดประชากร กลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการ (Do) ทีมผู้วิจัยทบทวนรูปแบบ พัฒนาโปรแกรมการประเมิน NEWS Version 1 (Modified จากหน่วยงานทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ฉบับวันที่ 23 พ.ย. 61) และนำเครื่องมือผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดและมารดา แบบประเมิน NEWS แบบประเมินความรู้ NEWS แบบสังเกตการปฏิบัติ และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ NEWS ออกแบบกิจกรรมการอบรม สื่อการสอน แผนการสอน โจทย์สถานการณ์ และนำเครื่องมือมาหาค่าความตรงและความเที่ยง การตรวจสอบ (Check) นำโปรแกรมไปทดลองใช้ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดครบกำหนดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน การปรับปรุง (Act) นำโปรแกรมกลับมาปรับปรุงให้เหมาะสมโดยทำเป็น Version 2 ปรับปรุงแก้ไขให้ลงบันทึกได้สะดวก สังเกตได้ง่าย เห็นได้ชัดเจน โดยใช้การเติมแถบใส่สีลงในข้อมูลแต่ละช่วง ได้แก่ เขียว (1-2 คะแนน) เหลือง (3-5 คะแนน) แดง (≥6 คะแนน) ในแบบบันทึก เพื่อแยกระดับตามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ทำให้ใช้งานได้ง่ายขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการประเมิน NEWS หลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบปัญหาและนำมาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพดังนี้

การวางแผน (Plan) รวบรวมปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS วิเคราะห์ปัญหาในแต่ละขั้นตอน แล้วปรับปรุงแบบประเมิน NEWS มีคู่มือการใช้โปรแกรมและมีโปสเตอร์ให้เห็นชัดเจน และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ให้พร้อมนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาล และผู้ป่วย การดำเนินการ (Do) ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อเตรียมบุคลากร โดยทีมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลตอบแบบประเมินความรู้ฯ หลังจากนั้นทำการอบรมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน NEWS โดยสอนชี้แนะเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล หลังจากนั้นทำการประเมินความรู้และให้คะแนนการปฏิบัติโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติในการใช้อุปกรณ์ที่ใช้ประเมิน NEWS พยาบาลที่มีคะแนนการปฏิบัติผ่านเกณฑ์ จะนำแบบประเมิน NEWS ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยบันทึกอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ที่หอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผน การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563-31 พฤษภาคม 2564 ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ NEWS จำนวน 110 คน หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ NEWS การตรวจสอบ (Check) นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมตามผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ การปรับปรุง (Act) นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบประเมิน NEWS ให้ดียิ่งขึ้นก่อนบูรณาการไปใช้ในงานประจำต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS statistics version 22 โดย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ด้วยสถิติ pair t-test และคะแนนปฏิบัติ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรม โดยการแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU และอุบัติการณ์การทำ CPR ที่หอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผน ระหว่างกลุ่มควบคุม (ก่อนใช้ NEWS) และกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ด้วยสถิติการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยรายงานตามจุดประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS)

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ พบว่า พยาบาลแผนกเด็กแรกเกิดโรงพยาบาลราชวิถีสามารถใช้งานโปรแกรมการประเมิน NEWS ได้ดี ส่วนสถานการณ์ ด้านการดูแลทารกแรกเกิดในสถาบันสุขภาพเด็กฯ พบว่ายังไม่มีการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ปัจจัยด้านพยาบาลพบว่ายังขาดความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่มีได้ ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าจากสถิติของผู้ป่วยทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ 2559-2563 เฉลี่ยปีละ 1,000 ราย พบว่ามีทารกที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิดโดยไม่ได้วางแผน เฉลี่ยปีละ 6-8 ราย และมีทารกที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโดยไม่ได้วางแผน เฉลี่ยปีละ 1 ราย และบางปีพบว่ามีอุบัติการณ์ทำ CPR ในหอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนเฉลี่ย 1 ราย จึงได้นำเอาข้อมูลที่ได้มาจัดทำโครงร่างพัฒนารูปแบบโปรแกรมการประเมิน NEWS

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการประเมิน NEWS

แบบประเมิน NEWS ฉบับปรับปรุง ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกาย 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) อัตราการหายใจ 4) ค่าความดันโลหิต 5) ค่าปริมาณออกซิเจนปลายนิ้ว 6) ระบบประสาท โดยมีการให้คะแนนตามอาการที่ประเมินได้ดังนี้

Temperature (C°)	<35.4 or > 38.1	=	2	คะแนน
	35.5-36.4 or 37.6-38	=	1	คะแนน
	36.5-37.5	=	0	คะแนน
Heart rate (bpm)	<80 or >190	=	2	คะแนน
	81-100 or 150-189	=	1	คะแนน
	101-149	=	0	คะแนน
Respiratory rate (bpm)	< 25 or > 80	=	2	คะแนน
	26-30 or 61-79	=	1	คะแนน
	31-60	=	0	คะแนน
Blood pressure (mmHg)	SBP hypotension < 50	=	2	คะแนน
	SBP > 76, < 60, DBP>45, <31	=	1	คะแนน
	SBP 60-76 DBP 31-45	=	0	คะแนน
Color SpO2 (%	Dusky/Blue (ริมฝีปากเขียว) <90%	=	2	คะแนน
	90-94%	=	1	คะแนน
	Pink (ริมฝีปากแดง) >95%	=	0	คะแนน
Neuro ระบบประสาท	Seizures (ชักหรือกระตุก)	=	3	คะแนน
	Floppy/Difficult to Rouse (ตัวอ่อน/ไม่ค่อยตื่น/ซึม/ต้องกระตุ้น)	=	2	คะแนน
	Jittery/Irritable (ร้องกระวนกระวาย/ตื่นตัวมากกว่าปกติ)	=	1	คะแนน
	Active/wakes to feed (ขยับแขนขาตื่นตัวดี)	=	0	คะแนน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การอบรมใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ด้วยสถิติ pair t –test (n=31)

คะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	$\bar{X}$	SD.	t
ก่อนการอบรม	6	18	12	4.69	-5.468**
หลังการอบรม	18	29	23.5	2.23	

**p<.001

แบบประเมินในแต่ละด้าน มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-2 คะแนน ยกเว้นด้านระบบประสาท มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงมีความเสี่ยงน้อย คะแนนมากหมายถึงมีความเสี่ยงมาก โดยกำหนดแนวทางการจัดการจากคะแนนที่ประเมินได้ดังนี้

- คะแนนรวม 1-2 คะแนน ให้บันทึกสัญญาณชีพต่อเนื่องทุก 4 hr. และ แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร

- คะแนนรวม 3-5 คะแนน หรือ มีข้อใดข้อหนึ่งที่มีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวรวางแผนให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30-60 นาที ถ้าคะแนนไม่ลดลงรายงานแพทย์ภายใน 30 นาที

- คะแนนรวม > 6 คะแนน หรือมีคะแนนข้อใดข้อหนึ่ง ที่มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวรรายงานแพทย์ทันที วางแผนให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพทุก 10-15 นาที

การเตรียมบุคลากรในการใช้แบบประเมิน NEWS

จัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS แก่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาทารกแรกเกิดและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต สอนให้แก่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดทั้ง 2 หอผู้ป่วย จำนวน 31 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 3 ชั่วโมง จำนวนกลุ่มละ 10-11 ราย โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินการคือ แผนการสอนเรื่องการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รูปแบบการสอนบรรยายและสาธิตการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS โดยใช้เวลาในการสอน 3 ชั่วโมง โดยสอนบรรยาย 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยความรู้เรื่องประเมินผู้ป่วยทารกแรกเกิดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS) และ สอนสาธิต 1 ชั่วโมง

2. ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS)

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ก่อนการอบรมใช้โปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 18 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 12 คะแนน ส่วนหลังการอบรมใช้โปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ต่ำสุด 18 คะแนน คะแนนสูงสุด 29 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 23.5 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS พบว่าหลังการอบรมใช้โปรแกรม พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) (ดังตารางที่ 1)

2.2 คะแนนปฏิบัติของพยาบาลในการใช้อุปกรณ์และการประเมินโปรแกรมสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) หลังการอบรมพบว่าในภาพรวมคะแนนปฏิบัติของพยาบาลผ่านเกณฑ์ทุกโจทย์สถานการณ์ แต่ละฐานส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้องในฐานที่ 1-4 คิดเป็นร้อยละ 100 มีเพียงฐาน ที่ 5 คะแนนปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติถูกต้องจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 83.87 และปฏิบัติไม่ถูกต้องจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.13 ในภาพรวมพยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 96.77 ($\bar{X}$ = 96.77, S.D. = 7.47) และให้ปฏิบัติซ้ำพบว่าผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 คน

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้

โปรแกรมการประเมินการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.17, S.D. = 1.75) และในรายข้อพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 2-5 คะแนน

2.4 ผลการเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประเมินการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ก่อนการใช้โปรแกรมมีผู้ป่วยย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 0.073 และหลังการใช้โปรแกรมมีผู้ป่วยย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.01 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.035)

2.5 ผลการเปรียบเทียบการเกิดอุบัติการณ์การทำ CPR ที่หอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประเมินการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ก่อนการใช้โปรแกรมมีผู้ป่วยที่ทำ CPR โดยไม่ได้วางแผน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.02 และหลังการใช้โปรแกรมมีผู้ป่วยที่ทำ CPR โดยไม่ได้วางแผน จำนวน 0 คน ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .498)

อภิปรายผลการวิจัย

1. โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (Newborn Modified Early Warning Scoring: NEWS) ในพยาบาลทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีประสิทธิผลในการเพิ่มผลลัพธ์ต่อพยาบาล ได้แก่ ความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการใช้ NEWS และลดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตและอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่หอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนนั้น เนื่องจากโปรแกรม NEWS ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีการศึกษาปัญหาและสภาพการณ์และมีการทดลองใช้จริงในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทำให้มีความสอดคล้องกับบริบทของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อนำมาใช้ในการประเมินปัญหา ความต้องการ และความผิดปกติของทารกแรกเกิดทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม สามารถเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยมีเครื่องมือที่เป็นพารามิเตอร์ทางสรีระที่เกี่ยวข้องในการช่วยประเมินอาการก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลายองค์ประกอบร่วมกัน ทำให้สามารถวางแผนและจัดการกับภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงที[1,3-4,12-13] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Roland, Madar และ Connolly[13] ที่พบว่าการใช้แบบประเมิน NEWS ในการเฝ้าระวังทารกแรกเกิดช่วยให้การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของทารกได้อย่างถูกต้องและช่วยในการตัดสินใจเชิงคลินิกได้ดีและให้การดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็วเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ทฤษฎีระบบ[10] (System theory) ร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง[11] (Deming Cycle) ซึ่งได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการนำมาใช้ เป็นวงจรควบคุมคุณภาพ Plan→Do→Check→Act (PDCA) ทำให้กระบวนการพัฒนาดียิ่งขึ้น อย่างมีแบบแผน มีขั้นตอนและต่อเนื่อง ช่วยในการเสาะแสวงในการค้นหาปัญหาโดยไม่รอให้เกิดปัญหา นำมาวางแผนแก้ไขปฏิบัติตามที่ได้กำหนด มีการตรวจสอบแก้ไขใหม่ ให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพโดยไม่หยุดยั้งอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ต่อพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม คือความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมประเมิน NEWS ด้านความรู้พบว่าหลังการใช้โปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000) ด้านการปฏิบัติผ่านเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 96.77 และความพึงพอใจของพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.17, SD. = 1.75) สอดคล้องกับงานวิจัยของอรวิชชา ศรีขาวรส[17] พบว่าเป็นผลมาจากการใช้โปรแกรม PEWS (ศึกษาในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 15 ปี) ซึ่งประกอบด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ ทำแผนการสอน ฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ในการประเมินผู้ป่วยทารกแรกเกิด และฝึกทำโจทย์สถานการณ์ สอนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาทารกแรกเกิดและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

3. ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยด้านอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนหลังการใช้โปรแกรม NEWS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .035) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพรรณ ต้นอารีย์[18] เป็นผลมาจากการใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS สามารถเพิ่มความรู้ให้กับ

พยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] และสามารถปฏิบัติใช้โปรแกรมการประเมิน NEWS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับเครื่องมือประเมิน NEWS สามารถจำแนกค่าสัญญาณชีพได้ตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย จึงทำให้สามารถช่วยเหลือและรายงานแพทย์โดยทันที ด้านอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ที่หอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนหลังการใช้โปรแกรม NEWS ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .498$) อาจเนื่องมาจากก่อนใช้โปรแกรมพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้อง CPR โดยไม่ได้วางแผน เพียง 2 ราย และหลังการใช้โปรแกรมไม่พบผู้ป่วยที่ต้อง CPR ดังนั้นการใช้โปรแกรม NEWS สามารถลดอุบัติการณ์การทำ CPR โดยภาพรวมได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล

การใช้แบบประเมิน NEWS ในการเฝ้าระวังและให้การดูแลรักษาที่รวดเร็วเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็ว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้ อุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนและการทำ CPR ที่หอผู้ป่วย โดยไม่ได้วางแผนลดลง จึงควรนำการประเมิน NEWS มาใช้กับผู้ป่วยทารกแรกเกิดทุกราย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กำหนดเป็นนโยบายของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและจัดทำเป็นเอกสารบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนของผู้ป่วย

2. นำโปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) บรรจุในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (4 เดือน) สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่จัดอบรมประจำปีให้กับพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศที่มาอบรมจากเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขต

3. อบรมโปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด (NEWS) ให้กับพยาบาลทารกแรกเกิดทุกคนรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต การจัดการพยาบาล และมีการนิเทศทางคลินิกทุกเวร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยในการใช้โปรแกรมการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดอื่น ๆ ในเครือเขตบริการสุขภาพทั้ง 13 เขต เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการประเมิน NEWS ได้ดียิ่งขึ้น

References

1. Paliwoda M, New K, Bogossian F. Neonatal early warning tools for recognizing and responding to clinical deterioration in neonates cared for in the maternity setting: A retrospective case–control study. International Journal of Nursing Studies 2020;61:125-35.
2. Announcement of the Thailand. Nursing and Midwifery Council of Nursing Standard, 2019 As of 18th April, 2019. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF.
3. Mangchom M. Early warning sign: Suveillance of risk in NICU. In:Punnahitanon S (Editor). Practical Point Updates in Neonatal Care, Bangkok: Active Print Co.,Ltd. 2019;142-47. (in Thai)
4. Thongsawang N. Early warning sign. In: Punnahitanon S (Editor). Practical Point Updates in Neonatal Care, Bangkok: Active Print Co.,Ltd. 2019;148-61. (in Thai)
5. Jirapaet K, Jirapaet V. Neonatal health assessment. 2rd Edition. Bangkok: Suttha printing toll; 2008. (in Thai)
6. Statistical data in Queen Sirikit National Institute of Child Health 2020, Medical Record Work Queen Sirikit National Institute of Child Health. (cited 2020 Oct 1). (in Thai)
7. Semakhun C. Research and development model. Journal of science 2009;10:97-104.
8. Leungratanamart L, Turner K, Reunreang T, Rakkwamsuk S. Development of a Pedagogical Model to Promote 21st Century Skills of Nursing Students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018;3(2):127-38. (in Thai).
9. Hoy W, Miskel CG. Education Administration: Theory Reseach and Practice 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
10. Bertalanffy LV. Education Administration and the Behavioral–Sciences: A system Perspective. Boston: Allyn and Bacon, 1973.
11. Thailand Productivity Institute. PDCA. [cited 2020 May 1] Available from: https://www.ftpi.or.th/2015/2125
12. Mortenson N, Augustsson JH, Ulriksen J, Hinna UT, Schmolzer GM, Solevag Al. Early warning and tract and trigger system for newborn infant:A review. Journal of Child health Care 2017;21(1): 117-20.
13. Roland D, Madar J, Connolly G. The newborn early warning (NEW) system: development of an at-risk infant intervention system. Journal of Infant 2010;6(4):116-20.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner, A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39: 175-191.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (Revised Ed.); 1997.

16. Chalermkiat H, Kwanchai C, Kanthika A, Weenakan R. Student's satisfaction in learning media primavera 5.0 program at RMUTR. Modern Management Journal. 2010;8(2):81-94. (in Thai)
17. Srikhaorot O. Effect of using the standard of nursing care model for pediatric acute respiratory tract Infection with pediatric early warning system on professional nurses, satisfaction. [Thesis of faculty of nursing]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. (in Thai)
18. Tanaree J. The efficacy of the pediatric early warning score: PEWS in the pediatric ward at Kamphaeng Phet Hospital. Thai Journal of Pediatric 2016;55(3):196-201. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

The Effect of Self-Efficacy Promoting Program on Perceived Self-Efficacy and Behaviors in Prevention of Pressure Injury among Caregivers and Incidence of Pressure Injury in Dependent Patients

Received: Mar 21, 2021
Revised: Aug 8, 2021
Accepted: Aug 18, 2021

นอวาตี มะยิ, พย.ม. (Norwatee Mayi, M.N.S.)[1]
รัดใจ เวชประสิทธิ์, ปร.ด. (Ratjai Vachprasit, Ph.D.)[2]
วิภา แซ่เซี้ย, ปร.ด. (Wipa Sae-Sia, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแล และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดซ้ำสองกลุ่ม เก็บข้อมูลในผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแล 25 คู่แรก จัดเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และ 25 คู่หลัง จัดเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแล และแบบประเมินสภาพผิวหนังโดยโปรแกรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดรรชนีความตรงตามเนื้อหา .85 ถึง 1.0 ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแล กรณีผู้ป่วยได้รับอาหารทางปากและได้รับอาหารทางสายยาง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .76 ถึง .95 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินสภาพผิวหนัง โดยวัดความเท่าเทียมกันของการสังเกต มีค่า .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ สถิติทีอิสระ สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และสถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ

ได้รับเงินทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ประจำปีงบประมาณ 2562 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ E-mail: norwateemayi@gmail.com

[2]Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: ratjai.v@psu.ac.th

[3]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: wipa.sa@psu.ac.th

[1]Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University, Thailand

[2,3]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.23, 29.58}$ = 105.27, p< .001 และ $F_{1.11,26.55}$ = 112.72, p<. 001 ตามลำดับ) ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน ($F_{1,48}$ = 24.56, p< .001) และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 ($F_{1,48}$ = 14.54, p< .001) แตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับทั้งวันที่ 3 และวันที่ 7 หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 20) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .05 และ p= .05 ตามลำดับ)

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถส่งเสริมความมั่นใจและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรม แผลกดทับ ผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

Abstract

Introduction: Pressure injury (PI) is a major complication found among dependent patients. Caregivers play a pivotal role in preventing PI among these patients.

Research objective: To examine the effect of a self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy and behaviors in prevention of PI among caregivers and incidence of PI in dependent patients.

Research methodology: This study used a two-group quasi-experimental repeated-measure design and it was conducted among caregivers and dependent patients admitted in one tertiary care hospital, southern region of Thailand. The first 25 dependent patients and their caregivers were assigned to a control group and received usual care. The latter 25 dependent patients and their caregivers were assigned to an experimental group and received self-efficacy promoting program combined with usual care. Instruments used for data collection consisted of a Perceived Self-Efficacy to Prevent PI in Dependent Patients (PSEPPI-DPT) Questionnaire, a Behavior to Prevent PI in Dependent Patients (BPPI-DPT) Questionnaire, and a Skin Assessment Tool. The program and all instruments were tested for content validity by three experts, yielding a content validity index of .85 to 1.0. Reliability of the PSEPPI-DPT Questionnaire and the BPPI-DPT Questionnaire for oral feeding and nasogastric tube feeding yielded a Cronbach alpha coefficient of .76 to .95. Reliability of the skin assessment tool yielded inter-rater reliability of .80. Data were analyzed using descriptive statistic, Chi-square, Fisher's exact test, independent t-test, one-way repeated measures ANOVA, and two-way repeated measures ANOVA.

Results: Mean scores of perceived self-efficacy and behaviors of PI prevention among caregivers in the experimental group after day 3 during hospitalization and day 7 after discharge from a hospital were significantly higher than those at baseline ($F_{1.23, 29.58}$ = 105.27, p< .001; and $F_{1.11,26.55}$ = 112.72, p< .001, respectively). Mean scores of perceived self-efficacy and behaviors of PI prevention among caregivers after day 3 during hospitalization and day 7 after discharge from a hospital in the experimental group were significantly different from those of the control group ($F_{1,48}$ = 24.56, p< .001; and $F_{1,48}$ = 14.54, p< .001, respectively). Patients in the experimental group had less PI incidence on day 3 and day 7 after discharge from a hospital than that of the control group. However, there was no significant difference of this incidence between the groups (p = .05, and p = .05, respectively)

Conclusion: The self-efficacy promoting program can promote self-efficacy and PI prevention behaviors among caregivers who care for dependent patients during transitional phase from hospital to home.

Implications: Nurses are suggested to promote caregiver's self-efficacy and behaviors of PI prevention among dependent patients to decrease PI incidence.

Keywords: behavior, caregiver, dependent patient, pressure injury, self-efficacy

บทนำ

แผลกดทับ เป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกวัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคทางระบบประสาท มีการบาดเจ็บไขสันหลัง และพบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้มีความแข็งแรงของผิวหนังลดลง[1, 2] การศึกษาในสถานให้บริการดูแลระยะยาว (long term care) ในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 31-98 ปี ที่ได้รับการดูแลตามปกติ (standard of care) พบอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 21.80[3] และสามารถพบในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงนานเกิน 7 วัน ได้ถึงร้อยละ 62.50[4] การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 47.60 โดยการเกิดแผลกดทับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .427, p<.05; β= .324, p< .001 ตามลำดับ)[5]

การเกิดแผลกดทับก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ[6] ขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ อย่างไรก็ตาม การป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้นมีความซับซ้อนและมีรายละเอียดมาก ผู้ดูแลจึงควรได้รับการฝึกฝนทักษะการดูแลจนเกิดความชำนาญ การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบประเด็นสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความมั่นใจและปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ถูกต้อง[7] การศึกษาเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา พบว่า ในกลุ่มที่มีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับมากกว่า

ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการดูแลโดยรวมต่ำกว่าผู้ดูแลในกลุ่มที่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับน้อยกว่า[8] หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จึงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลในเรื่องการประเมินสภาพผิวหนัง การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสีและแรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการ และการดูแลสภาพผิวหนัง[9]

ที่ผ่านมา มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาโดยอาศัยใช้กรอบแนวคิดต่าง ๆ ได้แก่ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ซึ่งเป็นแนวความคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองเพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง[10, 11] การใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่มุ่งส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนการลงมือปฏิบัติ[8] รวมถึงมีการใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bandura เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[12] ซึ่งในปี ค.ศ. 1997 Bandura[13] ได้เสนอทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้ บุคคลนั้นก็จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และการได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[13] เป็นแนวคิดที่ต่างจากแนวคิดอื่น ๆ ที่กล่าวมา ตรงการมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองโดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถผ่านการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย การศึกษาที่นำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura ใปใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คู่ โดยเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองและในระยะติดตาม ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบและแผลกดทับ[12] อย่างไรก็ตาม ควรมีการยืนยันผลการศึกษานี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรม เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจสรุปอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[13] มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมฯ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura[13] กล่าวถึงความเชื่อหรือความมั่นใจที่บุคคลมีต่อตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ได้ บุคคลนั้นก็จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นได้โดยอาศัยข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมสรรถนะแห่งตนจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องแนวทางการป้องกันแผลกดทับ[14] ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลผิวหนัง 2) การดูแลภาวะโภชนาการ 3) การเปลี่ยนท่าทาง และ 4) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล โดยจัดกิจกรรมให้มีแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ร่วมกับมีเนื้อหาของกิจกรรมครอบคลุมตามแนวทางการป้องกันแผลกดทับ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 3 และวันที่ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองที่ผู้ดูแลได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ และกลุ่มควบคุมที่ผู้ดูแลได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 3 และวันที่ 7 ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (two-group-quasi-experimental design) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาและผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะพึ่งพา โดยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ไม่มีแผลกดทับตามร่างกายมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต

2. ผู้ดูแล มีอายุ 18-60 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรองของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยอาจเป็นบุตร บิดามารดา คู่สมรส ญาติ หรือบุคคลอื่นที่ดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน สามารถรับรู้ เข้าใจ อ่านและพูดคุยภาษาไทยได้ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน และเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง[2] ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แล้วนำไปเปิดตารางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง[15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล จำนวน 25 คนต่อกลุ่ม รวม 50 คน และเป็นผู้ป่วย จำนวน 25 คนต่อกลุ่ม รวม 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 25 คนแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุมที่ผู้ดูแลได้รับการดูแลแบบปกติ และผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 25 คนหลัง จัดเป็นกลุ่มทดลองที่ผู้ดูแลได้รับการดูแลปกติเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ โดยมีการจับคู่ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องของอายุ โดยอายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ และจับคู่ผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องของอายุ โดยอายุมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura[13] ประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแล ได้แก่ การประเมินปัญหาสุขภาพและการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล การประเมินความเครียดและการให้คำแนะนำวิธีการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งหากพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยกัน (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยผู้วิจัยนำเสนอวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้วยการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลโดยใช้แผ่นพลิก และการให้ผู้ดูแลศึกษาวิธีการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับจากคู่มือเรื่อง “การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการป้องกันแผลกดทับ[14] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ประกอบด้วย 1) การดูแลผิวหนัง 2) การดูแลภาวะโภชนาการ 3) การเปลี่ยนท่าทาง และ 4) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ โดยผู้วิจัยนำเนื้อหาในแผ่นพลิกไปให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในระหว่างการทำกิจกรรม และให้ผู้ดูแลศึกษาและนำคำแนะนำในคู่มือไปใช้กับผู้ป่วย โดยผู้ดูแลสามารถนำคู่มือไปศึกษาต่อภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ร่วมถึงการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลชมวิดิทัศน์ที่แสดงถึงการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยรายอื่นในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้สำเร็จ (3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยโดยตรงด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัย ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การดูแลผิวหนัง 2) การดูแลภาวะโภชนาการ 3) การเปลี่ยนท่าทาง และ 4) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ และให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดประสบการณ์ตนเองที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้จริง (4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยตนเอง ให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ถูกต้อง โดยเริ่มจัดกิจกรรมตามโปรแกรมตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และใช้เวลาจัดกิจกรรมจนเสร็จสิ้นจำนวน 3 วัน วันละประมาณ 4–5 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 8.00-16.00 น. โดยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ คู่มือและแผ่นพลิกที่มีเนื้อหาเรื่อง “การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา” และสื่อวิดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดรรชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .95, .87 และ 1.0 ตามลำดับ

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และผู้ดูแล 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4 ด้าน คือ (1) การดูแลผิวหนัง (2) การดูแลเรื่องโภชนาการ แบ่งเป็นกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก และกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยาง (3) การเปลี่ยนท่าทาง และ (4) การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ แบบสอบถามกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก มี 23 ข้อ และกรณีผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง มี 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (rating scales) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย จนถึง 3 หมายถึง มั่นใจอย่างยิ่ง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่า CVI เท่ากับ .89 และวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากและกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยาง มีค่าเท่ากับ .91 และ .83 ตามลำดับ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผล

กดทับ 4 ด้าน ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แบบสอบถามกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก มี 22 ข้อ และกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง มี 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จนถึง 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มีค่า CVI เท่ากับ .85 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากและกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยาง มีค่าเท่ากับ .95 และ .76 ตามลำดับ และ 4) แบบประเมินสภาพผิวหนัง พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยภาพแสดงตำแหน่งของผิวหนังที่เกิดแผลกดทับ ระดับของการเกิดแผลกดทับ มี 6 ระดับ และลักษณะของแผลกดทับในแต่ละระดับ[16] เพื่อนำไปให้ผู้ดูแลทำการประเมินโดยเปรียบเทียบกับสภาพผิวหนังจริงของผู้ป่วย และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกโดยการสอบถามผ่านโทรศัพท์และแอพพลิเคชั่นไลน์ (line) มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 และมีค่าความเที่ยงจากการวิเคราะห์ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (interrater reliability) ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2020 – NSt 006) และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ (7/2563)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเป็นลำดับแรก และกลุ่มทดลองเป็นลำดับถัดมา โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามปกติเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น จำนวน 3 วัน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมในระหว่างการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยตามการพยาบาลแบบปกติ จากพยาบาลปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ซึ่งได้แก่ การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน การเตรียมบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และการเตรียมอุปกรณ์ในการจัดท่าทาง โดยพยาบาลปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายจะให้ความรู้และสาธิตให้ผู้ดูแลสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะในครั้งแรกของการสาธิต และอาจให้มีการฝึกซ้ำหากผู้ดูแลยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้

กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยตามการพยาบาลแบบปกติ ร่วมกับการได้ปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ร่วมกับผู้วิจัย โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนครบ 3 วัน โดยในวันที่ 1 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้งหมด โดยจัดให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในแต่ละวัน ส่วนในวันที่ 2 และวันที่ 3 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามแบบแผนของโปรแกรมฯ ในวันที่ 1 โดยให้มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำร่วมกับผู้วิจัยจนเกิดความชำนาญ หากมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับคำแนะนำในวันที่ 1 และวันที่ 2 ผู้ดูแลสามารถสอบถามวิธีการแก้ไขปัญหาจากผู้วิจัยจนสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดได้ และผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้จนสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 3 และวันที่ 7 หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ในวันแรกก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และวันที่ 7 หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ดูแลส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ด้วยซองจดหมายติดแสตมป์ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ สำหรับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย จะได้รับการประเมินในวันที่ 3 และ 7 หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลเป็นผู้ถ่ายรูปผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณที่เกิดแผลกดทับและส่งให้ผู้วิจัยผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ และผู้วิจัยจะเป็นผู้ประมินระดับของแผลกดทับ กรณีพบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ถึงผู้ดูแลเพื่อสอบถามปัญหาและแนะนำเรื่อง การดูแลผิวหนัง การดูแลภาวะโภชนาการ การเปลี่ยนท่าทาง และการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับเพิ่มเติม รวมถึงส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบต่อไป เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองในแต่ละกลุ่มผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการศึกษาให้ผู้ดูแลทราบและแสดงความขอบคุณผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test และสถิติ Independent t-test ตามระดับการวัดและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Two-way repeated measures ANOVA โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว พบว่า ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุม ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการกระจายเป็นโค้งปกติ แต่มีความแปรปรวนระหว่างการวัดซ้ำแตกต่างกันทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงแปลผลด้วยค่าสถิติของ Greenhouse-Geisser Statistic และปรับลดระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมติฐานจากระดับ .05 เป็นระดับ .025[17] และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทั้งสองภายในกลุ่มรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni สำหรับการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 3 และ 7 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76 และร้อยละ 88 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 65.10 ปี (SD = 16.00) และ 65.48 ปี (SD. = 14.73) ตามลำดับ มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 3.8 คะแนน (SD = 1.35) และ 3.8 คะแนน (SD = 1.87) ตามลำดับ เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและโรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.11 กก./ตร.ม. (SD. = 2.57) และ 22.29 กก./ตร.ม. (SD. = 3.91) ตามลำดับ และรับประทานอาหารทางปาก คิดเป็นร้อยละ 76 และร้อยละ 64 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05)

2. คุณลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72 และร้อยละ 60 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 39.44 ปี (SD. = 12.41) และ 40.36 ปี (SD. = 11.46) ตามลำดับ มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 64 และ 44 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาน้อยกว่า 5 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 88 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05)

3. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ภายหลังได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนการทดลอง (M = 1.75, SD. = 0.55) หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน (M = 2.57, SD. = 0.25) และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 (M = 2.85, SD. = 0.12) สูงกว่าก่อนการทดลอง ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนการทดลอง (M = 1.89, SD. = 0.43) หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน (M = 1.86, SD. = 0.47) และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 (M = 1.92, SD. = 0.43) ใกล้เคียงกันทั้ง 3 ช่วงเวลา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 (n = 50)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
กลุ่มทดลอง					
เวลา	16.35	1.23	13.26	105.27[a]	< .001
ความคลาดเคลื่อน	3.73	29.58	0.12		
กลุ่มควบคุม					
เวลา	0.04	2.00	0.02	0.69[b]	.504
ความคลาดเคลื่อน	1.32	48.00	0.03		
พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ					
กลุ่มทดลอง					
เวลา	34.02	1.11	30.76	112.72[C]	< .001
ความคลาดเคลื่อน	7.24	26.55	0.27		
กลุ่มควบคุม					
เวลา	0.12	1.31	0.09	0.61[C]	.48
ความคลาดเคลื่อน	4.70	31.51	0.15		

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

[a] = Greenhouse-Geisser correction, [b] = Sphericity Assumed

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลา พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.23,29.58}$ = 105.27, p< .001) ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ช่วงเวลา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,48}$ = 0.69, p = .05, ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Bonferroni พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในแต่ละคู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ (p < .001) (ตารางที่ 2)

3.2 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ

ภายหลังได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน (M = 3.41, SD. = 0.12) และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 (M = 3.72, SD. = 0.10) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 2.16, SD. = 0.15) ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ก่อนทดลอง (M = 2.58, SD. = 0.15) หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน (M = 2.51, SD. = 0.12) และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 (M = 2.48, SD. = 0.10) ใกล้เคียงกันทั้ง 3 ช่วงเวลา

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ก่อนทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.11,26.55}$ = 112.72, p< .001) ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ทั้ง 3 ช่วงเวลาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.31,31,51}$ = 0.61, p= .48) (ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ (p< .001) (ตารางที่ 2)

4. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$ = 24.56, p< .001) และยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเวลากับตัวแปรกลุ่มยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 เป็นรายคู่ (n = 50)

ระยะการวัด	ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		
ก่อนการทดลอง-หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน	0.82*	0.03
ก่อนการทดลอง - หลังการจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7	1.10*	-0.03
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน- หลังการจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7	0.28*	-0.06
พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ		
ก่อนการทดลอง-หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน	1.25*	0.03
ก่อนการทดลอง - หลังการจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7	1.56*	0.07
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน- หลังการจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7	-0.31*	0.10

*p< .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 50)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
ระหว่างกลุ่ม (group)	9.30	1.00	9.30	24.56	< .001
ความคลาดเคลื่อน	18.18	48.00	0.38		
ภายในกลุ่ม (Time)	8.34	1.53	5.45	79.31[C]	< .001
ความคลาดเคลื่อน	5.05	73.41	0.07		
ภายในกลุ่ม * ระหว่างกลุ่ม					
Time x Group	8.05	1.53	5.26	76.53[C]	< .001
Error	5.05	73.41	0.07		
พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ					
ระหว่างกลุ่ม (Group)	12.38	1	12.38	14.54	< .001
ความคลาดเคลื่อน	40.88	48	0.85		
ภายในกลุ่ม (Time)	15.06	1.27	11.89	60.54[C]	< .001
ความคลาดเคลื่อน	11.94	60.80	0.20		
ภายในกลุ่ม * ระหว่างกลุ่ม					
Time x Group	19.08	1.27	15.06	76.67[C]	< .001
Error	11.94	60.80	0.20		

SS = Sum square, df = degree of freedom, MS = Mean square,

[C] = Greenhouse-Geisser Statistic

($F_{1.53,73.41}$ = 76.53, p< .001) (ตารางที่ 3) เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) (ตารางที่ 4)

4.2 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,48}$ = 14.54, p< .001) และยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเวลากับตัวแปรกลุ่มก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($F_{1.27,60.80}$ = 76.67, p< .001) (ตารางที่ 3) เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 เป็นรายคู่ (n = 50)

ช่วงเวลา	ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		
ก่อนการทดลอง	-0.14	.31
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน	0.71	< .001
วันหลังการจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7	0.93	< .001
พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ		
ก่อนการทดลอง	-0.42	.05
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน	0.90	< .001
หลังการจำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7	1.24	< .001

5. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม หลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 3 และวันที่ 7

ผลการศึกษา พบว่า ในวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลอง ไม่พบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20) โดยพบในผู้ป่วยรายเดิมในการประเมินทั้งสองครั้ง และไม่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น พบว่า ในวันที่ 3 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเกิดแผลกดทับระดับที่ 1 จำนวน 4 คน และระดับที่ 2 จำนวน 1 คน ส่วนในวันที่ 7 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมยังคงมีแผลกดทับระดับที่ 1 จำนวน 1 คน ส่วนระดับที่ 2 จำนวน 4 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ในวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .05 และ p= .05 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ก่อนทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ทั้ง 3 ช่วงเวลา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Bandura[13] จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยผู้ดูแลได้รับการเตรียมตัวให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์เป็นเวลา 3 วัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ที่พร้อมสำหรับการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทั้งจากแผ่นพลิก คู่มือ และวิดิทัศน์ ทำให้ผู้ดูแลได้เห็นภาพจริงหรือเสมือนจริง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ มองเห็นภาพของการดูแล จึงสามารถ

แสดงพฤติกรรมการดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และการให้ผู้ดูแลได้ประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติการดูแลจริงด้วยตนเอง ร่วมกับการได้รับคำชมเชยและกำลังใจจากผู้วิจัย ทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความพยายาม และสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยทำการติดตาม ให้คำแนะนำ และร่วมกันแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านในระยะแรก ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความมั่นใจและรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงกระทำพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[18]

2. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยิ่งเพิ่มสูงขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 7 และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน และหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Bandura[13] ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura[13] นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] และอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการฟื้นฟูสภาวะทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20]

3. ผลการศึกษา พบว่า ไม่พบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในกลุ่มทดลอง ทั้งในวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มควบคุม พบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20) โดยเป็นผู้ป่วยรายเดิมในการประเมินทั้งสองครั้ง โดยพบว่าในวันที่ 7 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 3 คนมีระดับของแผลกดทับรุนแรงขึ้น ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ความมั่นใจ และปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกิดแผลกดทับแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ดูแลจะได้รับการสอนแนะนำและสาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยในวันแรกรับ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วย ก่อนวันที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 วัน รวมถึงการไม่มีระบบการติดตามให้การสนับสนุนในระยะแรกภายหลังจากการที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจต่อความสามารถของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับได้ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเกิดแผลกดทับตามมาได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุมในวันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มากเพียงพอ และระยะเวลาในการประเมินผลไม่ยาวนานเพียงพอที่จะทำให้เห็นความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับที่ชัดเจน ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน

จากโรงพยาบาลสู่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และกระทำพฤติกรรมในการป้องกันภาวะปอดอักเสบและการเกิดแผลกดทับเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดอักเสบและแผลกดทับหลังกลับบ้านไปในระยะ 28 วันได้[12] และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่างของน้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$)[21]

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาที่พัฒนาขึ้นโดยมีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลได้เห็นตัวแบบ การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองซ้ำๆ และการใช้คำพูดชักจูง ให้กำลังใจให้ผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการดูแลผิวหนัง การดูแลภาวะโภชนาการ การเปลี่ยนท่าทาง และการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านในระยะสัปดาห์แรก ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดโอกาสเกิดแผลกดทับหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลปกติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนและมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านในระยะแรกในผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพามาก่อน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ยังคงพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและภาวะปอดติดเชื้อ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงมีติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

3. ควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ดูแลเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

References

1. Thaipradit S, Sae-Sia W, Traniwattananon P. Impact of a skin humidity control programme on skin integrity and pressure ulcers in elderly patients with pressure ulcer risks. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(1):43-54. (in Thai).
2. Hajhosseini B, Longaker MT, Gurtner GC. Pressure injury. Annals of Surgery. 2020;271(4):671-9.
3. Stone A. Preventing pressure injuries in nursing home residents using a low-profile alternating pressure overlay: a point-of-care trial. Advances in Skin & Wound Care. 2020;33(10).
4. Jirandorn S. Effectiveness of protocol for pressure sore prevention. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2015;30(1):57-69. (in Thai).
5. Suttupong C, Sindhu S. Predicting factors of depression in older people post-stroke in urban communities. Journal of Nursing Science 2012;30(1):28-39. (in Thai)
6. Repić G, Ivanović S. Pressure ulcers and their impact on quality of life. Acta Medica Medianae 2014;53(4):75-80.
7. Pitthayapong S. Situations, Problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. Thai Red Cross Nursing Journal 2018;11(2):26-39. (in Thai).
8. Usahapiriyakul S, Changmai S, Leehalakul V. The Effects of caring program on caregiver's operational capabilities of pressure ulcer prevention in dependent older patients at risk group. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019;27(4):21-31. (in Thai).
9. Pheetarakorn P. Nursing care of the patients with pressure injury: nurse's role. Hua Hin Medical Journal 2021;6(1):1-18. (in Thai).
10. Trithavin U. The effects of caregivers empowerment program on performance of bedridden elderly care in Bangban district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018;8(2):268-80. (in Thai).
11. Sakgiam C. The effect of empowerment program on caregiver's pressure ulcer prevention behaviorsfor elderly patientwith hip fracture in an orthopedic ward. Region 11 Medical Journal 2017;31(1):171-8. (in Thai)
12. Piyahiran C, Kasipul T, Prasertsong C. Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. HCU Journal of Health Science 2018;22(43-44):130-42. (in Thai).
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W H Freeman; 1997.
14. Haesler E, editor. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
16. Grada A, Phillips T. Pressure ulcers get new terminology and staging definitions. Nursing 2017;47(3): 68-9.

17. Keppel G. Design and analysis: A researcher's handbook: Prentice-Hall, Inc; 1991.
18. Phimsri N, Chomnirat W. Effects of self- efficacy enhancement program on food consumption behaviors among patients with uncontrolled diabetes mellitus. Journal of Nursing and Health Care 2016;34(3):25-31. (in Thai).
19. Thavongul S, Somkid Prabpai PD. Effects of stress management program applied self-efficacy theory on stress from first nursing practical among student nurses, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University. Journal of Health and Nursing Research. 2021;37(1):193-205. (in Thai).
20. Yuwapornpanit R, Thiangtham W, Powwattana A. The effects of the skill development program for physical rehabilitation in health volunteer for stroke survivors in the urban community of Bangkok Metropolitan. Journal of Health and Nursing Research 2021;31(1):88-98. (in Thai).
21. Sandee T. The effects of self-efficacy enhancement program on health promotion behaviors, body weight, and fasting plasma glucose among pre-diabetes in the community [Master thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai).

บทความวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดและการล้างไตทางช่องท้อง

Comparative Study of Quality of Life between Elders Underwent Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Received: Jun 24, 2020
Revised: Dec 20, 2020
Accepted: Dec 29, 2020

สาคร อินโท่โล่ ปรด. (Sakorn Intolo, Ph.D.)[1]
มัณฑนา เพชรคำ พย.ม (Mantana Petkham, M.N.S.)[2]
ลาวัณย์ เพชรคำ พย.บ. (Lawan Petkham, B.N.S)[3]
กรวิกา พรมจวง ปรด. (Kornwika Phromjuang, Ph.D.)[4]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตวายระยะท้ายถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตค่อนข้างสูงเนื่องจากมีความเชื่อและทัศนคติเชิงลบต่อการบำบัดทดแทนไต การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายระยะท้ายซึ่งได้รับการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธีจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและตระหนักถึงเป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดทดแทนไต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตวายระยะท้าย จำนวน 126 คน ที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง โดยเข้ารับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (M1) แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2562 โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 9-THAI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบที

ผลการวิจัย: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($\bar{X}$ = 37.58, S.D. = 15.02) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง ($\bar{X}$ = 28.23, S.D. = 14.67) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจของกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($\bar{X}$ = 33.67, S.D. = 19.25) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง ($\bar{X}$ = 34.05, S.D. = 16.45) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่า ทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

[1] *Corresponding author พยาบาลชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: s_intolo@yahoo.co.th*

[2,3] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร E-mail: mpetkam2010@hotmail.com; lawa09@hotmail.com*

[4] *พยาบาลชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธชิณราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: kornwika2008@gmail.com*

[1] *Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.*

[2, 3] *Sawang Dandin Crown Prince Hospital Sakon Nakhon Province, Thailand.*

[4] *Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health,Thailand*

สรุปผล: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้องมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง

คำสำคัญ: การศึกษาเปรียบเทียบ การบำบัดทดแทนไต คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Abstract

Introduction: End-Stage Renal Disease (ESRD) is a health problem that has a significant impact on patient's Quality of Life (QOL), especially among elders who relatively high reject a Renal Replacement Therapy (RRT) due to their negative beliefs and attitudes towards the RRT. A study of the QOL of elder patients with ESRD receiving RRT will help them understand and realize the important goals of the RRT.

Research objectives: To compare the elder's QOL with ESRD underwent Hemodialysis (HD) and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD).

Research methodology: This study employed a descriptive cross-sectional design. Participants were elders with ESRD (n = 126) who visited a Middle-level hospital (M1) in the Northeastern region of Thailand. A simple random sampling technique was used to recruit the participants. Data were collected in June 2019 using a 9-THAI QOL questionnaire. Data were analyzed using independent t-test.

Results: Findings revealed that most of the elders' QOL on a physical health aspect underwent the HD ($\bar{X}$ = 37.58, S.D. = 15.02) and CAPD ($\bar{X}$ = 28.23, S.D. = 14.67) were in a good level. Most of the elder's QOL on a mental health aspect underwent the HD ($\bar{X}$ = 33.67, S.D. = 19.25) and CAPD ($\bar{X}$ = 34.05, S.D. = 16.45) were also in a good level. Also, between-group significant difference of QOL in both physical and mental health aspects was found ($p < 0.05$).

Conclusions: QOL physical and mental health aspects of the elderly who received RRT (hemodialysis and peritoneal dialysis) were different. Therefore, promoting QOL of the elderly was an important goal of providing healthcare services for older people.

Implications: The results of this study would be beneficial for healthcare service improvement to promote QOL among the elders with ESRD underwent the RRT on both HD and CAPD.

Keywords: comparative study, renal replacement therapy, quality-of-life, older person

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในระยะเวลาอันรวดเร็ว[1] ซึ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุท้าทายต่อบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐอย่างยิ่งในการเตรียมรับมือกับความต้องการด้านการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพราะการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยย่อมส่งผลให้งบประมาณในการดูแลสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงขึ้น[2] โดยเฉพาะโรคไตวายระยะท้าย (End stage renal disease: ESRD) ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก[3] จากไตสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) หรือเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplant: TK)[4] ในอนาคตคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคไตวายระยะท้ายจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคหลายประการเมื่อเทียบกับวัยอื่น เช่น กระบวนการชราภาพที่ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลงอันเนื่องมาจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตลดลง โครงสร้างการทำหน้าที่ของไตจะลดลงถึงร้อยละ 50 เมื่อบุคคลเข้าสู่ช่วงอายุ 70 ปี[5] นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพในช่วงชีวิตที่ผ่านมาหรือการมีโรคเรื้อรังร่วมในระยะก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุย่อมส่งผลต่อการทำงานของไตลดลงและนำไปสู่โรคไตวายระยะท้าย[6] จากแนวโน้มดังกล่าวการวางแผนการบริการสุขภาพที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคไตวายระยะท้ายจึงเป็นประเด็นที่หน่วยบริการสุขภาพต้องให้ความสำคัญ

คุณภาพชีวิตเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจและของสังคม เป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิต โดยจะสัมพันธ์กับความคาดหวัง เป้าหมายของบุคคล วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม[7] ซึ่งผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายต้องมีการปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการดำเนินโรคให้สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาเพื่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ดังเช่นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตมีความสามารถในการช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้ดี ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องต่างมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นในช่วงเวลาที่ทำการฟอกไตและล้างไต จะเห็นได้ว่าการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธีจึงส่งผลต่อผู้ป่วยต่างกัน[8] และผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีสิทธิ์ในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสิทธิ์การรักษาเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตเนื่องจากมีความเชื่อและทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตในเชิงลบ เช่น การมีความเชื่อว่าอายุมากแล้วเมื่อทำการฟอกไตจะส่งผลให้เสียชีวิตได้[9] การฟอกไตทำให้ชีวิตอยู่ในภาวะพึ่งพิงและชีวิตที่เหลืออยู่ต้องทุกข์ทรมาน[10] ประเด็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธีจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยสะท้อนให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองตามหลักวิชาการและเข้าใจจุดมุ่งหมายสำคัญของการบำบัดทดแทนไต และข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายในงานวิจัยต่างประเทศ ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[11-13] และมีบางรายงานระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าผู้ป่วยล้างไตด้วยทางช่องท้อง[14] ส่วนงานวิจัยในประเทศไทย มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนไต ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนไตมีสูงกว่าผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง[8] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน[3] จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไตวายระยะท้ายพบการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลประคับประคองโดยผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มฟอกเลือด

สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลประคับประคอง[15] บางการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับการฟอกไตไม่มีความแตกต่างกัน[16] นอกจากนี้การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้องพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน[17] ส่วนการศึกษาของไทยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไตวายระยะท้ายที่บำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธีต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกันในบางประเด็น เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีความแตกต่างกัน คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน หรือวิธีการคิดคะแนนและการแปลผลคะแนนที่แตกต่างกัน การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายจึงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดและขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไตวายระยะท้ายระหว่างกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้อง โดยศึกษาในหน่วยบริการโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (M1) ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการคือผู้สูงอายุ และหน่วยงานมีความต้องการพัฒนาบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ[18] การศึกษานี้ใช้เครื่องมือแบบสอบถามสถานะสุขภาพ 9-THAI (9-item Thai Health status Assessment Instrument)[19] ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สมาคมพยาบาลโรคไตส่งเสริมให้มีการใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไตทั่วประเทศ ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และกลุ่มได้รับการบำบัดด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มได้รับการบำบัดด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายที่รักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 183 คน ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน โดยเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (M1)[18]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการล้างไตทางช่องท้อง และเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือนมิถุนายน 2562

โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่รับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
2. เป็นผู้ป่วยที่การรักษาบำบัดทดแทนไตเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้
4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการรักษา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane[20]

จากสูตร $n = \frac{N}{1+ Ne^2}$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร 183 คน

e คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (เท่ากับ 0.05)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 126 คน จึงแบ่งเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 63 คน และกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยเครื่องไตเทียม เป็น 63 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ทั้งหมดและอยู่ภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดการศึกษาวิจัยมาสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) โดยเขียนเลขโรงพยาบาล (Hospital number: HN) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใส่ในกล่องและจับฉลากเข้ากลุ่มครั้งละ 1 ราย จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ที่มาของรายได้ เศรษฐานะของครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคร่วม ระยะเวลาในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 9-THAI[19] เป็นแบบสอบถามที่มีคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 มิติ และคำถามประเมินภาพรวมอีก 2 ข้อ ดังนี้ 1) การเคลื่อนไหว (Mobility) 2) การดูแลตนเอง (Self-care) 3) การทำงานนอกบ้านและในบ้าน (Usual work) 4) ความเจ็บป่วยไม่สบาย (Illness/discomfort) 5) ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (Anxiety/depressed) 6) สังคม (Social functions) 7) การมีสมาธิ/จดจำ (Cognition) และคำถามประเมินภาพรวม 2 ข้อ คือ 8) เปรียบเทียบสุขภาพในปัจจุบันกับปีที่แล้ว และ 9) เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน จากทั้งหมด 7 มิติ รวมคะแนนเป็น 2 ด้าน คือ คะแนนสุขภาพกาย (Physical health score; PHS) และคะแนนสุขภาพใจ (Mental health score; MHS) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (1) ไม่มีเลย คะแนน = 5 (2) เล็กน้อย คะแนน = 4 (3) ปานกลาง คะแนน = 3 (4) รุนแรง คะแนน = 2 (5) รุนแรงมาก คะแนน = 1 โดยใช้หลักการคำนวณคะแนนมาตรฐาน Standardized T score ซึ่งต้องใช้เพศ อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม แปลผลเปรียบเทียบกับคนไทย เพศและกลุ่มอายุเดียวกันที่มีสุขภาพดี (Norm- based scoring) แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แปลผลตามตารางคะแนนมาตรฐานด้านกาย และมาตรฐานด้านใจ คะแนนมาตรฐาน มากกว่า 20 ขึ้นไป เป็นคุณภาพชีวิตระดับที่ดี คะแนนมาตรฐาน 0-20 เป็นคุณภาพชีวิตระดับพอใช้ ส่วนคะแนนน้อยกว่า 0 เป็นคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มี 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว เศรษฐานะของครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคร่วม ประสบการณ์การบำบัดทดแทนไต

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-THAI[19] มีคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 มิติ คำถามประเมินภาพรวมอีก 2 ข้อ โดยรวมคะแนนเป็น 2 ด้าน คือ คะแนนสุขภาพกาย และคะแนนสุขภาพใจ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficiency) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย ได้ค่าเท่ากับ 0.79 ในคำถามสุขภาพกาย ข้อ 1-4 มีค่าความเที่ยงแบบสอบถาม เท่ากับ 0.87 ส่วนคำถามสุขภาพใจ ข้อ 5-7 มีค่าความเที่ยงแบบสอบถาม เท่ากับ 0.72 ซึ่งค่าอยู่ในช่วง 0.70-.090 บ่งชี้ว่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการวิจัยถึงคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาและได้รับการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2019-002 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2562

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ประชุมชี้แจงแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ทำการแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมถึงการให้ข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ตอบข้อสงสัยของผู้สูงอายุจนเข้าใจ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับ จะเก็บรักษาเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยให้อิสระแก่ผู้สูงอายุในการลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิต และใช้โปรแกรม 9-THAI วิเคราะห์ข้อมูลมาตรฐาน

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มโดยใช้ การทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอได้ 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ระดับคุณภาพชีวิต 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนำเสนอในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 126 คน ประกอบด้วย กลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 63 คน และกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง 63 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.43 (90 คน) เป็นกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 31.75 (40 คน) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้องคิดเป็นร้อยละ 39.68 (50 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 50.79 (64 คน) ทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 25.39 เท่ากัน (32 คน) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.95 (102 คน) โดยเป็นกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 36.51 (46 คน) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 44.44 (56 คน) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 94.55 (119 คน) โดยเป็นกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 46.83 (59 คน) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 47.72 (60 คน) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.97 (68 คน) โดยเป็นกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 31.75 (40 คน) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 22.22 (28 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 94.44 (119 คน) โดยเป็นกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 45.24 (57 คน) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 49.20 (62 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การบำบัดทดแทนไตอยู่ที่ มากกว่า 4 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.38 (66 คน) โดยกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมคิดเป็นร้อยละ 34.13 (43 คน) และกลุ่มล้างไตทางช่องท้องคิดเป็นร้อยละ 18.25 (23 คน)

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง

ระดับคุณภาพชีวิตแยกตามรายด้านของผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง ดังนำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มฟอกเลือด (n=63)		กลุ่มล้างไตทางหน้าท้อง (n=63)		ทั้งหมด (n=126)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
60-69 ปี	40	31.75	50	39.68	90	71.43
70 ปี ขึ้นไป	23	18.25	13	10.32	36	28.57
	$\bar{X}$ = 66.40 ปี		$\bar{X}$ = 66.33 ปี		$\bar{X}$ = 66.33 ปี	
	Min = 60 ปี		Min = 60 ปี		Min = 60 ปี	
	Max = 89 ปี		Max = 83 ปี		Max = 89 ปี	
เพศ						
ชาย	32	25.39	32	25.39	64	50.78
หญิง	31	24.61	31	24.61	62	49.22
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	46	36.51	56	44.44	102	80.95
สูงกว่าประถมฯ	17	13.49	7	5.56	24	19.05
สถานภาพสมรส						
โสด/หม้าย	4	3.17	3	2.38	7	5.55
คู่	59	46.83	60	47.72	119	94.44
รายได้ของครอบครัว						
เพียงพอ	40	31.75	28	22.22	68	53.97
ไม่เพียงพอ	23	18.25	35	27.78	58	46.03
โรคร่วม						
ความดันโลหิตสูง	6	4.76	1	0.79	7	5..55
โรคเบาหวาน	57	45.24	62	49.20	119	94.44
ประสบการณ์การบำบัดทดแทนไต						
6 เดือน – 4 ปี	20	15.87	40	31.75	60	47.62
มากกว่า 4 ปี	43	34.13	23	18.25	66	52.38

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ คุณภาพชีวิตแยกตามรายด้านของผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง

คุณภาพชีวิตแยกตามรายด้าน	กลุ่มฟอกเลือด (n=63)		กลุ่มล้างไตทางช่องท้อง (n=63)		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=126)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						
ระดับดี (≥20 คะแนน)	54	85.71	45	71.43	99	78.57
ระดับพอใช้ (0-20 คะแนน)	8	12.70	18	28.57	26	20.64
ระดับต่ำ (<0 คะแนน)	1	1.59	0	0	1	0.79
Mean±SD	(37.58 ±15.02)		(28.23 ±14.67)		(32.90 ±15.51)	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจ						
ระดับดี (≥20 คะแนน)	55	87.30	48	76.19	103	81.76
ระดับพอใช้ (0-20 คะแนน)	7	11.11	15	23.81	22	17.46
ระดับต่ำ (<0 คะแนน)	1	1.59	0	0	1	0.8
Mean±SD	(37.29 ±14.58)		(32.54±15.60)		(34.91±15.23)	

จากตารางที่ 2 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.71 (จำนวน 54 คน) รองลงมาคืออยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 12.70 (จำนวน 8 คน) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.59 (จำนวน 1 คน) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 71.43 (จำนวน 45 คน) รองลงมาคืออยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 28.57 (จำนวน 18 คน) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจของผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 87.30 (จำนวน 55 คน) รองลงมาคืออยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 11.11 (จำนวน 7 คน) และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.59 (จำนวน 1 คน) ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจของผู้สูงอายุกลุ่มล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 76.19 (จำนวน 48 คน) รองลงมาคืออยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 23.81 (จำนวน 15 คน)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุที่กลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มล้างไตทางช่องท้อง ดังนำเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มที่ล้างไตทางช่องท้อง

คุณภาพชีวิต	กลุ่ม	Mean ± SD	t	Mean dif	95 % CI	P- Value
ด้านสุขภาพกาย	กลุ่มฟอกเลือด	37.58±15.02	3.534*	9.348	4.11-14.585	0.00*
	กลุ่มล้างไตทางช่องท้อง	28.23±14.67				
ด้านสุขภาพใจ	กลุ่มฟอกเลือด	33.67±19.25	1.766*	-0.38	-0.575-10.077	0.04*
	กลุ่มล้างไตทางช่องท้อง	34.05±16.45				

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มล้างไตทางช่องท้องเท่ากับ 37.58 (SD = 15.02) และ 28.23 (SD = 14.67) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างกับกลุ่มล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจของผู้สูงอายุกลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกลุ่มล้างไตทางช่องท้องเท่ากับ 33.67 (SD = 19.25) และ 34.05 (SD = 16.45) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจแตกต่างกับกลุ่มล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 90.48 และ 71.43 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่อยู่ในระดับดีเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุระดับต้นที่ยังมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและพึ่งพาตนเองได้ อย่างไรก็ตามหากอายุเพิ่มขึ้นระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายก็อาจจะมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากกระบวนการชราภาพทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านกำลังสำรองของร่างกายที่ลดลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Bunyatnopparat et al.[21] อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการบำบัดทดแทนไตอยู่ที่มากกว่า 4 ปี ซึ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานต่อเนื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ดีจึงสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่ดี นอกจากนี้การศึกษายังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยได้ดี ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจบการศึกษาขั้นต่ำคือประถมศึกษา จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Wichaisak et al.[6] อีกทั้งการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดี[20] ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจของผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 81.30 และ 76.19 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจที่อยู่ในระดับดีเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอจึงส่งผลให้มีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดด้านเศรษฐกิจค่อนข้าง

น้อย และส่งผลให้สุขภาพจิตดีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจจึงอยู่ในระดับดี[19] อีกทั้งการที่ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และคู่สมรสคือผู้ดูแลหลักจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการบำบัดทดแทนไตและช่วยให้สามารถดูแลด้านสุขภาพใจได้ดี[21] นอกจากนี้การมีประสบการณ์ในการบำบัดทดแทนไตเป็นเวลานานต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยได้ดี จึงสามารถปรับตัวได้ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจอยู่ในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wichaisak และคณะ[6]

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายระหว่างผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการบำบัดทดแทนไต ทั้งสองวิธีเป็นแนวทางการรักษาผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากผลกระทบของโรค อย่างไรก็ตามวิธีการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 วิธี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ค่อนข้างดีกว่า เพราะไม่มีอุปกรณ์อื่น ๆ ติดตัวแบบผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อีกทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรับบริการที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ใกล้ชิด ได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติและแก้ไขอาการต่าง ๆ รวดเร็ว ในช่วงเวลาที่รับการรักษา จึงส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirubapa[5] และผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมักจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การรู้คิด การตัดสินใจที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย[22]

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจระหว่างระหว่างผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มล้างไตทางช่องท้องส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการบำบัดทดแทนไตอยู่ที่ 6 เดือน ถึง 4 ปี ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยในช่วงระยะแรกเริ่มจะมีผลกระทบจากไตวายระยะสุดท้าย เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในช่วงของการเรียนรู้ ยอมรับและปรับพฤติกรรมตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจจึงมีความแตกต่างจากกลุ่มที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[5] ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์บำบัดทดแทนไตมากกว่า 4 ปี ซึ่งการมีประสบการณ์ในการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่องที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีความแตกต่างกัน[23] อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Iyasere และคณะ[17] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจระหว่างผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้องไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการศึกษา

จากผลการวิจัยพบว่ามีความสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาในบางประเด็นและมีความแตกต่างจากในบางประเด็น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่เลือกศึกษาโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว อีกทั้งการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างอาจมีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงในงานวิจัยอื่น ๆ แต่สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี ในบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่ให้บริการในหน่วยไตเทียมและคลินิกโรคไต สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การพัฒนาบริการสุขภาพในหน่วยไตเทียมและคลินิกโรคไตเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่บำบัดทดแทนไตในแต่ละวิธี

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2019. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI); 2020. (in Thai).
2. Mahakote S, Khungtumneam K, Kompayak J. Factors Related Health Promoting Behaviors in Elderly People: A Case Study in a Crowded Community, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research 2020; 36(2): 225-33. (in Thai)
3. Sarakwan J, Boonkerd M, Sittisongkram S, Khrabiad S, Meepaen M. Quality of life in patients with End Stage of Renal Disease. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017; 28 (2): 153-64. (in Thai).
4. Gojaseni P, Tungsang K. Epidemiology of chronic kidney disease and scope of the problems in Thailand: burden of disease and economic impact. In: Kantachuwetsiri S, Janjarerntana V, Chailimpamontri V, Trakarnwanit T, Gojaseni P, Yusabuy A, Kingwattanakun P, editors. Textbook of chronic kidney disease. Bangkok: Tex and journal publication; 2016. (in Thai).
5. Jirubapa M. The Slowly Progressive Chronic Kidney Disease from Adult to Elder Persons. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2014;20(2):5-16. (in Thai).
6. Intolo S. Palliative care for older end-stage renal disease patients: a challenging role for community nurses in aging society. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020;35(2): 5-14. (in Thai).
7. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. [online] 2010 [Cited 2019 Jan 20] Available from: https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/
8. Wichaisak W, Lueboonthavatchai P, Avihingsanon Y. Comparative study of quality of life between end- stage renal disease patients treated with dialysis and those treated with kidney transplantation at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2018;62(1): 91-105. (in Thai).
9. Daengsibua A, Topark-ngarm A, Tatiyanupanwong S, Limwattananon C. Following up of stage 5 chronic kidney disease patients managed with non-dialytic treatment. Journal of Health Systems Research 2015; 9(2): 181-92. (in Thai).
10. Apiwatnakorn A, Chaiprasitt S. Renal dialysis refusal in end-stage renal disease patients under universal health coverage scheme in Uttaradit province. Srinagarind Med J 2019;34(6):546-51. (in Thai).
11. Wright LS, Wilson L: Quality of Life and Self-Efficacy in Three Dialysis Modalities: Incenter Hemodialysis, Home Hemodialysis, and Home Peritoneal Dialysis. Nephrol Nurs J 2015;42: 463-76.
12. Goncalves FA, Dalosso IF, Borba JM, Bucaneve J, Valerio NM, Okamoto CT, Bucharles SG. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba - PR. J Bras Nefrol 2015;37:467-74.

13. Dabrowska-Bender M, Dykowska G, Zuk W, Milewska M, Staniszewska A. The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. Patient Prefer Adherence. 2018; 12:577–83.
14. Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I. Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. Kidney Blood Press Res 2017;42:717-27.
15. Kwok WH, Yong SP, Kwok OL. Outcomes in elderly patients with end-stage renal disease: Comparison of renal replacement therapy and conservative management. Hong Kong Journal of Nephrology 2016; 19:42-56.
16. Van L IN, Goto NA, Boereboom FTJ, Verhaar MC, Bots ML, Hamaker ME. Quality of life after the initiation of dialysis or maximal conservative management in elderly patients: a longitudinal analysis of the Geriatric assessment in Older patients starting Dialysis (GOLD) study. BMC Nephrol 2019;20(1):1-8.
17. Iyasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smee J, Maxwell AP, et al. Quality of life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2016;11(3):423–30.
18. Sawangdaendin Crown Prince Hospital. Annual report of the year 2017; Sakonnakhon; 2018. (in Thai).
19. Cheawchanwattana A, Manyuen S. The development of quality-of-life database software for use at renal disease clinics; Srinagarind Med J 2018;33(4):359-63. (in Thai).
20. Yamane T. Statistics: an introduction analysis. 3rd ed. New York: Harper& Row; 1978.
21. Bunyatnopparat K, Anutrakulchai S. Factors associated with life quality of hemodialysis patients. Srinagarind Medical Journal 2017;32(1):2-9. (in Thai).
22. Krajachan S, Duangpaeng S, Masingboon K. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(1):14-22. (in Thai).
23. Klinsuwan R, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting quality of life in family caregivers among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2017; 29(1): 51-66. (in Thai).
24. Tomazou C, Charalambous G, Jelastopulu E. Quality of life in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study comparing patients on hemodialysis, peritoneal dialysis and with kidney transplantation. BJMMR 2015;8(6):516-25.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

The Relationship between Health Literacy and Condom Use Behaviors among Male Students at an Educational Institution in Suphanburi Province

Received: Feb 5, 2020
Revised: Jun 1, 2020
Accepted: Jun 8, 2020

กันยา มหาหงษ์ ส.บ. (Kanya Mahahong, B.P.H.)[1]
สมฤทัย มีใจซื่อ ส.บ. (Somruethai Meejaisue, B.P.H.)[2]
สุภาพร บุญศิริลักษณ์ ภ.ด. (Supaporn Bunsiriluck, Ph.D.)[3]
ปัญจรัตน์ ไล้สุวรรณชาติ พย.ม. (Panjarut Laisuwannachart, M.N.S.)[4]
ธานินทร์ สุธีประเสริฐ ศษ.ม. (Tanin Suteeprasert, M.Ed.)[5]

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ด้านการใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่มีอายุ 18-23 ปี ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย: นักศึกษาชายส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.39 เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 6 ด้าน พบว่า 1) มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 57.31 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 80.77 3) การรู้เท่าทันสื่อในระดับสูง ร้อยละ 82.69 4) การจัดการตนเองในระดับสูง ร้อยละ 90.77 5) ทักษะการสื่อสารในระดับสูง ร้อยละ 86.54 และ 6) ทักษะการตัดสินใจในระดับสูง ร้อยละ 77.69 โดยในด้านพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 93.85 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 38.72, p-value = .001)

[1,2]*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข* [1]*E-mail: nam2217@hotmail.com,* [2]*E-mail: gloveha61@gmail.com*

[3]*Corresponding author เภสัชกรชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, E-mail: Sbunsiriluck@hotmail.com*

[4]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, E-mail: ompanjarut@gmail.com*

[5]*วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, E-mail: tanin2511@hotmail.com*

Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

สรุปผล: การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาชายส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ถุงยางอนามัยภาพรวมอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ: การดำเนินการติดตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่นไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง จะสามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นักศึกษาชาย พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

Abstract

Introduction: Development of health literacy skills in adolescents related to condom use is an essential issue and becomes more relevant to their actions and behaviors. The levels of health literacy may be associated to their understanding for prevention of sexual transmitted diseases (STDs) and unintended pregnancy.

Research objectives: This research aimed to study health literacy level on condom use, condom use behaviors, and relationship between health literacy and condom use behavior among male students at an educational institute in Suphanburi province.

Research methodology: This cross-sectional survey research included 260 male students, aged 18-23 studying at an educational institute in Suphanburi province. The snowball sampling technique was used to recruit participants and data were applied during May to June in 2020 using Google forms as an online survey. Data was analyzed using descriptive statistics and chi-square.

Result: The study revealed that the majority of male students reported having high condom use behaviors and 75.39% of those subjects also reported at high level towards health literacy skills on condom usage. Focusing on the levels of health literacy on condom use behaviors, the participants presented (1) the levels of cognitive abilities at 57.31%, (2) the level of accessing to health information at 80.77%, (3) the level of media literacy capability at 82.69%, (4) the level of self-management skill at 90.77%, (5) the level of communication skill at 86.54%, and (6) the level of decision skill at 77.69%. Condom use behavior among male students had been reported at high level (93.85%). Overall relationship between the six dimensions of health literacy and condom use behavior among adolescent male students were statically significant with p-value <.05 (X^2 = 38.72, p-value = .001).

Conclusion: This study showed that the majority of male students had a high level of overall health literacy and was correlated with their actual condom use behaviors.

Implications: Surveillance programs on health promoting behaviors of Thai adolescents should be implemented continuously in informing and improving adolescent health literacy on condom use which may be associated to condom use behaviors for understanding the importance of prevention of sexual transmitted diseases and unintended pregnancy.

Keyword: health literacy, male students, condom use behaviors

บทนำ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Disease: STD) ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงถึง 376 ล้านคนทั่วโลก[1] สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบอัตราป่วย 23.20, 25.50 และ 28.80 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2] อีกทั้งยังพบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง[3] โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-24 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี มีอัตราป่วย 161.18 169.12 และ 212.66 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และยังพบว่า ปี พ.ศ. 2560 วัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วย 21.49 ต่อแสนประชากร และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2562 เป็นอัตรา 34.50 ต่อแสนประชากร[4] ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของจังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีแนวโน้มการติดเชื้อเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 มีอัตราผู้ติดเชื้อ 14.70, 15.30 และ 16.20 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการใช้ถุงยาง ร้อยละ 74.50 และเมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเหลือเพียง ร้อยละ 59.10[5]

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ได้ดำเนินการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากประชาชนทุกคนมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[6] ซึ่งสาเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย อาจเนื่องจากการไว้วางใจคู่นอน รวมไปถึงทัศนคติที่เกี่ยวกับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมองว่าการใช้ถุงยางอนามัยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[7] ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจ ประจำปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของช่วงวัยรุ่น อายุ 15-25 ปี อยู่ที่ร้อยละ 76 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้คือ มากกว่าร้อยละ 90[8] เนื่องจากผลกระทบจากการที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ส่งผลเสียต่อด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะประเด็นการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[9] ดังนั้น การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ หนองใน ซิฟิลิส เป็นต้น และยังสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ[10,11]

ในปัจจุบันการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพราะความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจเพื่อปฏิบัติและจัดการตัวเองให้มีสุขภาพที่ดีซึ่งประกอบไปด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีหากมีการพัฒนาและส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของบุคคลจะเป็นการสร้างและพัฒนาความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลได้ อีกทั้งยังมีการปฏิบัติที่สร้างเสริมสุขนิสัย ลดละเลิกพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นมีจำนวนมาก แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาหาความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีแนวโน้มการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงนำกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องสำหรับนักศึกษาชาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[12] ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี โดยองค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) ความรู้และความเข้าใจ (cognitive skill) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (access skill) 3) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) 4) การจัดการตนเอง (self – management skill) 5) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) สามารถสรุปกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายอยู่ในระดับดีมาก

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย

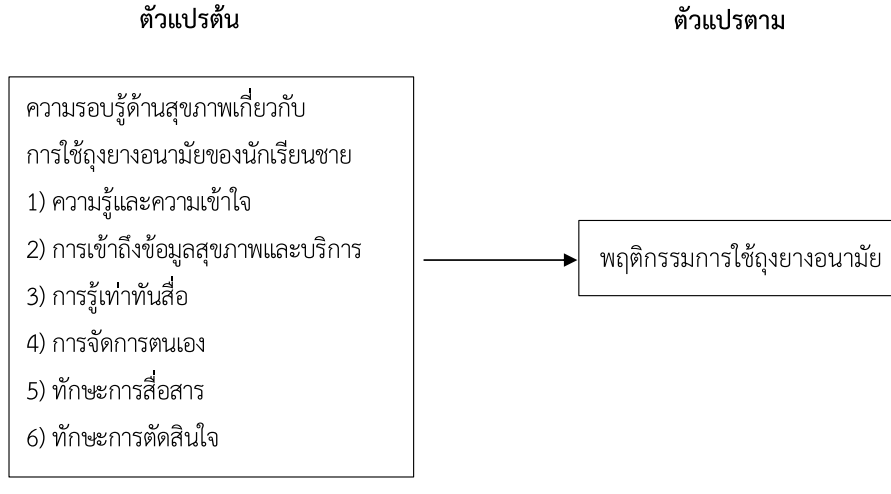
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research)

ประชากร คือ นักศึกษาชายที่มีอายุ 18-23 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 609 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชายที่มีอายุ 18-23 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 235 คน

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) คือ นักศึกษาเพศชายอายุ 18-23 ปี ที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี เคยมีประสบการณ์การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และสามารถพูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้ดี



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ นักศึกษาที่ไม่มีอุปกรณ์ที่จะใช้ตอบแบบสอบถามผ่านทาง google form เพื่อการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) อ้างใน Ekakoon[8] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 236 คน และเพื่อป้องกันกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 260 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม (questionnaire) จำนวน 1 ชุด จำนวน 53 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) อายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นคำถามปลายเปิด 2) ระดับชั้นที่ศึกษาและประวัติการมีเพศสัมพันธ์เป็นคำถามลักษณะเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 36 ข้อ (reliability = 0.90) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 10 ข้อ (reliability = 0.71) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน และตอบไม่แน่ใจ 0 คะแนน การแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 8-10 หมายถึง ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง

คะแนน 6-7 หมายถึง ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยระดับปานกลาง

คะแนน 0-5 หมายถึง ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยระดับต่ำ

ส่วนที่ 2.2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ (reliability = 0.73)

ส่วนที่ 2.3) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ (reliability = 0.85)

ส่วนที่ 2.4) ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ (reliability = 0.91)

ส่วนที่ 2.5) ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 5 ข้อ (reliability = 0.87)

ส่วนที่ 2.2-2.5 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	มีคะแนนเท่ากับ	5	คะแนน
มาก	มีคะแนนเท่ากับ	4	คะแนน
ปานกลาง	มีคะแนนเท่ากับ	3	คะแนน
น้อย	มีคะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
น้อยที่สุด	มีคะแนนเท่ากับ	1	คะแนน

โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 19-25 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

คะแนน 15-18 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 1-14 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 2.6) ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 6 ข้อ (reliability = 0.82) โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 6-30 คะแนน คือ

คะแนน 23-30 หมายถึง ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง

คะแนน 18-22 หมายถึง ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยระดับปานกลาง

คะแนน 1-17 หมายถึง ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 13 ข้อ (reliability = 0.84) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญ

ด้านสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามการวิจัย และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ในแต่ละข้อมีค่ามากกว่า 0.5 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามการวิจัยไปทดลองใช้กับนักศึกษาชายที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยมีค่า 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีค่าเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S2563/006 วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้จะต้องตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยมีการอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยใส่เครื่องหมายถูกในช่องหน้าข้อความยินยอมตนเข้าร่วมวิจัย และในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจน ซึ่งข้อคำถามบางข้อเป็นเรื่องส่วนตัว ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดกระทบกระเทือนจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบข้อคำถามข้อนั้น ๆ ได้ และสามารถที่จะสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เก็บข้อมูลด้วยวิธีให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเอง และนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามโดยใช้ google form มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลลงในแบบสอบถามออนไลน์ ทำการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 เริ่มต้นเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในกลุ่มนักศึกษาชายในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตั้งต้นจำนวน 50 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของการตอบแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้โทรศัพท์ของตัวเองเข้าลิ้งก์แบบสอบถามออนไลน์เพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยใส่เครื่องหมายถูกในช่องหน้าข้อความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและทำแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งต้นช่วยส่งต่อลิ้งก์แบบสอบถามนี้ให้แก่เพื่อนหรือคนรู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าอย่างต่อเนื่องที่อยู่ในสถาบันการศึกษาเดียวกัน ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการแบบลูกโซ่ จนกระทั่งสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนจำนวน 260 คน จึงยุติการเก็บข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่สมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 260 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

2. สถิติ Chi- square ใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจ กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักศึกษาชาย อายุต่ำสุด คือ 18 ปี อายุสูงสุด คือ 23 ปี และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.11 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 31.16 จำนวนเกินครึ่งหนึ่งมีรายรับไม่หักค่าใช้จ่ายต่อเดือนอยู่ระหว่าง 4,001–8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.08

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง

การใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวม 6 ด้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.39 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 90.77 มีทักษะด้านการสื่อสาร ร้อยละ 86.54 มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 82.69 มีการเข้าถึงข้อมูลในระดับสูง ร้อยละ 80.77 มีทักษะด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 77.69 และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง ร้อยละ 57.31

3. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในระดับดีมาก ร้อยละ 93.85 และรองลงมาระดับพอใช้ ร้อยละ 6.15 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องโดยปฏิบัติทุกครั้ง สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หากถุงยางอนามัยรั่ว ท่านจะเปลี่ยนถุงยางอนามัยอันใหม่ ร้อยละ 90 รองลงมาคือ ท่านเลือกขนาดของถุงยางอนามัยให้เหมาะสมกับตนเอง ร้อยละ 89.23 และท่านบีบกระเปาะถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลมก่อนสวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 88.46 นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่ถูกต้องโดยปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านใช้น้ำมัน โลชั่น ทาผิว เบบี้ออยล์ (baby oil) ทาถุงยางอนามัยเพื่อเพิ่มความหล่อลื่น ร้อยละ 31.92 รองลงมาได้แก่ ท่านสามารถถอดถุงยางอนามัยโดยไม่สัมผัสสารคัดหลั่ง/น้ำเมือกของคู่นอนได้ ร้อยละ 31.54 และท่านสามารถใช้ถุงยางอนามัย แม้ว่าจะดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่ทำให้มึนเมา ร้อยละ 29.85

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 38.72, p-value = .001) เมื่อพิจารณาระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 9.24, p-value .004) ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 10.59, p-value = .002) ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 20.26, p-value = .001) ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 58.12, p-value = .001) ด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 35.95, p-value = .001) และด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X^2 = 11.99, p-value = .001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (n=260)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย				Chi-square	df	p-value
	ระดับดีมาก		ระดับพอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม							
ระดับสูง	201	77.31	5	1.92	38.72	1	.001*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	39	15.00	15	5.77			
ด้านความรู้ความเข้าใจ							
ระดับสูง	144	55.38	5	1.92	9.24	1	.004*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	96	36.93	15	5.77			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย (n=260) (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย				Chi-square	df	p-value
	ระดับดีมาก		ระดับพอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านการเข้าถึงข้อมูล							
ระดับสูง	178	68.45	8	3.08	10.59	1	.002*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	62	23.85	12	4.62			
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ							
ระดับสูง	198	76.15	8	3.08	20.26	1	.001*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	42	16.15	12	4.62			
ด้านการจัดการตนเอง							
ระดับสูง	222	85.38	7	2.70	58.12	1	.001*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	18	6.92	13	5.00			
ด้านทักษะการสื่อสาร							
ระดับสูง	204	78.46	6	2.31	35.95	1	.001*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	36	13.85	14	5.38			
ด้านทักษะการตัดสินใจ							
ระดับสูง	164	63.08	6	2.31	11.99	1	.001*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	76	29.23	14	5.38			

*p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชาย อายุ 18-23 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม 6 ด้านอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.80 และมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 93.85 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายพัฒนาการด้านสมองส่วน (Prefrontal Cortex: PFC) ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งชั่งใจใช้เหตุผล เริ่มทำงานสมบูรณ์ทำให้มีวุฒิภาวะควบคุมตนเองได้ดีกว่าวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง[14] จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tumchueo[10] ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาร์ตโฟนมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tachavijitjaru[11] พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยหากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับดีมากตามมาอีกด้วย ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชาย (p<.05) สามารถอภิปรายผลการศึกษาจำแนกรายตัวแปรได้ดังนี้

1. ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่อยู่ในระบบการศึกษาได้ผ่านการเรียนรู้ในเรื่องเพศศึกษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความจำก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ Saechee และ Thato[9] พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Buapan และคณะ[13] พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Laisuwannachart และคณะ[14] พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การติดเชื้อ (Human Immunodeficiency Virus: HIV) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV การใช้ถุงยางอนามัยในเยาวชนกลุ่มชายรักชายได้ ($\beta = .136$, $p<.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tipwareerom และคณะ[15] พบว่า ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความรู้เรื่องถุงยางอนามัยไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ เนื่องมาจากเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาจะเน้นในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพัฒนาการทางเพศ โดยวิธีการสอนส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายถึงร้อยละ 90.30 ในขณะที่การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยมีเพียงร้อยละ 26.15

2. ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยจากสื่ออินเทอร์เน็ตระดับสูง ส่วนการเข้าถึงสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ หนังสือพิมพ์มีระดับต่ำ เป็นต้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัยในปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัล ทำให้สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muksing และคณะ[15] พบว่า เด็กวัยเรียนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว ชุมชน ทำให้เด็กวัยเรียนมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และสามารถศึกษาค้นคว้าข้อมูลได้ด้วยตนเอง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ Auevittayasuporn และ Pomuantip[16] ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการค้นหาและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากอินเทอร์เน็ต ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลักคือปัญหาในการใช้เครื่องมือสืบค้น

3. ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัล มีการเข้าถึงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น เพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยหลากหลายเว็บไซต์ และทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิชาเรียนสารสนเทศทำให้มีความรู้เท่าทันสื่อ สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลก่อนที่จะนำไปปฏิบัติตามได้ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องตามมา

4. ด้านทักษะการจัดการตนเอง การจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้มีทักษะการจัดการตนเองในระดับสูง มีความสอดคล้องกับ Sookrak และคณะ[17] พบว่า การรับรู้สมรรถนะทักษะการจัดการของตนเองต่อการใช้ถุงยางอนามัย เป็นความเชื่อในตนเองว่าสามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หากมีความมั่นใจในตนเองที่จะสามารถใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้จะส่งผลให้ตนเองปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

5. ด้านทักษะการสื่อสาร ตามพัฒนาการด้านจิตวิทยาและสังคมของวัยรุ่นจะให้ความสนใจในเรื่องความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งวัยนี้เพื่อนมีอิทธิพลมากที่สุด[13] โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นและส่วนใหญ่อยู่หอพักกับเพื่อน จึงทำให้มีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมคล้อยตามเพื่อนในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisuriyawet และ Homsin[18] พบว่าภาพรวมการสื่อสารเรื่องเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมากับคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .344$, $p<.01$ และ $r = .197$, $p<.05$ ตามลำดับ) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannaphant และคณะ[19] พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ให้กับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน คนในครอบครัวฟังจนเข้าใจ เนื่องจากขาดความไว้ใจ ทำให้ไม่กล้าที่จะพูดหรืออธิบาย

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ให้ผู้อื่นฟังได้

6. ด้านทักษะการตัดสินใจ การเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา ส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ หรือใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา Vongxay และคณะ[20] ที่พบว่าทักษะการตัดสินใจในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสามารถป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจได้ (aOR=1.289, 95% CI=1.182–1.405)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริการ: บุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีบทบาทบริการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยทั้ง 6 ด้าน โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยที่หลากหลายช่องทางในรูปแบบออนไลน์สะดวกในการเข้าถึงข้อมูล

ด้านวิชาการ: ควรจัดสื่อการเรียนการสอนออนไลน์ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการเลือกใช้ถุงยางอนามัยให้เหมาะสมกับขนาดอวัยวะเพศ ข้อห้ามสำหรับการใช้ถุงยางอนามัย เช่น การไม่ใช้น้ำหรือเจลร่วมกับถุงยางอนามัย เป็นต้น

ด้านวิจัย: ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ด้านวิจัย ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปศึกษาต่อและจัดทำโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องสำหรับวัยรุ่นชายต่อไป

2. การพัฒนาโปรแกรมในการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน โดยส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งในโปรแกรมควรประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการจัดการตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพในช่องทางออนไลน์ที่เหมาะสมกับวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องสำหรับวัยรุ่นชาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อไป

References

1. Manochanphen N. The World Health Organization warns that sexually transmitted diseases spread rapidly. Meet 1 million new patients a day [Internet]. 2019 [cited 2020 January 27]. Available from: https://thestandard.co/alarmed-std-era-dating-apps/ (in Thai).
2. Thai Health Promotion Foundation Office. The situation of the sexually transmitted diseases (STDs) [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 27]. Available from: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/thaihealthwatch/ (in Thai).
3. D'Anna LH, Korosteleva O, Warner L, Douglas J, Paul S, Metcalf C, et al. Factors associated with condom use problems during vaginal sex with main and non-main partners. Sex Transm Dis 2012;39(9):687-93.

4. Suphanburi Public Health Office. Annual report 2019 for HIV/AIDs prevention and alleviation in Suphanburi province; 2019 (in Thai).
5. Ministry of Public Health. National condom strategy 2020–2030 under Thailand national strategy to end AIDS 2017–2030 [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 25]. Available from: http://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/material_872/material_872.pdf (in Thai).
6. Ekakoon T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. 1st ed. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 2009 (in Thai).
7. Tumchueo S. Sexual behaviors and factors correlation with the intention of protection. Nursing Journal of Ministry of Public Health 2015;25(1):97-109. (in Thai).
8. Tachavijitjaru Ch. Health Literacy: a key Indicator towards good health behavior and health outcomes. JORDAN 2018;19 (Supplement):1-11. (in Thai)
9. Saechee Ph, Thato R. Factors predicting condom use behavior of Myanmar male workers in industrial factories, the Upper Southern Region of Thailand. PNUJ 2018;9(2):26-37. (in Thai).
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Education and Psychological Measurement 1970;30:607-10
11. Buapan C, Rutchanagul P, Buaboon N. Factors predicting condom use behavior among men who have sex with men in Bangkok. JHNR 2018;34(2):62-73. (in Thai).
12. Pariwatcharakul P. Trace the brain Look at the gambling effects [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 20]. Available from: www.thainhf.org/icgp
13. Laisuwannachart P, Auemaneekul N, Powwattana A. Factors predicting HIV preventive behaviors among male youths who have sex with men in Bangkok. JHNR 2020;36(2):177-189. (in Thai).
14. Tipwareerom W, Jalayondeja CH, Hanrungcharotorn U. Predicting factors of condom use among high school boys. JHNR 2020;36(3): 69-79. (in Thai).
15. Muksing W, Tohyusoh N, Punriddum J. Factors related to health care behavior among school children in Nakhon Si Thammarat municipality. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;3(3): 65-76. (in Thai).
16. Auevittayasuporn K, Pomuantip A. Teenage knowledge about and attitudes towards sexual risk behavior in Muang district, Nakhon Ratchasima province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2012;17(2): 1-12. (in Thai).
17. Sookrak N, Srisuriyawate R, Homsin P. Predicting factors of consistent condom use among men who have sex with men (MSM) undergraduate students in higher education institutions Chonburi province. Journal of Public Health Nursing 2018;32(3): 83-100. (in Thai).

18. Srisuriyawet R, Homsin P. Relationship between sexual communication and condom use behavior among young Thai men who have sex with men (MSM) in Chonburi province. JNSCH 2017;29(2): 62-77. (in Thai).
19. Suwannaphant K, Khottarin S, Kansin S, Vonok L. Homsin P. Health literacy factors associated with risk behaviours in HIV infection among high school male students, Bueng Kan province. Journal of The Office of ODPC7 Khon Kaen 2019;26(2): 71-82. (in Thai).
20. Vongxay V, Albers F, Thongmixay S, Thongsombath M, Broerse JEW, Sychareun V, et al. Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 21]. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209675

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

The Effects of Brain Potential Program on the Cognitive Function of the Older Person with Mild Cognitive Impairment

Received: May 12, 2021
Revised: Aug 10, 2021
Accepted: Aug 18, 2021

จิตติมา ดวงแก้ว พย.ม. (Jittima Duangkaew, M.N.S.)[1]
วาสนา หลวงพิทักษ์ พย.ม. (Wasana Luangphituck, M.N.S.)[2]
ทิวา มหาพรหม พย.ม., ค.ม. (Tiwa Mahaprom, M.N.S., M.Ed.)[3]
ชุติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง ส.ด. (Chutikarn Chartrung, Dr.P.H)[4]
สุภาวดี นพรุจจินดา ปร.ด. (Supawadee Noparoojjinda, Ph.D.)[5]

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 3 เดือน (Two group, pretest-posttest and follow-up design) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน ที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองสร้างขึ้นตามแนวคิดกระตุ้นการรู้คิดของ Spector ประกอบด้วย กิจกรรมกระตุ้นด้านความใส่ใจ เรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา การรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว การรับรู้มิติสัมพันธ์ และการใช้เหตุผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.76 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบรอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัย: พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 3 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,48}$ = 58.62, p = < .001)

ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนก
ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

[1]Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, E-mail: jittimar@snc.ac.th
[2,3,4,5]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข,
[2]E-mail:wasana@snc.ac.th, [3]tiwa@snc.ac.th, [4]chutikarn@snc.ac.th, [5]supawadee@snc.ac.th
[1-5]Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงมากขึ้นในระยะติดตามผล 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองช่วยเพิ่มความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้: ควรนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

คำสำคัญ: ความสามารถในการรู้คิด ภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง

Abstract

Introduction: Organizing activities to prevent dementia plays an important role of nurses in health promotion for older person with mild cognitive impairment.

Research objectives: The study aimed to investigate the effects of brain potential program on the cognitive function of the older person with mild cognitive impairment.

Research methodology: The study used quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest and follow-up design. Participants were selected using a purposive sampling technique according to inclusion criteria with similar features, and then randomly assigned to two group of 25 each. Namely experimental and control. The experimental group received a brain potential program guided by cognitive stimulation of Spector et al. (2003). The program consist of activities to stimulate attention, categories, verbal fluency visual memory, auditory memory, visuoconstructional and executive function. The research instrument was comprised of a questionnaire on demographic data and Mini-Mental State Examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002). Item Objective Congruence (IOC) index was 0.76 and a confidence coefficient was 0.81. Data were collected using general information sheet and cognitive function. Data were analyzed using independent t-tests. and compared the cognitive function of older person by using repeated measures ANOVA then pairwise comparison with Bonferroni method were employed. Level of significance was set at $p < .05$.

Results: The results showed that the mean score of cognitive status in the experimental group was better than the control group statistically significant at the .05 level ($F_{1,48} = 58.62$, $p = < .001$). The mean score of cognitive status in the experimental group was improved in post-test and get better in 3 months follow-up session statistically significant at the .05 level.

Conclusions: The results showed that brain potential program can be improved cognitive function in older person with mild cognitive impairment and help prevent and reduce the risk of dementia.

Implications for practice: The brain potential program should be applied to suit the Seniors club, school of older to strengthen the capacity to prevent dementia in community

keyword: cognitive function, mild cognitive impairment, brain potential program

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น จากการสำรวจปี 2558 มีประชากรสูงอายุทั่วโลกจำนวน 901 ล้านคน และคาดว่าในอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีประชากรสูงวัยมากถึง 1,400 ล้านคน[1] ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสังคมสูงวัยระดับสูงสุด (super-aged society)[2] จากการรายงานองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลก จำนวน 44 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากถึง 76 ล้านคน ในปี 2030 และเพิ่มขึ้นเป็น 135 ล้านคนในปี 2057[3] จากการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 41.60 โดยสถานบริการที่พบมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในสถานบริบาล ร้อยละ 43 และบ้านพักคนชรา ร้อยละ 42.60[5] ซึ่งภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงและนำไปสู่ภาวะพึ่งพา

ภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น (mild cognitive impairment: MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการหลงลืม (normal forgetfulness) ของผู้สูงอายุปกติกับภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก (early dementia) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI จะพบการสูญเสียความจำหรือความสามารถในการรู้คิด มากถึงร้อยละ 20-40[6] อุบัติการณ์การเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สูงอายุ ในต่างประเทศพบได้ถึงร้อยละ 3-42 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยพบอุบัติการณ์ของภาวะ MCI ในผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 3.20 อายุ 75-84 ปี ร้อยละ 9.90 และพบมากถึงร้อยละ 29.30 ในผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป[7] จากการศึกษาภาวะ MCI ของผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว (long-term care facilities) ในประเทศญี่ปุ่น พบความชุกของภาวะ MCI ร้อยละ 12.60[8] สอดคล้องกับการศึกษาภาวะ MCI ของประชากรสูงอายุประเทศจีนที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาล พบอัตราความชุก ร้อยละ 13.30[9] ประเทศไทย พบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 52.77[10] นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาเปรียบเทียบภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 176 คน พบความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นร้อยละ 46 และมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 10.20 และเมื่อติดตามใน 1 ปี พบว่า ภาวะ MCI จะนำไปสู่ระยะแรกของโรคอัลไซเมอร์ร้อยละ 9.90 และพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมภายใน 1 ปี[11]

ความสามารถในการรู้คิด (cognitive function) เป็นความสามารถของสมองในการประมวลผล เก็บข้อมูลและทบทวนข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่งมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของสมองหลายด้าน ได้แก่ การรับรู้ ความจำ การเข้าใจภาษา การตัดสินใจ การให้เหตุผล การวางแผนแก้ปัญหา การคำนวณ การแสดงพฤติกรรมด้านมิติสัมพันธ์ ความสามารถด้านการรู้คิดในด้านดังกล่าว เมื่ออายุมากขึ้นมีแนวโน้มลดลงได้รวดเร็วกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน[12] ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านการรู้คิดอยู่ในรูปแบบหลงลืม เช่น ลืมวางของไว้ที่ไหน วางของไว้แต่จำไม่ได้ ลืมว่าจอดรถไว้ที่ไหน ลืมชื่อคนที่เคยพบวันก่อน จำหน้าคนได้แต่นึกชื่อไม่ออก พยายามนึกคำพูดแต่นึกไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นกระบวนการเสื่อมของสมองในภาวะปกติตามกระบวนการสูงอายุ การเรียนรู้สิ่งใหม่ยังเป็นปกติ ยังไม่มีปัญหาเรื่องความจำในอดีต แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI จะมีความบกพร่องของสมองในด้านความจำ การใช้ภาษา ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ และการบริหารจัดการ ความบกพร่องของสมองในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน โดยที่ไม่มีความผิดปกติในการเข้าสังคม การทำงาน การดำเนินชีวิต ตัดสินใจและใช้เหตุผลได้ ซึ่งครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การลืมนัดหมายที่สำคัญ ๆ และเกิดขึ้นบ่อยจนรบกวนชีวิตประจำวัน ชอบถามคำถามซ้ำ ๆ เล่าเรื่องเดิม ๆ มีปัญหาในการจัดการเกี่ยวกับตัวเลข ขาดสมาธิขณะสนทนาหรือทำกิจกรรม[10] ผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุปกติ และมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุปกติ ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติผู้ดูแล เนื่องจาก

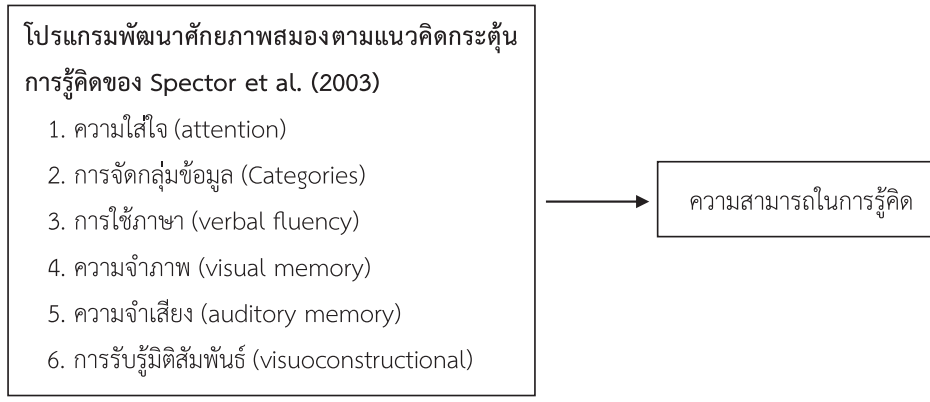
ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะการรู้คิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน อยู่คนเดียวและมีภาวะซึมเศร้า[13] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มี MCI จะเริ่มมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เช่น การปรุงอาหาร การจ่ายบิลต่างๆ การจับจ่ายซื้อของ อาจทำได้ช้าลงหรือลืมบางขั้นตอน แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือได้[14] หากปล่อยให้ภาวะ MCI ดำเนินต่อไปจนมีภาวะสมองเสื่อม จะส่งผลให้ระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและนำไปสู่เกิดภาวะพึ่งพาในที่สุด เนื่องจากภาวะ MCI นั้นยังไม่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันให้เห็น จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าใจว่าเป็นภาวะปกติของความสูงอายุ การแยกแยะผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยออกจากภาวะหลงลืมทั่วไป และภาวะสมองเสื่อมระยะแรกทำได้ค่อนข้างยาก แต่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรภาพของสมองก่อนเกิดโรคสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิด MCI ในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ[15] ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด[8] โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันและคอลเลสเตอรอลในเลือดสูง[15,16] ปัจจุบันการรักษาโดยไม่ใช้ยา มุ่งเน้นการฝึกสมองแบบเฉพาะเจาะจงให้ผลดีต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ศึกษาการกระตุ้นสมองแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกโดยคอมพิวเตอร์ และฝึกความจำโดยกระดาษและปากกาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ระยะเวลาตั้งแต่ 8 -72 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการฝึกสมองจะส่งผลให้ความสามารถในการรู้คิดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก 1.07 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) ถือเป็นกระบวนการกระตุ้นให้สมองหลั่งสารที่เรียกว่านิวโรโทรฟินส์ (neurotrophins) ที่ทำให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของเดนไดรต์ (dendrite) ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น อีกทั้ง การกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงและเส้นใยของเซลล์ประสาท (axon) ซึ่งมีหน้าที่ในการลำเลียงข้อมูลสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทได้ตลอดชีวิต เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองช่วยปรับสมดุลของ Neurotrophic Factors ในสมอง[18]

จากสถิติประชากรผู้สูงอายุ จ.สุพรรณบุรี พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุ จำนวน 162,755 คน คิดเป็นร้อยละ 19.18 ปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุ จำนวน 168,856 คน คิดเป็นร้อยละ 19.95 และปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ จำนวน 175,231 คน คิดเป็นร้อยละ 20.89 ตามลำดับ[19] จะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีพันธกิจหลักในด้านการบริการวิชาการสู่สังคม และตั้งอยู่ใกล้กับสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งถือเป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้และแหล่งค้นคว้าวิจัย และตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมสู่การเป็นชุมชนสุขภาพที่ยั่งยืน ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้สำรวจปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการดูแลระยะยาว จ.สุพรรณบุรี จำนวน 84 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน และมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง จำนวน 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.52 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาความจำ เช่น ลืมรับประทานยา ทั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงสนใจที่จะนำแนวคิดกระตุ้นการรู้คิดมาสร้างเป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ฝึกพัฒนาศักยภาพสมองด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มสมรรถนะด้านการรู้คิด และเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องในระยะเริ่มต้น ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดกระตุ้นการรู้คิด[18] โดยกระบวนการกระตุ้นความสามารถในการรู้คิดเฉพาะเจาะจง (specific domain) ช่วยให้สมองหลั่งสารนิวโรโทรฟินส์ (neurotrophins) ที่ทำให้เดนไดรต์ (dendrite) ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น ดังแสดงภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือนสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำโดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 3 เดือน (one group, pre-posttest and follow-up design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริการดูแลระยะยาว จ.สุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริการดูแลระยะยาว จ.สุพรรณบุรี ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อ.บางปลาม้า และศูนย์สงเคราะห์คนชราบ้านเกาะแก้วรวมใจรักษ์ อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G* power โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ประมาณ .80[21] กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรม เท่ากับ 0.41[22] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน และจับฉลากศูนย์ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อ.บางปลาม้า เป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์สงเคราะห์คนชราบ้านเกาะแก้วรวมใจรักษ์ อ.สองพี่น้อง เป็นกลุ่มควบคุม จับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านเพศ อายุมีความแตกต่างไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบ โดยเป็นการสอบถาม

ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น โดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (MoCA-T) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องแยกออกจากผู้สูงอายุปกติ ประกอบด้วยการประเมินสมอง 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการบริหารจัดการ 2) การเรียกชื่อ 3) ความใส่ใจ 4) ภาษา 5) ความคิดเชิงนามธรรม 6) ความจำระยะยาว 7) การรับรู้ คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยเพิ่มหนึ่งคะแนนในผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี เกณฑ์การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ถือว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น และการประเมินความสามารถในการรู้คิด โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ ประกอบด้วย 11 ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการรู้คิดของสมองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความจำ ความตั้งใจ การมีสมาธิจดจ่อ การบริหารจัดการ การตัดสินใจ การคิดคำนวณและการใช้ภาษา เกณฑ์การแปลผล ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ค่าคะแนนระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 และระหว่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งเป็นจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและยังไม่ได้รับการรักษาหรือวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากแพทย์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดกระตุ้นการรู้คิด[18] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมประกอบด้วยการกระตุ้นการรู้คิดด้านความใส่ใจ การเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว การรับรู้มิติสัมพันธ์ และการใช้เหตุผล รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที ปฏิบัติสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จัดกิจกรรมรู้จักกัน ฝึกสมาธิจดจ่อและความตั้งใจในการรับรู้ข้อมูล โดยเขียนลักษณะจุดเด่นบนใบหน้าของตนเองและระบุจุดเด่นบนใบหน้าของสมาชิก และกิจกรรมครั้งที่ 2 ทบทวนความจำ จัดกิจกรรมกระตุ้นความจำระยะยาว โดยการเขียนเล่าอัตชีวประวัติของตนเองเกี่ยวกับความภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสิ่งที่อยากจะปรับเปลี่ยนตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 กระตุ้นกระบวนการคิดและการตัดสินใจในการจัดกลุ่มวัตถุ บุคคลหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกันตามลักษณะที่เหมือนกัน ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 3 จัดหมวดหมู่ภาพและตัวเลขจากตาราง และกิจกรรมครั้งที่ 4 จับคู่สิ่งของใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นการพิจารณาเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งบนทางเลือกที่มีมากกว่าหนึ่งทางเลือก เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

สัปดาห์ที่ 3 กระตุ้นการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 5 เรื่องเล่าเร้าพลัง ให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวที่ตนเองประทับใจ และกิจกรรมครั้งที่ 6 รอบรู้ประวัติศาสตร์ โดยให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวขนบธรรมเนียมสภาพสังคม และประวัติศาสตร์ของแต่ละสถานที่ผ่านการเขียน การวาดภาพหรือสัญลักษณ์ และเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง

สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นการรับรู้และความจำ ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 7 สุภาษิตคำพังเพย โดยใช้ภาพประกอบพร้อมอธิบายความหมาย และกิจกรรมครั้งที่ 8 คติธรรมประจำใจ เป็นการทบทวนการรับรู้เกี่ยวกับหลักธรรมหรือคติธรรมประจำใจ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแต่ละคนยกตัวอย่างให้กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและจดบันทึกรายละเอียด

สัปดาห์ที่ 5 กระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสและนำสิ่งที่ได้รับรู้มาประมวลผลและแปลความหมาย ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 9 เสียงนั้นสำคัญไฉน โดยให้ผู้สูงอายุฝึกสมาธิจดจ่อในการรับรู้ข้อมูลผ่านเสียง และบอกถึงเสียงที่ได้ยิน และกิจกรรมครั้งที่ 10 เติมเต็มปริศนา ให้ผู้สูงอายุฝึกการรับรู้ข้อมูลผ่านกิจกรรม โดยระบบประสาทจะเก็บและระลึกข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้ วิเคราะห์และเก็บเป็นความจำสะสมไว้และเล่าให้เพื่อนสมาชิกฟัง

สัปดาห์ที่ 6 กระตุ้นการรับรู้มิติสัมพันธ์ เป็นการฝึกทักษะการมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์กะระยะได้ โดยสังเกตรายละเอียด เขียนแผนที่และระบุจุดสังเกต ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 11 การเดินทางของฉัน และกิจกรรมครั้งที่ 12 ระลึกภาพที่สังเกตเห็นและเชื่อมโยงภาพเป็นมิติ จากนั้นสุ่มตัวแทนสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและจดบันทึกรายละเอียดในกระดาษ

สัปดาห์ที่ 7 กระตุ้นการคิดเชิงบริหารจัดการ เป็นความสามารถในการวางแผน การแก้ไขปัญหา และความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขในการบวก ลบ คูณ หาร หรือการจัดกระทำกับตัวเลขซึ่งต้องอาศัยกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ โดยการคิดคำนวณนี้มีความสำคัญในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 13 จับจ่ายใช้สอย เป็นกิจกรรมฝึกวางแผนการใช้จ่ายเงิน และกิจกรรมครั้งที่ 14 จัดระเบียบห้องนอน เป็นการจัดระเบียบสิ่งของเครื่องใช้ให้เหมาะสมกับบริบทที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 8 สรุปและทบทวนการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองที่ผ่านมาทั้งหมด และประเมินความสามารถในการรู้คิดระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และสัปดาห์ที่ 20 ประเมินความสามารถในการรู้คิดระยะติดตามผล 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า Index of item objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.76 โดยแต่ละกิจกรรม IOC ไม่ต่ำกว่า 0.5 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี รหัสจริยธรรมที่ 005-008/2562 วันที่ 1 สิงหาคม 2563 - สิงหาคม 2564 การวิจัยนี้ได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ข้อมูลโดยการบอกกล่าวกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลหรือหน่วยงาน

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการสถานบริการดูแลระยะยาว จ.สุพรรณบุรี ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 5 ปี จำนวน 2 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตพฤติกรรมและบันทึกข้อมูลในการทำกิจกรรม โดยผู้ช่วยผู้วิจัยได้ฝึกการเก็บรวบรวมข้อมูลการสังเกตและการบันทึกร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ รวมทั้งการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างของการเข้าร่วมวิจัย คัดกรองผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

2. ขั้นดำเนินการทดลอง 2.1) กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คนที่ศูนย์สงเคราะห์คนชราบ้านเกาะแก้วรวมใจรักษ์ อ.สองพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ 2.2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ที่ ศูนย์พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัดกลาง อ.บางปลาม้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมในทุกวันพุธและวันเสาร์ กิจกรรมละ 45-60 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินความสามารถในการรู้คิด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 20 ประเมินความสามารถในการรู้คิดในระยะติดตามผล 3 เดือน (follow-up) ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 22 มกราคม ถึงวันที่ 6 มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 74.92 ปี (SD = 33.13) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.00 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 56.00 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 75.06 ปี (SD = 21.37) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 68.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	16	64.00	16	64.00
ชาย	9	36.00	9	36.00
อายุ				
60 - 69 ปี	5	20.00	3	2.00
70 -79 ปี	9	36.00	14	56.00
80 ปีขึ้นไป	11	44.00	8	32.00
	($\bar{X}$ = 74.92, SD = 33.13)		($\bar{X}$ = 75.06, SD = 21.37)	
ระดับการศึกษา				
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	1	4.00	1	4.00
มัธยมศึกษา	3	12.00	3	12.00
ประถมศึกษา	18	72.00	18	72.00
ไม่ได้เรียน	2	8.00	3	12.00
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	12	48.00	17	68.00
ไขมันในหลอดเลือด	2	8.00	0	0.00
ไขมันในหลอดเลือดและความดันโลหิตสูง	6	24.00	4	16.00
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	1	4.00	3	12.00
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง	2	8.00	0	0.00

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติแบบอิสระที (independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{48} = 1.85, p = .07) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นก่อนเข้าร่วมการทดลองมีความสามารถในการรู้คิดไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 21.96 (SD. = 1.98) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 25.12 (SD = 1.94) และระยะติดตามผล 3 เดือนเท่ากับ 25.72 (SD. = 1.72) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 20.96 (SD. = 1.84) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเท่ากับ 21.48 (SD. = 1.85) และระยะติดตามผล 3 เดือนเท่ากับ 21.32 (SD. = 1.75)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	25	21.96	1.98	1.00	1.85	48	.07
กลุ่มควบคุม	25	20.96	1.84				

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรู้คิดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการรู้คิด	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	Mean	SD	Mean	SD
ก่อนการทดลอง	21.96	1.98	20.96	1.84
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	25.12	1.94	21.48	1.85
ติดตามผล 3 เดือน	25.72	1.72	21.32	1.75

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองในกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p-value*
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	77702.640	77702.640	9319.967	.000***
ความคลาดเคลื่อน	48	400.19	8.337		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1	106.09	106.09	86.08	.000***
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1	72.25	72.25	58.62	.000***
ความคลาดเคลื่อน	48	59.16	1.23		

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน

Time	*M*	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	21.96		1.84*	2.06*
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	25.12			.22
ระยะติดตามผล 3 เดือน	25.72			

จากตารางที่ 4 พบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลอง โดยทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,48}$ = 58.62, p = < .001) ผู้วิจัยจึงทดสอบรายคู่ด้วย Bonferroni ดังแสดงในตารางที่ 5

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้นในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Mean = 25.12, SD. = 1.94) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (Mean =21.96, SD. = 1.98) และระยะติดตามผล (Mean = 25.72, SD. = 1.72) สูงกว่าก่อนระยะการทดลอง (Mean = 21.96, SD. = 1.98) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองทันที พบว่าความสามารถในการรู้คิดสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดสูงกว่าในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทิ และระยะติดตามผล

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองต่อความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น สามารถอภิปรายผลการทดลองดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นการรู้คิดแบบเฉพาะเจาะจงกับการทำงานด้านต่าง ๆ ของสมอง ได้แก่ ด้านสมาธิจดจ่อ การรับรู้และความจำ การใช้ภาษา กระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การรับรู้มิติสัมพันธ์ การบริหารจัดการ วางแผนและแก้ปัญหา จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวม 8 สัปดาห์ สามารถช่วยเพิ่มจำนวนแขนงหรือเส้นใยของเซลล์ประสาทในการลำเลียงข้อมูลสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาท ช่วยให้การเชื่อมต่อของเซลล์สมองมากขึ้น เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ปรับสมดุลของ Neurotrophic Factors หรือ Nerve Growth Factors ในสมอง สอดคล้องกับแนวคิดกระตุ้นการรู้คิด[18] ที่กล่าวว่าศักยภาพสมองสามารถพัฒนาให้สมองเสมือนกล้ามเนื้อส่วนอื่นที่สามารถฝึกให้แข็งแรงและสามารถซ่อมแซมได้

กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดมีส่วนช่วยให้เดนไดรต์ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ Kwok และคณะ[22] พบว่า หลังการทดลอง ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[23] อีกทั้งการมีกิจกรรมที่สนุกสนานและได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุด้วยกัน ช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน[24]

2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด 1) ด้านความจำ และ 2) สมาธิจดจ่อที่ฝึกให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการจดจำสิ่งต่าง ๆ และทบทวนถึงประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาเกี่ยวกับความภาคภูมิใจ ความรู้สึกต่อตนเอง ทำให้สมองส่วน Hippocampus Cerebellum และ Prefrontal Cortex ได้รับการกระตุ้น 3) ด้านการใช้ภาษา ที่ฝึกให้ผู้สูงอายุเล่าถึงขนบธรรมเนียม ประเพณีและประวัติศาสตร์ เป็นกิจกรรมฝึกสมองด้านซ้ายที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับภาษา 4) ด้านความจำเสียงและภาพ ฝึกรับรู้ข้อมูลผ่านเสียง โดยระบบประสาทจะเก็บและระลึกข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้ วิเคราะห์และเก็บเป็นความจำสะสม 5) ด้านมิติสัมพันธ์ ที่ให้ผู้สูงอายุเขียนแผนที่และระบุจุดสังเกต เป็นการกระตุ้นส่วนสมองด้านขวา และ 6) ด้านการบริหารจัดการ โดยให้ผู้สูงอายุวางแผนการใช้จ่ายเงินและจัดระเบียบสิ่งของให้เหมาะสม ซึ่งกระตุ้นการรู้คิดครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน มีผลทำให้การทำงานของระบบกระตุ้น arousal system ซึ่งเป็นระบบรับข้อมูลที่มีผ่านเข้าสู่ระบบ limbic เป็นความจำสัมผัส ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้นที่มีความคงอยู่เป็นวันไปเป็นความจำระยะยาว[25] สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakawiro และคณะ[26] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการระตุ้นการรู้คิด ทำให้ความจำข้อมูลแบบทันที (immediate recall) และความจำภายหลังเมื่อเวลาผ่านไป (delayed recall) ให้ดีสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้สูงอายุมีสมาธิและความตั้งใจร่วมกับได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความจำระยะยาวที่มีความถาวรตลอดชีวิต และสามารถระลึกถึงสิ่งนั้นได้ทันที[27] สอดคล้องกับการศึกษาผลของ Jeeraya และคณะ[28] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้ด้านสมาธิ การตัดสินใจ การคิดเชิงบริหาร การรับรู้ ความจำและประสาทสัมผัสต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความจำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความจำระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ โดยใช้สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น แอพพลิเคชั่นไลน์ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองผสมผสานกับกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมอง หรือใช้เป็นแนวปฏิบัติในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และกระตุ้นซ้ำ (booster dose) ทุก 1 ปี เพื่อติดตามการคงอยู่ของความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2015. New York: United Nations; 2015.
2. Foundation of Thai Gerontology research and development institute. (2018). Situation of the Thai Elderly 2018. Bangkok: Printery;2019. p.2-10. (in Thai).
3. World Health Organization. Mental health and older adults [internet]. 2016 [cited 2016 November 14]. Available: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/
4. Limsakul W, Aiemkhum B, Kongsanae P. Cognitive Stimulation with Mild Cognitive Impairment in People. Reg 11 Med J 2018;32(3):1143-54. (in Thai).
5. Jitapunkul S, Kunansout C, Suriya-wongpaisal W. Prevalence estimation of dementia among thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai 2001; 84:461-7. (in Thai).
6. Norlela MH, Suzana S, Hanis MY, Normah CD, Devinder KS, Mohd AO. Incidence and predictors of mild cognitive impairment (MCI) within a multi-ethnic Asian populace: a community-based longitudinal study. BMC Public Health 2019;19(1159):1-11.
7. Carrie DP, Leslie AP, Megan R, Tracy D, Ian B, Christina B, el at. Screening for cognitive Impairment in older adults updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA 2020;323(8):764-85.
8. Wada IK, Uemura Y, Nakashita S, Yamawaki M, Tanaka, K, Yamamoto M, et al. Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in the Rural Island Town of Ama-cho Japan. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2012;2:190-9.
9. Mingxian G, Li G, Guihong Z, Yunming L, Shasha X, Zhao, et al. Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in the elderly living in nursing and veteran care homes in China. J Neurol Sci 2014; 312(2):39-44.
10. Praison P, Chuajedton P. Factors related to mild cognitive impairments in elderly people in chiang rai province. JTNMC 2017;32(1):64-80. (in Thai).
11. Olazaran, J. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. Family Practice 2011;28:385-92.
12. Werheid K, Ziegler M, KlapperA, Kuhl PK. Awareness of memory failure and motivative training in mild cognitive impairment. Dement Geriatr Cogn Disord 2010;30(2):155 –60.
13. Subindee S, Sritanyarat W. Cognitive impairment in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit khon kaen provinc. Journal of Nursing Science & Health 2014;37(1):43-50. (in Thai).
14. Udomittipong D, Channakorn P, Narongsak T, Chimnakboon N. Cognitive stimulation for elderly with mild cognitive impairment. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2021;15(1): 62-83. (in Thai).

15. Tanglakmankhong K. The role of nurses in screening and caring for older adults with mild cognitive impairment in community. Journal of Health and Nursing Research 2021; 37(1):1-13. (in Thai).
16. Miller CA. (2009). Wellness in older adults. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
17. Institute of geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Health. Cognitive stimulation in people with mild cognitive impairment. [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 16];1-112. Available from: http://203.157.212.7/ltc/document/m003.pdf.
18. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia: Randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2003;183(3):248-54.
19. Department of older persons, Ministry of social development and human security. Order statistic [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 10];1-112. Available from: https://www.dop.go.th/th
20. Hemrungrojn S. MoCA Thai version online style. [online]. 2007 [cited 2021 Jan 15] Available from http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instruction/MoCA-Instruction-Thai.
21. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2009.
22. Kwok T, Wong A, Chan G, Shiu YY, Lam KC, Young D, et al. Effectiveness of cognitive training for chinese elderly in Hong Kong. Clin Interv Aging 2013;8:213-9.
23. Trakulsithichoke S, Suwan A. Effects of a cognitive stimulation program on the cognitive abilities and ability to perform the activities of daily living in elders who are at Risk of or have dementia. Thai Red Cross Nursing Journal 2016; 9(2):145-58. (in Thai).
24. Piyawattanapong S, Leethong-in M, Subindee S, Chotchaisthit P, Sungkaput P. Rural community perceptions of dementia in older people and its prevention. Journal of Health and Nursing Research 2021; 37(1):156-166. (in Thai).
25. Kansri J, Jongpanich D, teianukool N, Srinuan P, Soonthornchaiya R. The effects of brain exercise program on memory enhancement among the elderly with mild cognitive impairment. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2017;27(3):177-87. (in Thai).
26. Nakawiro D, Chansirikarn S, Srisuwan P, Aebthaisong O, Sudsakorn P, Vidhyachak C, et al. Group-Based Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (Team-V) in Patients with Mild Neurocognitive Disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62(4): 337-48.
27. Atkinson RC, Shiffin RM. Psychology: Principles and application. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
28. Jeeraya S, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. Effects of cognitive stimulation program on perceived memory self-efficacy among older adults with mild cognitive impairment. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018;26(2):30-1. (in Thai).

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19

The Relationship among Stress related to Online Learning, Resilience, and Coping of Nursing Students during COVID-19 Pandemic

Received: Jul 18, 2021
Revised: Oct 10, 2021
Accepted: Oct 29, 2021

นิศากร โพธิมาศ ปร.ด. (Nisakorn Pothimas, Ph.D.)[1]
สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง ปร.ด.(Soontareeporn Meepring, Ph.D.)[2]
มาลินี อยู่ใจเย็น พย.ม. (Malinee Youjaiyen, M.S.N.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ให้กับนิสิตพยาบาล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้นิสิตต้องปรับตัวและอาจมีความเครียดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 จำนวน 169 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในการเรียนออนไลน์ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) และแบบวัดการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูงและรุนแรง (ร้อยละ 45.60 และ 36.10 ตามลำดับ) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.40 และมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ($r = -.27$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ($r = .16$, $p < .05$)

สรุปผล: นิสิตพยาบาลมีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง และความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการเรียนออนไลน์และการเผชิญความเครียด

ข้อเสนอแนะ: ควรนำเสนอหรือเผยแพร่ผลการวิจัยให้กับผู้บริหารสถานศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังนิสิตที่มีความเครียดในระดับสูงและรุนแรง รวมถึงออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์เพื่อให้นิสิตมีความเครียดลดลง

คำสำคัญ: ความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเผชิญความเครียด นิสิตพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[1]Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: nisakonp@nu.ac.th

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: soontareepornt@nu.ac.th

[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: malinee.y@bcn.ac.th

[1,2]Facultt of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand

[3]Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

Abstract

Introduction: Online learning during the COVID-19 pandemic is required to be able to develop the learning of nursing students. This change has an impact on student adjustment and may induce stress.

Research objectives: This study aimed to examine the relationships among stress related to online learning, resilience, and coping of nursing students during COVID-19 pandemic.

Research methodology: This study collected data from 169 nursing students studying in the third, and fourth-year using a random sampling technique. Data were collected using four questionnaires, including a demographic data questionnaire, stress related to online learning, Resilience Quotient (RQ) and coping questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's correlation coefficient.

Results: The findings showed that the participants had a high and severe level of stress due to online learning (45.60%, 36.10%, respectively), a moderate level of coping (83.40%), and a normal level of resilience. There was a significantly negative relationship between resilience and stress related to online learning ($r = -.27$, $p < .01$), whereas, the resilience had a significantly positive association with coping ($r = .16$, $p < .05$).

Conclusions: Nursing students showed a high and severe level of stress related to online learning. Resilience is an important factor associated with stress due to online learning and coping.

Implications: The findings of this study should be presented to the educational administrators and other stakeholders who take responsibility to develop the guideline for monitoring nursing students, particularly, those who showed evidence of severe, high-amounts of stress; and to design online learning activities to reduce stress among nursing students.

Keywords: stress related to online learning, resilience, coping, nursing students

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) แพร่ระบาดครั้งแรกที่ประเทศจีนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และมีการแพร่ระบาดสู่ประเทศไทยในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและกระจายไปหลายพื้นที่ทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัดประมาณกลางเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563[1] ทำให้รัฐบาลมีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พ.ร.ก. ฉุกเฉิน) เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด รวมถึงกระทรวงศึกษาธิการได้ออกคำสั่งให้ปิดสถานศึกษาทุกแห่งทั้งของรัฐและเอกชน ตั้งแต่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยให้สถานศึกษาปรับการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์[2] จากคำสั่งดังกล่าวมหาวิทยาลัยนเรศวรจึงได้ปรับการเรียนสอนและการสอบเป็นแบบออนไลน์ในวิชาทฤษฎีทุกรายวิชา ตามมติการประชุมครั้งที่ 6/2563 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป[3] จากมติดังกล่าว ทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรต้องปรับการเรียนการสอนโดยการนำรายวิชาทฤษฎีของภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา พ.ศ. 2563 มาเรียนก่อน ในขณะที่รายวิชาปฏิบัติในภาคเรียนฤดูร้อนยังไม่สามารถฝึกปฏิบัติตามแหล่งฝึกได้ และให้การจัดการเรียนการสอนวิชาทฤษฎีปรับเป็นแบบออนไลน์ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบเร่งด่วนและกะทันหัน และไม่ได้มีการวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการเรียนออนไลน์ให้แก่ผู้เรียนไว้ล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการแนะนำวิธีใช้โปรแกรมการเรียนออนไลน์ ได้แก่ E-learning, Zoom cloud และ Google meet การทดลองทำข้อสอบออนไลน์ ชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอนรวมถึงการส่งงาน ซึ่งแต่ละรายวิชามีรายละเอียดที่แตกต่างกัน ทำให้นิสิตต้องมีการปรับตัวอย่างกระทันหันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดในการเรียนออนไลน์ได้

ความเครียดในการเรียนออนไลน์ หมายถึง อาการแสดงทางด้านร่างกาย จิตใจ กระบวนการคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อการเรียนออนไลน์ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น โดยความเครียดจะส่งผลทำให้ระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายไม่สมดุล และแสดงอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงขึ้น หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความคิดสบสน ไม่มีสมาธิ การเรียนรู้และความจำลดลง การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาบกพร่อง[4-5] ซึ่งผลกระทบจากความเครียดดังกล่าวย่อมส่งผลต่อการเรียนรู้ผ่านทางออนไลน์ และหรือผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตได้ ทั้งนี้ พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเรียนออนไลน์อาจมีหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ไม่เอื้ออำนวย เช่น เสียงดัง อุปสรรคในเรื่องของสัญญาณอินเทอร์เนต ที่ทำให้การรับส่งข้อมูลมีความล่าช้า การไม่คุ้นเคยกับแพลตฟอร์ม (platform) ออนไลน์[6] นอกจากนี้กิจกรรมในการเรียน การส่งงาน การสอบ รวมถึงความซับซ้อนของเนื้อหาวิชาที่เรียนก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในการเรียนออนไลน์ได้ โดยเนื้อหาวิชาที่เรียนของนิสิตพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน เช่น นิสิตชั้นปี 1 เรียนวิชาการศึกษาทั่วไป นิสิตชั้นปี 2 เรียนวิชาการศึกษาทั่วไปและวิชาเฉพาะทางการพยาบาลบางรายวิชาที่เนื้อหาที่เรียนส่วนใหญ่ยังไม่มีความซับซ้อน ในขณะที่นิสิตชั้นปี 3 และปี 4 เรียนวิชาเฉพาะทางการพยาบาลทั้งหมด เนื้อหาที่เรียนมีความซับซ้อนและมีความเฉพาะในศาสตร์ของแต่ละสาขาวิชา ทำให้นิสิตต้องใช้สมาธิ ความคิดความจำมากขึ้นในการติดตามเนื้อหาขณะที่ผู้สอนทำการสอนสดผ่านทางออนไลน์ หรือแม้แต่การดูวิดีโอการสอนก็ตาม อนึ่ง ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเรียนออนไลน์ของนิสิตแต่ละคนนั้นจะมีความแตกต่างกัน จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman[7] เมื่อนิสิตต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงการเรียนเป็นแบบออนไลน์ นิสิตอาจจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่เกิดผลได้ผลเสียอะไรกับตนเองหรือก่อให้เกิดความเครียด รวมถึงประเมินทักษะความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียด ส่งผลทำให้นิสิตมีความเครียดที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียด บุคคลจะเผชิญกับความเครียดหรือแก้ไขปัญหาเพื่อลดความตึงเครียดและรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ[8] และบุคคลใดมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดมากขึ้นและไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้[8] ดังนั้น

การเผชิญความเครียดจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความเครียดแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียด อาจเพราะเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก บุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ดีจะมีความเครียดน้อยและสามารถเอาชนะสิ่งที่ทำให้เครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ไม่ดี[9]

การเผชิญความเครียด เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับความเครียดหรือเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด การเผชิญความเครียดจึงเป็นการรับรู้ความสามารถของบุคคลที่แสดงออกในรูปของการกระทำหรือความคิดที่พยายามหาวิธีการในการควบคุม จัดการกับสภาพปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคาม เพื่อลดความตึงเครียดของบุคคลนั้น เพื่อให้สภาพร่างกายกลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ[8] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเผชิญความเครียดที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเครียด[10] หรืออีกนัยหนึ่งคือ บุคคลที่มีการเผชิญความเครียดที่ไม่ดีจะรับรู้ว่าตนเองมีความเครียดสูง นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Kaneko และ Momino[11] พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดสูงจะมีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดน้อย

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก[12] บุคคลจะมีการเรียนรู้ และปรับตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ยากลำบากหรืออุปสรรคในชีวิต ช่วยให้สามารถรับรู้ในสิ่งที่ตนมี สิ่งที่ตนเป็น และสิ่งที่ตนทำได้[13] ความยืดหยุ่นทางอารมณ์จึงเป็นขุมทรัพย์ที่สำคัญของบุคคลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินหรือตัดสินใจต่อสถานการณ์ความเครียดที่ตนเผชิญอยู่ได้ด้วยดี และยังเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ[14] จึงส่งผลให้มีระดับความเครียดลดลง ดังนั้น นิสิตพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ดีจะสามารถจัดการปัญหาหรือเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jornburom[15] ที่พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าการเรียนการสอนแบบออนไลน์จะยังคงเป็นรูปแบบการสอนที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับความเครียดจากการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการป้องกันหรือลดความเครียดจากการเรียนออนไลน์ รวมถึงส่งเสริมให้นิสิตพยาบาลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

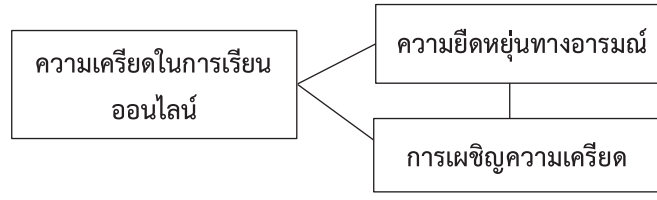
1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงของการแพร่ระบาดโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman[7] เมื่อนิสิตต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงการเรียนเป็นแบบการเรียนออนไลน์ นิสิตจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่เกิดผลได้ผลเสีย เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดความเครียด รวมถึงประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียด ส่งผลทำให้นิสิตมีการเผชิญกับความเครียดที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต[12] ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ยากลำบาก ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความทนต่อแรงกดดัน คือ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตัวเองได้ในสถานการณ์ที่กดดัน 2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ คือ มีแรงใจในการดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน กำลังใจมาจากการสร้างด้วยตัวเอง หรือมาจากคนรอบข้าง และ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค คือ การตระหนักในความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา และมีทักษะในการแสวงหาความรู้ หาที่ปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ดังแสดงไว้ในรูปที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ นิสิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สำหรับกลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นปี 3 และปี 4 ในปีการศึกษา 2563 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane[16] $n = N/1+N(e)^2$ โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 154 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 170 คน หลังจากนั้น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี โดยวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling)[17] ตามสูตร $n1 = n \times N1/N$ จะได้กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 จำนวน 85 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบคำถามปลายปิดโดยให้อาสาสมัครทำเครื่องหมายในช่องว่างหน้าคำตอบ พัฒนาโดยนักวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์พื้นฐาน ทักษะในการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือระบบการสืบค้นออนไลน์ และ เครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสมที่ช่วยให้เรียนผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แบบประเมินความเครียดในการเรียนออนไลน์ โดยใช้แบบวัดความเครียดในการเรียนออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20)[18] มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ (1 คะแนน = ไม่รู้สึกเครียด 5 คะแนน = รู้สึกเครียดมากที่สุด) ข้อไหนไม่ตอบให้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0-23 คะแนน หมายถึง เครียดระดับเล็กน้อย 24-41 คะแนน หมายถึง เครียดระดับปานกลาง 42-61 คะแนน หมายถึง เครียดระดับสูง 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดระดับรุนแรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Scale-level CVI: S-CVI) ด้วยวิธี S-CVI/UA (universal agreement) ได้เท่ากับ 0.85 และหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ

ครอนบาค[19] ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

3. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต[12] มีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน (ข้อ 1-10) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ (ข้อ 11-15) และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ข้อ 16-20) เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ นำคะแนนรวมที่ได้แต่ละด้านและคะแนนรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ปกติ ดังนี้

ด้านความทนต่อแรงกดดัน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) คะแนน < 27 คะแนน หมายถึง มีความทนต่อแรงกดดันระดับต่ำ 27-34 คะแนน หมายถึง มีความทนต่อแรงกดดันระดับปกติ และ > 34 คะแนน หมายถึง มีความทนต่อแรงกดดันระดับสูง

ด้านการมีความหวังและกำลังใจ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) คะแนน < 14 คะแนน หมายถึง มีความหวังและกำลังใจระดับต่ำ 14-19 คะแนน หมายถึง มีความหวังและกำลังใจระดับปกติ และ > 19 คะแนน หมายถึง มีความหวังและกำลังใจระดับสูง

ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) คะแนน < 13 คะแนน หมายถึง มีการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคระดับต่ำ 13-18 คะแนน หมายถึง มีการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคระดับปกติ และ > 18 คะแนน หมายถึง มีการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคระดับสูง

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยรวม (คะแนนรวมทั้งหมด 80 คะแนน) คะแนน < 55 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับต่ำ 55-69 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปกติ และ > 69 คะแนน หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับสูง หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[19] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

4. แบบประเมินการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด ที่พัฒนาโดย Wangkhoklang[20] มีจำนวน 20 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ (1 คะแนน = นาน ๆ ครั้ง 5 คะแนน = บ่อยที่สุด) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับไม่ดี 2.34 -3.66 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง และ 3.57-5.00 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ P3-0061/2563 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษา โดยการปฏิเสธหรือการถอนตัวนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ถูกป้องกันโดยมีรหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นจำนวน 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทาง google meet เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งส่งเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปีผ่านไลน์กลุ่ม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่ง QR code แบบสอบถามออนไลน์ให้กับนิสิตทางไลน์กลุ่มแต่ละชั้นปี ซึ่งระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ หรือรู้สึกเหนื่อยล้าในขณะที่ตอบแบบสอบถาม สามารถหยุดพักได้ เมื่อรู้สึกดีขึ้นจึงกลับมาตอบแบบสอบถามอีกครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามออนไลน์กลับคืนมาทั้งสิ้น 169 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.41 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและให้รหัสตัวเลขแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson's correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 169 คน กำลังศึกษาในระดับชั้นปี 3 และปี 4 ร้อยละ 50.30 และ 49.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.30 อายุเฉลี่ย 20.98 ปี (SD. = 0.85) มีความรู้ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐาน มีทักษะในการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ และมีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือระบบการสืบค้นออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82.20, 71.00, และ 60.90 ตามลำดับ) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.70 มีคอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ (PC), laptop หรืออุปกรณ์ที่เหมาะสมที่ช่วยให้สามารถเรียนผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 56.37, SD. = 14.86) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.95, SD. = .44) มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 59.81, SD. = 7.03) โดยมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ด้านความทนต่อแรงกดดันอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 29.14, SD.= 3.69) ด้านการมีความหวังและกำลังใจอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 16.20, SD.= 2.33) และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 14.47, SD. = 2.28) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการเรียนออนไลน์ การเผชิญความเครียด และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 169)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดในการเรียนออนไลน์ ($\bar{X}$ = 56.37, SD.= 14.86, range = 25-93)		
ระดับเล็กน้อย (0-23 คะแนน)	0	0.00
ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	31	18.30
ระดับสูง (42-61 คะแนน)	77	45.60
ระดับรุนแรง (62 คะแนนหรือมากกว่า)	61	36.10
การเผชิญความเครียด ($\bar{X}$ = 2.95, SD. = 0.44, range = 1.00-3.00)		
ระดับไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน)	15	8.90
ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	141	83.40
ระดับดี (3.57-5.00 คะแนน)	13	7.70
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยรวม ($\bar{X}$ = 59.81, SD. = 7.03, range = 26-76)		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 55 คะแนน)	35	20.70
ระดับปกติ (55-69 คะแนน)	119	70.40
ระดับสูง (มากกว่า 69 คะแนน)	15	8.90
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ($\bar{X}$ = 29.14, SD. = 3.69, range = 13-38)		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 27 คะแนน)	34	20.10
ระดับปกติ (27-34 คะแนน)	125	74.00
ระดับสูง (มากกว่า 34 คะแนน)	10	5.90

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการเรียนออนไลน์ การเผชิญความเครียด และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 169) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ด้านการมีความหวังและกำลังใจ ($\bar{X}$ = 16.20, SD.= 2.38, range = 6-20)		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 14 คะแนน)	20	11.80
ระดับปกติ (14-19 คะแนน)	136	80.50
ระดับสูง (มากกว่า 19 คะแนน)	13	7.70
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ($\bar{X}$ = 14.47, SD. = 2.28, range = 7-19)		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 13 คะแนน)	28	16.60
ระดับปกติ (13-18 คะแนน)	138	81.70
ระดับสูง (มากกว่า 18 คะแนน)	3	1.80

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร (n = 169)

ตัวแปร	Mean (SD.)	1	2	3
1. ความเครียดในการเรียนออนไลน์	56.37 (14.86)	1		
2. การเผชิญความเครียด	2.95 (0.44)	-.12	1	
3. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์	59.81 (7.03)	-.27**	.16*	1

* p< .05, ** p< .01

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ (r = -.27, p< .01) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียด (r = .16, p< .05) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ด้านระดับความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45.60 มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูง และระดับรุนแรง ร้อยละ 36.10 อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ทำให้มีการปรับการเรียนการสอนเป็นแบบการเรียนออนไลน์อย่างเร่งด่วนและกะทันหัน นิสิตได้รับการเตรียมความพร้อมในการเรียนออนไลน์ในระยะเวลาจำกัด อีกทั้งการเรียนออนไลน์แบบเต็มรูปแบบ (การเรียน การสอบ กิจกรรมในการเรียน การส่งงาน) ถือว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับนิสิตพยาบาล ทำให้นิสิตพยาบาลต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ร่วมกับการใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการเรียนออนไลน์ในแต่ละวันส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้[21] นอกจากนี้การมีอุปสรรคในเรื่องความเร็วของสัญญาณอินเทอร์เน็ตทำให้เกิดการรับส่งข้อมูลที่ล่าช้า ภาพและเสียงไม่สัมพันธ์กัน หรือเสียงพูดขาด ๆ หาย ทำให้นิสิตไม่เข้าใจเรื่องที่อาจารย์สอน รวมถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตขาดหายในช่วงของการสอบ หรือขณะที่จะส่งคำตอบทำให้นิสิตส่งคำตอบไม่ทันตามเวลาที่กำหนด[6] หรือแม้แต่การล่ม

ของระบบ E-learning ทำให้นิสิตไม่สามารถเข้าเรียนออนไลน์ได้ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งเร้าที่ถูกประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ตนเอง จึงส่งผลให้นิสิตมีความเครียดอยู่ในระดับสูงและระดับรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในการเรียนออนไลน์ในช่วงโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลในประเทศฟิลิปปินส์[22] พบว่า นักศึกษามีความเครียดในการเรียนออนไลน์ในระดับสูงร้อยละ ร้อยละ 47.20 เช่นเดียวกับการศึกษาการปรับตัวอย่างกระทันหันในการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี[23] พบว่า นักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับสูง และยังคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Malik และ Javed[24] ที่รายงานว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยในโอมานมีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.50 และมีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 14.40

ด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.40 มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยรวมและรายด้าน (ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค) อยู่ในระดับปกติ จากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[12] ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกกดดันและก่อให้เกิดความเครียด หากบุคคลนั้นสามารถจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกทุกข์ได้ ก็จะสามารถปรับตัวต่อความกดดันหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สำหรับด้านการมีความหวังและกำลังใจนั้น หากบุคคลมีการสร้างกำลังใจได้ด้วยตัวเอง หรือได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ภายใต้สถานการณ์ที่กดดันหรือทำให้เครียด และด้านสุดท้าย คือ การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค บุคคลที่ตระหนักว่าตนเองมีความสามารถหรือมีทักษะในการแก้ไขปัญหา มีทักษะในการแสวงหาความรู้ และหาที่ปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่กดดันที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้น เมื่อบุคคลมีลักษณะดังที่กล่าวมา จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดีหรืออยู่ในระดับปกติ และ เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามรายข้อของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมองว่าการแก้ไขปัญหาทำให้ตนเองมีประสบการณ์มากขึ้น ความยากลำบากทำให้ตนเองแกร่งขึ้น และยอมทนต่อความลำบากเพื่ออนาคตที่ดี ดังนั้น เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้รู้สึกกดดันหรือเกิดความเครียด กลุ่มตัวอย่างจะมีความทนต่อแรงกดดันหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงการมีครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจให้เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตได้แม้จะอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ทำให้เครียดหรือกดดัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างของผู้อื่น เพื่อหาข้อยุติของปัญหา ในภาพรวมจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญหรือจัดการปัญหาหรือความเครียดได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในฟิลิปปินส์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19[25] พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลาง คล้ายคลึงกับการศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในช่วงโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศสเปน[26] พบว่านักศึกษามีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับสูง

สำหรับการเผชิญความเครียด ร้อยละ 83.40 มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.95, SD. = 0.44) มีเพียงร้อยละ 7.70 มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี การเผชิญความเครียดเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับความเครียดหรือเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมที่กลุ่มตัวอย่างใช้ค่อนข้างบ่อยถึงบ่อยที่สุด คือ เมื่อเผชิญกับปัญหาจะใช้วิธีการแก้ไขปัญหาหลายวิธีร่วมกัน มีความกระตือรือร้นที่จะพยายามหาวิธีในการแก้ไขปัญหา มุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหา มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนเอง และมีอารมณ์ขันได้ถึงแม้จะมีปัญหาให้แก้ไข นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีการเผชิญความเครียดโดยการคิดว่าการประสบปัญหาเป็นเพราะเคราะห์กรรม ควรปล่อยวางไม่คิดหมกมุ่น และขอพลังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักเรียนพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก[27] พบว่า นักเรียนพยาบาลร้อยละ 93.60 มีความสามารถในการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 3.80 มีความสามารถในการเผชิญความเครียดระดับสูง

2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการเผชิญความเครียดของนิสิตพยาบาล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ผลการศึกษา พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความเครียดในการเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.27) สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.40 มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปกติ และมีความเครียดในการเรียนออนไลน์ในระดับสูงและรุนแรง (ร้อยละ 45.60, 36.10 ตามลำดับ) ถึงแม้โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปกติ แต่อีกร้อยละ 20.70 ของกลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยรวมในระดับต่ำ ซึ่งความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ที่ทำให้รู้สึกกดดันและก่อให้เกิดความเครียด ดังนั้น หากบุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกทุกข์ได้ ก็จะสามารถปรับตัวต่อความกดดันหรือความเครียดได้ รวมถึงการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และการมีที่ปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้[12] ส่งผลให้บุคคลมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองหรือรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับสูง ดังนั้น จึงส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความเครียดในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับผลการศึกษาการรับรู้ความเครียดและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ของนักศึกษาพยาบาล[9] พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และมีการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง และการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (r = -0.20, p< .05) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ye และคณะ[28] พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (r = -0.25, p< .001)

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .16) สามารถอธิบายได้ว่า การปรับการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ ร่วมกับการเตรียมความพร้อมในการเรียนออนไลน์ที่เป็นไปอย่างเร่งด่วนในระยะเวลาอันจำกัด เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันและความเครียด บุคคลที่ตระหนักว่าตนเองมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา มีทักษะในการแสวงหาความรู้ และหาที่ปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา จะทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการปัญหาหรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม[9] ในการศึกษานี้ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ แต่ในด้านของการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ยังมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยากหนีไปให้พ้นหากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ รวมถึงไม่มีการเตรียมหาทางออกไว้หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด ส่งผลทำให้การเผชิญปัญหาหรือความเครียดไม่เหมาะสมได้ และเมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างตอบว่าเมื่อมีปัญหารุมเร้ามาก ๆ จะหลบหนีปัญหา หรือคิดว่าเป็นเคราะห์กรรมควรปล่อยวาง เพื่อทำให้ตนเองไม่เครียด ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ส่งผลทำให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดระหว่างประสบการณ์ความเครียดจากโควิด-19 และความเครียดที่ผิดปกติอย่างฉันพลันของนักศึกษาในประเทศจีน[28] พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (r = .54, p< .001) และระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม (r = .09, p< .001)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียดอย่าง

ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.12, p = .104) สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง แต่มีความเครียดในการเรียนออนไลน์ในระดับสูงและรุนแรง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าสาเหตุหรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุด้านการเรียนออนไลน์เพียงอย่างเดียว แต่อาจจะมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเครียดเพิ่มขึ้นรวมอยู่ด้วย เช่น สิ่งแวดล้อมขณะเรียนออนไลน์ไม่เอื้ออำนวย เช่น ที่พักอาศัยไม่เงียบสงบ มีเสียงดังทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน มีอุปสรรคในเรื่องของสัญญาณอินเทอร์เนต ทำให้การรับส่งข้อมูลมีความล่าช้า การไม่คุ้นเคยกับแพลตฟอร์ม (platform) ออนไลน์[6] ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่เป็นวิกฤตทางสุขภาพของทั่วโลก[23] กลัวการติดเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นระยะเวลายาวนานที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียด[29] จากที่กล่าวมาจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูงและรุนแรงและส่งผลทำให้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเครียดของนิสิตพยาบาล เพื่อให้อาจารย์นำไปวางแผนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ที่ทำให้นิสิตมีความเครียดลดลง ร่วมกับส่งเสริมทักษะในการเผชิญความเครียดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเพื่อช่วยลดความเครียดของนิสิตพยาบาล

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ผู้สอนในการเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลมาจากความเครียดในการเรียนออนไลน์ของนิสิตพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาการออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์ที่ทำให้นิสิตพยาบาลมีความเครียดลดลง

References

1. Department of Disease Control. COVID-19 situation, vigilant measures against the spread of Coronavirus (COVID-19), problem and obstacle to prevent and disease control for travelers. [internet]. 2021 (cited 2021 September 3); Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/20174202108200252 38.pdf
2. Ministry of Education. Announcement of Ministry of Education. [internet]. 2020 (cited 2021 September 3); Available from: https://moe360.blog/2020/03/17/ศธ-สั่งสถานศึกษาทั่วประ/
3. Law Division Naresuan University. Announcement of Naresuan University on online instruction and examination management. Naresuan University; 2020. (in Thai).
4. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress: a review. EXCLI Journal 2017;16:1057-72.
5. The University of Arizona. The effects of stress on college students & way to overcome it. [internet]. 2021 (cited 2021 September 3); Available from: https://www.uagc.edu/blog/the-effects-of-stress-on-college-students-ways-to-overcome-it
6. Prasertsong C, Sanghirunruttana J, Kladkaew P. The factor related to stress of online learning due to the COVID-19 situation among nursing students. J Somdet Chaopraya Inst Psychiat 2021;15(1):14-28.

7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
8. Intarakamhang U. Research Synthesis Concerning the Stress and Coping of Thai People. [internet]. 2008 [cited 2021 September 3]; Available from: http://bsris.swu.ac.th/upload/115.pdf
9. Sahu M, Gandhi S, Sharma MK, Marimuthu P. Perceived stress and resilience and their relation with the use of the mobile phone among nursing students. Invest Educ Enferm 2019;37(3):1-9.
10. Furman M, Joseph N, Miller-Perrin C. Associations between coping strategies, perceived stress, and health indicators. Psi Chi J. Psychol. Res 2018;23(1):61-71.
11. Kaneko S, Momino K. Stress factors and coping behaviors in nursing students during fundamental clinical training in Japan. Int J Nurs Clin Pract 2015;2:138. doi: 10.15344/2394-4978/2015/138.
12. Department of Mental Health. Change the bad to good, the power of mental health, RQ: Resilience quotient (4th ed.). Nonthaburi: Beyond publishing; 2020. (in Thai).
13. Kietchaiyakorn T. Relationship between adversity and resilience quotient and stress of a secondary school students [Master thesis]. Chiang Mai University; 2011. (in Thai).
14. Panchatree S. Effect of the resilience enhancement program on stress of students preparing for university admission examination [Master thesis]. Chiang Mai University; 2008. (in Thai).
15. Jornburom Y. Effect of the resilience enhancement program on reduced stress of students secondary school. J Nurs Divis 2017;44(1):103-15. (in Thai).
16. Yamane T. Statistic: an introductory analysis (2nd ed.). New York: Harper & Row; 1970.
17. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research (4th ed.). Bangkok: You & I intermedia; 2007. (in Thai).
18. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai population. Bulletin of Suanprung 1997;13(3):1-20. (in Thai).
19. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Loius: W.B. Saunders; 2009.
20. Wangkhoklang S. Study of relationship between stress and coping stress of public health undergraduate students in Faculty of Public Health and Health technology at Nakhornratchasima college [Master thesis]. Srinakharinwirot University; 2011. (in Thai).
21. Mheidly N, Fares MY, Fares J. Coping with stress and burnout associated with telecommunication and online learning. Front Public Health 2020;8:1-7. doi:10.3389/fpubh. 2020.574969.
22. Oducado RMF, Estoque HV. Online learning in nursing education during the COVID-19 pandemic: stress, satisfaction, and academic performance. J Nurs Pract 2021;4(2):143-53.
23. Besser A, Flett GL, Zeigler-Hill V. Adaptability to a sudden transition to online learning during the COVID-19 pandemic: understanding the challenges for Students. Scholarsh Teach Learn Psychol 2020;1-21. doi:10.1037/stl0000198.
24. Malik M, Javed S. Perceived stress among university students in Oman during COVID-19-induced e-learning. Middle East Curr Psychiatry 2021;28(1):49. doi: 10.1186/s43045-021-00131-7.

25. Guillasper JN, Oducado RMF, Soriano GP. Protective role of resilience on COVID-19 impact on the quality of life of nursing students in the Philippines. Belitung Nurs J 2021;7(1);43-9.
26. Sarmiento ÁS, Ponce RS, Bertolín AG. Resilience and COVID-19: an analysis in university students during confinement. Educ Sci 2021;11:533. doi:10.3390/educsci11090533.
27. Wongprach B. Factors related to stress and coping stress of nursing students in the Royal Thai Army Nursing College. JRTAN 2018;19(2):201-10. (in Thai).
28. Ye Z, Yang X, Zeng C, Wang Y, Shen Z, Li X, Lin D. Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. Appl. Psychol. Health Well-Being 2020;12(4):1074-94.
29. Morales-Rodríguez FM. Fear, stress, resilience and coping strategies during COVID-19 in Spanish University Students. Sustainability 2021;13(1):5824. doi:10.3390/su13115824.

บทความวิจัย

ผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในการใช้สื่อการสอนมัลติมีเดีย เรื่อง กลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล

The Effectiveness of Using Blended Multimedia in Mechanism of Delivery for Nursing Students

Received: Mar 9, 2021
Revised: Oct 18, 2021
Accepted: Oct 29, 2021

สุภัสสรา โคมินทร์ พย.ม. (Soopussara Komindr, M.N.S.)[1]
วรัญญา แสงพิทักษ์ ปร.ด. (Waralya Sangpitak Ph.D)[2]
สุพางค์พรรณ พาดกลาง พย.ม. (Supangpan Padklang, M.N.S)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้สื่อแบบมัลติมีเดียในการจัดเรียนการสอนช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้เวลากับการเรียนได้มากเท่าที่ต้องการ ประกอบกับมีความตั้งใจ จุดมุ่งหมาย และแรงจูงใจที่สูงขึ้น จึงทำให้สามารถเรียนรู้ได้ดีและยาวนาน ดังนั้นครูผู้สอนจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสอนโดยเพิ่มนวัตกรรมสื่อการสอนที่น่าสนใจเพื่อดึงดูดความสนใจผู้เรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อทดสอบประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มที่ใช้วิธีการจับคู่โดยมีการประเมินก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 72 คน แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด มีค่าดัชนีประสิทธิผล เท่ากับ .67 2) แบบประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 ซึ่งเก็บข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง คือก่อนเรียน หลังเรียนโดยครูสอน และหลังเรียนในชั้นเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียกลไกการคลอด 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 เก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่ใช้สื่อกลไกการคลอดหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน และ 4) แบบประเมินการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ซึ่งเก็บข้อมูลหลังเรียนโดยครูผู้สอน และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายในกลุ่ม แบบ pair t-test และระหว่างกลุ่มใช้แบบ Independent t-test และสถิติ Multi-way ANOVA

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ประสิทธิภาพของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด (การประเมินผลกระบวนการ/การประเมินพฤติกรรมขั้นสุดท้าย; E_1/E_2) เท่ากับ 83.83/67.17 2) ความรู้ของผู้เรียนกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.12) และกลุ่ม

[1,2,3]อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
[1]E-mail: soopussara.p@bcn.ac.th
[2]E-mail: waralya.s@bcn.ac.th
[3]Corresponding author E-mail: supangpan.p@bcn.ac.th
[1-3]Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromrajchanok institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

ควบคุม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.43) ไม่แตกต่างกัน (p > .05) ในระยะก่อนเรียน และหลังเรียนในชั้นเรียนโดยครูสอนความรู้ของผู้เรียนกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.83) และกลุ่มควบคุม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.26) ไม่แตกต่างกัน (p > .05) ภายหลังการเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียผู้เรียนกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.43) มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) 3) ความพึงพอใจของผู้เรียนกลุ่มทดลองต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด อยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53) 4) คะแนนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

สรุปผล: การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยการใช้สื่อมัลติมีเดียมีประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้เรื่องกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของผลการเรียนรู้ ก่อนผู้เรียนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ และสังเกตพฤติกรรมหรือความสามารถขณะให้การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: สื่อมัลติมีเดีย กลไกการคลอด นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Introduction: Using multimedia in teaching helps learners to study at self-paces. They can spend as much time as they desire which results in higher abilities to concentrate and have their own inspiration and purposes. Students may gain benefits from how well they learn and how long they can stay focus. Therefore, teachers can improve teaching methods by adding interesting teaching media and innovations to their courses to attract students' attention.

Research objectives: This study aimed to examine the effectiveness of blended learning using multimedia in teaching labor mechanisms.

Research methodology: The study was a quasi-experimental research using matching pretest/posttest control group design. Sample were 72 third-year nursing students. They were allocated to a control and an experimental group, 36 for each group. Research instruments were as follows: 1) the multimedia about delivery mechanism with effectiveness index of .67; 2) the 20-item knowledge test about delivery mechanism with the reliability of .70 assessing for three times at pre-test, after class lecture, and after watching the multimedia; 3) the satisfaction towards the multimedia about mechanism of delivery questionnaire with the reliability of .98; and 4) the self-directed learning questionnaire with the reliability of .87, which was administered after class lecture and use of multimedia. Demographic data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation). Dependent t-test was used to compare knowledge score within the group. Independent t-test, and multi-way ANOVA were used to compare the difference of knowledge between control and experimental groups.

Results: Results showed that 1) the effectiveness of the multimedia about mechanisms of labor (Efficiency of process/Terminal Behavior; E_1/E_2) was 83.83/67.17; 2) the average knowledge scores at pretest and after class lecture among students in the experimental group (mean = 5.12, and mean = 8.83) and control group (mean = 5.43, mean = 9.26) were not significantly different. After learning through using multimedia, the experimental group had a significantly higher average knowledge score than that of the control group (mean = 13.43); 3) the satisfaction towards multimedia about delivery mechanism of the experimental group was at very good level (mean = 4.54, SD = 0.53); and 4) the average self-directed learning score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$).

Conclusions: The findings demonstrate the effectiveness of blended learning with multimedia for teaching mechanisms of labor for nursing students.

Implications: There should be a study on a sustainability of learning outcomes prior to clinical practice and nursing care competency of nursing students should be observed.

Keywords: multimedia, delivery mechanism, nursing students

บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคศตวรรษที่ 21 กระบวนการเรียนการสอนมีการเปลี่ยนแปลง มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวกับเครือข่ายอินเตอร์เน็ต มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตัวเอง เนื่องจากการสื่อสารที่ทันสมัย เข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็ว[1] มีการพัฒนาแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยอาศัยสื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ ครูผู้สอนซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญ เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจดีทั้งความรู้พื้นฐาน และความรู้ทางวิชาชีพ ยังต้องเป็นผู้ที่มีทักษะศตวรรษที่ 21 ได้แก่ การมีคุณธรรมและเป็นนักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย การเป็นผู้เรียนรู้อยู่เสมอ (learner) เป็นผู้นำ (leader) และเป็นนวตกร (innovator) หรือผู้สร้างนวัตกรรมการเรียนรู้[2] ดังนั้นครูผู้สอนต้องปรับเปลี่ยนวิธีการสอนโดยเพิ่มนวัตกรรมสื่อการสอนที่น่าสนใจ เพื่อดึงดูดความสนใจผู้เรียน ขณะเดียวกันควรคำนึงถึงทักษะทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จ โดยจัดรูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน[3] เพราะกระบวนทัศน์ใหม่ทางการศึกษาในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบนโลก ตลอดจนให้ผู้เรียนมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการจัดการ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ในสังคมปัจจุบัน ซึ่งผู้เรียนต้องแยกแยะว่าเรื่องใดจริงและมีความน่าเชื่อถือเพียงใด ข้อมูลความรู้มีมากมายและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้เรียนต้องมีทักษะในการค้นคว้า ตื่นตัว และใฝ่รู้ รู้จักแยกแยะ รวบรวมข้อมูล และนำมาใช้ประโยชน์นี่คือทักษะการเรียนรู้ การใช้เครื่องมือ และแอปพลิเคชั่นต่าง ๆ ซึ่งเป็นทักษะดิจิทัล (digital skill) แห่งศตวรรษที่ 21[4]

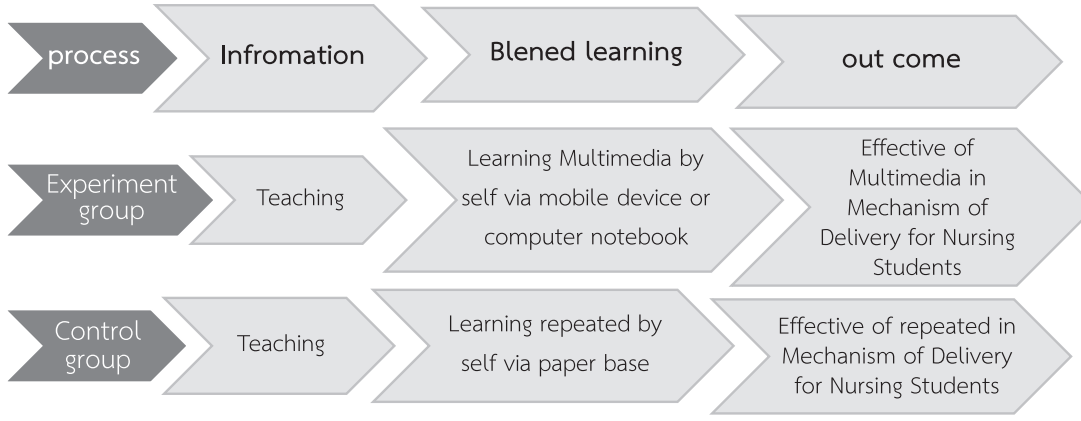
การใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลางในการจัดการเรียนการสอนมีใช้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด เทคโนโลยีได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้คนยุคปัจจุบันจึงต้องมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถใช้งานเหล่านี้ได้ดี ซึ่งได้แก่ คอมพิวเตอร์ (computer) อินเตอร์เน็ต (internet) มือถือ (cellular phone) วิดีโอ (video) และอื่น ๆ เพื่อการสืบค้นข้อมูลความรู้ สถานการณ์จำลอง การสื่อความหมายด้วยภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว ความคุ้มค่าคุ้มทุน และข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ เป็นต้น ทั้งนี้เทคโนโลยีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งพบว่าซอฟแวร์

(software) และแอปพลิเคชั่น (applications) ที่มีอยู่ตามท้องตลาดเข้าถึงง่าย การเรียนรู้ของผู้เรียนจึงควรมีผู้ปกครองหรือครูผู้สอนคอยติดตาม ควบคุม ชี้แนะแนวทางและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น ลิขสิทธิ์การใช้งานที่ผิดกฎหมาย ปัญหาความเป็นส่วนตัว และการลดทอนความเป็นมนุษย์ของผู้เรียน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและเป็นปัญหาโดยตรง ต่อผู้เรียน ครูผู้สอน ผู้ปกครอง หรือแม้แต่ในสังคมโลกดิจิทัลเองก็ตาม ในทางกลับกันอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนการสอนได้ จะเห็นได้ว่าระบบเทคโนโลยี มีความจำเป็นอย่างมากในสถาบันการศึกษาเพื่อยังประโยชน์ในการเรียนการสอนสูงสุด แต่ขณะเดียวกันก็ต้องมีการสร้างระบบกลไกการควบคุม ตรวจสอบการใช้งานเพื่อเป็นการแสดงความรับผิดชอบข้อมูลออนไลน์[5]

การที่สถาบันการศึกษาจัดให้มีสื่อการสอนด้านเทคโนโลยี เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง จึงสอดคล้องกับแนวคิดของ Knowles[6] ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง จะมีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและแรงจูงใจสูง สามารถใช้ประโยชน์จากการเรียนรู้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าผู้เรียนที่รอรับคำสั่งเพียงอย่างเดียว จากการเปรียบเทียบผลการสอนด้วยวิธีบรรยายโดยครูผู้สอนกับสื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายต่อความรู้พฤติกรรมการเรียนการสอน โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนจำแนกได้เป็น 2 ประเด็นคือ ใฝ่เรียนรู้ กระตือรือร้นในการเรียน และมีการบริหารเวลาเพื่อศึกษาสื่อ[7] นอกจากนี้พบว่าผลของการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อความรู้เรื่องกลไกการคลอดสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[8] และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สื่อมัลติมีเดียจึงจัดเป็นสื่อที่เหมาะต่อการนำไปใช้ในกระบวนการสอน ทำให้การเรียนการสอนน่าสนใจ นักศึกษาสามารถทบทวนด้วยตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น[9] จากการสุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 10 คน มาทำการสนทนา พบว่าขณะเรียนภาคทฤษฎีมีการเปิดวีดีโอการคลอดจากผู้คลอดจริง แต่ไม่สามารถเห็นการหมุนของศีรษะทารกตามกลไกการคลอดภายในเชิงกราน แต่อาจารย์ผู้สอนได้สาธิตกลไกการคลอดโดยใช้หุ่นหน้าชั้นเรียน ซึ่งนักศึกษามีจำนวนมาก และไม่สามารถทบทวนเนื้อหาได้ด้วยตนเองหลังเลิกเรียน การมีสื่อมัลติมีเดียให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมจะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจกลไกการคลอดมากขึ้น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่มีทั้งครูผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมในชั้นเรียน และมีเอกสารประกอบคำสอนแก่ผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนได้นำไปทบทวนเพิ่มเติมด้วยตนเอง ขณะเดียวกันกลุ่มทดลองมีรหัสสำหรับการทบทวนเรียนรู้ด้วยตนเองโดยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดตามความต้องการและความสะดวกของผู้เรียน ตลอดจนมีการบริหารเวลาในการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อเตรียมความรู้ให้พร้อมสำหรับการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ที่มีทั้งครูผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมในชั้นเรียนและมีเอกสารประกอบคำสอนแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้นำไปทบทวนเพิ่มเติมด้วยตนเอง ขณะเดียวกันกลุ่มทดลองมีรหัสสำหรับการทบทวนเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผ่านสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดตามความต้องการและความสะดวกของผู้เรียน ตามกรอบแนวคิดของ Knowles[6] ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง จะมีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและแรงจูงใจสูง สามารถใช้ประโยชน์จากการเรียนรู้ได้ดีกว่า และยาวนานกว่าผู้เรียนที่รอรับคำสั่งเพียงอย่างเดียว โดยมีการประเมินประสิทธิผลจากการใช้สื่อมัลติมีเดียจากการวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอด และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง แล้วนำผลคะแนนมาหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียน และประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนในการใช้สื่อมัลติมีเดียในการจัดการเรียนการสอน ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยดัดแปลงตามแนวคิดของ Knowles

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องกลไกการคลอดและการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ก่อนและหลังการเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจจากการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด

สมมุติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของเครื่องมือสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด (Efficiency of Process /Terminal Behavior: E1/E2) มีค่า 80/80

2. คะแนนความรู้เรื่องกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ หลังการเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสานกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. คะแนนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ หลังการเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสานกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. ความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ อยู่ในระดับมาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ใช้วิธีจับคู่โดยการประเมินก่อนและหลังการทดลอง (the matching pretest posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 (พย.1321) ปีการศึกษา 2562 จำนวน 142 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ห้อง B จำนวน 72 ราย เป็นการจัดกลุ่มที่จับคู่ (match pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคนที่เรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อน ซึ่งแบ่งกลุ่มตามเกรดเฉลี่ยรวมของปี 2561 และตามรายชื่อที่นักศึกษาพักอาศัยในหอพักนักศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น กลุ่มทดลองอยู่ในห้องพักเดียวกันเพื่อป้องกันการปะปนของทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งเมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณแบบทราบขนาดประชากร[10] ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{d^2\,(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

เพื่อเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการแบบไม่ลำเอียงและเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยการสุ่มอย่างง่าย จากการคำนวณต้องใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 23 ราย แต่เนื่องจากมีผู้เรียนในชั้นเรียน 72 ราย คณะผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 36 ราย ตามที่กล่าวเบื้องต้น เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีปริมาณที่เท่ากันและมีค่าเกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และผู้เรียนทุกคนสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ครบทุกคน ขณะเดียวกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามการคำนวณทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน สามารถทดลองใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดได้เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง เพื่อผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตามความต้องการของผู้เรียน

1. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ห้อง B จำนวน 72 ราย ที่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงทะเบียนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 1 ในปีการศึกษา 2562 โดยทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน จากการสุ่มหลายชั้นและสุ่มอย่างง่ายด้วยการคละคนที่เรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อน โดยแบ่งเป็นระยะดังนี้ นักศึกษาจำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 ราย ซึ่งแบ่งกลุ่มตามรายชื่อที่นักศึกษาพักอาศัยในหอพักนักศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองอยู่ในห้องพักเดียวกัน

2. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

นักศึกษาลาป่วย/ลากิจในชั่วโมงเรียนหัวข้อเรื่องกลไกการคลอดทั้งนี้ผู้เรียนสามารถออกจาก โครงการ วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งมีนักศึกษากลุ่มควบคุมลาป่วย 1 ราย

3. การสูญหายของข้อมูล ในการเก็บข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดมีนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรมดังนี้ 1) หลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด กลุ่มทดลองจำนวน 6 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 5 ราย 2) การเก็บข้อมูลความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด มีนักศึกษาไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองจำนวน 12 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 4 ราย เนื่องจากการเข้าหรือออกจากโครงการวิจัยเป็นความสมัครใจของนักศึกษาเอง

เครื่องที่มือใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ของ Komindr และคณะ[8] สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 โดยเนื้อหาของสื่อมัลติมีเดีย ประกอบด้วยท่าของทารก ส่วนนำของทารก องค์ประกอบของเชิงกราน และกลไกการคลอด ซึ่งมีภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียงและคำบรรยายการใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นการเรียนรู้ และมีแบบทดสอบท้ายบทเรียนเป็นระยะ ความยาว 60 นาที ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อมัลติมีเดีย จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 ซึ่งมีดัชนีประสิทธิผลของสื่อ เท่ากับ .67 แสดงว่าผู้เรียนมีความก้าวหน้าของการเรียนรู้ร้อยละ 67

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอดของ Komindr และคณะ[8] ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบบเลือกตอบ (multiple choices) 4 ตัวเลือก ใช้เวลาข้อละ 1 นาที ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในสถาบันการศึกษาอื่น ที่ผ่านการเรียนหัวข้อกลไกการคลอดแล้ว จำนวน 30 ราย โดยเลือกข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 และมีเนื้อหาครอบคลุมและตรงตามเนื้อหาในสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยวิธีของริคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Procedure)[11] ได้เท่ากับ .70

2. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สื่อมัลติมีเดียของ Komindr และคณะ[8] ซึ่งมีข้อคำถาม ทั้งหมด 30 ข้อ

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อมัลติมีเดีย จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient)[12] ได้เท่ากับ .93 เมื่อทำการทดลองมีการนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใหม่ได้ .98

3. แบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของ Watthanawong[13] ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient)[11] ได้เท่ากับ .83 มีจำนวนทั้งหมด 39 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 26 ข้อ คือข้อที่ 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 30, 32, และ 35 ข้อความเชิงลบ 13 ข้อ คือข้อที่ 4, 8, 11, 17, 19, 22, 24, 26, 29, 31, 33, 34 และ 36 คะแนนรวมของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง อยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ (IRB No. BCNB 2562-17) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยและเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัยนี้ โดยลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อคะแนน และเกรดในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

วิธีการดำเนินการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะผู้วิจัยให้ข้อมูลชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งส่วนของวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย ภายหลังที่ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูล ได้เปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัย ตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form) พร้อมทั้งแจกแบบสอบถาม และดำเนินการดังนี้ จัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 ราย และแบ่งกลุ่มย่อยตามใบงานที่ได้รับมอบหมาย เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 16 กลุ่ม โดยเป็นกลุ่มทดลอง 8 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 8 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน ซึ่งจะแบ่งให้แต่ละกลุ่มมีผู้เรียนที่เรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อน ตามผลสอบวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังผู้สอนบรรยาย (วัดความรู้ครั้งที่ 2) จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 ราย แต่คณะผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าทั้งห้อง (ยกเว้นมีเหตุจำเป็นตามเกณฑ์คัดออก) เพราะในแต่ละกลุ่มจะต้องเป็นเพื่อนร่วมห้องพักเดียวกัน ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่อยู่ในห้องพักเดียวกัน ส่วนผู้ที่เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับรหัสการเข้าเรียนด้วยตนเองจากสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดเป็นรายบุคคล ดังตารางที่ 1

ภายหลังที่สิ้นสุดการเก็บข้อมูลจะมีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียน ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมทุกคนได้เข้าเรียนด้วยตนเอง ด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของเครื่องมือสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด โดยใช้สูตร E1/E2[14] กำหนดให้ E1 เป็นการคำนวณหาประสิทธิภาพของกระบวนการ และ E2 เป็นการคำนวณหาประสิทธิภาพของผลลัพธ์ "ความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดก่อนและหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอนและหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด" กำหนดเกณฑ์ไม่ต่ำกว่า 80/80

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอด และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ เทส (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) จึงใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 1 กลุ่มที่วัดก่อนและหลังการทดลอง (pair t-test) ทีละกลุ่ม และใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และ โดยใช้สถิติ Multi-way ANOVA

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1) ผู้เรียนตอบแบบวัดความรู้เรื่อง กลไกการคลอด จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที ก่อนเรียน	1) ผู้เรียนตอบแบบวัดความรู้เรื่อง กลไกการคลอด จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลา 20 นาที ก่อนเรียน
2) ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมในชั้นเรียนหัวข้อกลไกการคลอด เป็นเวลา 1 ชั่วโมง	2) ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมในชั้นเรียนหัวข้อกลไกการคลอดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง
3) ผู้เรียนทบทวนบทเรียนด้วยเอกสารประกอบการสอนเรื่องกลไกการคลอด ให้ผู้เรียนนำเสนอกรณีศึกษาเรื่องกลไกการคลอด ที่ได้รับมอบหมาย กลุ่มละ 2-3 นาที รวม 30 นาที	3) ผู้เรียนทบทวนบทเรียนด้วยเอกสารประกอบการสอนเรื่องกลไกการคลอด ให้ผู้เรียนนำเสนอกรณีศึกษาเรื่องกลไกการคลอด ที่ได้รับมอบหมาย กลุ่มละ 2-3 นาที รวม 30 นาที
4) ผู้เรียนตอบแบบแบบวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจำนวน 39 ข้อ หลังผู้สอนบรรยายทันที ใช้เวลา 40 นาที และมอบหมายกรณีศึกษาโดยให้ศึกษาด้วยตนเองเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้เรียน จำนวน 8 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน โดยคละคนเก่ง ปานกลาง และอ่อน ตามผลสอบหลังผู้สอนบรรยาย	4) ผู้เรียนตอบแบบแบบวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจำนวน 39 ข้อ หลังผู้สอนบรรยายทันที ใช้เวลา 40 นาที และมอบหมายกรณีศึกษาโดยให้ศึกษาด้วยตนเองเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้เรียน จำนวน 8 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน โดยคละคนเก่ง ปานกลาง และอ่อน ตามผลสอบหลังผู้สอนบรรยาย
5) ผู้เรียนทบทวนบทเรียนด้วยตนเองเพิ่มเติม โดยกลุ่มทดลองได้รับรหัสเป็นรายบุคคลในการเข้าเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียผ่านมือถือ หรือคอมพิวเตอร์ส่วนตัวใช้เวลาในการเรียน 60 นาที หรือตามความสะดวกของผู้เรียน	5) ผู้เรียนทบทวนบทเรียนด้วยตนเองเพิ่มเติม ด้วยเอกสารประกอบการสอนเรื่องกลไกการคลอด ซึ่งเอกสารใช้เวลาอ่าน 45-60 นาที หรือตามความสะดวกของผู้เรียน
6) หลังจากผู้เรียนทบทวนบทเรียนด้วยตนเอง 2-4 สัปดาห์ให้ผู้เรียนตอบแบบวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจำนวน 39 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สื่อมัลติมีเดีย 30 ข้อ ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล 60 นาที	6) หลังจากผู้เรียนทบทวนบทเรียนด้วยตนเอง 2-4 สัปดาห์ให้ผู้เรียนตอบแบบวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอดจำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินความพร้อมใน การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจำนวน 39 ข้อ ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล 40 นาที

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด โดยกำหนดให้ E1 เป็นการคำนวณหาประสิทธิภาพของกระบวนการ ได้ผลลัพธ์เท่ากับ 83.83 และ E2 เป็นการคำนวณหาประสิทธิภาพของผลลัพธ์ ได้เท่ากับ 67.17

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบความรู้เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 3 ครั้ง โดยวัดความรู้ก่อนและหลังเรียนในชั้นเรียนโดยครูผู้สอน และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดก่อนและหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอน และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด (n=72)

คะแนน		n	Missing	$\bar{X}$	SD	F	p
ก่อนเรียน	กลุ่มทดลอง	36	0	5.17	1.86	.57	.56
	กลุ่มควบคุม	36	1	5.43	1.97		
หลังเรียนในชั้นเรียน	กลุ่มทดลอง	36	0	8.83	3.19	.57	.55
	กลุ่มควบคุม	36	1	9.26	2.73		
หลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย	กลุ่มทดลอง	36	6	13.43	2.13	-4.65	.00*
	กลุ่มควบคุม	36	5	10.06	3.36		

หมายเหตุ *p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดของกลุ่มทดลอง เข้ารับการประเมินวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอดครั้งที่ 1 และ 2 ครบ แต่มีผู้ไม่ได้เข้าสอบครั้งที่ 3 จำนวน 6 ราย มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนเท่ากับ 5.17 คะแนน (SD =1.86) คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอนเท่ากับ 8.83 คะแนน (SD =3.19) และคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดเท่ากับ 13.43 คะแนน (SD =2.13) ส่วนกลุ่มควบคุม เข้ารับการประเมินวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอดครั้งที่ 1 และ 2 ขาด 1 ราย และมีผู้ไม่ได้รับการประเมินครั้งที่ 3 จำนวน 5 ราย มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนเท่ากับ 5.43 คะแนน (SD = 1.97) คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอนเท่ากับ 9.26 คะแนน (SD = 2.73) และคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดเท่ากับ 10.06 คะแนน (SD = 3.37)

จะเห็นได้ว่าผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดก่อนเรียนในชั้นเรียนไม่แตกต่างกัน (p > .05) ผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนในชั้นเรียนโดยครูผู้สอนไม่แตกต่างกัน (p>.05) ส่วนคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

3. ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของกลุ่มตัวอย่างทดสอบความรู้เรื่องกลไกการคลอด จำนวน 2 ครั้ง โดยวัดความรู้หลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอน และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอน และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด (n=72)

คะแนน		n	Missing	ผู้ที่ตอบครบ	$\bar{X}$	SD	F	p
หลังเรียนในชั้นเรียน	กลุ่มทดลอง	36	9	25	134.89	2.35	.036	.84
	กลุ่มควบคุม	36	3	33	134.33	1.81		
หลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย	กลุ่มทดลอง	36	12	24	140.13	3.08	5.61	.021*
	กลุ่มควบคุม	36	4	32	131.97	1.89		

หมายเหตุ *p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ของกลุ่มทดลองมีผู้เรียนตอบแบบสอบถามความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง สมบูรณ์ครบถ้วนหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอน จำนวน 27 ราย และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 24 ราย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 134.89 (SD = 2.35) คะแนน และ 140.13 (SD = 3.08) คะแนน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้เรียนตอบแบบสอบถามความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง สมบูรณ์ครบถ้วนหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอน จำนวน 33 ราย และหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 32 ราย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 134.33 (SD = 1.81) คะแนน และ 131.97 (SD = 1.89) คะแนน ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าผลการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ของผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอน มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ ด้วยการนำตนเองหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ผลประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของผู้เรียน กลุ่มทดลอง 36 ราย ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์และครบถ้วน จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44 ความพึงพอใจหลังใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ดังแสดงในตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.54, SD =0.53) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่า สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดด้านคุณภาพสื่อมัลติมีเดียมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.62, SD = 0.59) รองลงมาเป็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในบทเรียนของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ($\overline{X}$ = 4.59, SD = 0.55) และน้อยที่สุดคือด้าน ภาพ เสียง และตัวอักษร ($\overline{X}$ = 4.43, SD = 0.56)

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด (n=34)

	รายการประเมิน (รายด้าน)	$\overline{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1	ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ	4.57	0.48	มากที่สุด
2	ด้าน ภาพ เสียง และตัวอักษร	4.43	0.56	มาก
3	ด้านคุณภาพสื่อมัลติมีเดีย	4.62	0.59	มากที่สุด
4	ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในบทเรียน	4.59	0.55	มากที่สุด
5	ด้านประโยชน์ของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด	4.49	0.11	มาก
	ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.54	0.53	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด โดยกระบวนการเชิงประจักษ์ (empirical approach) จากการคำนวณหาประสิทธิภาพสื่อของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดพบว่าได้ 83.83/67.17 จะเห็นได้ว่าผู้เรียนมีความรู้เรื่องกลไกการคลอดผ่านการเรียนรู้จากการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ซึ่งสื่อจะมีเนื้อหาสาระเป็นตัวหนังสือพร้อมเสียงบรรยายและภาพเคลื่อนไหว แต่ละบทเรียนจะมีแบบทดสอบท้ายบท จากการศึกษาครั้งนี้ผู้เรียนกลุ่มนี้สามารถทำแบบทดสอบรายบุคคล และมีประสิทธิภาพของกระบวนการ E1 มีค่าเท่ากับ 83.83 แสดงให้เห็นว่าสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถใช้เพื่อส่งเสริมการเรียนการสอนได้ดี ส่วนการประเมินพฤติกรรมขั้นสุดท้าย (E2) คำนวณค่าได้เท่ากับ 67.17 แสดงให้เห็นว่าหลังจากเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด และให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองตามความสะดวกของผู้เรียน โดยกำหนดเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ แล้ววัดผลความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดอีกครั้ง ผู้เรียนมีภารกิจอื่น ๆ และมีหลายรายวิชาที่ต้องทบทวนเรียนรู้ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งระยะเวลาหลังจากเรียนรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดห่างกันจากวันที่ทดสอบหลังเรียนเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ ดังนั้นผลการประเมินพฤติกรรมขั้นท้ายสุด (E2) จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อย่างไรก็ตามแบบทดสอบก่อนเรียนและระหว่างเรียน เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น ผู้เรียนมีโอกาสได้ประเมินตนเองตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ ในแต่ละเนื้อหา ซึ่งมีแบบฝึกหัดให้ผู้เรียนได้ทดลองทำ และมีเฉลยให้ผู้เรียนได้ทำการประเมินตนเองทันที และเมื่อจบบทเรียนแต่ละชุดมีแบบทดสอบหลังเรียนให้ผู้เรียนได้ตรวจสอบความก้าวหน้าของตนเอง หากไม่เข้าใจสามารถย้อนกลับไปศึกษาได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบการสอนแบบที่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเสริมประกอบและการสอนแบบไม่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเสริมประกอบ รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 พบว่า บทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ต หัวเรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง มีประสิทธิภาพของบทเรียนสำเร็จรูป (E1/E2) เท่ากับ 85.02/74.43 มีค่าประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากการทดสอบหลังเรียนมีระยะเวลาห่างจากการเรียนการสอนแล้ว 1 เดือน และค่าดัชนีประสิทธิผลของบทเรียนสำเร็จรูป เท่ากับ 0.55[15] นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความรู้พื้นฐานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยพัฒนาชุดการเรียนรู้ตาม ADDIE model ผลการศึกษาพบว่า 1) ประสิทธิภาพของ“ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ความรู้พื้นฐาน สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช” สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เป็นไปตามเกณฑ์ เท่ากับ 80/88.44[16] และจากการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อวิดีทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โดยใช้กระบวนการพัฒนาสื่อแบบ ADDIE model พบว่า ประสิทธิภาพ E1/E2 ของสื่อวิดีทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก เท่ากับ 82.59/88.70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80[17] ซึ่งจากผลการศึกษาขั้นตอนการวิจัยของทั้ง 2 เรื่องหลังนี้มีการประเมินผลการเรียนหลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนทันที จึงพอสรุปได้ว่าหากวัดทันทีหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนจะสามารถจดจำบทเรียนได้เป็นอย่างดี แต่ถ้าหากเว้นช่วงเวลาในการประเมินผล หรือผู้เรียนมีกิจกรรมอื่น ๆ แทรกความจำหรือความรู้ของผู้เรียนอาจลดลง และแสดงให้เห็นว่าการเรียนการสอนโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย สื่อวิดีทัศน์ หรือบทเรียนคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองซ้ำ ๆ หลายครั้งส่งผลให้ผู้เรียนสามารถจำบทเรียนและเข้าใจได้มากขึ้น จะเห็นได้จากผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ จำนวน 72 ราย พบว่าผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดก่อนเรียนในชั้นเรียนไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอนไม่แตก

ต่างกัน (p > .05) ส่วนผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) แสดงให้เห็นว่าการให้อิสระเวลาในการเรียนรู้ตามความสะดวกและความพอใจของผู้เรียนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และการให้สื่อการเรียนต่อผู้เรียน ซึ่งเป็นที่น่าสนใจ เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้เรียน ผู้เรียนก็จะเกิดความกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้มากกว่าเอกสารประกอบการสอน สอดคล้องกับศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบแทนที่ทั้งหมด และแบบนำมาประกอบกันต้องประกอบด้วย เนื้อหา และการเตรียมเนื้อหา กระบวนการในการเรียนรู้ การสื่อสาร และการวัดและการประเมินผล 2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มนักศึกษาที่เข้าเรียนตามรูปแบบการจัดการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบแทนที่ทั้งหมด (full/ comprehensive replacement) มีค่าสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่เข้าเรียนตามรูปแบบนำมาประกอบกัน (hybrid type) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)[18] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบการสอนแบบที่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเสริมประกอบและการสอนแบบไม่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเสริมประกอบรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแบบทดสอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบที่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเสริมประกอบแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนแบบที่ไม่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเสริมประกอบ อย่างมีนัยสำคัญทาง (p<.01)[15] และจากการศึกษาเกี่ยวกับผลการสอนด้วยวิธีบรรยายโดยครูกับสื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายต่อความรู้พฤติกรรมการเรียนและความพึงพอใจในการเรียนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทของนักศึกษาพยาบาล พบว่า 1) กลุ่มที่สอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการสอนสูงกว่ากลุ่มที่สอนด้วยวิธีบรรยายโดยครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) 2) การสอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนจำแนกได้เป็น 2 ประเด็นคือ ใฝ่เรียนรู้ กระตือรือร้นในการเรียน และมีการบริหารเวลาเพื่อศึกษาสื่อ[7] และจากการศึกษาการพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมที่บูรณาการความรู้ด้านกายวิภาค สรีรวิทยา เพื่อส่งเสริมทักษะของนักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น) ที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ในการตรวจร่างกายผู้ใหญ่: การตรวจศีรษะและคอ พบว่า คะแนนทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายผู้ใหญ่การตรวจศีรษะและคอของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) แต่คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในคลินิกของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างอย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยมีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 5 ราย นักศึกษา จำนวน 10 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการใช้บทเรียนช่วยสอนในทางบวกโดยคิดว่าเป็นสื่อที่มีประโยชน์และใช้ง่ายสามารถนำไปใช้สอนเสริมเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจร่างกาย[19]

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของผู้เรียน พบว่า ผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองหลังเรียนในชั้นเรียนด้วยครูผู้สอนไม่แตกต่างกัน (p >.05) ส่วนผู้เรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) จะเห็นได้ว่าหากครูผู้สอนมีการจัดสถานการณ์หรือสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามความต้องการของผู้เรียน ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Merriam และคณะ[20] กล่าวว่าเป้าหมายหลักที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง คือ 1) เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน 2) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลง 3) เพื่อส่งเสริมอิสระในการเรียนรู้ และกระบวนการทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ซึ่งครูผู้สอนควรมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์และศิลป์ของการสอนผู้ใหญ่ เพื่อบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่ให้มีคุณภาพสูงสุด

ซึ่งการสอนผู้ใหญ่ให้มีคุณภาพ และจากการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ระยะ พบว่า ในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้นำ E-Learning มาใช้ในการเรียนการสอนในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในด้านของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะที่ 2 ผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนการสอนด้วย E-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ความต้องการการจัดการเรียนการสอนด้วย E-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการเรียนกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมทั้งนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการพัฒนาการเรียนการสอนด้วย E-Learning ในระดับดี แม้ว่าความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง[21]

4. จากการประเมินผลมีความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังการเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพสื่อมัลติมีเดียมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในบทเรียนของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ค่าคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือด้าน ภาพ เสียง และตัวอักษร ซึ่งการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพควรมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ด้านผู้เรียนที่พึงประสงค์ทั้งในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของผู้เรียน ทั้งนี้ผู้สอนจะต้องใช้แนวคิดและหลักการของการเรียนรู้ในการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะเรียน สร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจในการเรียนและประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง[22] สอดคล้องกับการพัฒนาสื่อวีดีทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom เรื่องการตรวจร่างกายรายวิชาการประเมินสุขภาพ พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดีทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.59, SD = 0.17)[23] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพสื่อวีดีทัศน์ เรื่อง การสวนล้างช่องคลอด ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดีทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.41, SD = 0.56)[23] และจากการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และพึงพอใจที่สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา 4) ปัญหาอุปสรรคพบว่าระบบเครือข่ายอาจเข้าถึงได้ยาก ผลการศึกษานี้ นับเป็นนวัตกรรมการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นทางเลือกสำหรับการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต่อไป[18]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านครูผู้สอน ควรนำมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล ไปใช้ในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 1 และผู้เรียนนำไปเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 อย่างไรก็ตามผู้สอนจะต้องคอยติดตาม และให้คำปรึกษากับผู้เรียนอยู่เสมอ เพื่ออธิบายในส่วนที่ผู้เรียนเกิดความสงสัย

2. ด้านผู้เรียน ควรผ่านการเรียนเนื้อหาระยะตั้งครรภ์มาก่อนเนื่องจากผู้เรียนอาจจะต้องเข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางที่อยู่ในสื่อมัลติมีเดียเป็นเนื้อหาสาระในระยะคลอดและผู้เรียนควรมีพื้นฐานการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำสื่อการสอนมัลติมีเดียเรื่อง กลไกการคลอดไปใช้ ในการทบทวนเนื้อหาแก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกห้องคลอด เพื่อนำความรู้ไปช่วยทำคลอดแก่มารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านการบริหาร เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา โดยผู้บริหารควรมีแผน และนโยบายในการสนับสนุน ด้านเวลา งบประมาณแก่คณาจารย์ในการพัฒนานวัตกรรมทางการศึกษา เพื่อให้ผู้สอนผลิตและพัฒนาสื่อการเรียนการสอนเพิ่มขึ้น ผู้เรียนมีสื่อการเรียนที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอนมากยิ่งขึ้น

5. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สอน

พัฒนานวัตกรรมสื่อการสอนในรายวิชาการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอน และเพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้สื่อการสอนที่ทันสมัยเกิดการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของผลการเรียนรู้ ก่อนผู้เรียนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ หรือประสิทธิผลของการใช้สื่อโดยการสังเกตความมั่นใจของผู้เรียนในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติและสังเกตพฤติกรรมหรือความสามารถขณะผู้เรียนปฏิบัติงาน รวมทั้งความมั่นใจของผู้รับบริการต่อการให้การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ข้อจำกัดในการจัดทำวิจัยครั้งนี้คือ การประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดไม่เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากการเว้นระยะการประเมินยาวนานถึง 4 สัปดาห์ ซึ่งระหว่างนี้เกิดตัวแปรแทรกซ้อนได้ ดังนั้นควรประเมินทันทีเมื่อผู้เรียนสิ้นสุดการใช้สื่อการเรียนการสอน

References

1. Cheablam, B. 21st century learning [Internet]. 2016 [cited 18 May 2018]. Available from: http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail (in Thai)
2. Dejakup, P. & Yindeesuk, P. Management 21st centurylearning. Bangkok: Chulalong korn University; 2016. (in Thai)
3. Laohajaratsang, T. Design e-learning: principle of designing and website creation for teaching. Bangkok: Urun Printing; 2006. (in Thai)
4. Suttipong, R. A new paradigm in education and development of Thailand teacher in the digital age. Journal of Education Naresuan University 2017;19(2), 344–355. [in Thai]
5. Mantiri, F. Multimedia and technology in learning. Universal Journal of Education Research 2014; 2(9): 589-592.
6. Knowles, Malcolm. S. Self – directed Learning: a guide for learners and teachers. New York: Association Press; 1975.
7. Teerawatskull S, Suttineam U, Buathongjun J. Effect of lecture on nursing care of person with neurological problem delivered by a teacher and online computer on knowledge, learning behaviors, and satisfaction of nursing students. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(3), 101-111. (in Thai)
8. Komindr S, Sangpitak W, Keanoppakun M, Srisomphan K. Development of multimedia on mechanisms of labour for nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2020;30(2): 136-149. (in Thai)
9. Lamchang S, Kiatwattanacharoen S. Effects of self-learning by using multimedia on knowledge and self-confidence in nursing practice for children with acute respiratory tract infection among nursing students. Nursing Journal 2014;41(2):107-116. (In Thai)

10. Thanomsieng N. Population and sampling sample size: random sampling, randomization of research and sample size [Internet]. 2017 [cited 11 Jan 2019] Available from: https://home.kku.ac.th/nikom/population_AND_sample2560.pdf (in Thai)
11. Sinjindawong, S. Item analysis method. Sripatum Journal 2018; 4(1):21-33. (In Thai)
12. Vanichbuncha K, Vanichbuncha T. Using SPSS for Windows to analyze the data. 27th ed. Bangkok: Samlad; 2015. (In Thai)
13. Watthanawong S. Research and evaluation in adult education. Bangkok: Chulalong korn University; 2006. (in Thai)
14. Brahmawong, C. Developmental testing of media and instructional package. Silapakorn Journal of Research Sciences 2013;5(1):7-20 (In Thai)
15. Boonyapom T, Jantarasiew B, Thongsai S. The comparative study of teaching with and without E-Learning on Maternal and Newborn Nursing and Midwifery II. Journal of Nursing Division 2015; 42(2): 36-46 (in Thai)
16. Booranarak S, Kunlaka S, Yeujaiyen M, Kansri J. Development of 'self-learning package: basic knowledge of Mental Health and Psychiatric Nursing' for nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2020; 94-108. (in Thai)
17. Raksatham S, Wattabachai, Noothong J. The development of video lesson on oxygen therapy in children for nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3):185-198. (in Thai)
18. Sethabouppha H, Skulphan S, Inthong S. Development of the integrated E-learning course for undergraduate nursing students. Journal of Education Naresuan University 2016;18(3):1-11. (In Thai)
19. Kaveevivitchai C, Detprapon M, Kosittapiwat C, Ruenwongsa P, Panipan B. Development of a multimedia computer-assisted learning with integrated content of anatomy and physiology for enhancing nursing students' skills on physical examination in adults: head and neck examination. Ramathibodi Nursing Journal 2013; 19(3):428-443. (In Thai)
20. Merriam SB, Caffarella RS, Baumgartner LM. Learning in adulthood: a comprehensive guide. 3rd ed. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc; 2007.
21. Puengchompoo W, Panuthai S. Developing of the learning and teaching with E-Learning Model for undergraduate nursing students in a Gerontological Nursing Course. Nursing Journal 2014; 41(Supplement November): 11-25. (In Thai)
22. Knowles MS. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. New York: Association Press; 1970.
23. Chunggis, J. The development of instructional video on physical examination in Health Assessment Course based on Flipped Classroom concept. Pathum Thani province [Master's thesis]. Pathum Thani: Raja Mangala University; 2016. (In Thai).

บทความวิจัย

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยบูรณาการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล: การศึกษานำร่อง

Enhancing Quality of Palliative Home Care by Using the Nursing Innovative: A Pilot Study

Received: Jun 29, 2020
Revised: Oct 19, 2020
Accepted: Oct 26, 2020

นภพรพัชร มั่งถึก ปร.ด. (Nopbhornphetchara Maungtoug, Ph.D.)[1]
จิณพิชญ์ชา มะมม ปร.ด. (Jinpitcha Mamom, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้บ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคอง การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนลดภาระการดูแลของครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย: การศึกษาผลกระบวนการดูแลโดยบูรณาการนวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัว โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเกิดแผลกดทับและระดับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลที่สร้างขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้กระบวนการดูแลร่วมกับการใช้เตียงพลิกตะแคงตัวระบบไฟฟ้าจำนวน 20 ราย กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบปกติ จำนวน 20 ราย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2561-ธันวาคม พ.ศ.2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ จำนวนของแผลกดทับ และระดับของแผลกดทับ วันที่เกิดแผลกดทับ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประกอบด้วย 1) การใช้นวัตกรรมเตียงนอนพลิกตะแคงตัวระบบไฟฟ้าและ 2) การโทรศัพท์ติดตามอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลที่สร้างขึ้น ไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีแผลกดทับเกิดขึ้น 12 ราย และญาติผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นรวมทั้งนวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัวมีประสิทธิภาพในการช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลดภาระงานและลดการบาดเจ็บของญาติผู้ดูแลได้

สรุปผล: การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยมีการบูรณาการใช้นวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัวมาเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

[1]*Corresponding author: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา E-mail: nopbhornphetchara.ma@ssru.ac.th*

[2]*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: jinpitcha@nurse.tu.ac.th*

[1]*College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand.*

[2]*Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand.*

ข้อเสนอแนะ: เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านโดยเฉพาะการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งจะส่งผลกระทบมากมายต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เตียงพลิกตะแคงตัว แผลกดทับ

Abstract

Introduction: Pressure injury is a complication which often occurs among patients in a palliative period. Therefore, to prevent pressure injury, pressure ulcer management is important because it lessen physical and mental suffering of the patients and their families as well as reducing the care-related burden of a family.

Research objectives: To examine the result of caring process by integrating the innovative turning bed. The average score of duration of pressure ulcer occurrence and level of opinions of patients' relatives towards the use of the care model were compared.

Research methodology: This study used a two-group quasi-experimental design. Forty patients receiving palliative care at home were assigned to experimental group (n=20) and control group (n=20). The experimental group received the caring process combined with the use of innovative electric turning bed. The control group received regularly care model. This study was conducted between August 2018 and December 2018. Data collection tool consisted of a general data record form and the pressure ulcer occurrence record form. Data were recorded to report number of ulcers, level of pressure ulcers, and date of pressure ulcer occurrence. The tool used to conduct the study was the palliative care model consisting of: 1) the usage of the innovative electric turning bed; and 2) weekly telephone calls for monitoring the symptom. Data were analyzed using descriptive statistics, and Mann-Whitney U test.

Results: In the experimental group using the care model, there was no pressure ulcer occurrence. This was significantly different from the control group receiving regular care whereby there was pressure ulcer occurrence accounting for 12 patients. Regarding opinions of patients' relatives towards the use of the care model, they thought that the developed care model together with the innovative electric turning bed was efficient in preventing pressure ulcer occurrence, reducing workload and injuries of caregivers who were patients' relatives.

Conclusions: The result shows that the palliative care model integrated with the innovative electric turning bed was a practical tool to care for patients receiving palliative care at home. This might help to enhance quality of care among patients in this group.

Implications: This is a guideline to enhance caregivers' capability in palliative care at home. Especially, it is for the prevention of pressure ulcers which will have many impacts on patients, family, and health system.

Keywords: Palliative care, home-based care, nursing innovation, pressure injury

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน[1] ซึ่งความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจัยทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับระยะของโรคและการรักษา[1] ที่เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการวางแผนให้การดูแล[2] แผลกดทับส่งผลกระทบมากมายต่อทั้งตัวผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด การติดเชื้อ ความวิตกกังวล ต่อตัวญาติและครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงมากขึ้น ต่อระบบสุขภาพที่ต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายสูงขึ้น[3-8] ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ 1) แรงกดทับ (Interface Pressure) ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพอ ผิวหนังและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของของเสียในเซลล์ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ[3,5,9-13] 2) แรงเฉือน (shearing force) เป็นแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังที่เกิดจากการไถลตัว ทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการอุดตันของหลอดเลือดฝอยในชั้นใต้ผิวหนัง ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง เกิดเนื้อเยื่อตาย และ 3) แรงเสียดสีหรือแรงเสียดทาน ที่เกิดขึ้นจากการเลื่อนหรือไถลตัว ทำให้มีการฉีกขาดหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้น หลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย เกิดเป็นแผลได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมีแรงเสียดสีและแรงเฉือนเกิดขึ้นขณะเคลื่อนย้าย/เคลื่อนไหว ทำให้โอกาสเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น ฉะนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือขณะเคลื่อนไหว โดยไม่เกิดแรงต้านขณะเคลื่อนไหวหรือเกิดเลื่อนไถลลงจากเตียง และให้การช่วยเหลือในการจัดท่าพลิกตะแคงตัวอย่างใกล้ชิด ซึ่งการเคลื่อนไหวทุก 2 ชม. จะมีการกระจายแรงกดที่ผิวหนังและปุ่มกระดูก ที่จะช่วยลดการเกิดอันตราย/การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้[14]

การจัดท่าพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยลดและป้องกันการเกิดแรงกดทับ แรงเฉือนและแรงเสียดทาน อันจะช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ[5-6] มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดท่านอนผู้ป่วยที่ทำให้เกิดแรงกดน้อยที่สุดคือท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา และการจัดท่านอนตะแคง 30 องศา ที่จะช่วยลดแรงกดบริเวณก้นกบ ไหล่ จะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขาได้ดี[5-6] แต่การจัดท่าพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องนั้น มีขั้นตอนการดำเนินการที่ซับซ้อนตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ จนกระทั่งการจัดมุมหรือองศาอวัยวะส่วนต่างๆ ที่อาจทำให้ญาติกังวลในการขยับตัวผู้ป่วยว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายหรือเกิดความทุกข์ทรมานจากการจัดท่าหรือพลิกตะแคงตัว จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ญาติไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการพลิกตัว ทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยระยะประคับประคองที่อยู่ที่บ้านเพิ่มมากขึ้น[3,15]

การป้องกันและการจัดการกับปัญหาแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ยังเป็นเรื่องที่มีความท้าทายสำหรับพยาบาล เนื่องจากการประเมินระดับของแผลกดทับที่มีความยาก และหลีกเลี่ยงได้ยาก[2-3] พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้การบูรณาการนวัตกรรมเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ยังเป็นสิ่งที่ควรมีการพัฒนา ดังนั้นทีมวิจัยจึงได้มีการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัวเพื่อช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยลดภาระงานของญาติผู้ดูแล รวมทั้งการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลนี้จะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบสาธารณสุขของประเทศสอดคล้องกับนโยบายของประเทศที่มุ่งเน้นการเป็นประเทศไทย 4.0

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน โดยบูรณาการนวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัว

2) เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยต่อนวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัวที่สร้างขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาการเกิดแผลกดทับ การจัดการกับแรงกดทับ และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง[9,13,16] ซึ่งใช้หลักการฟิสิกส์ทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแรงกดทับ โดยการช่วยลดและกระจายแรงกด ทำให้มีการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงผิวหนังทำให้เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น[17-18]

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 40 ราย ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ 3) แพทย์มีคำสั่งอนุญาตให้กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 4) มีญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และ 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจถูกต้อง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561-ธันวาคม 2561 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านร่วมกับการใช้เตียงพลิกตะแคงตัว จำนวน 20 ราย กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบปกติ จำนวน 20 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*Power[19] และจากผลการวิจัยที่ผ่านมา[8] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวม 40 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการ Matched Pair ด้วยเกณฑ์เพศเดียวกัน อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี BMI ระดับเดียวกัน และมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ กระบวนการดูแลโดยบูรณาการนวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัว[17-18,20] ที่สามารถปรับระดับพลิกซ้ายขวา ได้ 0-30 องศา ร่วมกับการเฝ้าติดตาม การตรวจเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตามอาการ และปรึกษาปัญหาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งเตียงพลิกตะแคงตัว ผ่านการตรวจสอบปลอดภัย ความแข็งแรง การทำงานตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของสิ่งประดิษฐ์ และมีค่ามาตรฐานความปลอดภัย (Factor of Safety) สูงกว่ามาตรฐานทางการแพทย์ คือมีค่ามากกว่า 2

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ สร้างโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2014 และมีการปรับปรุงพัฒนาในปี 2019[10,13] ซึ่งแบ่งแผลกดทับเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับที่ 1 หมายถึง ลักษณะรอยแดงผิวหนังไม่ฉีกขาด 2) ระดับที่ 2 หมายถึง ลักษณะผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส 3) ระดับที่ 3 หมายถึง ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด ลึกลงไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง 4) ระดับที่ 4 หมายถึง ลักษณะผิวหนังทุกชั้นถูกทำลาย และมีการลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือข้อต่อ 5) ระดับที่ไม่สามารถระบุได้ หมายถึง ลักษณะเนื้อตายสีดำคลุมพื้นผิวของแผลไว้ทั้งหมด และ 6) ระดับเนื้อเยื่อชั้นลึกได้รับบาดเจ็บ (Suspected Deep Tissue Injury) หมายถึง ผิวหนังจะมีสีม่วงคล้ำหรือมีตุ่มเลือด

2. แบบประเมินความคิดเห็นของญาติที่มีต่อการใช้เตียงพลิกตะแคงตัว ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกและความคิดเห็นของญาติ ภายหลังที่ใช้เตียงพลิกตะแคงตัว ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งกลุ่มคำถามเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ ด้านการออกแบบ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านความแข็งแรง ด้านความสะดวกสบายในการใช้ และด้านการเก็บรักษาและทำความสะอาด โดยผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล (APN) จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล 2 ท่าน ระดับการประเมินคือ น้อยมาก (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) ตามเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีระดับความพึง

พอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) : แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยได้นำมาหาความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 20 ราย นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .91

2. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) : คู่มือการป้องกันแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย และแบบประเมินความคิดเห็นของญาติที่มีต่อการใช้เตียงพลิกตะแคงตัว ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล (APN) จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหาแล้วนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วันที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	**ใช้เตียงพลิกตะแคงตัว** ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแผลกดทับ การประเมินผิวหนังเพื่อติดตามการเกิดแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว การจัดท่าผู้ป่วยและวิธีการ ใช้เตียงนอนที่สร้างขึ้น พร้อมสาธิตให้ญาติผู้ป่วยได้ดูพร้อมให้ญาติสาธิตย้อนกลับให้ผู้วิจัยดูจนแน่ใจว่าญาติสามารถใช้เตียงนอนได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประเมินผิวหนังเพื่อติดตามการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยนำเตียงนอนไปให้ผู้ป่วยที่บ้านเพื่อแนะนำเป็นรายบุคคล พร้อมแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย เพื่อใช้ติดต่อสอบถามอาการ และปรึกษาปัญหาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ	**ใช้เตียงปกติ** ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแผลกดทับ การประเมินผิวหนังเพื่อติดตามการเกิดแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว การจัดท่าผู้ป่วย พร้อมสาธิตให้ญาติผู้ป่วยได้ดูพร้อมให้ญาติสาธิตย้อนกลับให้ผู้วิจัยดูจนแน่ใจว่าญาติสามารถพลิกตะแคงตัวได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประเมินผิวหนังเพื่อติดตามการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยแจกคู่มือการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน พร้อมแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยเพื่อใช้ติดต่อสอบถามอาการ และปรึกษาปัญหาอื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการ
(สัปดาห์ละ 3 ครั้ง)	(1) ผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินผิวหนังเพื่อติดตามการเกิดแผลกดทับ (2) หากเมื่อเกิดแผลกดทับเกิดขึ้น ผู้วิจัยนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาต่อไปทันทีที่ตรวจพบแผลกดทับไม่ว่าจะเป็นระดับใด	(1) ผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประเมินผิวหนังเพื่อติดตามการเกิดแผลกดทับ (2) หากเมื่อเกิดแผลกดทับเกิดขึ้น ผู้วิจัยนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาต่อไปทันทีที่ตรวจพบแผลกดทับไม่ว่าจะเป็นระดับใด
1 เดือน	ให้ญาติตอบแบบประเมินความคิดเห็นในการใช้เตียงพลิกตะแคงตัวและสรุปผลการวิจัย	สรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (065/2562) โดยการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลกระทบแต่อย่างใดต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการใด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่ และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และระดับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยต่อการใช้เตียงพลิกตะแคงตัวที่สร้างขึ้น และใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันที่เกิดแผลกดทับ และอัตราการเกิดแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย อายุเฉลี่ย 54.47 ปี (SD. = 5.12) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 24 ราย (60.0%) มีสถานภาพสมรส/หม้าย/หย่า/แยก 23 ราย (57.5%) คู่ 6 ราย (15%), โสด 11 ราย (27.5%) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ จำนวน 21 ราย (52.5%), สิทธิการรักษาของประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) เท่ากับสิทธิข้าราชการ คือ 16 ราย (40%) ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานทั้งหมดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney Test พบว่า ภายหลังการศึกษา 1 เดือน กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับการใช้เตียงพลิกตะแคงตัว ไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้การดูแลตามปกติเกิดแผลกดทับจำนวน 12 ราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้เตียงพลิกตะแคงตัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney Test

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มทดลอง	20	10.00	150.00	30.00	.00*
กลุ่มควบคุม	20	21.00	315.00		

หมายเหตุ * p< .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของวันที่เกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้เตียงพลิกตะแคงตัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney Test

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มทดลอง	20	11.87	178.00	58.00	.02**
กลุ่มควบคุม	20	19.13	287.00		

หมายเหตุ * p< .05

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่ได้ใช้งานเตียงพลิกตะแคงตัวด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	แปลความหมาย
(1) ด้านการออกแบบ	4.60	0.50	พึงพอใจมากที่สุด
(2) ด้านการเลือกใช้วัสดุ	4.63	0.49	พึงพอใจมากที่สุด
(3) ด้านการทำงาน	4.67	0.48	พึงพอใจมากที่สุด
(4) ด้านความแข็งแรง	4.73	0.45	พึงพอใจมากที่สุด
(5) ด้านความสะดวกสบาย	4.53	0.51	พึงพอใจมากที่สุด
ภาพรวมทั้งหมด	4.63	0.21	พึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวัน (ระยะเวลา) ที่เกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney Test พบว่าภายหลังการศึกษา 1 เดือน กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับการใช้เตียงพลิกตะแคงตัวมีระยะเวลาของการเกิดแผลกดทับ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 ระดับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยต่อการใช้เตียงพลิกตะแคงตัวที่สร้างขึ้น

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ใช้เตียงพลิกตะแคงตัวพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในภาพรวม ในระดับมากที่สุด (4.63±0.21) โดยมีระดับความพึงพอใจในด้านความแข็งแรง มากที่สุด (4.73±0.45) รองลงมาคือด้านระบบการทำงาน (4.67±0.48) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.0) ที่มีอายุเฉลี่ย 54.47 ปี โดยมีอายุระหว่าง 43-63 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko[21]; Mamom และ คณะ[8], Mamom[17]; Winaiprasert และ Mamom[22] ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านส่วนใหญ่ซึ่งเป็นวัยสูงอายุ ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุที่มีการสร้างคอลลาเจนในชั้นหนังแท้ลดลง ส่วนประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสมบูรณ์ของผิวหนังลดลง ประกอบกับความพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้ความทนทานต่อการเกิดแรงกดทับ แรงเฉือนและแรงเสียดทานลดลง เมื่อร่างกายต้องเผชิญกับแรงต่าง ๆ นี้มากขึ้น จึงทำให้เกิดความพร่องของความสมบูรณ์ของผิวหนัง ผิวหนังได้รับบาดเจ็บหรือภยันตรายและเกิดเป็นแผลกดทับได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนี้ที่ส่วนใหญ่รับประทานยาที่เกี่ยวข้องกันกับระบบประสาท การเคลื่อนไหว ร่วมกับสภาวะและระยะของโรค ที่ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงจนไม่อาจนำสารอาหารและก๊าซออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ได้เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ จะทำให้ผิวหนังมีความชื้นมากกว่าปกติ ทำให้ผิวหนังไม่สามารถทนต่อแรงกดหรือแรงเสียดสีได้ จึงเกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Boland และ Boland[23] ที่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีปัญหาการขับถ่ายและปัสสาวะ

จากการทบทวนวรรณกรรม (systematic review) และแนวปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ (clinical practice guideline) ที่แสดงให้เห็นว่าในการจัดท่านอนหงายเพื่อให้มีแรงกดต่อผิวสัมผัสน้อยที่สุดคือการยกศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา พร้อมกับการยกข้อเข่าไม่เกิน 45 องศา ใช้หมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและลดปัญหาจากแรงเฉือน[3,17,24] ซึ่งการยกศีรษะสูงมากกว่า 45 องศา จะทำให้เกิดแรงเฉือน (shearing forces) ที่เกี่ยวข้องกับแรงโน้มถ่วงที่ดึงตัวลงและแรงต้านที่ทำให้ผิวหนังอยู่คงที่ ที่มักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไถลตัวลง

เมื่อนอน เนื้อเยื่อที่ติดกับกระดูกจะถูกดึงลงเนื่องจากน้ำหนักตัวในขณะที่เนื้อเยื่อผิวหนังยังติดอยู่กับที่นอน การไถลลงของร่างกายทำให้หลอดเลือดอุดตันและฉีกขาด เลือดไหลมาเลี้ยงผิวหนังลดลง การเชื่อมต่อระหว่างผิวหนังชั้นนอกและผิวหนังชั้นในเสียไป ทำให้มีแผลกดทับเกิดขึ้นโดยเฉพาะในตำแหน่งกระเบนเหน็บและก้นกบ[3,18,20] ส่วนในการจัดท่านอนตะแคง ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคง 30 องศา เพื่อให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา และใช้วิธียกตัว ไม่ดึงลากตัวผู้ป่วยเพราะจะทำให้เกิดแรงเสียดสี (friction) เกิดขึ้นระหว่างผิวหนังชั้นนอกกับผิวสัมผัส ทำให้ชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ถูกทำลาย ผิวหนังชั้นตื้นหลุดลอกและมีการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดแผลขึ้น[17,18,20,25-26] แต่อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยกลุ่มอาการดังกล่าวนี้จะมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูงอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค[24,27] จากปัญหาดังกล่าวจึงนำมาสู่การพัฒนะรูปแบบเฉพาะของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการบูรณาการใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลคือ “เตียงพลิกตะแคงตัว” ที่พัฒนาจากพื้นฐานฟิสิกส์ทางการพยาบาลในเรื่องการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้องเพื่อกระจายและลดแรงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับและช่วยลดการขยับ การลากตัวผู้ป่วย[10,13,17,18,20,24] เตียงพลิกตะแคงตัวในการวิจัยครั้งนี้เป็นเตียงระบบไฟฟ้าที่สร้างและออกแบบขึ้นมาใหม่โดยทีมวิศวกรและพยาบาล[17,20,24] โดยเป็นเตียงที่สามารถจัดท่าตะแคงซ้ายและขวา โดยการกดรีโมทไฟฟ้า ให้เตียงตะแคงทำมุมตั้งแต่ 0 ถึง 30 องศา ปรับให้หัวเตียง ทำมุมตั้งแต่ 0 ถึง 60 องศาและสามารถปรับเตียงเพื่องอข้อพับเข่า ซึ่งต่างจากเตียงที่มีจำหน่ายในท้องตลาดในปัจจุบันที่สามารถหมุนปรับระดับความสูงได้ และมีจุดปรับอยู่สองจุด คือ ส่วนหัวเตียง และท้ายเตียง การปรับจะใช้กลไกที่เรียกกันว่า ไกร์ในการหมุนเพื่อปรับระดับของเตียงขึ้นลง แต่ไม่สามารถไขพลิกตะแคงตัวซ้ายและขวาได้

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะเป็นโอกาสให้ทีมสุขภาพได้ประเมินผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมและให้กำลังใจกับผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ และได้มีโอกาสทบทวนความรู้และให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและมีโอกาสในการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือกันในทีมสุขภาพ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาสอดคล้องกับการศึกษาของ Winaiprasert and Mamom[22] Chiaprasert และ คณะ[28] Mamom และ คณะ[8] Mamom[17] Rodchua[29] ที่พบว่ากิจกรรมการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ หรือการติดตามเยี่ยมอาการทางโทรศัพท์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งจะช่วยผู้ป่วยและญาติมีโอกาสในการซักถามประเด็นปัญหาเมื่อพบในสถานการณ์จริงที่อยู่ที่บ้านและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา รวมทั้งช่วยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความคับข้องใจต่าง ๆ ที่ถือว่าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญรวมทั้งการช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขภายใต้ข้อจำกัดทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยและทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านโดยเฉพาะการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งจะส่งผลกระทบมากมายต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและความแตกต่างของบริบทที่ใช้ในการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้อ้างอิงประชากรในกลุ่มนี้ได้มากยิ่งขึ้น และควรมีการเลือกจับคู่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของเตียงหรือเบาะนอนลักษณะอื่นหรือการใช้ร่วมกับอุปกรณ์ช่วยอื่น เช่น ที่นอนลม หรือเตียงไฟฟ้า

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2558 และศูนย์ความเป็นเลิศด้านการออกแบบและพัฒนาต้นแบบทางวิศวกรรมอย่างสร้างสรรค์ (CED^2) คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

References

1. Maida V, Ennis M, Kesthely C. Clinical parameters associated with pressure ulcer healing in patients with advanced illness. Journal of pain and symptom management. 2014;47(6):1035-42.
2. Phengjard J. Nurse's Role in Palliative Care. JHNR [Internet]. 2014 [cited 2020Oct.6];30(1):100-9. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ bcnbangkok/ article/view/29280 (in Thai)
3. Mamom J, Ruchiwit M, & Hain D. Strategies of Repositioning for Effective Pressure Ulcer Prevention in Immobilized Patients in Home-Based Palliative Care: An Integrative Literature Reviews. J Med Assoc Thai. 2020;103(4):111.
4. Al Mutairi KB, Hendrie D. Global incidence and prevalence of pressure injuries in public hospitals: a systematic review. Wound Medicine 2018;22:23-31.
5. Boyko TV, Longaker MT, Yang GP. Review of the current management of pressure ulcers. Advances in Wound Care 2018;7(2):57-67.
6. Kaur S, Singh A, Tewari MK, Kaur T. Comparison of two intervention strategies on prevention of bedsores among the bedridden patients: a quasi experimental community-based trial. Indian Journal of Palliative Care 2018;24(1):28.
7. Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Cullum N. Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the Theoretical Domains Framework. International Journal of Nursing Studies 2018;82:79-89.
8. Mamom J. The effects of a community-based discharge-planning model for continuing pressure ulcer care on wound healing rates, nutritional status, and infection rates of elderly patients in Thailand. SJST 2017;93(3).
9. Gefen A, Brienza D, Edsberg L, Milton W, Murphy C, Oomens CW, Perry L, Sari Y. The etiology of pressure injuries. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and the Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). 2019:2019.
10. Ayello EA, Chabal LO, Tariq G. Around the WCET world. World Council of Enterostomal Therapists Journal 2019;39(4):7.
11. Amir Y, Lohrmann C, Halfens RJ, Schols JM. Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment. International Wound Journal 2017;14(1):184-93.

12. Yap TL, Kennerly SM, Horn SD, Bergstrom N, Datta S, Colon-Emeric C. TEAM-UP for quality: a cluster randomized controlled trial protocol focused on preventing pressure ulcers through repositioning frequency and precipitating factors. BMC Geriatrics 2018;18(1):1-5.
13. Haesler E, editor. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media; 2014.
14. Edger M. Effect of a Patient-Repositioning Device in an Intensive Care Unit On Hospital-Acquired Pressure Injury Occurences and Cost: A Before-After Study. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing 2017;44(3):236-40.
15. Samuriwo R. Enhancing end-of-life skin care to prevent pressure ulcers in primary care. Journal of Community Nursing 2019;33(3).
16. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Prevention and management. Journal of the American Academy of Dermatology 2019;81(4):893-902.
17. Mamom J. Development of an Innovative Repositioning Bed as a Prevention of Pressure Ulcers. Thai Journal of Nursing Council 2016;30(4):84-93.(in Thai)
18. Mamom J. Presuure Ulcer: The challenging of bedridden patient care. In: Vongkittirux S, Vilaichone R, editors. Diversity in multidisciplinary approach to patient self-care. Pratumthani: Faculty of medicine; 2017. p. 179-98. (in Thai)
19. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers 1996;28(1):1-10.
20. Mamom J, Rungreungduayboon B, Ratanadecho P. Autometic repositioning bed innovation. In: Vongkittirux S, Vilaichone R, editors. Diversity in multidisciplinary approach to patient self-care. Pratumthani: Faculty of medicine; 2017. p. 135-154. (in Thai)
21. Ko F. Hip Fracture in Nursing Home Residents with Advanced Dementia: An Opportunity for Palliative Care. Journal of Clinical Outcomes Management. 2019;26(1):13-5.
22. Winaiprasert P & Mamom J. Development the Required Daily Nutrition Applications (NuTu-App) to Promote Nutrition Status in Patients with Pressure Ulcers. Thai Science and Technology Journal 2019:485-98. (in Thai)
23. Boland JW, Boland EG. Constipation and malignant bowel obstruction in palliative care. Medicine. 2020;48(1):18-22.
24. Mamom J, Rungroungdouyboon B, Chuanasa J. Enhancing the Quality of Long-Term Patient Care by Use of the Innovative Electrical Bed-Turning System for the Prevention of Pressure Injuries: A Pilot Study. Science & Technology Asia.2020;27, (1), IN PRESS.
25. Woodhouse M, Worsley PR, Voegeli D, Schoonhoven L, Bader DL. How consistent and effective are current repositioning strategies for pressure ulcer prevention?. Applied Nursing Research. 2019;48:58-62.

26. Kapp S, Gerdtz M, Gefen A, Prematunga R, Santamaria N. An observational study of the maintenance of the 30° side-lying lateral tilt position among aged care residents at risk of developing pressure injuries when using the standard care pillow and a purpose-designed positioning device. International Wound Journal 2019;16(5):1080-6.
27. Ferris A, Price A, Harding K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: a systematic review. Palliative medicine. 2019;33(7):770-82.
28. Chiaprasert S, Sakunhongsophon S, Terathongkum S. Effects of Pressure Sore Prevention Program on Knowledge and Self-Efficacy of Family Caregivers in Decreasing Pressure Sore Risk of Persons with Cerebrovascular Disease. The Bangkok Medical Journal. 2019;15(1):51-.61. (in Thai)
29. Rodchua A. Effects of self-care promoting program toward knowledge and practice for cataract surgery patients, Rajavithi hospital. Journal of Health and Nursing Research 2012;2(28): 1-12. (in Thai)

บทความวิจัย

การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษา แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Caring for Trauma Patients During Inter-Facility Transfers: A Case Study at Accident and Emergency Department Suratthani Hospital

Received: Jul 2, 2021
Revised: Nov 14, 2021
Accepted: Nov 23, 2021

กฤษณา สังขมุณีจินดา พย.ม. (Kristsana Sungkamuneeginda, M.N.S)[1]
ศิมาภรณ์ พวงสุวรรณ วท.ม.(Simaporn Puangsuwan, M.S)[2]
มยุรา สุทธิจำนงค์ พย.บ (Mayura Suttijumnong, B.N.S)[3]
อนงค์นาฎ รับความสุข พย.บ (Anongnat Rupkumsuk, B.N.S)[4]

บทคัดย่อ

บทนำ: การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทุกรายที่ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival Form : IS) จำนวน 1,700 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกข้อมูลการปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C- spine), การดาม (Splint/Slab) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ผลการวิจัย: จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 64.06 และช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 20.94 ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 20.47 ระดับการคัดแยกผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ร้อยละ 57.53 ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลโดยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ร้อยละ 53.53 และสาเหตุของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจากการขนส่งเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.47 พบว่าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 64.06 และช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 20.94 ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด มาโรงพยาบาลโดยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ร้อยละ 53.53 รองลงมาสาเหตุของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจากการขนส่งเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.47

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ 2561

[1]Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี E-mail:kritsana.sun@sru.ac.th
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี E-mail: Simaporn.pua@sru.ac.th
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี E-mail: Kukeye@hotmail.com
[4]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี E-mail: Zeal-zeezohho24@hotmail.com
[1,2]Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Suratthani, Thailand
[3,4]Accident and Emergency Department, Suratthani Hospital, Suratthani, Thailand

สรุปผล: ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่งที่มีความเหมาะสม มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการส่งเสริมให้เกิดการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งโดยวิเคราะห์ถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติหน้าที่ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ : การดูแล, ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, นำส่งโรงพยาบาล

Abstract

Introduction: In Thailand, acute illnesses attributed to accidents are a life crisis; and it is a leading cause of death, in case patients receive inappropriate treatment.

Research Objectives: This study aimed to examine the care for trauma patients while being inter-facility transferred to the Accident and Emergency Department, Suratthani Hospital.

Research methodology: This study employed a cross-sectional descriptive design. Participants were 1,700 patients who had accidents, were referred (by the primary or secondary hospital) to Suratthani hospital; and were assessed using the Injury Survival care record form (IS). Research instruments used in this study were as follows: 1) the General Data Record From, and 2) the First Aid/Care Record Form with 5 questions, including care of breathing, hemostasis, immobilization of the C-spine, Splint/Slab, and intravenous fluid.

Results: The results showed that most of the participants were males (64.06%), between 20-29 years of age (20.94%), followed by 10-19 years of age (20.47%). Level of identification was urgent emergency patients (yellow, 57.53%). Most of them were referred from various hospitals (53.53%). A major cause of injuries was transportation accident (67.47%).

Conclusions: The results of the study indicated that caring for trauma patients during appropriate inter-facility transfers has an impact to patient safety.

Implications: There should be the quality re-evaluation of the inter-facility transfer using an analysis of issues and obstacles during operation as well as problem tackles.

Keywords: caring, trauma patients, inter-facility transfers

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันท่วงทีอาจทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญหรืออาจเกิดการสูญเสียชีวิต จากสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปี 2559 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิต จำนวน 22,356 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก[1] และแม้ว่าประเทศไทยมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยมีระบบพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถให้บริการ 24 ชั่วโมง ครบทุกจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีความก้าวหน้าในหลายส่วน อันเกิดจากการส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลและมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง ครอบคลุมครบทุกจังหวัด แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาลยังคงมีความสำคัญและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง[2]

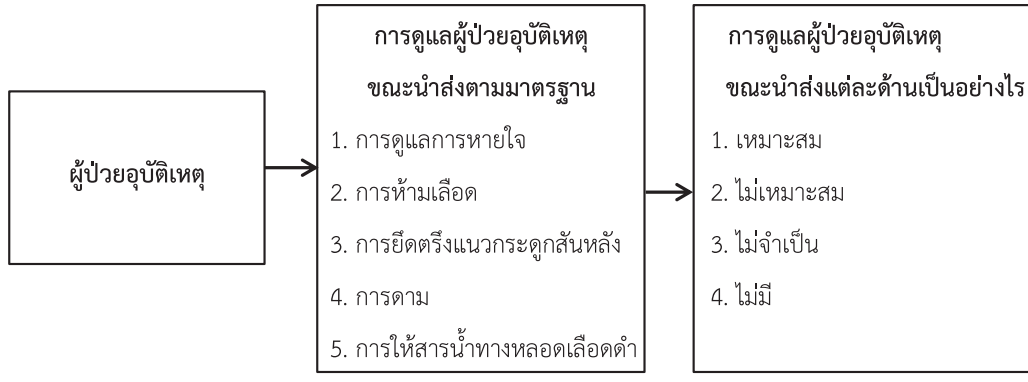
จากรายงานการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (2560) ยังคงพบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น[3] ในปัจจุบันระบบการให้บริการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการแบ่งการให้บริการเป็น 3 ระดับ คือ 1) บริการสาธารณสุขขั้นต้น (primary Care) ซึ่งมีสถานบริการคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) บริการสาธารณสุขระดับที่ 2 (Secondary Care) มีสถานบริการคือ โรงพยาบาลทั่วไป และ 3) บริการสาธารณสุขระดับที่ 3 (Tertiary Care) มีสถานบริการคือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่เนื่องจากอุบัติเหตุสามารถเกิดได้ทุกสถานที่ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้มีความพร้อมรับสถานการณ์อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในท้องที่ที่รับผิดชอบและมีการกระจายบริการสาธารณสุขไปถึงประชาชนในส่วนต่าง ๆ ทั่วประเทศให้มากที่สุด ซึ่งสถานบริการในแต่ละระดับมีขีดความสามารถและศักยภาพในการให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงต้องมีระบบการส่งต่อ (referral system) ที่สามารถเชื่อมโยงสถานบริการที่มีศักยภาพที่แตกต่างกันในแต่ระดับได้[4]

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับและส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่งหรือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง นอกจากนี้รวมถึงจากการส่งต่อจากที่เกิดเหตุไปยังสถานบริการสาธารณสุข มีการประสานงานร่วมกันของสถานบริการทางด้านการแพทย์ทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างถูกต้อง ทั่วถึงและต่อเนื่อง รวมทั้งหลังจากที่ได้รับอุบัติเหตุหรือสถานบริการสาธารณสุขขั้นต้นไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องมีการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษายังสถานบริการสาธารณสุขขั้นสูงต่อไป แต่ในปัจจุบันระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของโรงพยาบาลประจำอำเภอมายังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดยังคงมีปัญหาทั้งในด้านการรักษา และการดูแลเบื้องต้นตลอดจนการดูแลผู้ป่วยขณะการนำส่ง[5] อาจกล่าวได้ว่าระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขได้เช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มมีโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคขึ้น เพื่อพัฒนาสถานบริการในทุกด้านและจัดกลุ่มเครือข่าย[6] ซึ่งมีโรงพยาบาลระดับศูนย์เป็นแม่ข่ายของกลุ่มเครือข่าย โดยมุ่งหวังที่จะให้การบริการและพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขให้ได้รับการพัฒนายิ่งขึ้น มีโรงพยาบาลชุมชนในเกือบทุกอำเภออันเป็นการกระจายการบริการด้านสาธารณสุขสู่ชุมชน แต่ด้วยภาระหน้าที่ของโรงพยาบาลประจำอำเภอนั้นมีหลายอย่างทั้งด้านรักษาพยาบาลตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้การบริหารจัดการกับกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการที่ค่อนข้างเฉพาะทางถึงขั้นซับซ้อนอาจไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้เพราะความจำกัดในเรื่องของทีมบุคลากร ตลอดจนเวชภัณฑ์หรือครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้[7] ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับล่างสู่โรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพนั้นจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบส่งต่อให้มีมาตรฐานด้วยเช่นกัน ทางผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ขณะนำส่งจึงได้ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะส่งต่อ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะส่งต่อ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะส่งต่อได้อย่างครอบคลุมเหมาะสม มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่งเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ณ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีช่วงระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทุกรายที่ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 16,644 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทุกรายที่ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2560 โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการประมาณการจากตารางสำเร็จรูปของเพชรน้อย (2535) จากจำนวนประชากร 16,644 ราย กลุ่มตัวอย่าง 1% = 1,700 ราย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Access ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ
2. ได้รับการส่งต่อจากที่เกิดเหตุ หรือจากโรงพยาบาลอื่น ๆ
3. ได้รับการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับของการคัดแยก, การมาโรงพยาบาล และสาเหตุของการบาดเจ็บ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การดูแล

การหายใจ, การห้ามเลือด, การยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C-spine), การดาม (Splint/Slab), การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ส่วนของการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 30/2561 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการจัดทำรหัสแบบสอบถาม และผู้วิจัยเก็บข้อมูลเหล่านี้เป็นความลับรวมทั้งนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมจากหน่วยงาน ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากเวชระเบียน ประวัติจากคอมพิวเตอร์ และแฟ้มประวัติ

3. ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการขอข้อมูลจากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560

4. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และค่าเฉลี่ย (means)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุที่ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,700 ราย ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 64.06 เป็นเพศชาย และร้อยละ 35.94 เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 20.94 ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 20.47 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ร้อยละ 57.53 รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก (สีชมพู) ร้อยละ 19.65 และโดยส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ร้อยละ 53.53 รองลงมา โดยระบบหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 44.41 นอกจากนี้ โดยส่วนใหญ่สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง ร้อยละ 67.47 รองลงมา ได้รับบาดเจ็บจากสัตว์กัด ร้อยละ 32.06

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=1700)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1089	64.06
หญิง	611	35.94
ช่วงอายุ (ปี)		
0 - 9	71	4.18
10 – 19	348	20.47
20 – 29	356	20.94
30 – 39	269	15.82
40 – 49	251	14.77
50 – 59	169	9.95
60 – 69	105	6.17
70 – 79	68	4.00
80 – 89	41	2.41
90 – 99	14	0.82
100 ปี ขึ้นไป	8	0.47
ระดับของการคัดแยก		
ESI 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation)	154	9.06
ESI 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก (Emergency)	334	19.65
ESI 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent)	978	57.53
ESI 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (Semi-urgent)	234	13.76
การมาโรงพยาบาล		
ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลต่างๆ (Referral)	910	53.53
ระบบหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	755	44.41
พลเมืองดี	6	0.35
ญาติ	27	1.59
มาเอง	2	0.12
สาเหตุของการบาดเจ็บ		
อุบัติเหตุจากการขนส่ง	1147	67.47
สัตว์กัด	545	32.06
การทำร้ายร่างกาย	3	0.18
สารพิษ	5	0.29

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง

การดูแลการหายใจในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ผลการศึกษาพบว่า มีการดูแลการหายใจได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 6.88 มีการดูแลการหายใจแต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 1.82 ซึ่งพบในประเด็น เช่น ไม่ได้ใส่ท่อระบายทรวงในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดหรือลมในช่องอก การให้ออกซิเจน สำหรับในกรณีที่ไม่มีการดูแลการหายใจขณะนำส่ง ร้อยละ 1.12 พบในประเด็นคือความสอดคล้องกับสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของการดูแลการหายใจ (N = 1,700)

การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มี – เหมาะสม	117	6.88
มี – ไม่เหมาะสม	31	1.82
ไม่จำเป็น	1,533	90.18
ไม่มี	19	1.12

การห้ามเลือดในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ผลการศึกษาพบว่า มีการห้ามเลือดได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 41.47 มีการห้ามเลือดแต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.65 ซึ่งพบในประเด็น เช่น แผลมีขนาดใหญ่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ มีบาดแผลบริเวณศีรษะ ช่องทรวงอก ช่องท้อง ส่วนในกรณีที่ไม่มีการห้ามเลือด พบร้อยละ 5.82 โดยพบในประเด็นแผลมีขนาดใหญ่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ มีบาดแผลบริเวณศีรษะ ช่องทรวงอก และช่องท้อง เป็นต้น ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของการห้ามเลือด (N = 1,700)

การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มี – เหมาะสม	705	41.47
มี – ไม่เหมาะสม	11	0.65
ไม่จำเป็น	885	52.06
ไม่มี	99	5.82

การยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C-spine) ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ผลการศึกษาพบว่า มีการยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C-spine) ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 8.65 มีการยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C-spine) แต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.18 ซึ่งพบในประเด็น เช่น ขนาดของ Collar ไม่พอดี, มีการใช้ Long Spinal Board แต่ไม่มี Neck Support เป็นต้น ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของการยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C-spine) (N = 1,700)

การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มี – เหมาะสม	147	8.65
มี – ไม่เหมาะสม	3	0.18
ไม่จำเป็น	1,528	89.88
ไม่มี	22	1.29

การดาม (Splint/Slab) ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ผลการศึกษาพบว่า มีการดาม (Splint/Slab) ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 22.12 มีการดาม (Splint/Slab) แต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.18 ซึ่งพบในประเด็น เช่น มีการดามกระดูกส่วนที่หักแต่ไม่สามารถทำให้กระดูกส่วนที่หักอยู่นิ่ง และดามไม่ถึงกระดูกส่วนที่หัก เป็นต้น ดังแสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของการดาม (Splint/Slab) อื่นๆ (N = 1,700)

การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มี – เหมาะสม	376	22.12
มี – ไม่เหมาะสม	3	0.18
ไม่จำเป็น	1,248	73.41
ไม่มี	73	4.29

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ผลการศึกษาพบว่า มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 16.12 มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 6.24 ซึ่งพบในประเด็น เช่น ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุแต่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้เข็มขนาด 22 หรือ 24, ให้สารน้ำในปริมาณมากโดยที่ยังไม่ได้ห้ามเลือด เป็นต้น ดังแสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV Fluid) (N = 1,700)

การดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มี – เหมาะสม	274	16.12
มี – ไม่เหมาะสม	106	6.24
ไม่จำเป็น	1,297	76.29
ไม่มี	23	1.35

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,700 ราย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่งได้อย่างครอบคลุมเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป จากการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุที่ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,700 ราย จากผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 64.06 เป็นเพศชาย และร้อยละ 35.94 เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับรายงานของกองระบาด กระทรวงสาธารณสุข (2560) ที่พบว่าผู้บาดเจ็บทั้งหมดของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นชาย มากกว่าหญิงจากทุกสาเหตุ อัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 2 : 1 ช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 20.94 รองลงมาช่วงอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 20.47 ที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานการเกิดอุบัติเหตุขององค์การอนามัยโลก (2018)[1] (World Health Organization : WHO) ที่พบว่าช่วงอายุที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คืออายุ 5-29 ปี หรืออยู่ในช่วงวัยรุ่น ระดับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ร้อยละ 57.53 รองลงมาผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก (สีชมพู) ร้อยละ 19.65 โดยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลโดยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ร้อยละ 53.53 จากสถิติการรับบริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (2560) เนื่องจากขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับอำเภอในการให้การรักษาผู้ป่วย การขาดแคลนอุปกรณ์และแพทย์เฉพาะทางสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลศูนย์ในปัจจุบันนี้ยังคงมีปัญหาทั้งในด้านการรักษา และการดูแลเบื้องต้นตลอดจนการดูแลผู้ป่วยขณะการส่งต่อ[5] อาจกล่าวได้ว่าระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขได้เช่นกัน นอกจากนี้ รองลงมา ร้อยละ 18.70 ผู้ป่วยถูกส่งมาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีโดยตรงผ่านระบบหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 44.41 จากรายงานการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (2560) พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดแยกที่ยังไม่ได้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ โดยส่วนใหญ่กลุ่มสาเหตุของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง ร้อยละ 67.47 รองลงมาได้รับบาดเจ็บจากสัตว์กัด ร้อยละ 33.47 สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังโรคของกองระบาด กระทรวงสาธารณสุข (2560) พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บชายสูงกว่า 2 เท่าของหญิง คือ อุบัติเหตุจากการขนส่ง การสัมผัสหรือถูกกระทบกระแทกด้วยแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ การสัมผัสกับกระแสไฟฟ้า รังสี อุณหภูมิ ความกดอากาศ และการสัมผัสกับควันไฟ และเปลวไฟ ซึ่งเกือบทุกสาเหตุ มีจำนวนผู้บาดเจ็บชายมากกว่าหญิง ยกเว้น สาเหตุจากการทำร้ายตนเอง มีจำนวนผู้บาดเจ็บเป็นหญิงมากกว่าชาย

การปฐมพยาบาล/การดูแลขณะนำส่ง

การศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่งเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทุกรายที่ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะนำส่ง (Injury Survival : IS) ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,700 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลการหายใจในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง มีการดูแลการหายใจได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 6.88 ส่วนร้อยละ 1.82 มีการดูแลการหายใจแต่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะพบในประเด็น เช่น ไม่ได้ใส่ท่อระบายทรวงอกในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดหรือลมในช่องอก ซึ่งอาจส่งผลให้ทางเดินหายใจถูกกดอย่างเฉียบพลันทำให้มีความผิดปกติของทางเดินหายใจได้ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง[8] นอกจากนี้ประเด็นของความไม่เหมาะสมยังเกิดจากการเลือกใช้ชนิดของการให้ออกซิเจนที่ไม่เหมาะสม สำหรับในกรณีที่ไม่มีการดูแลการหายใจขณะนำส่ง ร้อยละ 1.12 เกี่ยวข้องกับความสอดคล้องกับสมรรถนะของหน่วยบริการทางการแพทย์ที่มีความแตกต่างกันตามความรู้ความสามารถ[5] ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องอำนาจหน้าที่ ขอบเขต

ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยการ พ.ศ. 2556 นั้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า การห้ามเลือดในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง มีการห้ามเลือดได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 41.47 มีการห้ามเลือดแต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.65 ซึ่งพบในประเด็น เช่น แผลมีขนาดใหญ่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ มีบาดแผลบริเวณศีรษะ ช่องทรวงอก และช่องท้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง มีการเสียเลือดมากส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพได้ และส่งผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ ปอด และสมอง นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิตจนเกิดการทำงานล้มเหลว[9] สำหรับในกรณีที่ไม่มีการห้ามเลือด ร้อยละ 5.82 รวมทั้งการยึดตรึงแนวกระดูกสันหลัง (Immobilize C-spine) ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง พบว่า มีการ Immobilize C-spine ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 8.65 มีการ Immobilize C-spine แต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.18 ซึ่งพบในประเด็น เช่น ขนาดของ Collar ไม่เหมาะสมกับขนาดของลำคอผู้ป่วย มีการใช้ Long Spinal Board แต่ไม่มี Neck Support เป็นต้น ส่วนการดาม (Splint/Slab) ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง พบว่า มีการดาม (Splint/Slab) ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 22.12 มีการ Splint/Slab แต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 0.18 ซึ่งพบในประเด็น เช่น มีการดามกระดูกส่วนที่หักแต่ไม่สามารถช่วยให้กระดูกส่วนที่หักไม่อยู่นิ่ง และการดามไม่ถึงกระดูกส่วนที่หัก เนื่องจากการยึดตรึงกระดูกที่ถูกต้องจะช่วยให้ส่วนกระดูกที่หักอยู่นิ่งและช่วยลดอาการปวดในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ภายหลังการผ่าตัดไม่มีการแสดงของอาการติดเชื้อได้[10] สำหรับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง พบว่า มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 16.12 มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแต่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 6.24 ซึ่งพบในประเด็น เช่น ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุแต่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้เข็มขนาด 22 หรือ 24 จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีการเสียเลือดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจะส่งผลให้การแข็งตัวของเลือดเสียไปแต่สามารถช่วยรักษาระดับของแรงดันในหลอดเลือดไว้ได้ การดูแลให้เลือดในกรณีที่มีการเสียเลือดหรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำยังมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย[11] ตามแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน (Advance Trauma Life Support:ATLS) กำหนดให้มีการทดแทนสารน้ำประมาณ 1,000-2,000 มิลลิลิตร ทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะช็อกและน้ำหนักตัวของผู้บาดเจ็บ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลังของเขตพื้นที่ของจังหวัดเดียว ซึ่งมีบริบทของการทำงานต่างกัน การนำข้อมูลไปใช้เพื่ออธิบายในพื้นที่อื่นทั่วไปไม่สามารถทำได้โดยไม่พิจารณาเทียบเคียงข้อมูลของบริบทพื้นที่นั้น ๆ ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่น คือ ทำการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่งโรงพยาบาล โดยครอบคลุม 5 ด้านที่สำคัญ ที่มีความแตกต่างตามบริบทของแต่ละราย ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้โดยสนับสนุนให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะนำส่ง ด้านการบริหารควรมีการส่งเสริมให้เกิดการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง โดยวิเคราะห์ถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติหน้าที่ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง การลดอัตราการตายหรือทุพพลภาพ โดยเน้นในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก เนื่องจากในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนกลับส่งผลให้การได้มาซึ่งข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลเชิงลึกในการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

References

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 June 30]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/#:~:text=The%20Global%20status%20report%20on,people% 20aged%205%2D29%20years.
2. Songwathana P, Kwanphichit C, Sea-sia W, Kitrungrote L, Damkliang J, Sandchan H, et al. Healthcare Service Providers' Perspective on Provision of Emergency Medical Services in Security Zones: A Qualitative Study. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020;35(3):17-35. (in Thai).
3. National Institute for Emergency Medicine. Ministry of Public Health: Institute for Emergency Medicine 2018 [Internet]. [2 June 2018] Available from: https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/
4. Kreethong W, Suwonnakote K, Monaiyapong P. The Development of Patient Referral Managemen System for Professional Nurses at Emergency Department in a Tertiary Level Hospital under the Medical Service Department in Bangkok Metropolitan Administration. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital 2016;12(1):23-36. (in Thai).
5. Sungkamuneejinda K, Chantra R, Jantatame P, Chuchan Y, Weerakhachon P, Suppawongsanond W. Study about of On-scene Patient Care of The Emergency Medical Responder in the Southern Region of Thailand. Princess of Naradhiwas University Journal 2019;11(2):107-16. (in Thai).
6. Rattanasakul N, Dangsuwan K. Development of Caring System for Patient with Life-threatening in Emergency Department, Naradhiwasrajanakrindra Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal 2016;8(2):1-15. (in Thai).
7. Sahunphun P. The process of referral system between hospital. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2019;4(1):e0051-63. (in Thai).
8. Thrungmung J. Nursing Care Acute Respiratory Distress Syndrome. Siriraj Med Bull 2017;10:174-79. (in Thai).
9. Hasadsree N, Chanruangvanich W, Thosingha O, Riyapan S. Factors Predicting Shock in Emergency Patients. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2019;34(3):60-75. (in Thai).
10. Praphruetkit T. Use of Cable Ties for Temporary Fixation in Open Reduction and Internal Fixation of Femoral Shaft Fracture. Region 4-5 Med Journal 2017;36(1):40-7. (in Thai).
11. Kongsap O, Phonphet C. Association Between Fluid Resuscitation Volume Levels and Coagulopathy and Mortality Among Traumatic Patients with Shock. Songklanagarind Journal of Nursing 2019;39(2):142-51. (in Thai).

บทความวิจัย

การพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
Development of the Older Adults Health Literacy Index

Received: Aug 11, 2021
Revised: Oct 10, 2021
Accepted: Oct 15, 2021

ธณิดา พุ่มท่าอิฐ พย.ม. (Thanida Pumthait, M.N.S.)[1]
ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด. (Doungnetre Thummakul, Ph.D.)[2]
ญาดารัตน์ บาลจ่าย พย.ม. (Yadarat Baljay, M.N.S.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาอย่างเหมาะสม เมื่อนำมาใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพลง เกิดประโยชน์ต่อการจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเขตบางพลัดที่เป็นผู้สูงอายุ และสมัครใจ จำนวน 11 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้ 6 ชุมชน จาก 48 ชุมชน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 396 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 40 ตัวชี้วัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์เชิงอุปนัย วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาดัชนีความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเชิงยืนยันด้วยโปรแกรมลิสเรล

ผลการวิจัย: มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อที่ไม่มีประสิทธิภาพในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โมเดล การวัดดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (358, N=393) =402, p=0.051, AGFI = 0.90) และอัตราส่วนระหว่างค่า χ^2 และค่าองศาอิสระ=1.12 น้ำหนักองค์ประกอบทั้งหมดมีค่าเป็นบวก ขนาด .54 ถึง .82 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดตามลำดับ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การรู้เท่าทันสื่อ 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) การรู้หนังสือ 7) ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และ 8) ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้

สรุปผล: เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยสามารถนำไปประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัยได้

โครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ E-mail: thanida_pum@dusit.ac.th

[2] Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ E-mail: doungnetre_thu@dusit.ac.th

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ E-mail: yadarat_b@yahoo.com

[1, 2] Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

[3] Kuakarun Faculty of Nursing Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ทีมสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และพัฒนาให้คงอยู่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

Introduction: In an assessment of health literacy among older adults, using an appropriately developed health literacy index will provide basic and important information for healthcare of older adults. As a result, this will lessen older adults' dependence on health service system. There will be a benefit for managing the influence of risk factors among older adults' health. That would be a guideline to increase health literacy among older adults.

Objective: To develop health literacy index of older adults residing in Bang Phlat district, Bangkok.

Research methodology: This mixed-method study employed both qualitative and quantitative approaches. Qualitative participants were 11 voluntary healthcare volunteers who were older adults residing in Bangphlat district. Quantitative participants were older adults residing in Bangphlat district. Simple random sampling technique was used to randomly select 6 out of 48 communities. Then, 396 participants were recruited using an accidental sampling method. Instruments were a semi-structured interview guide, and a health literacy questionnaire consisting of 40 indicators. An item-objective congruence was verified by 3 experts. Reliability was tested using a Cronbach's alpha coefficient (0.96). Qualitative data were analyzed using content analysis and analytical induction. Older adult's health literacy index development data were analyzed using exploratory factor analysis, and confirmatory factor analysis. LISREL was also used to verify data.

Results: Exploratory factor analysis result showed that 4 questions were ineffective in measuring health literacy. Health literacy index measurement model was congruent with empirical data (χ^2 (358, N=393) = 402, p= .051, AGFI = 0.90) and ratio between χ^2 and degree of freedom = 1.12. All factor loadings were statistically significantly positive values (0.54 to 0.82) (p< .01). Those 8 factors were as follows: 1) health literacy accessibility; 2) media literacy; 3) self-management; 4) communication skill; 5) healthcare accessibility; 6) literacy; 7) understanding of health information; and 8) understanding of healthcare (ordered from highest to lowest factor loading). Hence, this measurement for older adults' health literacy index is applicable.

Conclusion: The measurement of health literacy of the older adults is suitable for use. This can be used to assess the level of health literacy of the older adults to suit their age.

Implications: Health care teams can use this measurement to assess the health literacy of the older adults in the community. For the benefit of development health literacy of the older adults and development to still in changing situations from the risk of intellectual inertia resulting from deterioration systems.

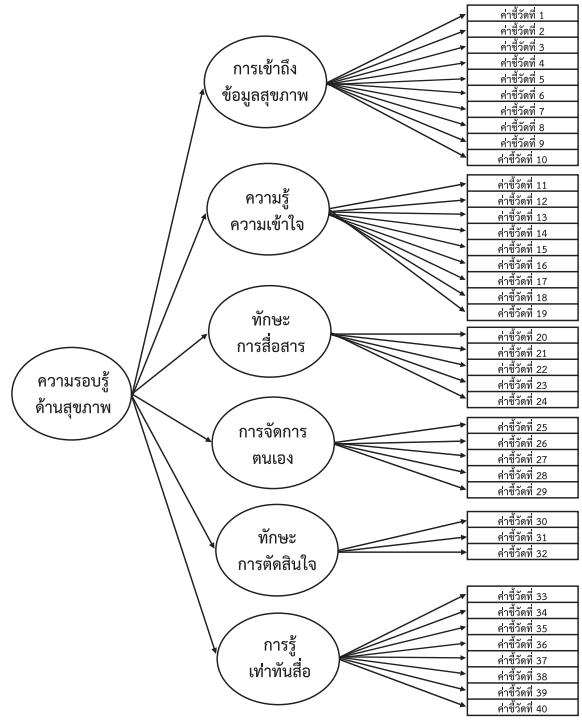
Keywords: health literacy, older adults

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทำให้มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) จะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564[1] และกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วในสังคม นอกจากนี้อัตราการเกิด และอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้สัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงาน และวัยเด็กลดลง[2] ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกันตามลำพังมากขึ้น และส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญา อันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย หากผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี สามารถปรับตัวและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้านสุขภาพ จะส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิต[3] นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความคิดที่เสื่อมถอยลง (cognitive dysfunction) จากการขาดการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงก่อนก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ[4] โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และต้องการการช่วยเหลือ แต่ความคาดหวังในการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเริ่มมีความจำกัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และต้องดูแลหลาน เพราะบุตรและสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานในต่างถิ่น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เพียงลำพังกับคู่สมรส[5] ดังนั้น การวางแผนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ในประเทศไทยมีการจำแนกระดับของ Health literacy เป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจ และการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ทักษะพื้นฐานเหล่านี้ในการอ่านฉลากยา อ่านใบยินยอม วิธีรับประทานยา กำหนดนัดหมาย เป็นต้น (2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น และ (3) ระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และสังคมที่สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้ และมีส่วนร่วมผลักดันสังคม และการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี[6] จากการศึกษางานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy จำนวน 51 ฉบับ พบว่า เครื่องมือวัด Health literacy ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีจุดเด่น และจุดอ่อนที่แตกต่างกัน และเครื่องมือดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดมากมาย ได้แก่ บางชุดเครื่องมือจะมีข้อจำกัดเหมาะที่จะนำไปใช้กับกลุ่มคนตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุไม่เฉพาะกับผู้สูงอายุ และมีจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามมาก[7,8] นอกจากนี้ การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการสร้างขึ้นตามกรอบการวิจัยให้เหมาะกับการใช้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น เพื่อให้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนามีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตบางพลัด และเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้เครื่องมือในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลภาวะสุขภาพ ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพลง เกิดประโยชน์ต่อการจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ได้มาจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และจากการศึกษาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[6] และ นักวิชาการ[8-14] ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) จำนวน 10 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) จำนวน 9 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) จำนวน 5 ข้อ 4) การจัดการตนเอง (Self- management) จำนวน 5 ข้อ 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 3 ข้อ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) จำนวน 8 ข้อ รวม 40 ตัวชี้วัด และสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) แบบลำดับสำรวจผล (the exploratory sequential design) โดยการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพก่อน คือการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพจนเสร็จสิ้นแล้ว จึงนำเอาไปเชื่อมต่อกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทำการวัดเชิงปริมาณ[15]

ประชากร สำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเขตบางพลัด จำนวน 98 คน ส่วนวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านใน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จำนวน 21,698 คน[9]

กลุ่มตัวอย่าง สำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเขตบางพลัดที่เป็นผู้สูงอายุ และสมัครใจ จำนวน 11 คน ส่วนวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จาก 48 ชุมชน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane[16] ได้จำนวน 392.76 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) จาก ชุมชน 48 ชุมชน สุ่มแบบจับฉลากเลือกแบบไม่ใส่คืน เลือกได้ 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนวัดวิมุติยาราม ชุมชนภาณุรังสี ชุมชนวัดสิงห์ ชุมชนวัดภคินีนาถ ชุมชนริมคลองบางพลัด และชุมชนวัดเทพากร จากนั้นใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 396 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องความสำคัญ ประโยชน์ และการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีข้อคำถาม รวม 11 ข้อ และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากประเด็นการสนทนากลุ่ม การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย จำนวน 40 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of item objective: IOC ของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0.33 -1.00 และแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.00-1.00 คำถามที่ได้ได้คะแนน < 0.5 ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะตามหลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์คุณภาพเชิงความตรงตามโครงสร้างเนื้อหาของข้อคำถาม[17] ได้ค่า IOC รายฉบับ 0.88 และ 0.95 ตามลำดับ ทดลองใช้แบบวัดดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบราค = .96 แบบวัดใช้แบบประมาณค่าในการให้คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 4 = ทำได้ง่ายมาก, 3 = ทำได้ง่าย, 2 = ทำได้ยาก, 1 = ทำได้ยากมาก, 0 = ทำ (ค้น) ไม่เป็น และเชื่อว่าทำได้แต่ยังไม่เคยทำ[18] แบ่งเกณฑ์การประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 0-160 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (คะแนน 108-160) ปานกลาง (คะแนน 54-107) และต่ำ (คะแนน 0-53)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่รับรอง SDU-RDI 2019-006 ลงวันที่ 13 พ.ค. 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ และจะได้ดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเชิงวิชาการและในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านสำนักงานเขตบางพลัด การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน จำนวน 1 ครั้ง เพื่อให้ได้ประเด็นของความสำคัญ ประโยชน์ ปัญหา อุปสรรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลา 50 นาที จากนั้นเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมการใช้แบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ลงเก็บข้อมูลตามชุมชนโดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ดีให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาสายตาและไม่สะดวกอ่านเองจะใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์เชิงอุปนัย (analytical induction) ตรวจสอบลักษณะเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Bartlett's Test of Sphericity วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์เชิงอุปนัย สามารถนำเสนอประเด็นได้ ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะความรอบรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องรู้จักการดูแลตนเอง ต้องฉลาดรู้ในการดูแลสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ระมัดระวังการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีรูปร่างสมส่วน ผิวพรรณสวยงามตามวัย ต้องให้ความรู้กับผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันการหลอกขายอาหารเสริม ยาสมุนไพร ให้พบปะพูดคุยกันเพื่อจะได้มีเพื่อน การเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เกิดจากการยกตัวอย่างของคนในชุมชนที่มีโรค และมาเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 31 มีการออกกำลังกาย และมีการแทรกความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม

หน่วยงานราชการควรมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ดังข้อความที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

"จำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่อยู่นิ่ง ควรมีการนัดกันออกจากบ้านมารวมตัวกันออกกำลังกาย ควรแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม" "ให้ครอบครัว ลูกหลานมีส่วนร่วม เอาใจใส่ ลูกหลานต้องมีเวลาในการดูแลด้วย และให้ความรู้กับผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันการหลอกขายอาหารเสริม ยา สมุนไพร กระทรวงสาธารณสุขควรมีการควบคุมเรื่องยาให้มากกว่านี้ ไม่ควรให้มีการโฆษณาเกินจริง" "อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้แนะนำเรื่องการใช้ยา คอยเตือน คอยย้ำแก่ผู้สูงอายุ ควรมีการจัดกิจกรรมให้ได้พบปะกัน ในทุกชุมชน จะได้มีการพูดคุย แนะนำกัน หน่วยงานราชการควรมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เวียนกันไปทุกชุมชน" "การยกตัวอย่างคนในชุมชนที่มีโรคและมาเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ 31 มีการออกกำลังกาย และควรมีการแทรกให้ความรู้ด้วย จะทำให้ได้ประโยชน์มากขึ้น" "ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีผิวพรรณสวยงามสมวัย หากมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จะทำให้ดูมีรูปร่างที่ดีด้วย อสส. ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเหมาะสม" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 4, 8, 10 และ 11)

ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และอะไรที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ อสส.ให้ข้อเสนอแนะว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถควบคุมอาหาร รับประทานยาให้ตรงเวลา และไม่ซื้ออาหารกักตุนไว้ สิ่งที่จะช่วยให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ การเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุ นำเสนอตัวอย่างที่ดีให้ดู ทำให้เห็น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยอมปฏิบัติตาม หาข้อมูลจากทีมสุขภาพ ผู้ดูแลมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น เก็บขวดน้ำปลาให้ไกลสายตา ดังข้อความที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

"ถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็ไม่ควรให้ลูกหลานซื้ออาหารตุนไว้ ขวดน้ำปลาอย่าตั้งโชว์ ราชการควรมีกิจกรรมสำหรับ ผสอ. สลับกันไป ควรมีความต่อเนื่อง เวียนกันไปทุกชุมชน" "เปลี่ยนทัศนคติของ ผสอ. บางคนไม่สนใจฟัง ไม่ปฏิบัติตาม ทำให้ดู มีญาติผู้ป่วยที่ดูตัวอย่างการทำจาก อสส. ที่ดูแลบิดา แล้วนำไปปฏิบัติกับญาติของเค้า เกิดจากการทำให้เห็นจนเกิดความศรัทธา และยอมทำตาม" "ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน หากมีความเข้าใจจะดูแลสุขภาพ ควรคุมอาหาร ทานยาให้ตรงเวลา และหากสงสัยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ควรสอบถามกับผู้รู้ทางสุขภาพโดยตรง เช่น หมอ พยาบาล" "ผู้ดูแลก็มีส่วนทำให้การดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 3, 6, และ 9)

การสื่อสารที่ง่าย และรวดเร็วในยุคนี้ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร และควรให้คำแนะนำต่อผู้สูงอายุในเรื่องนี้อย่างไร พบว่า ควรให้คำแนะนำ ซ้ำ ๆ พูดคุยเล่าตัวอย่างที่ไม่ดีให้ฟัง ดึงผู้สูงอายุออกมาจากบ้าน ถ้ามาเข้าร่วมไม่ได้ก็ไปหาที่บ้าน เพื่อจะได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ข้อมูลที่ตอบไม่ได้ ก็ไปถามผู้รู้ เช่น แพทย์ พยาบาล นอกจากนี้ อสส. แนะนำว่า ควรแนะนำผู้สูงอายุในชุมชนให้มีการออมด้วย ดังข้อความที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

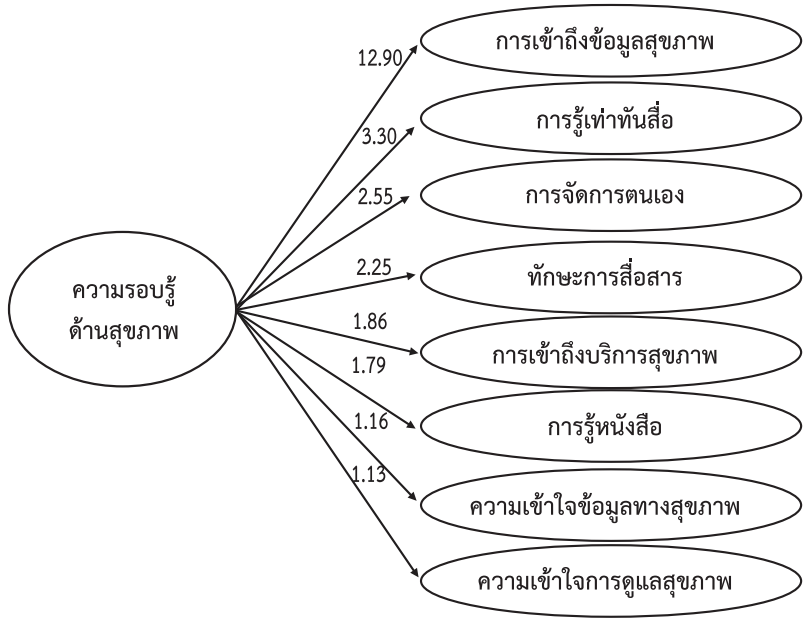
"ข้อมูลด้านสุขภาพมาไวและไปไวมาก บางอย่างน่ากลัว โฆษณาเกินจริง เราควรให้คำแนะนำซ้ำ ๆ พูดคุยเล่าตัวอย่างที่ไม่ดีให้ฟัง เช่น การซื้ออาหารเสริมหรือยามาแก้โรคปวดหัวเข่า ทานแล้วก็ไม่ดีขึ้น หมอบอกให้ลดน้ำหนักลง อันนี้น่าจะเป็นตัวช่วยให้ปวดเข่าลดลง ก็ต้องพูดซ้ำ ๆ และเตือนกันบ่อย ๆ" "ต้องชวนผู้สูงอายุให้ออกมาเปิดหู เปิดตาบ้าง ออกมามีกิจกรรม พูดคุยเพิ่มเติมความรู้ทางสุขภาพให้มากขึ้น หากออกมาจากบ้านไม่ได้ อสส.ก็ควรเดินไปหา เพื่อพูดคุย และดูแลปัญหาสุขภาพว่าเป็นอย่างไร ข้อมูลที่ตอบไม่ได้ ก็จะเอาไปถามผู้รู้ที่ศูนย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล แล้วค่อยกลับมาบอกอีกที" "อสส.ควรแนะนำให้คนในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุให้มีการออมด้วยจะดี หากออมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ ในบั้นปลาย ก็จะมีเงินใช้ ไม่ขัดสน การพึ่งผู้อื่นก็จะลดลง" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 5, และ 9)

2. ผลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่วิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในประเด็นความรู้ความเข้าใจ การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มาใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาสร้างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุ เขตบางพลัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 396 ฉบับ ตามการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังรายละเอียด

2.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis: PCA) และทำการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Varimax rotation) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-correlation items) โดยใช้สถิติทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Chi-square = 13,212, df = 780) แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีไกเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Mayer-Olkin measures of sampling adequacy: KMO) ซึ่งพิจารณาถึงความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ 0.915 ซึ่งมากกว่า 0.80 หมายความว่าข้อคำถามจำนวน 40 ข้อนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดีมาก[19] แต่มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.5 ไม่มีประสิทธิภาพในการวัดตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้ตัดข้อคำถามดังกล่าวออกและทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจซ้ำของแบบประเมินจำนวน 36 ข้อ พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Chi-square = 12,375, df = 630) เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามโดยดัชนี KMO ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.912 ซึ่งมากกว่า 0.80 หมายความว่าข้อคำถามจำนวน 36 ข้อนั้นมีความสัมพันธ์กันมากและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดีมาก เมื่อพิจารณาความแปรปรวนขององค์ประกอบของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถอธิบายด้วยองค์ประกอบ หรือค่าไอเกน (Eigenvalue) ที่มากกว่า 1 มีจำนวน 8 องค์ประกอบ และค่าไอเกนที่สกัดได้มีค่าเท่ากับ 12.90, 3.30, 2.55, 2.25, 1.86, 1.79, 1.16 และ 1.13 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สองหลังจากเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการวัด พบว่า โมเดลการวัดตามสมมติฐานของนักวิจัยยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดยค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง พบว่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.051 อัตราส่วนระหว่างค่า χ^2 และค่าองศาอิสระเท่ากับ 1.12 ดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.95 ดัชนีวัดความกลมกลืนแบบปรับแก้



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าร้อยละของความแปรปรวนหรือค่าไอเกนขององค์ประกอบที่ 1-8

(AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.90 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนแบบปรับแก้ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.018 ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SRMR) มีค่าเท่ากับ 0.046 และขนาดตัวอย่างวิกฤตเท่ากับ 403 ยืนยันว่าโมเดลนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี แต่ละตัวมีรายละเอียดองค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุทุกตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (λ) มากกว่า .50 แสดงว่าโมเดลมีความตรงเชิงโครงสร้าง[19] และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่หนึ่งของ 8 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้หนังสือ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ มีค่าความเที่ยงของตัวแปรแฝง (Composite Reliability: CR) เท่ากับ 0.92, 0.87, 0.95, 0.90, 0.89, 0.76, 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดได้ (Average Variance Extracted: AVE) เท่ากับ 0.66, 0.58, 0.83, 0.64, 0.64, 0.44, 0.60 และ 0.53 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่หนึ่งการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้หนังสือ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และความเข้าใจการดูแลสุขภาพ พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแฝง มีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.18, 0.63 ถึง 0.85, 0.76 ถึง 1.34, 0.8 ถึง 1.24, 0.32 ถึง 0.99, 0.54 ถึง 0.74, 0.55 ถึง 0.68, และ 0.28 ถึง 0.53 ตามลำดับ โดยที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

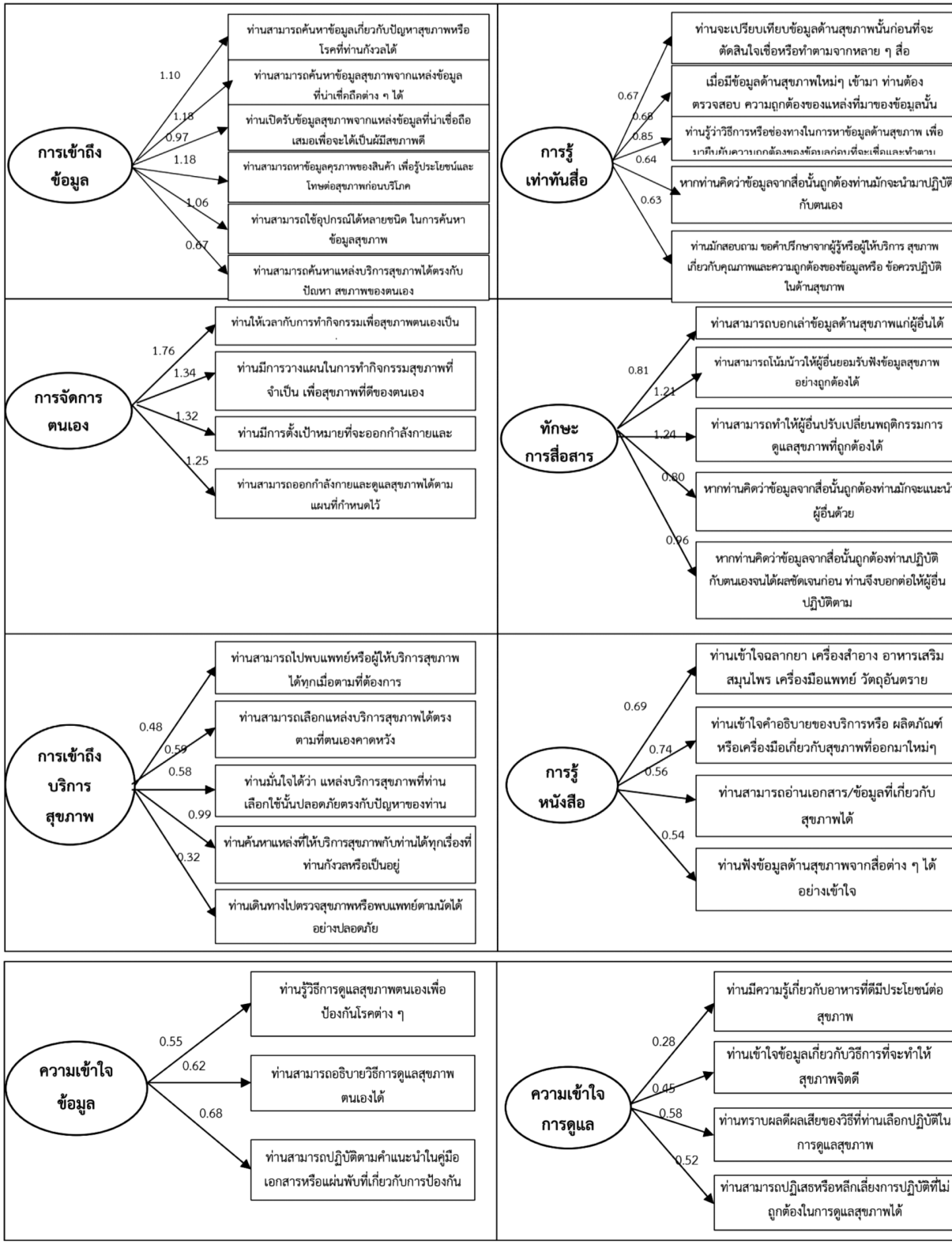
ข้อคำถาม	L	SE	*t*	λ	R^2	ข้อคำถาม	L	SE	*t*	λ	R^2
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่ 2											
การเข้าถึงข้อมูลฯ	0.58	0.05	10.92	0.58	0.33	การรู้เท่าทันสื่อ	0.82	0.06	13.07	0.82	0.67
การจัดการตนเอง	0.54	0.05	10.21	0.54	0.30	ทักษะการสื่อสาร	0.77	0.07	11.34	0.77	0.59
เข้าถึงบริการสุขภาพ	0.63	0.07	9.57	0.63	0.39	การรู้หนังสือ	0.76	0.06	12.07	0.76	0.58
ความเข้าใจข้อมูลฯ	0.79	0.06	13.22	0.79	0.63	ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ	0.80	0.11	7.43	0.80	0.63

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่ 1

ข้อคำถาม	CR	AVE	ข้อคำถาม	CR	AVE
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.92	0.66	การรู้เท่าทันสื่อ	0.87	0.58
การจัดการตนเอง	0.95	0.83	ทักษะการสื่อสาร	0.90	0.64
เข้าถึงบริการสุขภาพ	0.89	0.64	การรู้หนังสือ	0.76	0.44
ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ	0.82	0.60	ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ	0.81	0.63

χ^2 = 402, df = 358, p-value = .051, GFI = 0.95, AGFI = 0.90, CFI = 1.00, RMSEA = 0.018, SRMR = 0.046, CN = 403

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่หนึ่งและค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแฝงของ 8 องค์ประกอบย่อย



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ เมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมระหว่างข้อคำถามนั้นไม่ใช่เมตริกซ์เอกลักษณ์ หรือหมายความว่าระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ และเมื่อพิจารณาถึงความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามโดยดัชนี KMO ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.915 ซึ่งมากกว่า 0.80 แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดีมาก[19] ในการพิจารณาจำนวนขององค์ประกอบของตัวแปรการประเมิน เพื่อการเรียนรู้ พบว่า ตัวแปรมีโครงสร้างตัวแปรจำนวน 8 องค์ประกอบย่อย ทั้งนี้ ค่าไอเกน ที่สกัดได้มีค่าเท่ากับ 12.90 3.30 2.55 1.86 1.79 1.16 และ 1.13 ตามลำดับ และข้อคำถามของทุกองค์ประกอบมีค่าความเที่ยง (CR) มากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ข้อคำถามนั้นมีประสิทธิภาพในการวัดเป็นอย่างดี จากผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันว่า แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุเขตบางพลัดนั้นมีความตรงเชิงโครงสร้างดีและมีความเที่ยงสูง มีคุณภาพดี และเหมาะที่ใช้ในการศึกษา โดยพบว่าแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีโครงสร้าง 8 องค์ประกอบย่อย ขออภิปรายผลรายองค์ประกอบ ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือโรคที่ท่านกังวลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เปิดรับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สามารถหาข้อมูลสินค้า เพื่อทราบประโยชน์และโทษ ใช้อุปกรณ์ได้หลายชนิดในการค้นหาข้อมูลสุขภาพและหาข้อมูลได้ตรงกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยข้อมูล และข่าวสารด้านสุขภาพออนไลน์ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนเว็บไซต์ที่ครอบคลุมข่าวข้อมูลสุขภาพออนไลน์เพิ่มขึ้นทุกวัน เมื่อพิจารณาถึงขนาดของข้อมูลสุขภาพออนไลน์แล้ว ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงเพื่อเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต จะส่งผลให้เกิดความเข้าใจ สามารถค้นหาข้อมูลและรู้เท่าทันการรับข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต[20]

2. การรู้เท่าทันสื่อ ประกอบด้วย การเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตามจากหลาย ๆ สื่อ การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม วิธีการหรือช่องทางในการหาข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อมายืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อนั้นถูกต้องจะนำมาปฏิบัติกับตนเอง และการสอบถามขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลหรือข้อควรปฏิบัติในด้านสุขภาพ สำหรับการรู้เท่าทันสื่อมีความจำเป็นที่ต้องมีการออกแบบหลักสูตรการศึกษาหรือส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนพัฒนาการเรียนรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์[21] มีการศึกษาน้อยมากในเรื่องการให้ความสำคัญของการส่งเสริมแนวทางการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ สำหรับผู้สูงวัยแล้วประเด็นการรู้เท่าทันสื่อเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อป้องกันการถูกหลอกลวง และให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่าต่อสุขภาพมากที่สุด

3. การจัดการตนเอง ประกอบด้วย มีเวลากับการทำกิจกรรม มีการวางแผนในการทำกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ และสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งพบว่าการจัดกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง และมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น[22] ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบนี้เป็นหนึ่งในแปดองค์ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพทางกายที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ

4. ทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วย การสามารถบอกเล่าข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นได้ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับฟังข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้องได้ สามารถทำให้ผู้อื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ หากข้อมูลจากสื่อถูกต้องย่อมแนะนำให้ผู้อื่นถูกต้องด้วย ทั้งนี้ต้องปฏิบัติกับตนเองจนได้ผลชัดเจนก่อน จึงบอกต่อให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม ซึ่งทักษะการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญและมีแนวโน้มการสื่อสารได้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่สามารถที่จะส่งเสริมและพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้โปรแกรมการฝึก

อบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การใช้คำเปรียบเทียบ อุปมาอุปมัย และการใช้คำพูดที่ตรงประเด็น เป็นต้น[23]

5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การไปพบแพทย์หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ เลือกแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงตามที่ตนเองคาดหวัง มั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้นปลอดภัยตรงกับปัญหาที่มี ค้นหาแหล่งที่ให้บริการสุขภาพได้ทุกเรื่องที่กังวลหรือเป็นอยู่ และการเดินทางไปตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์ตามนัดได้อย่างสะดวกและปลอดภัย จะพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็วมีส่วนช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งพบว่าอายุมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าเข้าถึงบริการสุขภาพได้เร็วกว่าผู้ที่อายุมากกว่า หากอยู่สภาพแวดล้อมที่ได้รับสิ่งสนับสนุนเหมือนกัน[24]

6. การรู้หนังสือ ประกอบด้วย การเข้าใจฉลากยา เครื่องสำอาง อาหารเสริม สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย การเข้าใจคำอธิบายของบริการหรือผลิตภัณฑ์หรือเครื่องมือเกี่ยวกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ อ่านเอกสาร/ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ และการฟังข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างเข้าใจ ซึ่งระดับการรู้หนังสือส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าคนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ดังนั้น จึงจำเป็นที่ต้องพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลเพื่อวางแผนและดำเนินการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว[25]

7. ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค การอธิบายวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้ โดยพบว่าหากให้โปรแกรมพัฒนาการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางอินเตอร์เน็ต จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น[26] หากมีการดูแลสุขภาพที่ดี จะลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลลงได้ และสอดคล้องกับการลดการมาโรงพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

8. ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้สุขภาพจิตดี ทราบผลดีผลเสียของวิธีที่ท่านเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งพบว่า หากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เช่น ภาวะทุพโภชนาการของประชากรสูงอายุเป็นประเด็นเร่งด่วนและสำคัญในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาอาหารแปรรูปที่เหมาะกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของวัยชราจะทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมาก[27] ดังนั้น การเลือกปฏิบัติในการดูแลให้สุขภาพดีขึ้นหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพเสื่อมลงตามความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งเสริมการมีอายุมากขึ้นอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ทีมสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในวงกว้างต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ทีมสุขภาพควรนำข้อมูลพื้นฐานนี้ไปวิจัยไปศึกษาออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้หนังสือ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และความเข้าใจการดูแลสุขภาพ ให้เกิดความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล หรือใช้เครื่องมือนี้ในการหาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อยืนยันและปรับปรุงการพัฒนาเครื่องมือต่อไป

References

1. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. Journal of Health Science Research 2015;9(2):1-8. (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai population in the reign of King Rama IX. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2017. (in Thai)
3. Palumbo R. Sustainability of well-being through literacy, the effects of food literacy on sustainability of well-being. Agriculture and Agricultural Science Procedia 2016; 8: 99 -106.
4. Kimberly AK, Melody SG, William DM, Christopher RC, Richard TG. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. Patient Education and Counseling 2014; 95: 218–25.
5. Knodel J, Teerawichitchainan B, Prachuabmoh V, Pothisiri W. The situation of Thailand's older population: an update based on the 2014 survey of older persons in Thailand. Chiang Mai: HelpAge International; 2015.
6. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. Int J Public Health 2008;54:303–5.
7. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments J Health Commun 2014; 19, Suppl 2: 302-33. doi: 10.1080/10810730.2014.936571. PMID: 25315600.
8. Nguyen HT, Kirk JK, Arcury TA, Ip EH, Grzywacz JG, Saldana SJ, et al. Cognitive function is a risk for health literacy in older adults with diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 2013; 101: 141-7.
9. Public Health and Environmental Strategy Division. Bangkok elderly data report from the population base in the civil registration system as of December 2018. Bangkok: Strategy and Evaluation Department. 2019 (in Thai)
10. Rajah R, Hassali MAA, Murugiah MK. A systematic review of the prevalence of limited health literacy in Southeast Asian countries. Public Health 2019;167:8-15.
11. Chunga MH, Chen LK, Peng LN, Chi MJ. Development and validation of the health literacy assessment tool for older people in Taiwan: Potential impacts of cultural differences. Archives of Gerontology and Geriatrics 2015;61:289-95.
12. Lee TW, Kang SJ, Lee HJ, Hyun SI. Testing health literacy skills in older Korean adults. Patient Education and Counseling 2009;75:302-7.
13. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative, and critical health literacy in primary healthcare settings. Patient Education and Counseling 2013;90: 247-53.

14. Intarakamhang U. Health Literacy: measurement and development. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2017. (in Thai)
15. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd edition. Thousand Oaks, California: SAGE; 2018.
16. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd edition. New York: Harper and Row Publications; 1973.
17. Kanchanawasee S. Traditional Theory of Testing. 7th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai)
18. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th edition. New Delhi: Prentice-Hall of India Publications; 2006.
19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th edition. Harlow: Pearson Education Limited; 2014.
20. Ganguli M, Hughes TF, Jia Y, Lingler J, Jacobsen E, Chang CH. Aging and Functional Health Literacy: A Population-based Study. Am J Geriatr Psychiatry 2020; Article in Press.
21. Manca S, Bocconi S, Gleason B. "Think globally, act locally": A glocal approach to the development of social media literacy. Computers & Education 2021;160, 104025.
22. Taylor JL, Roberts L, Hladek MD, Liu M, Nkimbeng M, Boyd CM, Szanton SL. Achieving self-management goals among low income older adults with functional limitations. Geriatric Nursing 2019;40(4):424-30.
23. Bambini V, Tonini E, Ceccato I, Lecce S, Marocchini E, Cavallini E. How to improve social communication in aging: pragmatic and cognitive interventions. Brain and Language 2020; 211, 104864.
24. Perlman C, Kirkham J, Velkers C, Leung RH, Whitehead M, Seitz D. Access to psychiatrist services for older adults in long-term care: a population-based study. Journal of the American Medical Directors Association 2019;20(5):610-6.e2.
25. Oliveira D, Bosco A, Lorito C. Is poor health literacy a risk factor for dementia in older adults? Systematic literature review of prospective cohort studies. Maturitas 2019;124:8-14.
26. Chang SJ, Yang E, Lee KE, Ryu H. Internet health information education for older adults: A pilot study. Geriatric Nursing 2021;42(2):533-9.
27. Fernandes JM, Araújo JF, Vieira JM, Pinheiro AC, Vicente AA. Tackling older adults' malnutrition through the development of tailored food products. Trends in Food Science & Technology 2021; 115:55-73.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of a Hypertension Prevention Program on Hypertension Preventive Behaviors of Risk Group of Rubber-tapping Career in Nam Khun District, Ubon Ratchathani Province

Received: May 6, 2021
Revised: Aug 30, 2021
Accepted: Nov 5, 2021

สรวิชญ์ เหล่าดรุณ พย.ม (Sorawich Laodarun, M.N.S)[1]
สุทธีพร มูลศาสตร์ ส.ด. (Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.)[2]
วันเพ็ญ แก้วปาน ส.ด. (Wonpen Kaewpan, Dr.P.H.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีจำนวนมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกที่มักเกิดกับบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความดันเลือดแดงเฉลี่ยของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท ประกอบอาชีพกรีดยาง มีอายุ 35-59 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีระยะเวลา 9 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการและเยี่ยมบ้าน เพื่อการปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรค บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการส่งเสริมการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม 2) คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ 4) เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความดันเลือดแดงเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

[1]*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: laodarun2522@gmail.com*
[2]*Corresponding author: รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: sutteeporn@yahoo.com*
[3]*รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: wonpen.kae@mahidol.ac.th*
[1,2]*School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand*
[3]*Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

สรุปผล: โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความดันเลือดแดงเฉลี่ยของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารานี้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอาชีพอื่นที่มีวิถีชีวิตการทำงานแบบอาชีพกรีดยางได้

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมป้องกันโรค อาชีพกรีดยางพารา

Abstract

Introduction: Hypertension is a chronic non-communicable disease which is a significant public health problem. Number of patients is increasing and leading to cause of death worldwide, especially among people with inappropriate health behaviors.

Research objectives: The study aimed to examine the effects of a hypertension prevention program on hypertension preventive behaviors and mean arterial pressure of the risk group of people who worked as rubber-tapping.

Research methodology: This quasi-experimental study used a two-group pretest-posttest design. Sample was a risk group of hypertension who had the systolic blood pressure of 130-139 mmHg and diastolic blood pressure of 80-89 mmHg. Simple random sampling method was used to recruit the participants, and 34 participants were assigned to the intervention group and 20 to the control group. The intervention was a hypertension prevention program for a risk group of rubber-tapping career. It A theory of planned behavior was used to guide the program. A duration of the program was nine weeks. Activities of workshops and home visits consisted of: (1) changing disease preventive attitude, subject norm, and enhancing behavior control perception; (2) a hypertension prevention handbook; (3) a questionnaire of hypertension preventive behaviors; and (4) a digital blood pressure monitor. A content validity index of the hypertension preventive behavior questionnaire was .97. A Cronbach's alpha coefficient was .88. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test.

Results: Among the participants in the intervention group, mean of hypertension preventive behaviors was found to be significantly improved between baseline and follow-up ($p<.05$). And at follow-up, mean of hypertension preventive behaviors in the intervention group was higher than the control group ($p<.05$). Also, at follow-up, mean arterial pressure of the intervention group was significantly lower than at baseline. Mean arterial pressure of the intervention group was significantly lower than the control group ($p<.05$).

Conclusions: The hypertension prevention program shows significantly affected hypertension preventive behaviors, and mean arterial pressure of risk group of rubber-tapping career.

Implications: Public health organizations could apply the hypertension prevention program for high-risk groups of rubber tapping to individuals having a similar working lifestyle.

Keywords: risk group; hypertension preventive behaviors; rubber-tapping career

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั่วโลก ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งวิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบมากขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ ไขมันสูง การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ปัจจัยเหล่านี้นำมาสู่ภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โรคความดันโลหิตสูงจึงถือว่าเป็น “เพชฌฆาตเงียบ” (silence killer) ที่มีความชุกมากขึ้นทุกปี โดยจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ใน พ.ศ. 2556 ได้ประมาณไว้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคน อยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่า 1 ใน 3 คน ในวัยทำงานที่อยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทยมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก และคาดว่าใน พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน[1] จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559-2563)[2] เพิ่มขึ้นจาก 11,197.37 เป็น 13,938.54 ต่อประชากรแสนคน โดยภาคเหนือมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุดโดยพบถึง 18,749.25 รองลงมาคือภาคกลางและกรุงเทพมหานครพบ 14,498.12 และ 13,974.42 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 12,549.01 และภาคใต้ 12,393.46 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีการขยายเขตอุตสาหกรรมและการส่งออกสินค้าและบริการสู่อาเซียน ถึงแม้ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศก็ตาม แต่มีแนวโน้มจะพบความชุกเพิ่มมากขึ้น จาก 9,242.71 ใน พ.ศ. 2559 เป็น 12,549.01 ต่อประชากรแสนคน[2] ซึ่งอาจจะเกิดจากวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมเมือง เป็นภาคที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจเป็นประตูออกสู่ประเทศลาว เวียดนาม และเขมร ทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่จำกัดมากขึ้น บริโภคอาหารหวานและมีไขมันสูง และถึงแม้ว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีคนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก แต่ประชาชนเหล่านี้มีสภาพความเป็นอยู่และมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปลาร้า ส้มตำ หน่อไม้ดอง น้ำพริกปลาร้าสับ เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารประจำถิ่นที่บริโภคกันมาอย่างยาวนาน ซึ่งถ้าภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการเฝ้าระวังและปล่อยให้เกิดความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สำคัญ

จังหวัดอุบลราชธานีพบความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 7,740 ใน พ.ศ. 2559 เป็น 9,530 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562[2] โดยพบว่าอำเภอที่มีอัตราความชุกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงสุดได้แก่ อำเภอเขื่องใน รองลงมาคืออำเภอดอนมดแดง เมืองอุบลราชธานี ม่วงสามสิบ เหล่าเสือโก้ก และน้ำขุ่น มีอัตราความชุกเท่ากับ 14,630, 11,790, 11,510, 11,130, 11,070 และ 7,590 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอำเภอน้ำขุ่นจะมีความชุกเป็นลำดับรองลงมา แต่พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน พ.ศ. 2559-2562 มีความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 5,720, 6,270, 6,870 และ 7,590 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2559-2562 คิดเป็น 736, 804, 909 และ 909 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบว่าตำบลไพบูลย์มีอัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงสูงสุด ซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559-2562 เป็น 1,382, 923, 791 และ 495 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2562 ตำบลไพบูลย์ พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,593 คน เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพกรีดยาง จำนวน 689 คน คิดเป็นร้อยละ 43.25 จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด หรือคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เกือบครึ่งหนึ่งเป็นคนที่มีอาชีพกรีดยาง และใน พ.ศ. 2563 กลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงจำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 23.20 ของกลุ่มอาชีพนี้ ซึ่งประชาชนในอำเภอน้ำขุ่นประกอบอาชีพนี้กันมาก จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตจากการ

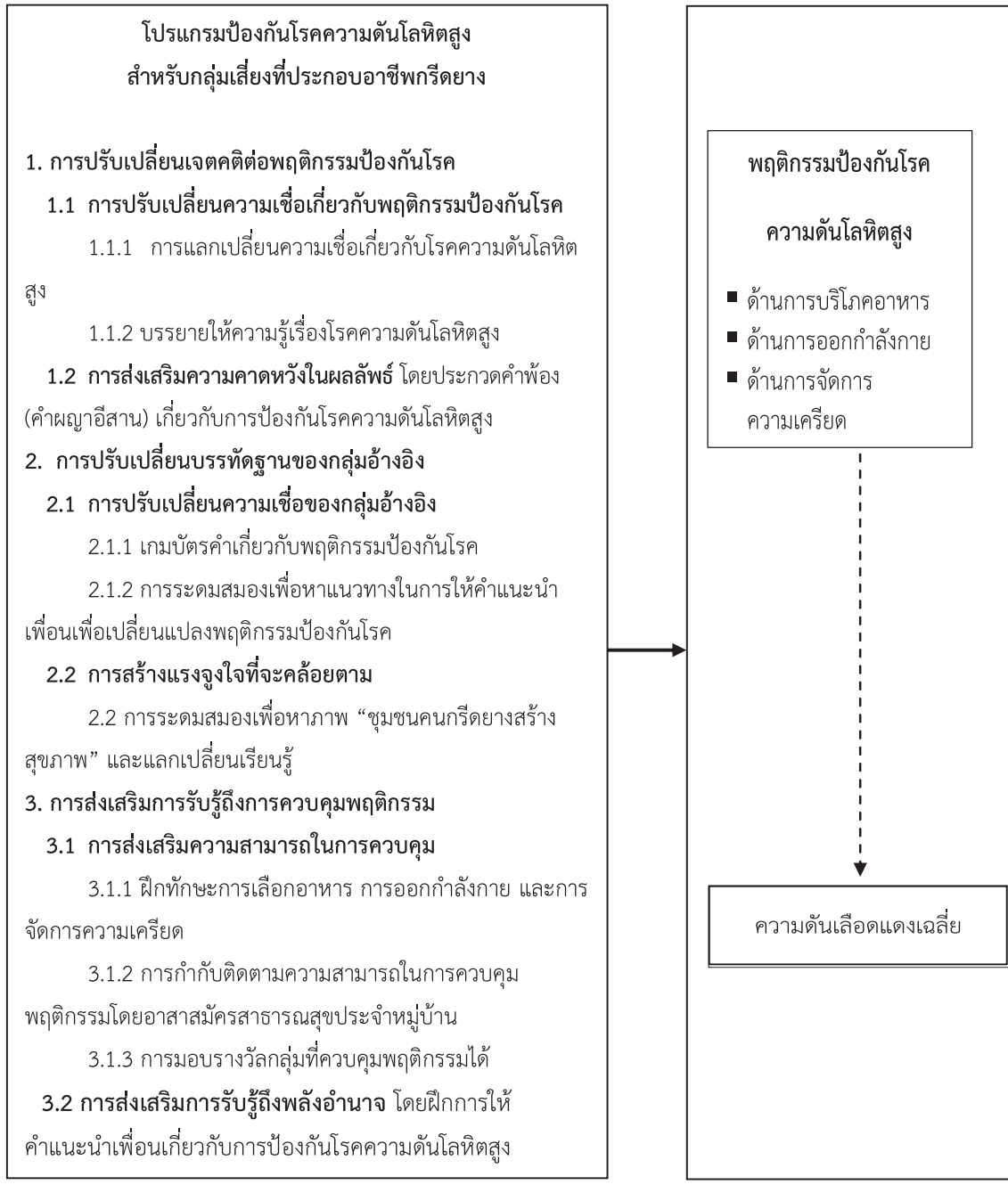
ทำไร่ทำนาตั้งแต่บรรพบุรุษมาประกอบอาชีพกรีดยาง ย่อมส่งผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ประกอบอาชีพกรีดยางใช้เวลาพักผ่อนนอนหลับในช่วงกลางคืนเวลา 20.00-23.00 น. และตื่นมากรีดยางช่วง 23.00-06.00 น. และช่วงกลางวันชดเชยด้วนการพักผ่อนเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง จึงส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เกิดอาการเครียด และช่วงกลางวันจะเป็นช่วงที่ต้องทำงานบ้าน ดูแลครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านหรือไปร่วมกิจกรรมอื่น ๆ จึงทำให้การนอนกลางวันค่อนข้างน้อย และไม่ใช่การพักผ่อนนอนหลับที่ต่อเนื่องยาวนาน นอกจากนี้ ผู้ประกอบอาชีพกรีดยางยังมีการใช้เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟที่ผสมน้ำตาลเทียมหรือน้ำตาล เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว และด้วยการที่มีเวลาจำกัดในช่วงกลางวันและเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงกายในการเดินกรีดยาง จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย นอกจากนี้ การประกอบอาชีพกรีดยางต้องใช้กล้ามเนื้อและกระดูกในการทำงาน ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปวดอวัยวะที่มาจากการกรีดยาง เช่น หลังส่วนล่าง มือ ข้อมือ และขา[3] เป็นต้น ซึ่งการพักผ่อนน้อยทำให้ความเครียดสะสม ขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ซึ่งกลวิธีในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยได้ดำเนินการตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2563 มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเน้นในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และเน้นให้มีการตื่นตัวในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิด “วิถีชีวิต ลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูง” สร้างเสริมสุขภาพควบคู่กับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตัวเองและป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง สามารถลดโรคและภัยคุกคามสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการองค์กรและชุมชนไร้พุงต้นแบบ โครงการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน การรณรงค์ “ลดหวาน ลดเค็ม ลดความดัน เพิ่มผัก ป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต” เป็นต้น ซึ่งในพื้นที่ที่ศึกษาได้ดำเนินการตามนโยบายและกลวิธีของกระทรวงสาธารณสุข[3]แต่ยังพบว่ากลุ่มคนกรีดยาง ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง และมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่พบโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยาง มีแต่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่[4,5,6,7] ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้ส่วนมากใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง[8] แรงจูงใจกับแรงสนับสนุนทางสังคม[9,10] แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ[11] โดยมีรูปแบบการจัดกิจกรรม ได้แก่ การบรรยาย การมีบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้าน การฝึกปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย การเลือกอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้คำปฏิญาณ โดยมีเวลาในการศึกษาอยู่ในช่วง 10-12 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการกำกับตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งความดันโลหิตซิสโตลิค และความดันโลหิตไดแอสโตลิค ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมต่าง ๆ ดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ประกอบอาชีพกรีดยาง เป็นกลุ่มเสี่ยงอีกหนึ่งกลุ่มที่มีแนวโน้มเพิ่มมากและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากอาชีพอื่น ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planed behavior) ของ Ajzen และ Fishbein[12] มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพกรีดยาง เนื่องจากทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการพัฒนาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง เพื่อให้เกิดความตั้งใจและเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่

ถูกต้อง และเมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตลดลง การศึกษานี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพกรีดยางในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมของบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยาง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อความดันเลือดแดงเฉลี่ยของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยาง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราในอำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 689 คน ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power โดยใช้ค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของ Hosutisima[10] ซึ่งคำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.97 และค่าแอลฟ่า (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 คำนวณตัวอย่างได้กลุ่มละ 24 คน รวมตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้ 48 คน การศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 40 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนวิถีชีวิตทำงานในช่วงเวลากลางคืน ใช้เวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน การเข้าโปรแกรมจะไปขัดขวางเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงเพิ่มเป็นจำนวน 68 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นชุดของกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรค 2) การปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง 3) การส่งเสริมการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง โดยมีระยะเวลาการดำเนินการทั้งหมด 9 สัปดาห์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องดื่มที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านและนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีค่า CVI เท่ากับ .97 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 22/2563 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2563 และได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้า

ร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษาจะนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะเป็นข้อมูลในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ในระหว่างการเก็บข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อการไปใช้บริการการรักษาพยาบาลหรือเสียสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ให้แก่ผู้ช่วยวิจัยและอธิบายทำความเข้าใจในงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือ การรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

2. ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1, 4, 7 และ 9 อบรมเชิงปฏิบัติการ บรรยายให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด พลังอาหารที่ควรได้รับ การแลกเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การระดมสมองเพื่อหาภาพ “ชุมชนคนกรีดยางสร้างสุขภาพ” การระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค ส่งเสริมความสามารถในการออกกำลังกาย “แกว่งแขน ลดโรค” ส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด “การทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1-3” ของอาจารย์สมพร กันทรดุษฎี เตรียม-ชัยศรี การประกวดคำพ้อง (คำผญาอีสาน) เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เกมบัตรคำพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกการให้คำแนะนำเพื่อนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารแดช (DASH diet) การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 2, 3, 5 และ 8 การควบคุมกำกับ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำกับติดตามความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม การวัดความดันโลหิต และการออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 52.94) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.91 ปี (*SD* = 5.78) และ 46.09 ปี (*SD* = 5.92) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.71 และร้อยละ 58.83 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 91.18 และร้อยละ 88.24 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.24 และร้อยละ 41.18 ส่วนใหญ่ดื่มกาแฟ ร้อยละ 88.24 และร้อยละ 70.59 และชนิดกาแฟส่วนใหญ่เป็นกาแฟสำเร็จรูป กาแฟซองที่มีครีมครีมเทียม หรือน้ำตาล น้ำตาลเทียม ร้อยละ 95 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 25.97 (*SD* = 4.66) และกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 25.64 (*SD* = 4.09) กิโลกรัมต่อตารางเมตร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 134.92 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 1.97) และ 135.18 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 1.66) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 86.03 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 1.54) และ 86.00 มิลลิเมตรปรอท (*SD* = 1.56) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	23	67.65	19	55.88
หญิง	11	32.35	15	44.12
อายุ	M = 45.91, SD = 5.78		M = 46.09, SD = 5.92	
	Min-max = 36-56		Min-max = 36-56	
31-40 ปี	7	20.59	7	20.59
41-50 ปี	18	52.94	18	52.94
51-60 ปี	9	26.47	9	26.47
สถานภาพสมรส				
โสด	5	14.71	1	2.94
คู่	28	82.35	30	88.24
หม้าย	0	00.00	1	2.94
หย่า/แยก	1	2.94	2	5.88
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	22	64.71	20	58.83
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	35.29	12	35.29
ปริญญาตรี	0	0.00	2	5.88
การประกอบอาชีพเสริมอื่น				
รับจ้าง	2	5.88	3	8.82
ค้าขาย	1	2.94	0	0.00
รับราชการ	0	0.00	1	2.94
เกษตรกรรม	31	91.18	30	88.24
รายได้				
ไม่เพียงพอ	18	52.94	19	55.88
เพียงพอ	15	44.12	14	41.18
เพียงพอและเหลือเก็บ	1	2.94	1	2.94
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	22	64.71	20	58.82
สูบบุหรี่	10	29.41	8	23.53
เคยสูบและเลิกบุหรี่แล้ว	2	5.88	6	17.65

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮล์				
ไม่ดื่ม	11	32.35	14	41.18
ดื่ม	23	67.65	14	41.18
เคยดื่มและเลิกแล้ว	0	0.00	6	17.65
การดื่มกาแฟ				
ไม่ดื่ม	4	11.76	10	29.41
ดื่ม	30	88.24	24	70.59
ชนิดของกาแฟ				
กาแฟดำ(ไม่ใส่ครีม/ครีมเทียม หรือน้ำตาลหรือน้ำตาลเทียม)	0	0.00	1	4.17
กาแฟที่ใส่ครีม/ครีมเทียม หรือ น้ำตาล/น้ำตาลเทียม	30	100	23	95.00
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	M = 25.97, SD = 4.66		M = 25.64, SD = 4.09	
	Min-Max =18.59-38.74		Min-Max = 19.95-38.22	
ปกติ (18.50-22.99)	10	29.41	12	35.29
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	2	5.88	5	14.71
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.99)	18	52.94	14	41.18
อ้วนระดับ 2 (> 30.00)	4	11.76	3	8.82

ส่วนที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

ผลการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (t = -.137, *p-value* = .891) แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (t = 8.322, *p-value* <.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 การศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อความดันเลือดแดงเฉลี่ยของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

ผลการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (t = -.212, *p-value* = .891) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (t = -11.981, *p-value* <.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

การเปรียบเทียบความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired	*p*-
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ	t- test	value
กลุ่มทดลอง (n = 34)	2.84	0.36	ปานกลาง	3.67	0.43	มาก	-8.476	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	2.85	0.14	ปานกลาง	2.91	0.25	ปานกลาง	-1.520	.138

*p-value < .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		paired	*p*-
	M	*SD*	*M*	*SD*	t- test	*value*
กลุ่มทดลอง (n = 34)	102.33	1.21	93.38	4.18	-8.476	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 34)	102.39	1.20	102.33	1.21	-1.520	.138

*p-value < .05

อภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen และ Fishbein[12] การแสดงพฤติกรรมของบุคคลขึ้นกับ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรค บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมในโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารามีกิจกรรมประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหารแบบแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet, DASH Diet) โดยมีกิจกรรมประกอบไปด้วยการบรรยาย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกวดคำพ้อง (ผญาอีสาน) เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมเกมบัตรคำพฤติกรรมสุขภาพ การระดมสมองเพื่อหาแนวทางการให้คำแนะนำเพื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค ฝึกทักษะในการเลือกอาหาร วิเคราะห์อาหารที่ดีต่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ฝึกคำนวณดัชนีมวลกาย และพลังงานในอาหารที่ควรจะได้รับ การกำกับติดตามความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เกิดการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และทำให้เกิดการส่งเสริมการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Seangpraw Auttarna และ Tonchoy[13] รวมทั้งการศึกษาของ Donsai และ Thiphom[14] ซึ่งมีกิจกรรม

การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมอาหาร แนะนำตัวอย่างการจัดเมนูอาหาร และตัวอย่างอาหารสำเร็จรูปที่มีโซเดียมสูง พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การออกกำลังกาย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการแกว่งแขน มีกิจกรรมการบรรยาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชมวิดีทัศน์ กิจกรรมการระดมสมองเพื่อหาแนวทางการให้คำแนะนำเพื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค การระดมสมองเพื่อหาภาพในอุดมคติ “ชุมชนคนกรีดยางสร้างสุขภาพ” และการฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน คู่หูบัดดี้ การกำกับติดตามความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการออกกำลังกาย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Puranamanceviwat[15] รวมทั้งการศึกษาของ Nakking และ Tudsri[16] ซึ่งใช้กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน การสาธิต ชมวิดีทัศน์พร้อมกับมีการฝึกปฏิบัติร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองพร้อมกับกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) การจัดการความเครียด ผู้วิจัยใช้การทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1-3 ซึ่งการใช้ SKT จะทำให้จิตใจคลายเครียด กระตุ้นการหลั่งของสารเมลาโทนิน ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ กระตุ้นภูมิคุ้มกันและรักษาสมดุลให้กับร่างกาย การใช้สมาธิบำบัด SKT จะทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติดทำงานลดลง หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตจึงลดลง โดยมีการบรรยาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชมวิดีทัศน์ ฝึกปฏิบัติการระดมสมองเพื่อหาแนวทางการให้คำแนะนำเพื่อนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค การมอบรางวัลกลุ่มที่ควบคุมพฤติกรรมได้ดี ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการจัดการความเครียด การเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการส่งเสริมการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม ผลการศึกษาในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Panyachotikun, Satkong และ Sriwisit[17] รวมทั้งการศึกษาของ Punsri และ Ketkhamkha[18] ซึ่งได้ใช้สมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 2 โดยใช้กิจกรรมการบรรยาย ให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 2 ส่งผลให้ความดันโลหิตหลังทำสมาธิบำบัดมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทำสมาธิบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องการศึกษาของ Ratsamana[19] ได้ใช้สมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 บรรยาย ให้คำแนะนำ สาธิต ฝึกทักษะสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าความดันซีสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผลของโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อความดันเลือดแดงเฉลี่ยในกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา

ผลการศึกษาพบว่า ความดันเลือดแดงเฉลี่ยในกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความดันเลือดแดงเฉลี่ย 102.33 มิลลิเมตรปรอท หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความดันเลือดแดงเฉลี่ย 93.38 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา การประเมินปริมาณโซเดียมในอาหารที่รับประทาน การวิเคราะห์หาพลังงานอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ทำให้กลุ่มเสี่ยงรับประทานอาหารได้เหมาะสมมากขึ้นส่งผลให้ความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลง ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กล่าวว่า การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 2-8 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับการศึกษาของ Siripat Moolsart และ Chantawong[4] ใช้กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มย่อย ฝึกทักษะการจัดการตนเองเรื่อง การรับประทานอาหารแดช ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือดและลดการทำงานของประสาทซิมพาเธติก มีการเปลี่ยนแปลงที่บาโรรีเซฟเตอร์รีเฟลกซ์ ทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้นและการทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และ 2 จะทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติดทำงาน

ลดลง หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตจึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratsamana[19] ซึ่งดำเนินการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนฝึกสมาธิบำบัดและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารานี้สามารถนำกิจกรรมไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพาราที่ชุมชนหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เช่น การส่งเสริมการควบคุมพฤติกรรม การใช้สมาธิบำบัด SKT การบริโภคอาหารแดช การแกว่งแขน การใช้คำพ้อง (ผญาอิสาน) เป็นต้น

2. โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบอาชีพกรีดยางพารานี้สามารถประยุกต์ใช้กิจกรรมที่ส่งเสริมการควบคุมพฤติกรรมเช่น การใช้สมาธิบำบัด การบริโภคอาหารแดช เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอาชีพอื่นที่มีวิถีชีวิตการทำงานแบบอาชีพกรีดยางได้ เช่น อาชีพผู้รักษาความปลอดภัย อาชีพค้าขายที่ตื่นนอนตั้งแต่เช้าตรู่ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. เพื่อจะให้สามารถบอกประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น ควรวัดตัวแปรเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เพื่อใช้ในการอธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

2. การติดตามผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงฯ ในการศึกษานี้ ควรติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือนหรือตามช่วงเวลาของคลินิก DPAC และปรับปรุงกิจกรรมที่ยังดำเนินการได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การเลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำหรือการประกอบอาหารที่จำกัดปริมาณโซเดียม การติดตามผลการตรวจการทำงานของไต เป็นต้น

References

1. Bell K, Twiggs J, Olin, B. R. Hypertension: The silent killer: updated JNC-8 guideline Recommendations [internet] 2015 [cited 2019 Dec 5]. Available from: https://www.scribd.com/document/310382614/CE-Hypertension-the-Silent-K
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. Screening report for hypertension [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 20]. Available from: http://hdcservice.moph.go.th (in Thai)
3. Changjeraja W, Daenseekaew S. Community participation in analyzing strategies to improve the quality of life of rubber tree farmers in the Mekong River Basin of Buengkan province. Journal of nurse association of Thailand, North-Esantern Division 2012;30(2):169-74. (in Thai)
4. Siripat J, Moolsart S, Chantawong C. Effectiveness of a hypertension prevention program in high-risk person to hypertension. Journal of nursing and health care 2019;37(1):42-51. (in Thai)
5. Jugsingto C. Effectiveness of health the behaviour modification program in high risk group for diabetes hypertension and obesity [master's thesis]. Chachoengsao: Rajabhat Rajanagarindra University;2017. (in Thai)
6. Moonsarnand S. Effects of dietary behaviour modification program guideline of the DASH with self-efficacy theory and social support on reducing the risk of hypertension among pre-hypertension patients. The Public health journal Burapha University 2016;11(1):87-98. (in Thai)

7. Singkharothi A. Effect of health promotion program in groups at high risk of high blood pressure by application of health belief model Khaopanom sub-district Khaopanom district Krabi Province. Community health development quarterly KhonKaen University. 2018;5(2):259-79. (in Thai)
8. Valaisathien J. Effects of health behavioural modification program among personnel with hypertension risk group in the office of disease prevention and control region 5 [master 's thesis]. Nakhon Ratchasima.Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2015. (in Thai)
9. Suaetoo N. The effect of a program to promote blood pressure control among 35 to 59 year old patients with uncontrolled hypertension. Journal of Public Health Nursing 2018;32(2):95-115. (in Thai)
10. Hosutisima P. The effectiveness of health education program on hypertension prevention among high risk groups in Jorrakeahin sub district Khonburi district Nakhonratchasima province. DPC 9 J 2019;25(2): 56-66 (in Thai)
11. Panyasai K. Evaluation of health promotion for people at risk of diabetes mellitus and hypertension. Journal of Phrapokklao Nuusing College 2017;28(1): 51-62 (in Thai)
12. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitude and predicting social behavior. [internet] 1980. [cited 2021 Jan 5]. Available from: http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.Measurement.pdf
13. Seangpraw K, Auttarna N, Tonchoy P. The effect of the behavior modification program Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) on reducing the risk of hypertension among elderly patients in the rural community of Phayao. Journal of multidiscip health care 2019;12(1):109-18. (in Thai)
14. Donsai M, Thiphom S. The effect of participation and perceived self-efficacy program on health behaviors and hypertension of pre-hypertension group in Suan Miang health promoting hospital. EAU heritage journal science and technology 2019;13(1):65-74. (in Thai)
15. Puranamanceviwat P. Effect of health behavioral change program essential hypertension patients. Journal of nursing and health Sciences 2014;5(3):223-33. (in Thai)
16. Nakking Y, Tudsri P. Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. Apheit internation Journal 2017;6(1):27-35. (in Thai)
17. Panyachotikun A, Satkong S, Sriwisit S. Effects of SKT meditation therapy for lowering blood pressure level of patients with hypertension in Sikao hospital Trang province. The Southern college network journal of nursing and public health 2017;4(2):245-55. (in Thai)
18. Punsri P, Ketkhamkha M. Effect of health promoting activity on self-care behaviora among patients with hypertension in Rom Glao mueang community health center.Journal of Sakon Nakhon Hospital 2019;22(3):42-54. (in Thai)
19. Ratsamana P. Effect of practicing SKT 1 healing meditation to blood pressure level essential hypertensive patients in primary care cluster Naimung Municipal district Sawankhalok Sukhothai province. Journal of disease prevention and control:DPS,2 Phisanulok 2018;5(2):15-27. (in Thai)

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

The Association Between Psychosocial Factors and Psychological Well-Being at Workplace among Emergency Medical Technicians

Received: Jul 7, 2020
Revised: Aug 3, 2020
Accepted: Aug 24, 2020

นันนภัส แววกระโทก พย.ม (Nannaphat Waeokrathok, MSN)[1]
ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ปร.ด. (Pornpat Hengudomsub, Ph.D)[2]
ชนัดดา แนบเกษร ปร.ด. (Chanudda Nabkasorn, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ทำงานภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดันและยากต่อการคาดเดาถึงสิ่งที่จะต้องเผชิญ ด้วยลักษณะการทำงานดังกล่าวจึงมีแนวโน้มที่จะกระทบกับความผาสุกทางใจในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและการทำงานของพนักงานเหล่านี้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางใจในการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความผาสุกทางใจในการทำงาน 3) ความมีจิตสาธารณะ 4) ความภาคภูมิใจในตนเอง 5) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 6) สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และ 7) ความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .88, .79, .84, .76, .82 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจในการทำงานเท่ากับ 49.04 (SD = 10.10) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจในการทำงานระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความผาสุกทางใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.843$, $p < .01$ และ $r = -.777$, $p < .01$) ส่วนสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความมีจิตสาธารณะ และความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความผาสุกทางใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .869$, $p < .01$, $r = .831$, $p < .01$ และ $r = .608$, $p < .01$)

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

[1] *นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: waeonannaphat@gmail.com*

[2] *corresponding author: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: pornpath@buu.ac.th*

[3] *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: chanuddan@yahoo.com*
Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand

สรุปผล: การเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างพนักงาน ความมีจิตสาธารณะและความภาคภูมิใจในตนเอง ป้องกันความอ่อนล้าทางอารมณ์และจัดตารางการทำงานให้มีความสมดุลระหว่างงานและชีวิตครอบครัว จะมีส่วนช่วยเพิ่มความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการต่อยอดงานวิจัย ตลอดจนพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

คำสำคัญ : ความผาสุกทางใจในการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคม พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มูลนิธิ

Abstract

Introduction: Emergency Medical Technicians (EMTs) have been working under pressure and unexpected conditions which are hard to predict what they will face. Due to a nature of this work, there is a tendency that EMTS's psychological well-being (PWB) at work would be affected. This is important for their quality of life and their work.

Research objectives: This study aimed to examine level of PWB at work and the relationships between psychosocial factors and PWB at work among EMTs.

Research methodology: This study employed a descriptive correlational design. A stratified sampling technique was used to recruit 100 EMTs. A set of questionnaires was used to collect data including: 1) demographic record form, 2) PWB at workplace, 3) public mind, 4) self-esteem, 5) emotional exhaustion, 6) relationship with colleagues, and 7) work-family conflict. Their reliabilities using Cronbach's alpha for questionnaires no. 2-7 were: .88, .79, .84, .76, .82, and .91, respectively. Descriptive statistics and the Pearson's product-moment correlation coefficients were used to analyze data.

Results: Results revealed that mean score of PWB at work among EMTs was 49.04 (SD. = 10.10), indicating that the participants had moderate level of PWB at work. Moreover, there were negatively significantly relationships between the emotional exhaustion, work-family conflict, and PWB at work ($r = -.843$, $r = -.777$, $p < .01$, respectively). Meanwhile, relationship with colleagues, public mind, and self-esteem positively significantly related to PWB at work ($r = .869$, $r = .831$, and $r = .608$, $p < .01$, respectively).

Conclusions: Promoting EMTs' positive relationship with colleagues, public mind, and self-esteem helps preventing emotional exhaustion and creating balance of work-family life which will enhance the PWB at work among EMTs.

Implications for practice: The results of this study can be used as baseline information for further research and program development aimed to promote PWB at work among EMTs.

Keywords: psychological well-being at work, psychosocial factors, Emergency Medical Technicians, Foundation

บทนำ

มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินมีความรับผิดชอบในการออกรับเหตุ และเข้ามามีบทบาทสำคัญเพื่อช่วยเสริมการดูแลนอกโรงพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุ ตามนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการกระจายการดูแลนอกโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2550[1] บุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินมีอยู่หลายระดับด้วยกัน โดยพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ถือเป็นบุคลากรหลักของมูลนิธิและได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[2] และยังเป็นด่านหน้าลำดับแรกที่ออกช่วยเหลือผู้ป่วยหลังประสบเหตุต่าง ๆ ก่อนรถพยาบาลของบุคลากรการแพทย์ระดับโรงพยาบาลจะมาถึง[3] สำหรับเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนสองแห่ง ซึ่งมีลักษณะการทำงานที่แยกเป็นฝ่ายบริหารงานของมูลนิธิและฝ่ายปฏิบัติงานของมูลนิธิ โดยฝ่ายปฏิบัติงานของมูลนิธิจะมีพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่และเป็นพนักงานประจำ โดยได้รับเงินเดือนจากมูลนิธิ ทำหน้าที่รับประสานการออกรับเหตุต่าง ๆ จากศูนย์รับแจ้งเหตุส่วนกลางที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา รวมถึงการจัดทีมเจ้าหน้าที่ในการออกรับเหตุบนรถพยาบาลฉุกเฉิน ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ประสบเหตุต่าง ๆ ณ จุดที่เกิดเหตุหรือออกรับเหตุต่าง ๆ ร่วมกับบุคลากรการแพทย์ระดับโรงพยาบาล อาทิเช่น การพูดเยียวยาจิตใจในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายด้วยการกระโดดจากที่สูง การควบคุมสถานการณ์การทะเลาะวิวาทของกลุ่มวัยรุ่น ด้วยลักษณะการทำงานดังกล่าวร่วมกับรายงานสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางคมนาคมและการจราจรทางบกประจำปี 2562 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีการออกรับเหตุจำนวน 3,028 ครั้ง โดยจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต อยู่ที่ 3,164 คนและ 72 คน ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามากที่สุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[2] ทั้งนี้ยังไม่รวมจำนวนครั้งการออกรับเหตุทั่วไปหรือเหตุอื่น ๆ ที่อยู่ในช่วง 15,000-20,000 ครั้ง/ปี[4] พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ของมูลนิธิทั้งสองจึงถือเป็นด่านหน้าในการทำงานที่ต้องมีความรวดเร็ว บ่อยครั้งต้องเผชิญช่วงเวลาคาบเกี่ยวระหว่างนาทีชีวิตและความตาย รวมถึงต้องรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กดดันและยากต่อการคาดการณ์ได้ล่วงหน้า[3] สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในหลายด้าน เช่น จากการศึกษาของ Courtney, Francis, and Paxton[5] พบว่า การทำงานเป็นกะ (Shift work) ในนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ทำให้เกิดความเมื่อยล้า แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกตึงเครียด ความทนต่อแรงกดดันลดลงมากกว่าบุคลากรทั่วไปสอดคล้องกับการศึกษาอัตราการลาออกของบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า มีค่าสูงกว่า 3.8 และ 2.4 เท่าของกลุ่มแรงงานรับจ้างทั่วไป และบุคลากรการแพทย์ทั่วไปตามลำดับ โดยสาเหตุอันดับแรกเกิดจากความตึงเครียดในการทำงานสูง มีความเครียดเรื้อรัง รู้สึกพึงพอใจและมีความผาสุกทางใจในการทำงาน (Psychological well-being at workplace) ลดลง[6]

ความผาสุกทางใจในการทำงาน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะทำงาน หรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ประกอบด้วย ความรื่นรมย์ในงาน ความพึงพอใจในงาน ความกระตือรือร้นในการทำงาน[7-8] และเป็นอีกหนึ่งมิติของความผาสุกทางใจที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคล โดยเฉพาะบุคคลกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เป็นวัยทำงาน ด้วยเหตุนี้ความผาสุกทางใจในการทำงาน จึงนับเป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดถึงคุณภาพชีวิต สุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี รวมถึงความพึงพอใจในชีวิตของวัยผู้ใหญ่[9,10] ด้วยเงื่อนไขจำเพาะของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ อาทิเช่น เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเวชกรรมฉุกเฉินเพียงจำนวน 115 ชั่วโมง และได้รับเงินเดือนประจำตำแหน่งในปริมาณที่ไม่สูงมาก ฯลฯ ประกอบกับต้องทำงานภายใต้บริบทการทำงานและสภาพแวดล้อมที่มีความตึงเครียดสูงไม่ต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับอื่น ๆ[11,12] สิ่งดังกล่าวข้างต้นอาจมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งความผาสุกทางใจในการทำงานถือว่ามีความสำคัญต่อบุคคลในทุก ๆ อาชีพ เนื่องจากเป็นสิ่งที่เยียวยาให้บุคคลมีความแข็งแกร่งและมีพลังที่พร้อมจะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการทำงาน ส่งผลให้การทำงานมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดี[13-14] ดังนั้น การศึกษาถึงระดับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ทั้งสองมูลนิธิจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต่อการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาถึงปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจใน

การทำงาน ที่จะช่วยทำให้เห็นถึงปัจจัยใดบ้างที่สามารถส่งเสริมความผาสุกทางใจในการทำงานที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาและการสำรวจความผาสุกทางใจในการทำงานหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงานของประเทศไทยและในต่างประเทศส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มพนักงานบริษัท ข้าราชการในหน่วยงาน บุคลากรในโรงพยาบาล ไม่ได้มีการศึกษาในพนักงานฉุกเฉินการแพทย์โดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความผาสุกทางใจในการทำงานตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการต่อยอดงานวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาและส่งเสริมความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ให้เกิดความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในชีวิตตนเองและชีวิตครอบครัว และสามารถปฏิบัติงานเป็นกำลังสำคัญด่านแรกร่วมกับบุคลากรทางวิชาชีพในโรงพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความผาสุกทางใจในการทำงาน โดยมีแนวคิดของ Warr[7-8] ซึ่งกล่าวว่า ความผาสุกทางใจในการทำงานเป็นมิติทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลประกอบด้วยความรื่นรมย์ในงาน ความพึงพอใจในงาน และความกระตือรือร้นในการทำงาน โดยองค์ประกอบทั้งสามเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล ที่เป็นภูมิหลัง ความเชื่อ ค่านิยม อันก่อกำเนิดตัวตนของบุคคลที่มีต่อการทำงานกับปัจจัยภายนอกบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวของบุคคล ซึ่งอาจทั้งช่วยส่งเสริม พัฒนาความก้าวหน้าในหน่วยงาน และอาจขัดขวางวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล จากการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความมีจิตสาธารณะสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงาน[15,16] ความภาคภูมิใจในตนเองสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงาน[17,18] ความอ่อนล้าทางอารมณ์สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงาน[13,19] สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงาน[20,21] และความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงาน[22,23] โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงานดังกล่าวมานี้ จัดเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ดังในภาพที่ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีจิตสาธารณะ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความอ่อนล้าทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

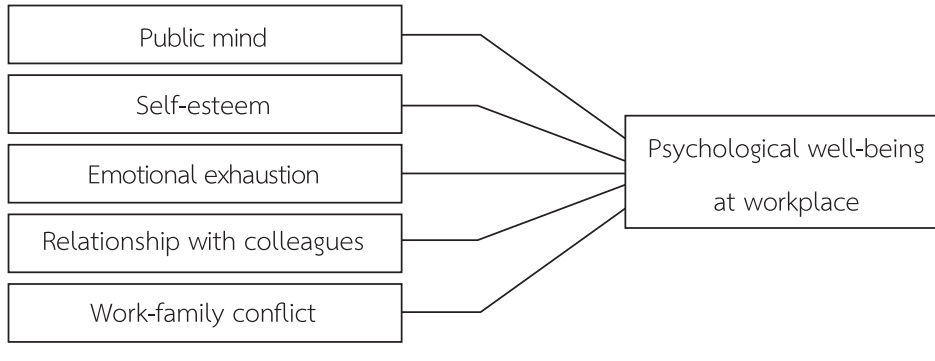


Figure 1 Research Conceptual Framework

สมมติฐานการวิจัย

1. ความมีจิตสาธารณะ ความภาคภูมิใจในตนเองและสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

2. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ของมูลนิธิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการบรรจุเป็นพนักงานประจำและรับเงินเดือนจากมูลนิธิ มีอายุมากกว่า 20 ปี และมีอายุการทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 162 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ที่เป็นพนักงานประจำของมูลนิธิที่ 1 และ 2 ที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 100 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่งานวิจัยกำหนด ได้แก่ มีอายุอย่างน้อย 20 ปี ไม่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร้ายแรงและโรคทางจิตเวช ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test)) เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 83 คน แต่เนื่องจากในการเก็บข้อมูลอาจมีการสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20[24] เป็นจำนวน 17 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงเท่ากับ 100 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ คำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Proportionate stratified random sampling) ได้ขนาดตัวอย่างในมูลนิธิที่ 1 จำนวน 38 คน และมูลนิธิที่ 2 จำนวน 62 คน (จากในมูลนิธิที่ 1 จำนวน 64 คน และมูลนิธิที่ 2 จำนวน 98 คน) แล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน รายได้ประจำต่อเดือน จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน จำนวนวันหยุดต่อเดือน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ให้เลือกตอบ และแบบเติมคำในช่องว่าง (Open–Ended Questionnaire)

2. ความผาสุกทางใจในการทำงาน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Ethonchai[25] โดยใช้แนวคิดของ Warr[7-8] ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความรื่นรมย์ในงาน 5 ข้อ ความพึงพอใจในงาน 4 ข้อ ความกระตือรือร้นในการทำงาน 5 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 คะแนน = เป็นความจริงน้อยที่สุด, 5 คะแนน = เป็นความจริงมากที่สุด) มีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความผาสุกทางใจในการทำงานระดับสูง (51.34-70.00) ระดับปานกลาง (32.67-51.33) และระดับต่ำ (14.00-32.66)

3. ความมีจิตสาธารณะ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Viriyasubun[26] จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และเชิงลบ 6 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ (0 คะแนน = ไม่จริงเลย, 5 คะแนน = จริงที่สุด ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้แปลงคะแนนตรงกันข้ามกัน) มีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความมีจิตสาธารณะระดับสูง (100.01-150.00) ระดับปานกลาง (50.01-100.00) และระดับต่ำ (0-50.00)

4. ความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองของ Rosenberg ฉบับภาษาไทยที่แปลและใช้ในงานวิจัยของ Wongpakaran & Wongpakaran[27] จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบอย่างละ 5 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1 คะแนน = เป็นความจริงน้อยที่สุด, 4 คะแนน = เป็นความจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้แปลคะแนนตรงกันข้ามกัน) มีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับสูง (30.01-40.00) ระดับปานกลาง (20.01-30.00) และระดับต่ำ (10.00-20.00)

5. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของ Worawasuwat, Sukultong, Pisan-ake, Mala และ Naowanit[28] มีจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ (0 คะแนน = ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย, 5 คะแนน = มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง) มีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 27) ระดับปานกลาง (17-26) และระดับต่ำ (0-16)

6. สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Porbootdee[29] จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อและเชิงลบ 2 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดระดับ 5 ระดับ (1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้แปลคะแนนตรงกันข้ามกัน) มีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานระดับสูง (40.34-55.00) ระดับปานกลาง (25.67-40.33) และระดับต่ำ (11.00-25.66)

7. ความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัว ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Sompobkulavech[30] จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 คะแนน = เป็นความจริงน้อยที่สุด, 5 คะแนน = เป็นความจริงมากที่สุด) มีเกณฑ์การแปลผลจากคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวระดับสูง (66.01-90.00) ระดับปานกลาง (42.01-66.00) และระดับต่ำ (18.00-42.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ มีค่าความตรงที่ยอมรับได้ในงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย แบบสอบถามความผาสุกทางใจในการทำงาน[25] ความมีจิตสาธารณะ[26] ความภาคภูมิใจในตนเอง[27] ความอ่อนล้าทางอารมณ์[28] สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน[29] และความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัว[30] และในงานวิจัยนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาข้อคำถามแล้วว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความผาสุกทางใจในการทำงาน เท่ากับ .88 ความมีจิตสาธารณะ เท่ากับ .79 ความภาคภูมิใจในตนเอง เท่ากับ .84 ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เท่ากับ .76 สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน เท่ากับ .82 และความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัว เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 020/2563 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัยที่เป็นการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ไม่มีการเปิดเผยถึงข้อมูลใด ๆ ของกลุ่มตัวอย่างและประโยชน์ของการวิจัยที่มีต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานมูลนิธิที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดอยู่ หลังจากนั้นให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามในหนังสือเจตนายินยอมและมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวมรวบข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา โดยผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงประธานมูลนิธิทั้งสองแห่งที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะให้ลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม หลังจากผู้วิจัยทำแบบสอบถามเสร็จให้เก็บใส่ซองกระดาษที่เตรียมไว้ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนทำการวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการวิจัยถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม

คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความผาสุกทางใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับความผาสุกทางใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.00) มีอายุระหว่าง 26-35 ปี (ร้อยละ 74.00) อายุเฉลี่ย 31.21 ปี (SD = 6.40) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สมรส (ร้อยละ 57.00) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเทียบเท่ากับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือ ปวช. (ร้อยละ 51.00) มีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 58.00) ส่วนมากมีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 6,500-10,000 บาท (ร้อยละ 61.00) ทำงานเป็นเวลา 12 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 62.00) มีเวลาหยุดพักงาน 15 วัน/เดือน (ร้อยละ 58.00)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 49.04, SD = 10.10) เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรื่นรมย์ในงาน ด้านความกระตือรือร้นในงานและ ด้านความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.36 (SD = 4.85), 16.63 (SD = 4.74) และ 15.05 (SD = 3.62) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความผาสุกทางใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.843$, และ $r = -0.777$, $p < .01$ ตามลำดับ) และสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความมีจิตสาธารณะ และความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความผาสุกทางใจในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.869$, $r = 0.831$, และ $r = 0.608$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 Description of Psychological well-being (PWB) at workplace of EMTs (n=100)

PWB at workplace	$\bar{X}$	SD	Level
Job pleasant	17.36	4.85	Moderate
Job enthusiasm	16.63	4.75	Moderate
Job satisfaction	15.05	3.62	Moderate
Overall PWB at workplace	49.04	10.10	Moderate

ตารางที่ 2 Correlation coefficients for the association between psychosocial factors and PWB at workplace (n = 100)

Factors	PWB at workplace	
	r	Level of Association
Relationship with colleagues	0.869*	High
Emotional exhaustion	-0.843*	High
Public mind	0.831*	High
Work-family conflict	-0.777*	High
Self-esteem	0.608*	High

* p<.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า พนักงานฉุกเฉินการแพทย์มีความผาสุกทางใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ที่ประจำในมูลนิธิ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีลักษณะการทำงานที่ต้องการความรวดเร็ว ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันสูงยากต่อการควบคุม ทั้งนี้พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ยังต้องเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 โดยมีสถิติผู้ป่วยติดเชื้อสะสมสูงที่สุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมถึงมีสถิติการออกรับเหตุช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุทางคมนาคมและการจราจรทางบกเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี[2] ด้วยภารกิจงานดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบกับความผาสุกทางใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามทฤษฎีความผาสุกทางใจในการทำงาน[6-7] ที่ระบุว่าความผาสุกทางใจในการทำงานเป็นมิติด้านความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นขณะทำงาน อันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของปัจจัยภายในที่เป็นภูมิหลัง ค่านิยม ความเชื่อในงานของบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมภายนอกรอบตัวบุคคลในที่ทำงาน จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งการศึกษาของ Chitayasothron[31] พบว่า เพศชายมีความสามารถในการกล้าตัดสินใจ มีความเป็นผู้นำสูง ไม่คิดมากกับการทำงาน มีความอดทนต่อการทำงานที่ยากลำบากและมีความว่องไวในการทำงานมากกว่าเพศหญิง มีความกล้าในการตัดสินใจจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้าได้อย่างรวดเร็วและไม่คิดมากกับความยากลำบากที่เผชิญจากการทำงาน ประกอบกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานที่ส่วนใหญ่มีอยู่ระหว่าง 5-10 ปี ซึ่งความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ยากต่อการคาดการณ์ การตัดสินใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤตได้รวดเร็วอย่างทันท่วงทีต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงานที่ยาวนานในการออกรับเหตุ[32] นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีวันหยุดพักส่วนใหญ่อยู่ที่ 10-15 วันต่อเดือน ซึ่งอาจมีความเพียงพอในการพักผ่อนและจัดตารางเวลาชีวิตให้มีความสมดุลระหว่างงานและชีวิตครอบครัว เมื่อบุคคลสามารถรักษาสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวได้ดีขึ้นจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน มีความผาสุกทางใจในการทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[22] ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจเป็นตัวช่วยสนับสนุนความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ในทางกลับกันข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือนที่ได้รับจากการเป็นพนักงานประจำของมูลนิธิส่วนใหญ่อยู่ที่ 6,500-10,000 บาท ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการทำงานของพนักงาน ประกอบกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับต่ำกว่าหรือเทียบเท่าระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือ ปวช. ทำให้มีทางเลือกน้อยในการประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่มีค่าตอบแทนจากการทำงานที่สูงกว่า เหตุผลนี้อาจเป็นตัวทำให้ความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ลดลง จากเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงอาจแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความผาสุกทางใจในการทำงานระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีจิตสาธารณะกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chongchanit[15] ทั้งนี้เป็นเพราะ เมื่อพนักงานฉุกเฉินการแพทย์รู้สึกปรารถนา มีความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย ร่วมกับมีความตระหนักรู้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ฉุกเฉิน แล้วสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วย พิการและการเสียชีวิตจากสถานการณ์นั้นได้ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์จะมีความรู้สึกพึงพอใจ มีชีวิตชีวาและสุขสบายใจจากภายในจิตใจเบื้องลึกจากการกระทำดังกล่าว

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Saekuang[18] ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อพนักงานฉุกเฉินการแพทย์รับรู้ถึงคุณค่า และความสามารถของตนเองที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจากสถานการณ์ฉุกเฉินได้สำเร็จ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์จะมีความพึงพอใจกระตือรือร้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่น ๆ ต่อไป

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้าทางอารมณ์กับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Qu & Wang[13] ทั้งนี้เป็นเพราะ หากพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจในการทำงาน รวมถึงเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการทำงานและรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์จะรู้สึกห่อเหี่ยวใจ ไร้ความกระตือรือร้นและพึงพอใจในการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Khunphet & Binyala[21] ทั้งนี้เป็นเพราะ เมื่อพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ทำงานกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน มีความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำงาน ไว้ใจในความสามารถของกันและกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ดี พนักงานฉุกเฉินการแพทย์จะมีความรู้สึกรื่นรมย์ใจ ทำงานอย่างมีชีวิตชีวาและสนุกสนานกับการทำงานช่วยเหลือผู้ป่วย

6. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวกับความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า ความขัดแย้งระหว่างงานและชีวิตครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Panatik et al[22] ทั้งนี้เป็นเพราะ หากพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ไม่สามารถจัดสรรเวลาการทำงาน มีเวลาการทำงานล่วงล้ำกับการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ทำให้รู้สึกเครียด กดดัน สับสน แบ่งเวลาระหว่างการทำงานและระหว่างชีวิตครอบครัวไม่สมดุล พนักงานฉุกเฉินการแพทย์จะมีความสุข สนุกสนานกับการทำงานลดลง เบื่อหน่ายในการทำงานเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสามารถนำมาประยุกต์เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางการส่งเสริมความผาสุกทางใจในการทำงานในองค์กรที่มีพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ทำงานอยู่

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการศึกษาถึงปัจจัยทำนายหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์หรือบุคลากรสาขาอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาวิจัยสร้างโปรแกรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางใจในการทำงานพนักงานฉุกเฉินการแพทย์หรือบุคลากรสาขาอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ที่ประจำในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน เนื่องจากมีบริบทการทำงานและระเบียบที่แตกต่างกัน ทำให้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในการทำงานแตกต่างกัน

2. สามารถนำไปต่อยอดการทำวิจัยหาปัจจัยด้านจิตสังคมที่ทำนายความผาสุกทางใจในการทำงานของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

References

1. Narenthorn EMS Center, Rajavithi Hospital. Important history of the EMS system in Thailand [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 8]. Available from: https://www.narenthorn.or.th /node/62 (in Thai)
2. National Institute for Emergency Medicine. The law, announce, criteria and procedure about education, training and certificate for emergency staff. Bangkok: Ultimate printing; 2017. (in Thai)
3. Khuhakan R, Chusaeng S, Somton A, Suwanrak U, Suwanrak S. Situational report of the Thai Emergency Medical System 2016. Bangkok: Panyamit; 2017. (in Thai)
4. Thai RSC. Information about traffic accident location in specified range [Internet]. 2019 [cited 2018 Dec 19]. Available from: http://www.thairsc.com/ (in Thai)

5. Courtney J, Francis A, Paxton S. Caring for the country: fatigue, sleep and mental health in Australian rural paramedic shift workers. J Community Health 2013;38(1):178-86.
6. David G, Brachet T. Retention, learning by doing, and performance in Emergency Medical Services. HSR 2012;44(3):902-25.
7. Warr PB. Decision latitude, job demands, and employee well-being. Work &Stress 1990;4(4) :285-94.
8. Warr PB. The measurement of well-being and other aspect of mental health. J Occup Psychol 1990;63:193-210.
9. Skevingtona SM, Böhnkeb JR. How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures?. Soc Sci Med 2018;206:22-30.
10. Saengsuk C. Personnel management affecting teachers' job satisfaction in Chachoengsao primary educational service, area 2. J RRU 2015;12(28):103-14. (in Thai)
11. Donnelly EA. Occupationally related stress exposures and stress reactions in the Emergency Medical Services [Dissertation]. Florida: The Florida State University; 2010.
12. Somboon P. Stress and associated factors among Ruamkatanyu rescue workers in Bangkok metropolis [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
13. Qu HY, Wang CM. Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. Chinese Nurs Res 2015;2(3):61-6.
14. St.John. Creating a workplace wellbeing policy [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 27]. Available from: https://www.sja.org.uk/globalassets/documents/training/sja_wellbeing_ policy_guide .pdf.
15. Chongchanit S. The development of factors contributing to the public mind of personnel in the catholic private hospital, J Res Devel 2013;8(2):19-28.
16. Chueatong S, Cheuncham J, Phulom N, Chiangta P. Effects of the public conscious development program on service mind and happiness of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. J Nurs Educ 2012;5(2):30-7. (in Thai)
17. Du H, King RB, Chi P. Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. Plos one 2017;12(8):1-17.
18. Saekuang P. Competency, self-esteem, and happiness at work affecting the efficiency of salespersons in Bangkok [Thesis]. Bangkok: Bangkok University; 2015. (in Thai)
19. Chatzea VE, Pistolla DS, Vlachaki SA, Melidoniotis E, Pistolla G. PTSD, burnout and well-being among rescue workers: seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. J Psychiatr Res 2018;262:446-51.
20. Rungmatekul T. Factors affected to Kasikorn bank employees's job happiness, in Nakhon Sawan province. In: report for 4th National conference of Kamphaeng phet Rajabhat University; 2017 Dec 22; Research Institute, Kamphaengphet Rajabhat University. Kamphaengphet; 2017. p. 698-710. (in Thai)

21. Khunphet S, Binyala H. Factors associated with happiness in working of professional nurses in operating room at tertiary hospital of Southern Thailand. Int J Humanit Soc sci 2017;4(2):69-80.
22. Panatik SAB, Badri SKZ, Rajab A, Rahmana HA, Shaha IM. The impact of work family conflict on psychological well-being among school teachers in Malaysia. Soc Behav Sci 2011;29: 1500-7.
23. Yoyyim S, Jadesadalug V. Factors influencing job satisfaction, job performance and intention to leave of guide. J Bus Eco Communications 2017;12(2):133-44.
24. Stanley L, David WH, Janelle K, Stephen KL. Adequacy of sample size in health studies. England: John Wiley & Sons; 1990.
25. Ethonchai S. The relationships between job demands, job control, social support in work, and psychological well-being at work of professional nurses at general hospitals in Public Health Inspection Region 5 [Thesis]. Bangkok: Sukhothai Thammathirat University; 2012. (in Thai)
26. Viriyasubun B. The relationships between perceptions of corporate governance culture, public consciousness, and perceptions of good quality of work life of employees at an automotive spare parts company [Thesis]. Bangkok: Ramkamhaeng University; 2010. (in Thai)
27. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. Psychiatr Investig 2012; 9(1):54-8.
28. Worawasuwat N, Sukultong L, Pisan-ake K, Mala M, Naowanit P. The development of model to enhancing psychological immunity and burnout prevention for Health Region 7 Health Officials: EPI-BP Model [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 8]. Available from: http://aimhc.net/new/ _admin/ download/-291-1501685265.pdf
29. Porbootdee M. Relationship between organizational commitment and intention to stay; the moderator effect of chance to development and relationship among co-worker: a case study of a insurance company [Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2015. (in Thai)
30. Sompobkulavech P. Relationships between big five personality, work-family conflict, and subjective well-being of pharmacists in hospitals [Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2010. (in Thai)
31. Chitayasothron D. Sex role: a psychological perspective. UTCC J 2008; 28(1):195-208. (in Thai)
32. Arsenault AD. Work-related stress and trauma for emergency medical services personnel: coping and recommendations for mental health providers. J Prehosp Emerg Care 2016; 16(1):76-85.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

The Effects of Self-management Support Programs on Chronic Kidney Disease Prevention Behaviors among Risk Groups in Community

Received:	Feb 20, 2021
Revised:	May 26, 2021
Accepted:	May 31, 2021

สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ ส.ด. (Surasak Thiabrithi, Dr.P.H.)[1]
นิรุวรรณ เทริ์นโบล์ Ph.D. (Niruwan Turnbull, Ph.D.)[2]
ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ ส.ม. (Charnyuth Sriphuwong, M.P.H.)[3]
วรางคณา ศรีภูวงษ์ ส.ม. (Warangkana Sriphuwong M.P.H.)[4]
เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ส.ด. (Suawalak Sridakate Dr.P.H.)[5]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยและทั่วโลก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก สำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนซึ่งมีภาวะการทำงานของไตบกพร่องในระยะ 1-3

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อน และหลัง กลุ่มตัวอย่าง 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน มีกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังที่มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.77 2) แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ 0.80 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ 0.78 และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอตินีนและค่าอัตราการกรองของไตตามมาตรฐานของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง พฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[1] *Corresponding author , อาจารย์.ดร,คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม E-mail : surasak.t@msu.ac.th*

[2] *รองศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม E-mail: niruwan.o@msu.ac.th*

[3] *ผู้อำนวยการ ส.ม.,รพ.สต.บ้านหนองอุ่ม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม E-mail: tomycharn@hotmail.com*

[4] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ส.ม.,รพ.สต.บ้านหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม E-mail: warang3@yahoo.co.th*

[5] *ผู้อำนวยการ ดร,วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: ooyja_ommy@hotmail.com*

[1, 2] *Faculty of Public Health, Mahasarakham University,Mahasarakham,Thailand*

[3] *Nong-Um Health Promoting Hospital,Kantharwichai District,Mahasarakham,Thailand*

[4] *Hua khu a Health Promoting Hospital,Kantharwichai District,Mahasarakham,Thailand*

[5] *Sirindhorn College of Public Health,Khon kean Province,Khon kean,Thailand*

ทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอะตินีนและค่าเฉลี่ยอัตรากรองของไตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเรื้อรังได้

คำสำคัญ : ไตเสื่อมเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกัน กลุ่มเสี่ยง

Abstract

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) was a major public health problem in Thailand and worldwide. The major risk factors for CKD include diabetes, high blood pressure, and unhealthy behaviors such as unhealthy food consumption and improper use of medication.

Research objectives: To examine the effects of self-management support programs on CKD preventive behaviors among risk groups in community dwellers living with stage 1-3 kidney impaired disease.

Research methodology: This quasi-experimental study used a 2-group pretest-posttest design and was guided by a health belief model and 5 A technique model. Sixty participants were purposively selected and assigned to experimental group (n=30) and control group (n=30). The control group received regularly care and the experimental group received the CKD prevention program with 5As behavior change technique. Data were collected from control group and experimental group at a first week and twelfth week. A set of questionnaires were used to collect data including 1) Knowledge about CKD with reliable KR-20 of 0.77; 2) Perceived health belief on CKD with reliable Cronbach's alpha of 0.80; and 3) Prevention behaviors on CKD with reliable Cronbach's alpha of 0.80. Two clinical outcomes were measured namely serum creatinine (Scr) and estimated glomerular filtration rate (eGFR). Both of them were validated according to a hospital standard. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: Results revealed that in the experimental group, means score of knowledge, perceives of health belief on CKD, and CKD prevention behavior were found to be significantly higher than the control group ($p < .05$). Also, there were significant differences for clinical outcomes (Scr levels and eGFR values) between the two groups ($p < .05$).

Conclusions: The self-managements support program was guided by the concept of health beliefs with 5A technique. By implementing this program, the risk groups reported a better perception of their health beliefs resulting in a change in health-related behavior of CKD prevention and good clinical outcomes.

Implications: The community health care sectors could apply this program to promote self-management behavior of risk group in community to delay CKD progression.

Keywords: chronic kidney disease, prevention behavior, risk group

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยโรคไตเรื้อรังแบ่งตามความรุนแรงได้ 5 ระยะ จากการประมาณอัตราชุกของโรคไตเรื้อรังภาพรวมของโลกจะอยู่ระหว่างร้อยละ 8-16[1] โดยมีการประมาณการณ์ว่าอัตราชุกของโรคไตวายเรื้อรังของโลก ส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะ 3 อยู่ระหว่างร้อยละ 11-13[2] สำหรับประเทศไทยมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบอัตราชุกของโรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3,5.6,7.5, และ 0.3 ตามลำดับ[3] ทั้งนี้พบอัตราชุกของโรคไตเสื่อมเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระยะ 3 ร้อยละ 33.20 และระยะ 4-5 ร้อยละ 4.30[4] โดยโรคไตเป็นความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือการทำงาน (อัตราการกรองของเสีย) ที่ลดลง และความผิดปกติเหล่านั้นคงอยู่อย่างต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือนเรียกว่า “โรคไตเรื้อรัง” และเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการทำงานของไตลดลงอย่างรุนแรง คือน้อยกว่าร้อยละ 15 ของค่าปกติ เรียกว่าเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End stage kidney disease)[5] ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้อง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง[6,7] ถ้าได้รับการคัดกรองค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันความรุนแรงคือไตวายเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร[7] ทั้งยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจและสังคม ที่ต้องรับภาระในการดูแลรักษา[8] จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมเรื้อรังในระยะแรก ๆ หากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ร้อยละ 20-25[9] และหลายการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีแต่ยังไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ทำให้เกิดความก้าวหน้าในการเสื่อมของไตเร็วขึ้น[10-11] การส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนเพื่อชะลอความเสื่อมของไตเรื้อรังได้[12]

จากการทบทวนแนวคิดของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับและความเชื่อนั้นให้ผลที่เกิดจากการกระทำของตน[13] บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น และเมื่อเกิดเป็นโรคจะทำให้เกิดความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำเทคนิค 5A ไปใช้ในโปรแกรมเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลลัพธ์ที่ดีในการเพิ่มพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง[14] โดยเทคนิค 5A (5 A’s Behavior Change Model adapted for Self-management Support) ซึ่งนำเสนอโดย Glasgow, Emont and Miller[15] เป็นรูปแบบที่มีการใช้แก้ไขปัญหาในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเฉพาะบุคคลซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและ 5) การติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่นำแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A มาสร้างโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรังสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ ระยะ 1-3 ซึ่งเป็นระยะที่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนในผลการตรวจทางคลินิกและเป็นระยะที่สามารถฟื้นฟูไตให้กลับมาเป็นปกติได้[9] การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้[11] ในการวิจัยครั้งนี้ได้เน้นการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไตเสื่อมเรื้อรังมีการเรียนรู้ และมีทักษะ ในการ

พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน สามารถชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคไตเสื่อมเรื้อรัง หรือให้เข้าสู่ระยะของโรคไตเสื่อมเรื้อรังให้ช้าที่สุด โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่แสดงให้เห็นผลถึงการชะลอไตเสื่อมเรื้อรัง ได้แก่ ระดับซีรั่มครีเอะตินิน และอัตราการกรองของไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด 2 แนวคิดคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[14] และรูปแบบการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5A's Behavior Change Model adapted for Self-management Support) ของ Glasnow Emont และ Miller[15] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและการติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) โดยผู้วิจัยมุ่งให้กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังที่ถูกต้อง ทั้งทางด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไตโดยตรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าอัตรากรองของไต และค่าซีรั่มครีเอะตินิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอะตินินและอัตรากรองของไตดีกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าอยู่ในระยะไตเสื่อมในระยะ 1-3 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจจำแนก (Power analysis) ของ Cohen[16] โดยหาอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน[17] ได้ค่าอิทธิพลค่าความแตกต่าง เท่ากับ 0.29 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 60 คน ผู้วิจัยจึงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันโดยไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติตั้งแต่เริ่มต้น

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีอายุ 40-80 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง 5 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยากินพื้นฐาน 4) ได้รับการรักษาระดับความดันโลหิตด้วยยากินพื้นฐาน 5) อัตราการกรองของไตมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อนาที 6) สามารถพูดจา สื่อสารได้ 7) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 2) ไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ

30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง เป็นเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือการวิจัย เป็นโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อมเรื้อรังในชุมชนที่มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ระยะที่ 1-3 ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และรูปแบบการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5 A's Behaviour change model adapted for self-management support) มาออกแบบกิจกรรมซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิค โดยประเมินทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อมเรื้อรัง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง เน้นการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ใช้เวลา 60 นาที สัปดาห์ที่ 3-11 กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมที่บ้าน โดยมีการประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเอง (Asses) และประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง มีการซักถามประวัติการดูแลตนเองเพื่อวางแผนในการปฏิบัติ (Ask) การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองตามแผนที่วางไว้ (Advise) การให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เป็นไปตามแผน (Assist) และมีการประเมินสิ่งที่ปฏิบัติได้ตามแผนและนำมาเสริมแรง (Arrange) สนับสนุนให้กำลังใจ สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 10-15 นาที สัปดาห์ที่ 12 การประเมิน ครั้งที่ 2 โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก

2. เอกสารคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะการเสียหน้าที่ของไตระยะที่ 1-3

3. แบบบันทึกการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารตามแนวคิดการจัดการตนเอง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 6 ตอนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมและการป้องกันจำนวน 16 ข้อ ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน และ ตอบผิดได้ 0 คะแนน 4) ข้อมูลการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง เป็นคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับ รับรู้มาก รับรู้ปานกลาง รับรู้น้อย เกณฑ์การให้คะแนน 1-3 คะแนน จำนวน 16 ข้อ 5) พฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง คำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย เกณฑ์การให้คะแนน 1-4 จำนวน 34 ข้อ และ 6) แบบบันทึกค่าการทำงานของไตด้วยซีรั่มครีเอตินินโดยตรวจปัสสาวะ (Albumin Creatinine ratio) และค่าอัตราการกรองของไต (GFR) เป็นแบบบันทึกที่บันทึกโดยพยาบาล โดยข้อมูลได้จากผลเลือดในแบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่เป็นแพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน และอาจารย์ด้านการพยาบาลจำนวน 2 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีค่า IOC (Index of item objective congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้ความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน ใช้วิธีของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.77 ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรังได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟ่า (Cronbach s' alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะ

สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติตามเลขที่รับรองที่ PH 072/2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการไม่เปิดเผยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื่อรัง ประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอะตินีน และค่าอัตราการกรองของไต ซึ่งได้จากการตรวจจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก

กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินการปฏิบัติในการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอะตินินและค่าอัตราการกรองของไต ซึ่งได้ผลตรวจจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา หลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะถูกกำหนดให้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง โดยเน้นประเด็นการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-11 และกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยเยี่ยมติดตามให้กำลังใจในสัปดาห์ที่ 2-6 และสัปดาห์ที่ 11 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และการป้องกัน ประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอะตินีน และค่าอัตราการกรองของไต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อม พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพในการกรองของไต ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และค่าเฉลี่ยในประสิทธิภาพการกรองของไตระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูลและความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ และสถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการทดสอบปรากฏว่าไม่แตกต่างกัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.70 มีอายุเฉลี่ย 62.37 ปี (S.D. = 8.12) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 90.00 และเมื่อทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ แล้วพบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	รวม (N=60)	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	8(26.70)	12(40.00)	20(33.30)	.273
หญิง	22(73.30)	18(60.00)	40(67.70)	
อายุ(ปี)				
ต่ำกว่า 60 ปี	14(46.70)	12(40.00)	26(43.70)	.404
60-65 ปี	6(20.00)	7(23.30)	13(21.70)	
66-70 ปี	2(6.70)	6(20.00)	8(13.30)	
71 ปีขึ้นไป	8(26.70)	5(16.70)	13(21.70)	
	$\bar{X}$ = 62.37, SD. = 8.12, min = 45 max = 80			
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	26(86.70)	24(80.00)	50(83.70)	.787
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(6.70)	3(10.00)	5(8.30)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2(6.70)	3(10.00)	5(8.30)	
สถานภาพสมรส				
โสด	4(13.30)	1(3.30)	5(8.30)	.312
คู่	21(70.00)	19(63.30)	40(66.70)	
หม้าย	4(13.30)	8(26.70)	12(20.00)	
หย่า/แยก	1(3.30)	2(6.70)	3(5.00)	
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	1(3.30)	1(3.30)	2(6.70)	1.00
เกษตรกรรม	27(90.00)	27(90.00)	54(90.00)	
ค้าขาย	1(3.30)	2(6.70)	3(10.00)	
รับจ้าง	1(3.30)	0(0.00)	1(3.30)	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.01 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD. = 5.19) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 24.82 กิโลกรัม เมตร^2 (SD. = 3.61) ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตบนเท่ากับ 127.70 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 1559) ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 127.53 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 15.59) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่าไม่แตกต่างกัน ค่าความดันโลหิตล่าง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.73 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 11.87) ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.60 มิลลิเมตรปรอท (SD. = 15.87) กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลในเลือด หลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 125.88 มิลลิกรัมเดซิลิตร (SD. = 29.99) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121.87 มิลลิกรัมเดซิลิตร (SD.=24.82) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร/กลุ่ม	n	$\bar{X}$	SD.	t	p-value	95%CI	
						lower	upper
ดัชนีมวลกาย							
กลุ่มควบคุม	30	25.01	5.19	-0.162	.872	-2.505	2.132
กลุ่มทดลอง	30	24.82	3.61				
ค่าความดันโลหิตบน							
กลุ่มควบคุม	30	127.70	15.59	0.290	.977	-11.518	11.851
กลุ่มทดลอง	30	127.53	15.87				
ค่าความดันโลหิตล่าง							
กลุ่มควบคุม	30	73.73	11.87	-0.770	.446	-14.99	6.73
กลุ่มทดลอง	30	69.60	15.87				
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด							
กลุ่มควบคุม	30	125.88	29.99	-0.267	.792	-34.65	26.63
กลุ่มทดลอง	30	121.87	24.82				

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง พบว่า ความรู้และการป้องกันเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ย (M_{diff} = 1.13, $SD._{diff}$ = 0.46) เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม (M_{dif} = 0.23, $SD._{diff}$ = 0.30) และเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(58) =2.453, p= .017) ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง (M_{diff}) เท่ากับ 4.50 ($S.D._{diff}$ =0.69) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 1.76 ($SD._{diff}$ = 0.86) และเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(58) = 6.450, p <.001) ด้านพฤติกรรมในการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง พบการเปลี่ยนแปลงคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในกลุ่มทดลองมีค่าเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 6.93 ($S.D._{diff}$ = 1.87) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ($SD._{diff}$ = 2.23) เมื่อเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(58) = 3.693, p < .001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		M_{diff}	$S.D._{diff}$	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน								
กลุ่มทดลอง	13.43	1.04	13.70	1.48	1.13	0.46	2.453	.017
กลุ่มควบคุม	13.20	1.95	12.57	2.04	0.23	0.30		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	38.33	4.22	40.50	2.81	4.50	0.69	6.450	< .001
กลุ่มควบคุม	36.67	2.22	36.00	2.59	1.77	0.87		
พฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	96.93	10.31	103.30	7.27	6.93	1.87	3.693	< .001
กลุ่มควบคุม	93.57	6.56	96.37	7.27	3.36	3		

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ค่าซีรั่มครีเอะตินินของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(58) = -3.047, p = .003) อัตราการกรองของไตพบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t(58) = 3.695, p < .001) ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าผลลัพธ์ทางคลินิคที่เกี่ยวกับการทำงานของไตในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		M_{diff}	$S.D._{diff}$	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าซีรั่มครีเอะตินิน								
กลุ่มทดลอง	0.98	0.20	0.97	0.36	-0.30	0.29	3.047	.003
กลุ่มควบคุม	0.95	0.17	1.25	0.41	0.29	0.24		
อัตรากรองของไต								
กลุ่มทดลอง	70.92	15.91	75.33	19.34	4.41	3.60	3.695	< .001
กลุ่มควบคุม	75.58	14.37	58.32	16.16	-17.26	4.33		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งก็เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ส่วนใหญ่จัดอยู่ในไตเสื่อมระยะที่ 2 ซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยเสริมทำให้ไตเสื่อมปัจจัยหนึ่ง[6,7] ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับควบคุมได้ ทั้งนี้การควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการชะลอไตเสื่อม[11] เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับที่ควบคุมได้ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรังและการป้องกัน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันภาวะไตเสื่อมเรื้อรังสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ ด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมได้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและอันตรายที่จะได้รับจากการเป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ประโยชน์ที่ได้คือทำให้ผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมีพฤติกรรมการป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Unapha และ Rattanamanee[18] พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล[13,19] ดังนั้นการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำที่สามารถปฏิบัติได้ การช่วยแก้ไขการรับรู้อุปสรรค จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองให้หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ ซึ่งบุคคลพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง หรือได้รับผลกระทบ เชื่อว่าโรคหากเกิดขึ้นจะมีความรุนแรง การลดความรุนแรงหรืออันตรายนั้นได้ก็คือการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ[19] ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเสื่อมเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมได้มีการให้ความรู้โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อลดไตเสื่อมเรื้อรัง อีกทั้งการติดตามเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติโดยเทคนิค 5A เป็นกระบวนการที่เน้นการกำกับตนเองในการแก้ไขปัญหาในเรื่องการจัดการดูแลตนเองทำให้สามารถควบคุมค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้การทำงานของไตได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karunan, Manasurakarn และ Thaniwattananon ที่ได้ประยุกต์เทคนิค 5A ไปใช้ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยปอดอุดกลั้น แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น[14] ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับซีรั่มครีเอตินิน และค่าอัตราการกรองของไต มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินินต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตรากรองของไตมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงกลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ของไตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sonjai, Chanprasert และ Krungkraipetch[17] พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าซีรั่มรีเอตินีนมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้การจัดการด้านอาหาร และการเพิ่มการออกกำลังกาย ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้โลหิตไปเลี้ยงไตได้มากขึ้น อาจส่งผลทำให้ไตทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิคของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแนะนำให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง กอปรกับกิจกรรมตามหลัก 5A กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเอง (Asses) มีการซักถามประวัติการดูแลตนเองเพื่อวางแผน (Ask) ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (Advise) พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา (Assist) และมีการออกติดตามเพื่อเสริมแรง (Arrange) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นเกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำงานของไตทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิคดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ผู้ที่รับผิดชอบคลินิคโรคเรื้อรังในชุมชนควรมีกิจกรรมสนับสนุนในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยเน้นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง และส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ควรมีการนำเทคนิค 5A ไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมร่วมกับเทคนิคการจัดการดูแลตนเองอื่น ๆ เช่น การกำกับตนเอง (Self-regulation) การช่วยเหลือ หรือการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในชุมชน

2. ด้านบริหาร ผู้บริหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบชุมชนที่มีกลุ่มเสี่ยงควรมีนโยบายในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไตเสื่อมเรื้อรัง และหาแนวทางในการจัดกิจกรรมป้องกันไตเสื่อมเรื้อรังในผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะต้น ๆ เพราะสามารถฟื้นฟูได้ และชะลอการเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

References

1. George C, Mogueo A, Okpechi I, Echouffo-Tcheugui JB, Kengne AP. Chronic kidney disease in low-income to middle-income countries: the case for increased screening. BMJ Global Health. 2017;2(2):1-10.
2. Nathan R. Hill, Samuel T. Fatoba, Jason L. Oke, et, al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE.11.2016 (7): e0158765. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765.
3. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Ongaiyooth L, Vanavanan S, Sirivongs D, Thirakhupt P, Mittal B. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplantation 2010;25(5):1567-75.
4. Krittayaphong, R., Rangsin, R., Thinkhamrop, B. et al. Prevalence of chronic kidney disease associated with cardiac and vascular complications in hypertensive patients: a multicenter, nation-wide study in Thailand. BMC Nephrol 2017;18(115):1-10. (in Thai)
5. Blakeman T, Protheroe J, Chew-Graham C, Rogers A, Kennedy A. Understanding the management of early-stage chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. British Journal of General Practice 2012;62(597):e233-42.
6. Prakeetavatin J, Moolsart S, Tipkanjanaraykha K, The development of care management for hypertension patients with chronic kidney disease in community. Journal of Health and Nursing Research 2018;34(1):1-13. (in Thai).
7. Chuakum P, Powwattana A, Thiangthum W, Effects of self–regulation program on chronic kidney disease preventive behavior among uncontrolled type 2 diabetes patients. Journal of Health and Nursing Research 2019; 35(1):130-41. (in Thai).

8. Krajachan S, Duangpaeng S, Masingboon K. Factors associated with self-management behaviours among patients with chronic disease stage 1-3 in Trat Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(1):14-22. (in Thai).
9. Thanakijjaru P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. J dept med ser. 2015;45(4): 5-19. (in Thai)
10. Hamalee C, Piphavanitcha N, Paokanha R. Effect of the health belief perception promoting program on delaying progression of chronic kidney disease behavior among older adults with type 2 diabetes mellitus at risk of chronic kidney disease. Songklanagarind Journal of Nursing 2014;34:67-85. (in Thai)
11. Vejakama P, Ingsathit A, Attia J, Thakkinstian A. Epidemiological study of chronic kidney disease progression: a large-scale population-based cohort study. Medicine. 2015;94(4):1-8.
12. Ankasai C, Limtragool P. Delay of renal funtion deterioration in diabetic nephropathy patients in Praklangung subdistrict's community, That Panom district, Nakhon Panom province. Journal of Nursing and Health Care 2016;34:6-13. (in Thai).
13. Zurich P. Health Promotion: Concept, Theory, and Innovation. 2nd edition. Bangkok Green Life Printing House. 2017. (in Thai).
14. Karunan K, Manasurakarn J and Thaniwattananon P. The Effects of an Integrated program of Behavior Modification with Self-Efficacy on Smoking Cessation Behaviors and Self-Efficacy among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;5(1):1-9. (in Thai).
15. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International 2006;21(3):245-55.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates. 2013.
17. Sonjai W, Chanprasert S, Krungkraipetch N. Effect of self-management on health behavior and kidney function of chronic disease patients with impaired renal function stage 2. J of Health Sciences research 2017;12(2):88-97. (in Thai)
18. Unapha P, Rattanamanee K. Factors related to self-care behaviors to prevent nephrotic complications in chronic kidney patients of Somdetphraphuthlertla Hospital Samutsakhon Province. J of Community Public Health Burapha University: 2012;10(2):44-53. (in Thai).
19. Unpromme S, Unpromme S, (Translator). Theory of building health. Revised version. Nonthaburi; Praboromrachanok Institute Textbook Project. 2013. (in Thai).

บทความวิจัย

บทบาทพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

Nurses' Roles and Outcomes for Chronic Diseases in Primary Care Unit of Health Region 11

Received: June 24, 2020
Revised: Sep 10, 2020
Accepted: Sep 22, 2020

แก้วกาญจน์ บัวมาก พย.ม. (Kaewkan Buamak, M.N.S.)[1]
เรวดี เพชรศิราสัณห์ ปร.ด. (Rewwadee Petsirasan, Ph.D.)[2]
นัยนา หนูนิล ปร.ด. (Naiyana Noonil, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการบริการระดับปฐมภูมิในการจัดการโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพของผู้รับบริการ ภายใต้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยสภาการพยาบาล เรื่อง บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2562 จากแบบสอบถามบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 11 ขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ร้อยละ 88.10 และมีประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพียงร้อยละ 21.43 ระดับบทบาทของพยาบาลปฏิบัติมากที่สุด คือ งานให้ความรู้รายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (M = 82.02, SD = 24.12) รองลงมา งานสนับสนุนครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (M = 79.64, SD = 25.09) และงานติดตามการกินยาและให้ได้รับยาต่อเนื่อง (M = 78.21, SD = 26.08) สำหรับผลการดำเนินงานที่ไม่ผ่านเกณฑ์และมีความถี่เท่ากับศูนย์ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่าส่วนสูง(ซม.)/2) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home Blood Pressure Monitoring, HBPM)

ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

[1]Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ E-mail: Kaewkan.bua@gmail.com

[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: rewwadee.p@psu.ac.th

[3]รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ E-mail: nnaiyana@hotmail.com

School of Nursing, Walialak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand.

สรุปผล: บทบาทสำคัญของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมการรับประทานยาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแก่พยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงและไขมันในเลือดสูงในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

Introduction: Registered nurses are health personnel who play a major role in primary care services in chronic care management to achieve health outcomes of clients under the policy of non-communicable diseases (NCDs) prevention and control. This study was part of the Thailand Nursing and Midwifery Council Research Project entitled 'Roles and Responsibilities of Nurses in Driving Primary Health Care Systems'.

Research objectives: This study aimed to investigate nursing roles, and outcomes in their work in caring for those with chronic disease in the primary care setting of Health Region 11.

Research methodology: This study used a cross-sectional descriptive design. Sample consisted of 42 nurses working to care for patients with chronic diseases at Health Region 11. Data were collected from April to June 2019 using a set of questionnaires including a nurse's role in caring for patients with chronic diseases, and a questionnaire on the outcome of working indicators related to chronic NCDs. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean (M), and standard deviation (SD.)).

Results: In Health Region 11, there is 88.10% of registered nurse practitioners working to care for patients with chronic diseases. Only 21.43% were specialized training in chronic disease care. In terms of nursing roles, the most common general role was providing individual knowledge for behavioral modification (M = 82.02, SD = 24.12), followed by family support for chronic care (M =79.64, SD = 25.09), and monitoring regular medication and ensuring medication adherence (M = 78.21, SD = 26.08). According to chronic NCDs indicators, the unsuccessful work performance and no frequency were as follows: rate of diabetic patients with LDL testing and LDL < 100 mg/dl; diabetic patients with metabolic syndrome; and percentage of new patients with high blood pressure out of suspected patients (Home Blood Pressure Monitoring, HBPM)

Conclusions: In primary care unit, the important roles of nurses in caring for chronic patients include health education, promoting family and patients' participation, and monitoring medication adherence.

Implications: Specialty and chronic disease management training for nurses should be promoted to enhance quality of healthcare service with a focus on lowering risk for metabolic syndrome and hyperlipidemia in diabetic patients.

Keywords: nurses' roles, chronic care, primary care unit

บทนำ

การป้องกันและลดการเกิดโรคเรื้อรังเป็นเป้าหมายสำคัญระดับสากลและระดับชาติ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2556-2563[1] (global action plan for NCD prevention and control 2013-2020) เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง และลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[2] ซึ่งประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนโรคไม่ติดต่อในระดับโลก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อเป็นทิศทางขับเคลื่อนสู่การลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยมีการพัฒนาระบบทีมการทำงานของสหสาขาวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ คือคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการในการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนมากขึ้น[1] มีการกำหนดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง[2] และกำหนดตัวชี้วัดภายใต้แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนปรับพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ที่ป่วยแล้วให้อยู่กับโรคได้ดี การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน หากมีภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด[3] และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ[4]

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทในการดำเนินงานขับเคลื่อนบริการระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ กองการพยาบาล[5] ได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกำหนดโดยใช้กรอบลักษณะงาน และหน้าที่รับผิดชอบหลักที่ปฏิบัติ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการปฏิบัติการ 2) ด้านการวางแผน 3) ด้านการประสานงาน และ 4) ด้านการบริการ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน เป็นการสะท้อนปรัชญาความเชื่อ และค่านิยมพื้นฐานการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม และการดูแลต่อเนื่องทุกมิติ ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้[6] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ มีการประเมิน ควบคุม ติดตามปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การให้ความรู้เกี่ยวกับยา การจัดการโรค การส่งเสริมสุขภาพ มีแผนการดูแล และการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการให้คำปรึกษา ซึ่งอยู่ภายใต้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาตรฐานในการจัดการปัญหาสุขภาพเรื้อรัง[7,8] นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลมีบทบาทดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเชิงรับและเชิงรุก ได้แก่ การให้คำปรึกษา การประสานส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง การพิทักษ์สิทธิ์ และการสนับสนุนพลังอำนาจในครอบครัว[9] ตลอดจนมีการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี[10] และบทบาทพยาบาลปฐมภูมิในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขึ้น[11] ในการสร้างหลักประกันสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี เห็นได้ว่าบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการขยายบทบาทกว้างขึ้น พยาบาลมีการปฏิบัติงานทั้งในหน่วยบริการ และการดูต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลต้องสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ[6]

สำหรับผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาของเขตสุขภาพที่ 11 มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางตัวชี้วัดต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยเบาหวานที่น้อยกว่าร้อยละ 60[12] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[13] แต่ในระดับประเทศยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพทั่วไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เขตสุขภาพที่ 11 จึงสนใจศึกษาบทบาทพยาบาลและผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสะท้อนคุณภาพการดูแลที่บรรลุผลตามตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสร้างแรงจูงใจให้คงไว้ซึ่งความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อันนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น และตอบสนองลักษณะของการให้บริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ และเป็นที่ศรัทธาเชื่อถือในชุมชนต่อไป

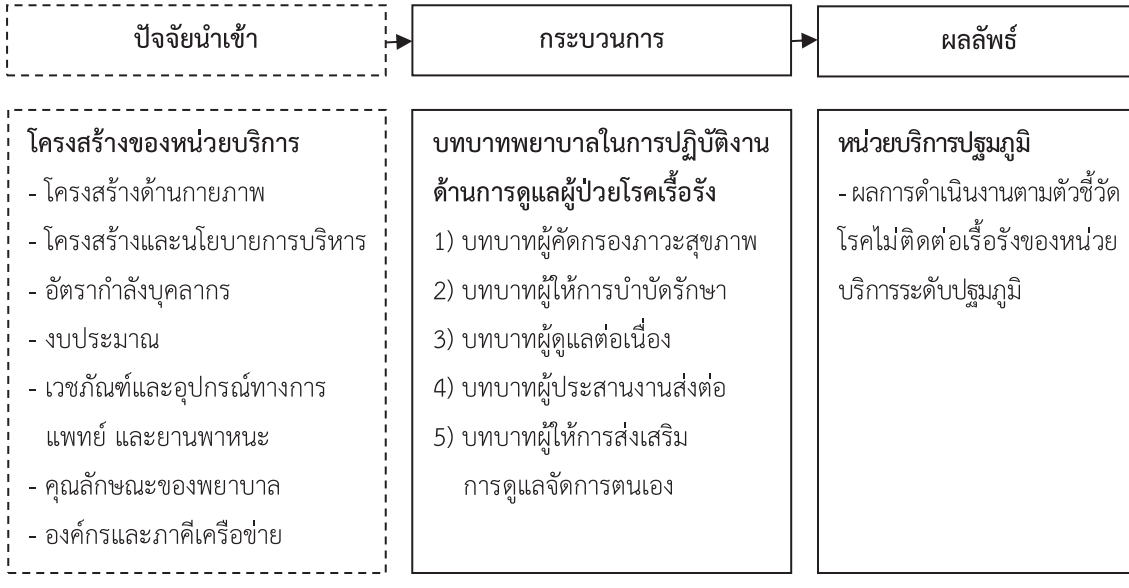
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาภายใต้กรอบตามแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian[14] ซึ่งศึกษากระบวนการ (process) พยาบาลเวชปฏิบัติมีขอบเขตของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ 1) บทบาทผู้คัดกรองภาวะสุขภาพ 2) บทบาทผู้ให้การบำบัดรักษา 3) บทบาทผู้ดูแลต่อเนื่อง 4) บทบาทผู้ประสานงานส่งต่อ และ 5) บทบาทผู้ส่งเสริมการดูแลจัดการตนเอง และ ด้านผลลัพธ์ คือ ผลที่เกิดจากการให้บริการงานโรคเรื้อรังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์เชิงเทคนิค (technical outcome) ที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแล คือ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่สอดรับกับวัฒนธรรมของหน่วยงาน ร่วมกับทีมสุขภาพในการประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน ประสานงาน ติดตาม และประเมินแนวทางการจัดการดูแล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้การสื่อสารและแหล่งประโยชน์ที่มี ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพการดูแลและความคุ้มทุนของสถานบริการ[15] ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

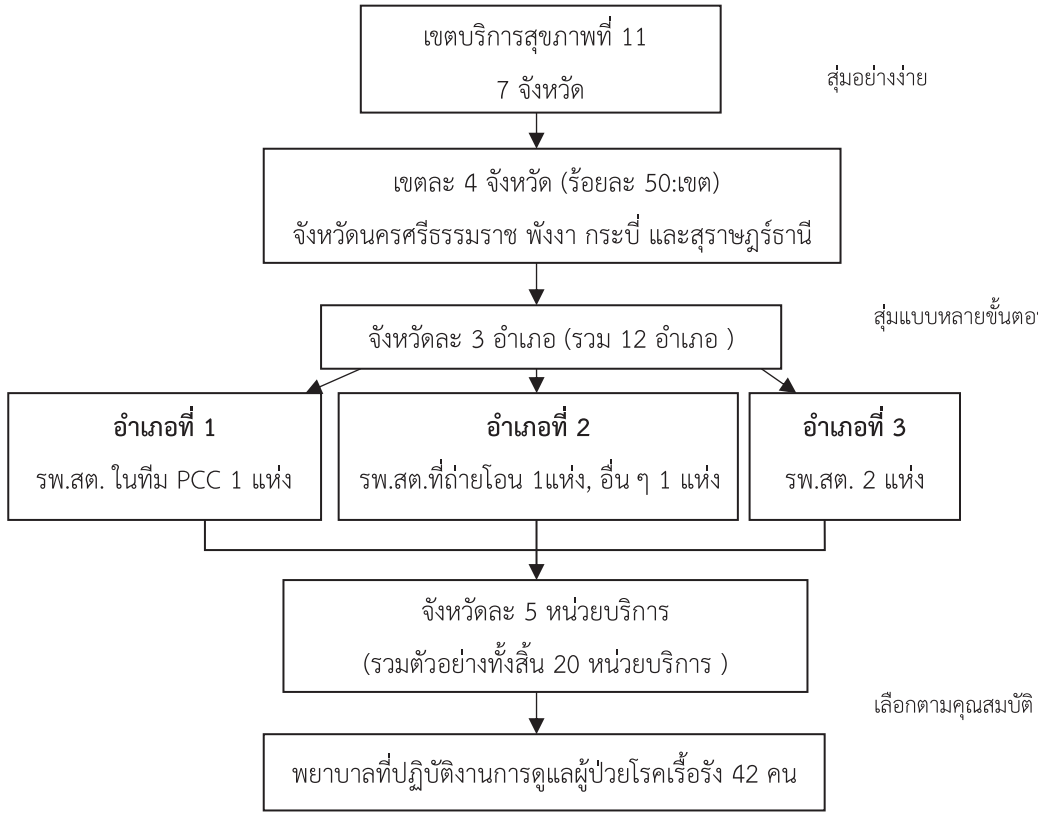
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยสภาการพยาบาล: บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ[16]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 จำนวนทั้งหมด 869 คน[17]

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 โดยมีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยสูตรจากค่าระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ช่วงความคลาดเคลื่อน 0.15[18] ได้หน่วยบริการไม่น้อยกว่า 20 แห่ง ซึ่งเป็นสัดส่วนของโครงการวิจัยบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของสภาการพยาบาล[16] ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้พยาบาลทุกคนที่อยู่ในหน่วยบริการที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน และสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ 1) สุ่มเลือกจังหวัดจำนวน 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ทั้งหมด 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร ผลจากการสุ่ม ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พังงา กระบี่ และสุราษฎร์ธานี 2) สุ่มเลือกอำเภอ จังหวัดละ 3 อำเภอ รวม 12 อำเภอ 3) สุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามลักษณะการกระจายของโครงสร้างการดำเนินงาน มีทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ดังนี้ อำเภอที่ 1 เลือกแบบเจาะจงคลินิกหมอครอบครัว (PCC) 1 แห่ง อำเภอที่ 2 เลือกแบบเจาะจง รพ.สต.ที่มีการกระจายอำนาจโอน รพ.สต.สู่องค์การบริหารการปกครองท้องถิ่น (อปท.) 1 แห่ง ในกรณีที่ไม่มีให้สุ่มเลือก รพ.สต.ทั่วไปแทน และสุ่ม รพ.สต.ทั่วไป อีก 1 แห่ง และอำเภอที่ 3 สุ่ม รพ.สต.ทั่วไป 2 แห่ง รวม



แผนภาพที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เป็น 5 แห่งต่อจังหวัด จำนวน 20 หน่วยบริการ 4) ตรวจสอบทะเบียนรายชื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตัวอย่างทั้ง 20 หน่วยบริการ และเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ (eligible criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน รพ.สต.ที่เป็นพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 42 คน ดังแผนภาพที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม และแบบบันทึก โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดคำถามและเนื้อหาตามประเด็นของตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งพัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นคณะทำงานโครงการวิจัยสภาการพยาบาล เรื่อง บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ[16] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ตำแหน่งงานปัจจุบัน รายได้จากการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานพยาบาลประสบการณ์การทำงาน ณ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ช่วงเวลาที่ท่านรับผิดชอบปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการแห่งนี้ ประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) บทบาทพยาบาลในกระบวนการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ โดยการประมาณค่าระดับตัวเลข ระบุระดับบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 100 คะแนน แปลผลตามระดับคะแนนดังนี้ ไม่มีบทบาทเลย (0) มีบทบาทน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน) มีบทบาทปานกลาง (26-50 คะแนน) มีบทบาทมาก (51-75 คะแนน) มีบทบาทมากที่สุด (76-100 คะแนน) และแบบเติมคำตอบระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดทำโดยผู้วิจัยอ้างอิงจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561[19] จำนวน 31 ข้อ โดยเป็นแบบเติมคำตอบระบุค่าร้อยละของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 20 หน่วยบริการ แปลผลค่าร้อยละของผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดตามเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดแบ่งเป็น ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ การแปลผลคะแนนคิดค่าร้อยละของหน่วยบริการทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สามารถระบุได้ครบถ้วนจำนวน 25 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 2 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) ของเครื่องมือทั้งชุด ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1 ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยง Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-19-035-01 วันที่ 6 มีนาคม 2562 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ประโยชน์ และวิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับหรือปฏิเสธในการตัดสินใจ

เข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช พังงา กระบี่ และสุราษฎร์ธานี และผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิที่สุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น เมื่อได้รับการยินยอมจึงให้ตอบแบบสอบถามบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนที่ 1 โดยอิสระใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อเสร็จแล้วใส่ซองปิดผนึกส่งกลับให้ผู้วิจัยโดยตรง แบบสอบถามผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนที่ 2 โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานหลักโรคเรื้อรัง จำนวน 20 หน่วยบริการ โดยอิสระใช้เวลาประมาณ 30 นาที เมื่อเสร็จแล้วใส่ซองปิดผนึกส่งกลับให้ผู้วิจัยโดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 71.43 รองลงมาเป็นผู้รับผิดชอบรอง ร้อยละ 28.57 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.24 มีอายุเฉลี่ย 43.50 (SD = 8.00) ร้อยละ 50 อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพียง 6 คน ร้อยละ 14.29 ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ร้อยละ 88.10 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 80.96 รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 39,963.95 บาท (SD = 8556.35) มีประสบการณ์การทำงานพยาบาล เฉลี่ย 21.10 ปี (SD = 8.72) ประสบการณ์การทำงาน ณ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เฉลี่ย 9.30 ปี (SD = 7.54) มีประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เฉลี่ย 9.79 ปี (SD = 7.65) มีเพียงหนึ่งในห้า (ร้อยละ 21.43) มีประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. บทบาทพยาบาลในกระบวนการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ภาพรวมพยาบาลปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับมาก (M = 76.38, SD = 27.60) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในงานให้ความรู้รายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (M = 82.02, SD = 24.16) รองลงมา งานสนับสนุนครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (M = 79.64, SD = 25.09) และงานติดตามการกินยาและให้ได้รับยาต่อเนื่อง (M = 78.21, SD = 26.08) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ งานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน (M = 73.21, SD = 32.19) ดังตารางที่ 1

3. ผลลัพธ์การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูล ปี พ.ศ. 2561) พบว่า ตัวชี้วัดที่มีความถี่ของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 75.00) ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) สำหรับตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีความถี่ของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์เท่ากับศูนย์ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home Blood Pressure Monitoring) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทในกระบวนการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 42)

บทบาทในกระบวนการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	Min	Max	Mean	SD	ระดับ
1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน	10	100	73.21	32.19	มาก
2. ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อรังเบื้องต้นแก่ผู้ที่มาใช้บริการที่หน่วยงาน	10	100	76.33	28.13	มากที่สุด
3. ให้ความรู้รายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	20	100	82.02	24.12	มากที่สุด
4. สนับสนุนครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง	20	100	79.64	25.09	มากที่สุด
5. จัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง	20	100	71.07	29.54	มาก
6. ส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและการรักษาต่อเนื่อง	20	100	77.50	28.72	มากที่สุด
7. ติดตามอาการ ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน	20	100	76.79	25.66	มากที่สุด
8. ติดตามการรับประทานยาและให้ได้รับยาต่อเนื่อง	20	100	78.21	26.08	มากที่สุด
9. สอนวิธีประเมินอาการและจัดการอาการแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว	20	100	77.62	25.04	มากที่สุด
10. ดูแลและเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	20	100	73.33	28.94	มาก
รวม	**10**	**100**	**76.38**	**27.60**	**มากที่สุด**

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 20)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์	
	(ร้อยละ)	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	> 90	14	70.00	6	30.00
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	> 40	3	15.00	17	85.00
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	≥ 60	0	0.00	20	100.00
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	> 60	10	50.00	10	50.00
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	> 60	15	75.00	5	25.00
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	≥ 60	13	65.00	7	35.00
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าส่วนสูง(ซม.)/2)	≤ 10	0	0.00	20	100.00

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 20) (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์	
	(ร้อยละ)	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
8. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	< 2	14	70.00	6	30.00
9. อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	≥ 90	13	65.00	7	35.00
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	< 2.40	6	30.00	14	70.00
11. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากรลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	≥ 5	11	55.00	9	45.00
12. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	> 90	13	65.00	7	35.00
13. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	> 50	8	40.00	12	60.00
14. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	> 2.5	9	45.00	11	55.00
15. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥ 82.5	15	75.00	5	25.00
16. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี	> 40	2	10.0	18	90.00
17. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี	> 50	5	25.0	15	75.00
18. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	≥ 90	1	5.00	19	95.00
19. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	≥ 90	1	5.00	19	95.00
20. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ 10	7	35.00	13	65.00
21. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≥ 5	6	30.00	14	70.00
22. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	> 2.5	1	5.00	19	95.00
23. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home Blood Pressure Monitoring)	≥ 90	0	0.00	20	100.00
24. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง	≥ 40	7	35.00	13	65.00
25. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	≥ 30	3	15.00	17	85.00

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ เฉลี่ย 2-3 คนต่อหน่วยบริการ มีเพียง 1 ใน 5 ที่มีประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีศักยภาพต่อการให้บริการดังกล่าว แต่ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากจำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องมีบทบาทและความรับผิดชอบที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งงานการดูแลรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน การจัดการโรคเรื้อรัง การดูแลระยะยาว และการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในพื้นที่[1] สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawaengdee, Sarakshetrin, Rajataram, Chantra, Kunlaka, Rajataramya และคณะ[20] พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องรับภาระงานเกือบทุกงาน ทั้งงานที่ตรงตามบทบาทวิชาชีพ และงานวิชาชีพอื่น ทำให้เวลาที่จะให้บริการสุขภาพประชาชนลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งสะท้อนคุณภาพการดูแล และคุณภาพการบริการของพยาบาล

เมื่อศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลปฏิบัติบทบาทในการให้ความรู้รายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุดเมื่อเทียบกับบทบาทอื่น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมุ่งเน้นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในบทบาทที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาล[21] ความรู้ของพยาบาลจะช่วยเสริมความรู้พื้นฐานเดิมของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น[7] เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติจะสามารถบูรณาการความรู้ทางด้านการแพทย์ และการดูแลแบบองค์รวมได้ดี[4] และมีการให้บริการที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ ทำให้ประชาชนกล้าพูดกล้าซักถาม พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างถูกต้อง และครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ดี เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง[8,13] ซึ่งการให้ความรู้พร้อมการฝึกทักษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นสามารถจัดการตนเองควบคุมโรคได้[22] ในกระบวนการคัดกรองภาวะสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาช่วยคัดกรองในชุมชน ทำให้พยาบาลปฏิบัติบทบาทในการคัดกรองในชุมชนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับบทบาทอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง มีความถี่ของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมทั้งประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ ความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง และจัดทำแผนการดูแล (care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้น ๆ[23]

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ตัวชี้วัดที่มีความถี่ของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดเท่ากัน ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เนื่องจากในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นดูแลสุขภาพยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ โดยมีแพทย์ และทีมสหวิชาชีพมาช่วยในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วย เป็นการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เพื่อลด CVD Risk สำหรับตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.)/2) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ บทบาทพยาบาลในกระบวนการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ให้ความรู้รายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง และสอนวิธีประเมินอาการและจัดการอาการแก่ผู้รับบริการและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ตัวชี้วัดในการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุงและ

ไขมันในเลือดสูง ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งผู้สูงอายุ เริ่มจะมีปัญหาด้านความจำ ความคิด ที่อาจเกิดตามอายุที่มากขึ้น และภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถจัดการตนเองได้ตามลำพังควรให้ผู้ดูแล ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับการดูแล[24] และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home Blood Pressure Monitoring) ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องมาจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่ให้บริการไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันที่ต้องใช้ทั้งงานคัดกรอง งานรักษาพยาบาลในคลินิกเรื้อรัง และต้องใช้ในการติดตามกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ส่งผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดการคัดกรองประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 65 แต่ผลลัพธ์ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงมีการทำ Home Blood Pressure Monitoring ไม่ผ่านเกณฑ์ จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังมีเพียง 1 ใน 5 (ร้อยละ 21.43) ผ่านการอบรมเฉพาะทางการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรู้ของพยาบาลจะช่วยเสริมความรู้พื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น[7] การพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับการส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ[25]

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ แสดงให้เห็นถึงระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สะท้อนการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่ 1) บทบาทผู้คัดกรองภาวะสุขภาพ 2) บทบาทผู้ให้การบำบัดรักษา 3) บทบาทผู้ดูแลต่อเนื่อง 4) บทบาทผู้ประสานงานส่งต่อ 5) บทบาทผู้ส่งเสริมการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะและทักษะพยาบาลวิชาชีพในงานโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของงานโรคเรื้อรัง กำหนดแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดำเนินงานโรคเรื้อรัง และความก้าวหน้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 สรุปผลอ้างอิงได้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพ การบำบัดรักษา การดูแลต่อเนื่อง การประสานงานส่งต่อ โดยเฉพาะการส่งเสริมการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วนลงพุงที่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพกับผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิในงานโรคเรื้อรัง

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อบรรลุเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมบทบาทภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (สัญญาเลขที่ 18/2562) และขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนเครื่องมือและงบประมาณการวิจัย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Primary Care Cluster Division. Guideline primary care cluster service. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Bureau of Non-Communicable Disease. National 5-year non-communicable disease prevention and strategic Plan 2017-2021. Bangkok: Emotion Art; 2016. (in Thai).
4. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of nursing process use in primary care. Int J Nurs Knowl 2016;27(1):43-8.
5. Nursing Division. Role and performance of nurses. Nonthaburi: Suetawan; 2018. (in Thai).
6. Nursing Division. Nursing standards in the community. Nonthaburi: Suetawan; 2016. (in Thai).
7. Lukewich J, Edge DS, Vandenkerkhof E, Tranmer J. Nursing contributions to chronic disease management in primary care. J Nurs Adm 2014;44(2):103–10.
8. Norful A, Martsolf G, de Jacq K, Poghosyan L. Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. Int J Nurs Stud 2017;74:15-23.
9. Chunthai K. Primary care nurses with the role in primary care cluster team towards the sustainability of the public health system [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 19]; Available from: http://www.nursing.go.th/?page_id=62&page=2 (in Thai).
10. Sindhu S, Wongrot P. Case management of patients with diabetes and high blood pressure. 2nd ed. Bangkok: Wattana; 2014. (in Thai).
11. Narasri P, Chaladthanyagid K, Piaseu N. Nurses'roles in primary care management of noncommunicable diseases toward sustainable development goals. Rama Nurs J 2017;23(1):27-43. (in Thai).
12. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Information in response to the Service Plan for Non-communicable Diseases [internet]. 2018 [cited 2018 Nov 6]; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php? cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
13. Tumsawad B, Rattannajarana S, Sakulkoo S. Professional nurses' competencies in caring for patients with chronic Illness, general and regional hospitals. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2013;21(3):36-47. (in Thai).
14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-48.
15. Luecha W, Benjawattananon S, Pesee K, Rakmani P. The development of health care system for diabetes mellitus patients in chaiyaphum hospital. Journal of Nursing Division 2011;1:31-41. (in Thai).
16. Junprasert S, Khunlarnthanadee S, Piaseu N, Noonil N, Jaraeprapal U, Akwarangkoon S, et al. Research project on the roles and responsibilities of nurses in driving the primary health care system. Bangkok: Council of Nursing; 2019. (in Thai).
17. Posri R. Statistics for research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2006. (in Thai).

18. Sarakshetrin A, Sumpawana A, Suvannarat K. Role performance of professional nurses in primary care unit. Journal of Nursing Division 2010;37(3):52-63. (in Thai).
19. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Information in response to the Service Plan for Non-communicable Diseases [internet]. 2018 [cited 2018 Nov 6]; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php? cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
20. Sawaengdee K, Sarakshetrin A, Rajataram B, Chantra R, Kunlaka S, Rajataramya B, et al. A study of workload, sufficiency of manpower and human resource management in district health promotion hospital. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2):174-83. (in Thai).
21. Sarakshetrin A, Sumpawana A, Suvannarat K. Role performance of professional nurses in primary care unit. Journal of Nursing Division 2010;37(3):52-63. (in Thai).
22. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. Journal of Nursing Division 2010;44(2):144-58. (in Thai).
23. Junhom B, Wivatvanit S. Nurse's roles in community hospital according to thailand 4.0. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018;30(3):116-29. (in Thai).
24. Tipkanjanaraykha K. Self management in older adults with metabolic syndrome. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2016;32(3):122-30. (in Thai).
25. Suwanasaeng N, Yingyoud P. Primary care cluster: concept and management of registered. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020;35(1):5-17. (in Thai).

บทความวิจัย

สถานการณ์การติดเกม และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา : เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2

Game Addiction Situation and Factors Affecting to Game Addiction among Primary School Student under NakhonPathom Primary Educational Service Area Office 2

Received: May 13, 2021
Revised: Aug 18, 2021
Accepted: Aug 28, 2021

นิภาพร อภิสิทธิวาสนา ส.ด. (Nipaporn Apisitwasana, Ph.D.PH.)[1]
เจียมใจ ศรีชัยรัตนกูล ส.ด. (Jeamjai Srichairattanakull, Dr.PH.)[2]
มณีรัตน์ เทียมหมอก พย.ม. (Maneerat Thiammok, M.S.N.)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: เกมเป็นสื่ออิเลคโทรนิคที่สามารถเข้าถึงง่ายผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งผู้ปกครองมักจะใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเลี้ยงดูเด็กและเพื่อความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร จึงส่งผลให้เยาวชนไทยมีการเล่นเกมมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดผลกระทบเชิงลบต่อการศึกษา การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสุขภาพของเด็ก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเกมในนักเรียน และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในนักเรียน ระดับประถมศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย นักเรียน และผู้ปกครอง จำนวน 395 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติเรื่องเกมและผลกระทบจากการติดเกม แบบทดสอบการติดเกม และแบบวัดภูมิคุ้มกันการติดเกม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: พบว่า นักเรียนประเมินตนเองว่าน่าจะติดเกมสูงกว่าผู้ปกครอง (ร้อยละ 13.20, 7.39) โดยผู้ปกครองและนักเรียนประเมินตรงกันว่าเพศหญิงเสี่ยงติดเกมมากกว่าชาย (ร้อยละ 8.21, 6.67) นักเรียนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทัศนคติเรื่องเกมและผลกระทบ น้อยและปานกลาง (ร้อยละ 57.88, ร้อยละ 73.63) ภูมิคุ้มกันการติดเกม และเพศ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเกมได้ ร้อยละ 38.8

สรุปผล: ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการติดเกมของนักเรียน คือ ภูมิคุ้มกันการติดเกม และเพศ ซึ่งพบว่าหญิงมีความเสี่ยงต่อการติดเกมสูงกว่าชาย

ข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการป้องกันการติดเกมในเด็กด้วยการให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการติดเกมด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เพื่อสร้างภูมิคุ้นกันการติดเกมให้กับเด็กก่อนที่จะติดเกม

คำสำคัญ : การติดเกม นักเรียน ประถมศึกษา นครปฐม ประเทศไทย

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

[1] Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: nipaporn.a@bcn.ac.th

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: jeamjai.s@bcn.ac.th

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: manerat.t@bcn.ac.th
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[1,2,3] Boromarajonani College of nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromararajchanok institute, Ministry of Public Health, Thailand.

Abstract

Introduction: Game is an electronic media which is easily accessed via a mobile phone and parents often use game as a tool to support children and facilitate communication with their children. Hence, increased game addiction among children leads to a negative effect of education, interaction with social, and child's health.

Research objectives: To investigate game addiction situation among students and to examine factors affecting game addiction among primary school students, NakhonPathom Primary Educational Service Area Office 2.

Research methodology: This study used a descriptive design conducted between June 2018 and March 2019. Sample consisted of 395 primary school students and 395 parents of these students selected using stratified random sampling technique. Questionnaires, including knowledge, attitude towards game and effect of game addiction, GAST, and GAPS, were used to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and S.D.). Multiple Regression Analysis (MRA) was used to analyze factors affecting game addiction among primary school students.

Results: According to students' self-assessment, students are more at risk of game addiction than parents' assessment (13.20%, and 7.39%, respectively). Parents and students equally assessed that female students were at higher risk of game addiction than male students (8.21%, 6.67%, respectively). Furthermore, 57.88% of students reported a game knowledge score at a low level, and 73.63% of the students had an attitude towards game and the impact of game addiction at a moderate level.Results of MRA revealed that game addiction protection, and gender together explained 38.8% of the variance in game addiction. Game addiction protection, and gender were statistically significant predictors of game addiction.

Conclusions: The main factors affecting game addiction among the primary school students were game addiction protection, and gender which found that females had a higher risk of game addiction than male counterpart.

Implications: The results of this study could be used to prevent game addiction in primary school students by educating the impact of game addiction through family, school, and community involvement. The enhancement of game addiction protection to students prior to their engagement in game addiction is crucial.

Keywords: game addiction, student, primary school, NakhonPathom, Thailand

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการติดเกมของเด็กและเยาวชนไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจนน่าวิตก เกมออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้นแค่เพียงมีโทรศัพท์มือถือเท่านั้น ทั้งนี้ในปี 2018 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การติดเกมเป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากพฤติกรรมเสพติดทางสมองคล้ายกับการติดสารเสพติดว่าเป็น “โรคติดเกม” (Game Disorder) ที่ทำให้เกิดอาการอยากเล่นเกมและไม่สามารถหยุดเล่นได้ จนนำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพ[1] โดยมีอาการสำคัญ คือ 1) ใช้เวลาเล่นเกมนานเกินไป 2) ขาดการควบคุมตนเองในการใช้ชีวิตปกติ และ 3) เสียหน้าที่การเรียนและการงาน[2] สำหรับสถานการณ์ความรุนแรงของโรคติดเกมในประเทศไทยนั้น พบว่า เด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 15-20 มีปัญหาจากการเล่นเกม จำนวนนี้ร้อยละ 5 อยู่ในภาวะติดเกม หรือใช้ชีวิตหมกมุ่นอยู่กับการเล่นเกมอย่างหนัก[3] ซึ่งมีอัตราสูงกว่าประเทศทางยุโรปที่มีปัญหาเด็กติดเกมอยู่เพียงร้อยละ 1.16 และสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 0.3-1.0 เท่านั้น[4] จากรายงานสถานการณ์โรคติดเกมของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น พบว่า ในปี 2560 มีเด็กป่วยเป็นโรคติดเกมรายใหม่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ถึง 6 เท่า หลังจากการประกาศให้ E-Sport เป็นกีฬาประเภทหนึ่ง เมื่อวิเคราะห์รายละเอียด พบว่า เด็กที่อายุน้อยที่สุดที่มีการเล่นเกม คือ 5 ปี มากที่สุด คือ 17 ปี เด็กที่ป่วยเป็นโรคติดเกมจะใช้เวลาเล่นเกมเฉลี่ยวันละ 5 ชั่วโมง สถานที่ที่ใช้เล่นเกมมากที่สุด คือ ที่บ้าน ร้อยละ 97 โดยเด็กชายจะมีพฤติกรรมดื้อรั้นสูงกว่าหญิงถึง 7 เท่า เกมที่ทำให้ติดและมีผลกระทบมี 3 ชนิด คือ เกมยิงต่อสู้ เกมโมบาชนิดที่เป็นสงคราม การต่อสู้ออนไลน์ และเกมประเภทสปอร์ต โดยเด็กอายุ 7-12 ปี นิยมเล่นเกมยิงต่อสู้ อายุ 13-17 ปี ซึ่งมีไอคิวระดับเลิศ เฉลี่ย 122 คะแนน นิยมเล่นเกมโมบา เช่น ROV, LOL เป็นต้น โดยเด็กจะเล่นเกมวันละ 1-4 เกม ทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายพ่อแม่ ทำลายข้าวของ ถึงร้อยละ 42 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมไม่ไปโรงเรียน ร้อยละ 39 พยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าเพื่อน ร้อยละ 2 หนีออกจากบ้าน และออกจากการศึกษาภาคบังคับ ร้อยละ 4 สาเหตุหลักของการติดเกมเกิดจากการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว เช่น ขาดวินัย ไม่มีข้อกำหนดการเล่นเกม ซึ่งพบว่ามีสูงถึงร้อยละ 72[5] นอกจากนี้ ข้อมูลจากรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยังพบว่า เด็กไทยเล่นเกมออนไลน์เฉลี่ย 3-5 ชั่วโมง/วัน วันหยุดเล่นสูงสุดถึง 8 ชั่วโมง/วัน ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมมากกว่า 500 บาท/เดือน[6] ในประเทศไทยปัญหาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย คือ ปัญหาพฤติกรรมเสพติดเกม พบมากในอายุระหว่าง 6-18 ปี จากการสำรวจของสำนักงานวัฒนธรรมร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต ในปี 2562 พบว่า อายุของเด็กที่เริ่มติดเกมจะอยู่ในช่วงประถมศึกษาปีที่ 4-5 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับชนิดของเกมประเภทต่อสู้ออนไลน์แบบมีผู้ลงแข่งเป็นทีมเป็นหลัก และเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น วิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน โรคติดสารเสพติด โรคจิต และโรคลมชัก โดยเฉลี่ยเด็กและวัยรุ่นจะใช้เวลาเล่นเกมนาน 5 ชม./วัน และเล่นเกมแข่งขันต่อสู้ออนไลน์ 1-4 เกม สลับกันไป ซึ่งเกินระดับความปลอดภัยในการเล่นเกม 9 ชั่วโมง/ต่อสัปดาห์ เด็กมักแสดงอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวเมื่อให้เลิกเล่น ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายพ่อแม่ ทำลายข้าวของ ร้อยละ 42 และมักไม่ทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ปัญหาการเรียน สอบตก ไม่ยอมไปโรงเรียน ซ้ำชั้น เรียนไม่จบ ร้อยละ 39 จากการเล่นนานเกิน 4 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไป พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศ ผ่านการแชทในห้องเกม ปัญหาการเติมเงิน การซื้อขายและการพนัน พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา เช่น การด่าทอด้วยภาษาหยาบคาย พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย เช่น การทุบตีคนอื่น อาละวาดทำลายของ คุกคามคนใกล้ชิด รังแกกันทางสื่อสังคมออนไลน์ ใช้สารเสพติด ฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการกระทำความผิด ลักขโมยเงิน ย่องเบาเพื่อให้ได้สมาร์ทโฟน การข่มขู่เพื่อให้ได้เงินและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น[7] แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ได้สำรวจข้อมูลการเล่นเกมในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ซึ่งปัจจุบันเด็กในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีการเล่นเกมมากขึ้น โดยเฉพาะเกมในโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน เพราะผู้ปกครองหรือญาติพี่น้องมีการใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เด็กสามารถเข้าถึงการเล่นเกมได้ง่ายขึ้นด้วย แตกต่างจากการเล่นเกมออนไลน์แบบเดิมที่ต้องเล่นผ่านคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะเท่านั้น ความสะดวกของเกมออนไลน์ทำให้เกมเมอร์สามารถเล่นได้ทุกที่ทุกเวลาจนเพิ่มจำนวนของประชากร

เกมเมอร์อย่างรวดเร็วในสังคมปัจจุบัน[7]

ผลกระทบต่อร่างกายจากการเล่นเกมอย่างแรก คือ การจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานจะส่งผลให้มีปัญหาตาแห้ง ระคายเคืองตา ส่วนกล้ามเนื้อจะทำให้ปวดข้อ มีปัญหาเรื่องคอและไหล่ หากเล่นเกมมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ นอกจากนี้ ยังส่งผลเรื่องการนอนพักผ่อนน้อยทำให้มีผลต่อการเจริญเติบโต ส่วนด้านจิตใจเกมจะไปทำลายสมาธิ เวลาที่อยากได้อะไรในเกมก็ได้เลยทันทีทำให้ผู้เล่นมีอาการหุนหันพลันแล่น ใจร้อน แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กรู้จักเลือกเล่นเกมที่สร้างสรรค์และเสริมสร้างสติปัญญาให้เหมาะสมกับตัวเองและอายุของผู้เล่น ภายในระยะเวลาที่จำกัดจะทำให้ผู้เล่นผ่อนคลาย สนุกสนาน และยังทำให้ผู้เล่นเกมเกิดความว่องไวในการตอบสนองและการตัดสินใจดีขึ้น หรือหากผู้เล่นได้เล่นเป็นกลุ่มและผลัดกันเล่น ก็จะทำให้เด็กรู้จักการเสียสละ แบ่งปัน และมีกลุ่มสังคมที่เข้าใจกันได้เช่นกัน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นมักเกิดจากผู้เล่นขาดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เหมาะสมกับวัยจะส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นความก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และที่สำคัญ คือ เด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ขาดสติ ไม่มีความยับยั้งชั่งใจ ไร้ประสิทธิภาพ และใช้อารมณ์เป็นสิ่งกำหนดการกระทำ ในบางรายมีพฤติกรรมรุนแรงถึงขั้นก่ออาชญากรรม หรือบางครั้งทำร้ายตนเองถึงขั้นฆ่าตัวตาย[8] จากสถานการณ์การติดเกมของเด็กและวัยรุ่นที่มากขึ้น สิ่งที่น่าเป็นห่วง คือ ผลกระทบที่ตามมาจากการเล่นเกมที่มากเกินไป ผู้เล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ตส่วนหนึ่งจะหมกมุ่นกับกิจกรรมพวกนี้มาก จนถึงขั้นเสพติดที่รุนแรง มีพฤติกรรมเหมือนผู้ป่วยติดสารเสพติด และผู้ป่วยติดการพนัน คือ มีความพึงพอใจเมื่อได้รับชัยชนะในการเล่นเกม แต่ต้องการเพิ่มขึ้นอีกจึงรู้สึกพอใจเท่าเดิม และมักมีความต้องการในการเล่นเกมตลอดเวลา จนมีผลกระทบต่อตนเองหลายด้าน เช่น การเรียน การทำงาน สุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม และมีพฤติกรรมเป็นปัญหาหลายอย่างตามมา เช่น โกหก ขโมย ก้าวร้าว หนีเรียน หนีออกจากบ้าน และการเล่นเกมนาน ๆ ทำให้เกิดความเครียด หงุดหงิด โกรธง่ายและก้าวร้าว[9]

สาเหตุของการติดเกมของเด็กนักเรียนนั้นมาจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ ระดับการศึกษา การเข้าถึงเกม ภูมิคุ้มกันในตนเอง นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก มีความสัมพันธ์กับการติดเกม เช่น ซึมเศร้า พฤติกรรมดื้อต่อต้านและก้าวร้าว เป็นต้น และปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการติดเกมคอมพิวเตอร์ การที่พ่อแม่ไม่สนใจพฤติกรรมลูก ไม่มีเวลากำกับให้ทำตามกติกา ให้อิสระเสรีกับลูกมากเกินไปจะทำให้เยาวชนติดเกมได้[10] ดังนั้น การติดเกมของเด็ก จึงเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวส่วนใหญ่และเกือบทุกโรงเรียนซึ่งขยายวงกว้างเป็นปัญหาระดับประเทศ ด้วยเหตุนี้ การติดเกมในเด็กและวัยรุ่นจึงเป็นประเด็นที่ทุกคนต้องร่วมมือในการเร่งหาทางป้องกันและหาแนวทางการแก้ไข เพราะเกมคอมพิวเตอร์สามารถเข้าถึงได้ง่ายมากในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ที่โรงเรียนต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบในการสอนออนไลน์ทำให้เด็กและเยาวชนมีเวลาในการเข้าถึงเกมมากขึ้น และใช้เกมในการผ่อนคลายความเครียดจนอาจเกิดปัญหาการติดเกมตามมาได้

การแก้ไขปัญหาการติดเกมให้ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาใช้เพื่อร่วมกันป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กในโรงเรียน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบ้าน โรงเรียนและชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเล่นเกมของเด็กที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคลและระหว่างบุคคล ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านองค์กร และชุมชน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model ซึ่งเน้นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งเป็นเรื่องของเด็กนักเรียนที่อยู่ในวัยต้องการเรียนรู้ และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน การเล่นเกมทำให้เด็กเข้ากับเพื่อนได้ หากเล่นเกมชนะ เพื่อน ๆ ก็จะให้การยอมรับ นอกจากนี้ ลักษณะของเกมที่เล่นก็ทำให้เด็กมีความต้องการทดลองเล่นจนเพิ่มความต้องการเล่นขึ้นเรื่อย ๆ จนควบคุมได้ยาก[12] สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ครอบครัว สาเหตุหลักเกิดจากการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว เช่น ขาดวินัย ไม่มีข้อกำหนดระยะเวลาในการเล่นเกมสูงถึงร้อยละ 72[6] ผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลบุตร ใช้เกมเป็นผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสงบ และไม่ชี้แนะหรือเลือกเกมที่เหมาะกับเด็ก

ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ โรงเรียน ครู ตลอดจนเพื่อนในชั้นเรียน และปัจจัยด้านชุมชน เช่น การมีร้านเกมในชุมชนก็เป็นปัจจัยเสริมให้เด็กมีโอกาการติดเกมมากขึ้นหากไม่มีการป้องกันที่ดี[11]

จากการที่นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ ได้ใช้โรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่อำเภอพุทธมณฑลและอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่หลักในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียนร่วมกับบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลโดยใช้กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการประเมินปัญหาเด็กนักเรียนในโรงเรียนเหล่านี้พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนและการใช้คอมพิวเตอร์มากขึ้น เนื่องจากผู้ปกครองมีการจัดหาให้เพื่อสะดวกในการติดต่อ และใช้ในการค้นคว้าข้อมูลเพื่อการเรียนการสอนมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการเล่นเกมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ จังหวัดนครปฐมเป็นปริมณฑลใกล้เมืองหลวง จึงมีลักษณะเป็นชุมชนชนบทกึ่งเมือง ด้วยสถานการณ์การติดเกมของเด็กและเยาวชนไทยในระดับประเทศได้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่รายงานสถานการณ์การติดเกมในจังหวัดนครปฐมยังไม่พบว่ามีรายงานสถานการณ์การติดเกมในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่ครอบคลุมทั้งเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2 ประกอบกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ ถือเป็นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลที่มีพันธกิจสำคัญในการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสู่สังคมแล้วยังต้องพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาสังคมอีกด้วย คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้สนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การติดเกม และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา : เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 ในครั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนและป้องกันแก้ไขปัญหาการติดเกมในเด็ก นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาลที่จะได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์แก้ไขปัญหาเด็กติดเกมเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพของโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเกม และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Socio-Ecological Model ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดทฤษฎีนี้มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อให้เป็นมุมมองที่กว้างและครอบคลุมในประเด็นต่างๆ มากขึ้น ดังภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 จังหวัดนครปฐม

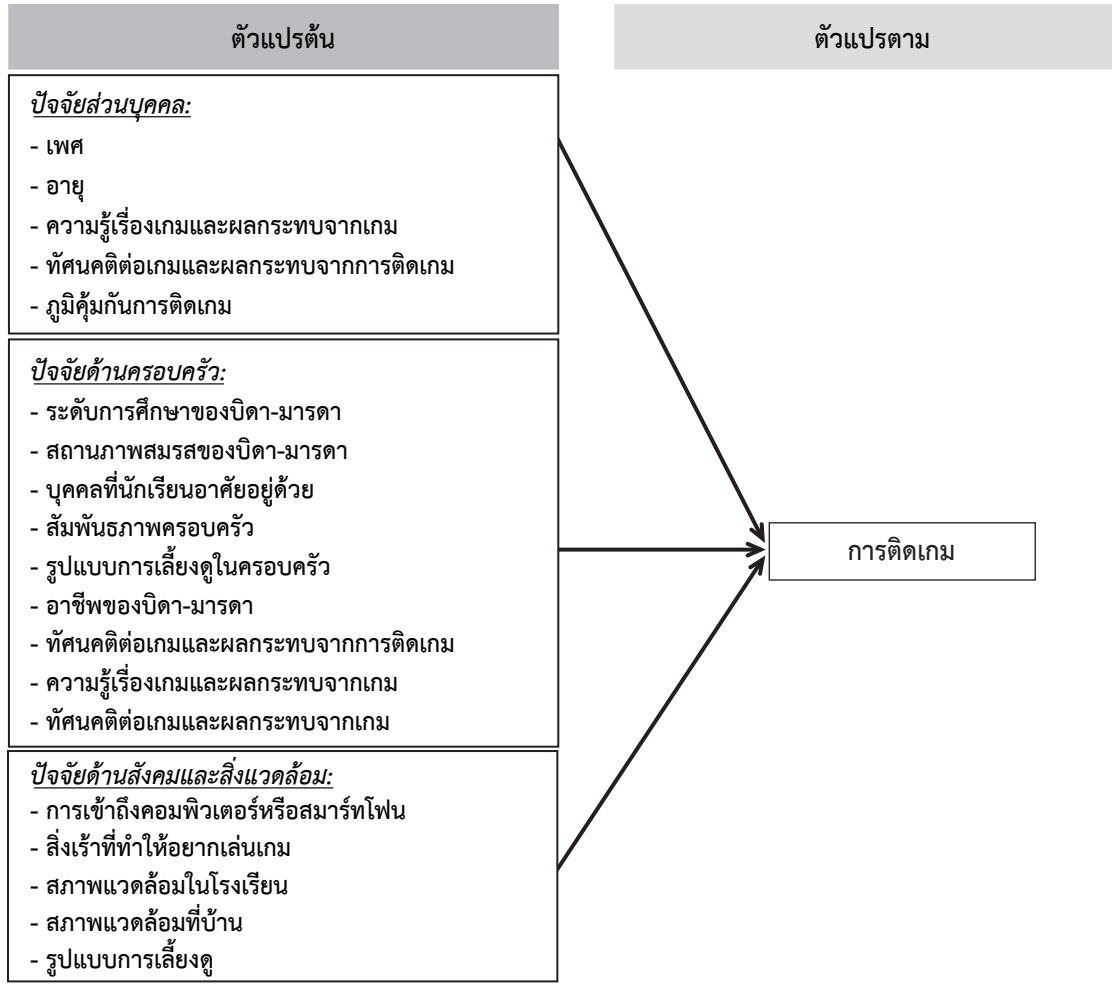
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในสังกัดการประถมศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตอำเภอพุทธมณฑล และอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ในปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งสิ้น 2,473 คน และผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 2,668 คน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power 3.1.5 โดยกำหนดค่า Power 0.90, 95% CI, effect size 0.1 ได้จำนวนตัวอย่างจากการคำนวณอย่างน้อย 130 คน

การสุ่มเลือกตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้

1) นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในสังกัดการประถมศึกษาขั้นพื้นฐานในอำเภอพุทธมณฑล และอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นเขตการศึกษาระดับประถมศึกษา เขต 2 ในปีการศึกษา 2560 ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากโรงเรียนและระดับชั้น



โดยการคำนวณ Proportional to size จากจำนวนนักเรียนในแต่ละโรงเรียนออกมาตามสัดส่วน ร้อยละ 12-15 จนได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 395 คน

2) ผู้ปกครองของนักเรียนในข้อ 1 จำนวนทั้งสิ้น 395 คน โดยติดตามผู้ปกครองของนักเรียนโดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มประกอบด้วย

แบบสอบถามสำหรับนักเรียน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามทั้งชนิดปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย สถานภาพครอบครัว การเลี้ยงดู 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องเกมและผลกระทบของการติดเกม เป็นคำถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาต่อจากแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยของ Kajonboon[13] ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบถูก-ผิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยถ้าตอบถูกจะให้ 1 คะแนน ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ทำการตรวจความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของข้อคำถาม พบว่าค่า Index of consistency (IOC) คือ 0.92 หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียน จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.708 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อเกมและผลกระทบของการติดเกม เป็นคำถามที่คณะผู้วิจัยปรับจาก Phosuwan[14] จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามโดยให้คะแนนแบบประเมินค่า 5 ระดับ

คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียน จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.749 4) แบบทดสอบการติดเกม (Game Addiction Screening Test) ฉบับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งพัฒนาโดย รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินปัญหาการเล่นเกม 3 ด้าน ได้แก่ การหมกมุ่นกับเกม (preoccupation with game) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม (loss of control) และการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ (function impairment) จำนวน 16 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ 0-3 คะแนน[15] และ 5) แบบวัดภูมิคุ้มกันการติดเกม (Game Addiction Protection Scale) ฉบับเด็ก ซึ่งพัฒนาโดย นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อสามารถเลือกตอบได้ 4 คำตอบ ได้แก่ ไม่ใช่เลย ไม่น่าใช่ น่าจะใช่ และใช่เลย ให้คะแนน 0-3 คะแนน ตามลำดับ สำหรับค่าคะแนน ภูมิคุ้มกันการติดเกมมีการตัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 0-64 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันการติดเกมต่ำ ส่วนกลุ่มที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 65 คะแนนขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันการติดเกมสูง[16]

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเกมและผลกระทบจากการติดเกม ซึ่งเป็นข้อคำถามเดียวกับที่ใช้ถามนักเรียน 2) แบบทดสอบการติดเกม (Game Addiction Screening Test) ฉบับผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาโดย นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินปัญหาการเล่นเกม 3 ด้าน ได้แก่ การหมกมุ่นกับเกม (preoccupation with game) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม (loss of control) และการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ (function impairment) จำนวน 16 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ 0-3 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การตัดคะแนนเป็นกลุ่มเช่นเดียวกับเด็ก และ 3) แบบสอบถาม เรื่อง ภูมิคุ้มกันการติดเกม (Game Addiction Protection Scale) ฉบับผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาโดย นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ จาก 0-3 คะแนน[16] โดยใช้เกณฑ์การตัดค่าคะแนนเป็นกลุ่มสูง กลุ่มต่ำ เช่นเดียวกับเด็ก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยประสานงานกับคุณครูประจำชั้นเพื่อทำการสุ่มนักเรียนและผู้ปกครองที่มีคุณบัติตามเกณฑ์การคัดเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เตรียมความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่เป็นผู้ปกครองของนักเรียน ผู้วิจัยจะชี้แจงโดยการทำจดหมายชี้แจงรายละเอียดตลอดจนวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยและผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากนักเรียนและผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยจะคอยให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัยระหว่างตอบแบบสอบถาม และรวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปข้อมูล และดำเนินการอภิปรายและจัดทำเป็นรายงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ EC09/2560 วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2560 การนำเสนอผลการวิจัยจะสรุปผลเป็นภาพรวม โดยไม่มีการอ้างชื่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ และเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการจัดทำข้อมูลและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์โดยใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการติดเกมในเด็กวัยเรียน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple Regression Analysis (MRA)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2 จังหวัดนครปฐม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 นักเรียน พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนทั้งสิ้น 395 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 มีอายุ 8 และ 11 ปี มากที่สุดร้อยละ 17.60 รองลงมาคืออายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.30 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 และ 4 ร้อยละ 18.80 รองลงมา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 16.80 เกรดเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.00-3.50 ร้อยละ 26.20 รองลงมา อยู่ระหว่าง 3.51-4.00 ร้อยละ 16.70

1.2 ผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 257 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 395 คน คิดเป็นร้อยละ 65.06 โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 61.90 วุฒิการศึกษาของบิดา-มารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ส่วนใหญ่มีหนี้สินแต่ไม่เดือดร้อน มีเพียงร้อยละ 8 ที่ระบุว่ามีภาระหนี้สินมาก และเดือดร้อนในการเลี้ยงดูเด็ก และเด็กในปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเรียนดี ไม่มีประวัติการเรียนซ้ำชั้น พักการเรียน ย้ายโรงเรียน ถูกครูเรียกพบผู้ปกครอง ถูกครูลงโทษ หรือปัญหาทางด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 47.10 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 4.60 สถานภาพทางครอบครัวส่วนใหญ่ พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.50 รองลงมา พ่อแม่แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง ร้อยละ 24.90 ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพดี ร้อยละ 91.80 รองลงมามีความขัดแย้งกันร้อยละ 7.20 รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อ-แม่ ส่วนใหญ่เป็นแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต ร้อยละ 63.50 รองลงมา เป็นแบบเข้มงวดร้อยละ 32.90 จำนวนเงินที่ได้รับต่อวันส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 บาท ร้อยละ 30.40 รองลงมาอยู่ระหว่าง 10-20 บาท ร้อยละ 25.80

3. พฤติกรรมการติดเกมของนักเรียน

ความรู้เรื่องเกมและผลกระทบของการติดเกม โดยภาพรวม พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องเกมและผลกระทบของการติดเกมในระดับน้อย ร้อยละ 57.88

ทัศนคติต่อเกมและผลกระทบของการติดเกม เมื่อพิจารณาคะแนนทัศนคติต่อเกมและผลกระทบของการติดเกมของนักเรียนโดยภาพรวมแล้ว พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติอยู่ระดับปานกลาง คือ ระหว่าง 21-30 คะแนน ร้อยละ 73.63

รูปแบบของการเล่นเกม นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีคอมพิวเตอร์ที่บ้าน ร้อยละ 62.80 โดยมีคอมพิวเตอร์ที่บ้านเพียงร้อยละ 36.60 ส่วนใหญ่ มีจำนวน 1 เครื่อง ร้อยละ 76.15 จะตั้งคอมพิวเตอร์อยู่ในห้องที่ทุกคนในบ้านสามารถใช้ร่วมกันได้ตลอดเวลา ร้อยละ 65.14 มีคอมพิวเตอร์/สมาร์ทโฟน/ไอแพด/แท็ปเล็ท ที่บ้านสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ท ร้อยละ 88.07 ของเด็กเล่นเกม โดยร้อยละ 80.39 มีการเล่นเกมครั้งแรกอายุ 9 ปี ร้อยละ 20 เล่นเกมผ่านอุปกรณ์สมาร์ทโฟน/มือถือ ร้อยละ 72.40 เล่นเกมประเภท ออฟไลน์และออนไลน์ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 52.00 และ 48.0 ตามลำดับ ประเภทของเกมที่ชอบเล่นเป็นอันดับ 1 คือ เกมยิง ร้อยละ 16.81 ประเภทของเกมที่ชอบเล่นเป็นอันดับ 2 เกมต่อสู้ คือ ร้อยละ 11.85 ประเภทของเกมที่ชอบเล่นเป็นอันดับ 3 คือ เกมกีฬา ร้อยละ 10.08 เล่นเกมสัปดาห์ละ 7 วัน ร้อยละ 33.90 สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเล่นเกมของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือจากเพื่อน ร้อยละ 48.23

4. สถานการณ์การติดเกม

ระดับการติดเกมของนักเรียนประถมจากการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมิน GAST ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.95 โดยนักเรียนชาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 76.64 นักเรียนประถมหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 68.07 และพบว่า มีนักเรียนที่ประเมินว่าตนเองน่าจะติดเกม เพียงร้อยละ 13.20 โดยเด็กผู้หญิงมีการประเมินว่าตนเองน่าจะติดเกม ร้อยละ 16.26 มากกว่าเพศชาย ที่ประเมินว่าตนเองน่าจะติดเกม ร้อยละ 9.50 ส่วนการประเมินการติดเกมในนักเรียนโดยผู้ปกครอง พบว่า บุตรหลานของ

ตนเองว่าน่าจะติดเกม ร้อยละ 7.39 และอยู่ในระดับคลั่งไคล้เกม ร้อยละ 12.84 โดยส่วนใหญ่เห็นว่าบุตรหลานยังปกติไม่มีภาวะติดเกม ร้อยละ 79.77 ดังตารางที่ 1 โดยนักเรียนมักจะเล่นเกมช่วงหลังเลิกเรียน และวันเสาร์ อาทิตย์ เนื่องจากที่โรงเรียนไม่อนุญาตให้นักเรียนใช้โทรศัพท์ระหว่างเรียน และเริ่มติดเกมตั้งแต่อายุยังน้อยเนื่องจากผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กใช้โทรศัพท์มือถือได้เพื่อความสะดวกในการติดต่อสื่อสารกับผู้ปกครอง

5. ภูมิคุ้มกันการติดเกมของนักเรียน

สำหรับภูมิคุ้มกันการติดเกมนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 จังหวัดนครปฐม ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีภูมิคุ้มกันการติดเกมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.60 ซึ่งสอดคล้องกับผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่ประเมินบุตรหลานของตนเองว่ามีภูมิคุ้มกันการติดเกมในระดับสูง ร้อยละ 58.30 เช่นกัน ดังตารางที่ 2 และเมื่อพิจารณารายละเอียดการประเมินของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองประเมินว่า เด็กผู้หญิงมีภูมิคุ้มกันการติดเกมสูงกว่าเด็กผู้ชาย ร้อยละ 62.83

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเกมของนักเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2 จังหวัดนครปฐม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันการติดเกม และเพศของนักเรียน ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 38.8 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยแบบพหุ ด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการคัดกรองการติดเกม GAST จำแนกตามค่าคะแนนการประเมินตนเองของนักเรียนและค่าคะแนนการประเมินเด็กของผู้ปกครอง

แบบประเมินฉบับ	ระดับ			รวม
	ปกติ จำนวน(ร้อยละ)	คลั่งไคล้ จำนวน(ร้อยละ)	น่าจะติดเกม จำนวน(ร้อยละ)	
นักเรียน	218 (71.95)	45 (14.85)	40 (13.20)	303 (100.00)
ผู้ปกครอง	205 (79.77)	33 (12.84)	19 (7.39)	257 (100.00)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2 จังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับภูมิคุ้มกันการติดเกมจากการประเมินตนเองของนักเรียนและผู้ปกครอง

ระดับภูมิคุ้มกันการติดเกม	นักเรียน		ผู้ปกครอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภูมิคุ้มกันการติดเกมสูง (คะแนน < 64 คะแนน)	198	65.60	85	41.70
ภูมิคุ้มกันการติดเกมต่ำ (คะแนน ≥ 65 คะแนน)	104	34.40	119	58.30

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบพหุ ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในนักเรียนโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2 จังหวัดนครปฐม (N=298)

ตัวแปร	Model 1			Model 2		
	B	*SE B*	*β*	*B*	*SE B*	*β*
ภูมิคุ้มกันการติดเกม	-.370	.097	-.535**	-.383	.092	-.554**
เพศ				5.988	2.486	.319*
ค่าคงที่	33.128	5.882		31.068	5.590	
R^2		.286			.388	
Adjust R^2		.267			.353	
F for change in R^2		70.16**			51.64**	

*p < .05, **p < .001 a. Predictors: (Constant), ภูมิคุ้มกันการติดเกม b. Predictors: (Constant), ภูมิคุ้มกันการติดเกม, เพศ c. Dependent Variable: การติดเกม

การอภิปรายผล

สำหรับการวิจัย เรื่อง “สถานการณ์การติดเกมและปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2” ในครั้งนี้ มีประเด็นในการอภิปราย 2 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการติดเกมในเด็กนักเรียน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักเรียนประเมินตนเองว่าน่าจะติดเกมสูงกว่าผู้ปกครอง (ร้อยละ 13.20, 7.39 ตามลำดับ) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Visanuyothin และคณะ[17] ซึ่งผู้ปกครองประเมินว่านักเรียนน่าจะติดเกมสูงกว่านักเรียนประเมินตนเอง (3.2%, 2.8%) และพบว่านักเรียนหญิงมีความเสี่ยงต่อการติดเกมมากกว่านักเรียนชาย (3.8%, 2.7%) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ปกครองประเมินว่านักเรียนหญิงมีความเสี่ยงติดเกมมากกว่าชาย (ร้อยละ 8.21, 6.67 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Jumpapan และคณะ[18] ที่พบ ความชุกของการติดเกมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2:1 นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีนักเรียนที่ประเมินว่าตนเองน่าจะติดเกมเพียงร้อยละ 13.20 เท่านั้น ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับข้อค้นพบจากการศึกษาของ Supaket และคณะ[19] ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเกมคอมพิวเตอร์ในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่านักเรียนมีการติดเกมคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 52.7 แต่อย่างไรก็ดี ระดับความชุกของการติดเกมในเด็กจากผลการวิจัยครั้งนี้มีความใกล้เคียงการศึกษาของ Kolkijkovin และคณะ[20] ที่พบความชุกของปัญหาการติดเกมคอมพิวเตอร์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในเขตดุสิต ร้อยละ 15 ซึ่งก็เป็นชุมชนเมืองหลวง ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากลักษณะพื้นที่ที่ทำการศึกษาที่แตกต่างกัน ในด้านวัฒนธรรมและเศรษฐกิจของชุมชน ความเป็นเมืองในพื้นที่ที่ศึกษาและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แม้ว่าการเข้าถึงของเทคโนโลยีจะสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น แต่การให้ข้อมูลข่าวสารถึงผลกระทบจากการติดเกมที่สื่อและหน่วยงานต่างๆ ของรัฐได้ผลิตขึ้นก็ส่งถึงผู้รับได้อย่างทั่วถึงมากขึ้นเช่นกัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้อัตราการติดเกมในเด็กนักเรียนที่คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาครั้งนี้ลดลงเนื่องจากพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชนบทกึ่งเมือง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กวัยเรียน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเกมของนักเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2 จังหวัดนครปฐม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันการติดเกม และเพศของนักเรียน ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 38.8 ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยแบบ

พหุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Visanuyothin และคณะ[17] ที่ระบุว่า เพศเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเกมโดยเพศหญิงเสี่ยงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ki Sook Kim, and Kyung Hee Kim[21] ได้ศึกษาแบบจำลองการทำนายการติดเกมอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นโดยการใช้การวิเคราะห์แบบต้นไม้ตัดสินใจ (A Decision Tree Analysis) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า ปัจจัยสาเหตุของการติดเกมประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา พี่น้อง สถานะทางเศรษฐกิจ ศาสนา เวลาที่อยู่คนเดียว สถานที่เล่นเกม ค่าใช้จ่ายในการเข้าร้านอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ ความถี่ ระยะเวลา ความสามารถของพ่อแม่ในการใช้อินเทอร์เน็ต อาชีพ (แม่) ความเชื่อใจ (พ่อ) การคาดหวังเกี่ยวกับการศึกษาของลูก (แม่) การดูแล (พ่อแม่ทั้งสอง) ทัศนคติในการเลี้ยงดู (พ่อแม่ทั้งสอง) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Eun Young Do และ Yeon Ran Hong[22] ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมของนักเรียนระดับมัธยมต้นในประเทศเกาหลี คือ ความเครียด ความยืดหยุ่นของอัตตา และเพศ ซึ่งร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 15.9 โดยพบว่าเพศชายมีกิจกรรมที่น่าตื่นเต้นให้ปฏิบัติหลากหลายกว่าเพศหญิง ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีพฤติกรรมเนือยเนื่อง นอกจากนี้ สำหรับปัจจัยด้านภูมิคุ้มกันการติดเกม สอดคล้องกับการศึกษาของ Srichairattanakull และคณะ[23] ที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับครูในแต่ละโรงเรียน ซึ่งระบุว่า ปัจจัยในการติดเกม เกิดจากตัวเด็กเอง มีความอยากรู้อยากลอง อยากชนะ และชอบเลียนแบบเพื่อน เพื่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่มเพื่อน ดังนั้นครูในโรงเรียนจึงจัดกิจกรรมพิเศษให้นักเรียนได้ทำในโรงเรียนและหลังเลิกเรียน เช่น เล่นกีฬา หรือเล่นดนตรี เพื่อให้เด็กได้เกิดความภาคภูมิใจและได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันการติดเกมให้กับเด็กได้เป็นอย่างดี[23]

ปัจจุบันเด็กที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลาอย่างน้อย 15 สัปดาห์ จัดเป็นเด็กที่ติดเกมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม 2) ด้านอารมณ์เด็กจะหงุดหงิดหรือก้าวร้าว 3) ด้านสังคมเด็กจะหมกมุ่นกับเกมไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนๆ และ 4) ด้านสติปัญญาเด็กจะเล่นเกมจนไม่ยอมไปโรงเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ไม่ส่งการบ้าน ผลการเรียนตกต่ำ โดยสรุปเด็กติดเกมเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยการมีส่วนร่วมทั้งบ้าน โรงเรียนและชุมชน ควรวางแผนร่วมกันในการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาเด็กติดเกมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่บูรณาการร่วมกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ซึ่งต้องจัดให้นักศึกษาทุกคนได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และต้องมีการสะท้อนคิดให้นักเรียนได้รับความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย ซึ่งต้องทำร่วมกับการเข้าไปประเมินสุขภาพเด็กในโรงเรียน ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ต้องบริหารจัดการเพื่อไม่ให้ไปกระทบกับเวลาเรียนปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับการติดเกมในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาเพื่อนำไปขยายผล เช่น การสร้างโปรแกรมเพื่ออบรมครู ผู้ปกครอง ตลอดจนนักเรียนในการป้องกันการติดเกม หรือแก้ไขปัญหาการติดเกมในเด็กที่มีภาวะติดเกมแล้วหรือกลุ่มที่คลั่งไคล้เกมให้สนใจการเล่นเกมลดลง รวมทั้งเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการนำไปสร้างมาตรการในการเฝ้าระวังการติดเกมในเด็กนักเรียน ตลอดจนแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเกมได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรใช้การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mix method) ในการเข้าไปทำการศึกษาเชิงลึกกับผู้ปกครอง หรือเด็กนักเรียนกลุ่มที่ประเมินตนเองว่าคลั่งไคล้และน่าจะติดเกมแล้ว เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเกมของเด็กได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2 ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental

study) เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมเข้าไปช่วยแก้ไขปัญหาการติดเกมให้กับเด็กนักเรียนกลุ่มที่ประเมินตนเองว่าคลั่งไคล้และน่าจะติดเกมแล้วต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณนักเรียน ผู้ปกครองและโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐมเขต 2 จังหวัดนครปฐมทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากท่านนับเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก และขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่บทความวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. Gaming Disorder - What are gaming disorder? 2018. [Internet]. [cited 2021 Apr] Available from: https://www.who.int/features/qa/gaming -disorder/zh/.
2. Department of Mental Health. The department of mental health recommends 3 terms before children start playing the game. [Internet]. [cited 2020 Oct] Available from: https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30036. (in Thai).
3. Techaniyom K., Kittisaknawin C., Promchan P. The Game-Online Addiction Problems of Thailand Youth: Empirical Data, Comparison of The Foreign Policy and The policy recomendation. MANAGEMENT SCIENCES VALAYA ALONGKORN REVIEW. 2021.2(1): 1-17. (in Thai)
4. WANG, Qianjin, et al. Research progress and debates on gaming disorder. General psychiatry, 2019, 32(3):1-6.
5. Healthybrain. Thai children - more addicted to games up to -6-times - father - mother - need to fix it. [Internet]. [cited 2021 Mar]. Available from: https://www.healthybrain.biz/17098429/เด็กไทย-ติดเกมส์มากขึ้นถึง-6-เท่า-พ่อ-แม่-ต้องรีบแก้ไข.(in Thai).
6. Department of Mental Health. 1-7th November 2019 National Mental Health Week. [Internet]. [cited 2021 Mar]. Available from: https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1239. (in Thai).
7. Mankeed S, Children addicted to the game Nightmare for parents in the cyber era [Internet]. [cited 2021 Mar]. Available from: http://www.thepbodint.ac.th/topmenu.php?c =listknowledge&q_id=152; 2010. (in Thai)
8. Hongsanguansri S., Katuman P., Game Addiction: The Crisis and Solution. [Internet]. [cited 2021 Mar]. Available from: http://www. https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Game%20Addiction%20-%20The%20Crisis%20and%20Solution.pdf. (in Thai)
9. Kimberly Y. Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. Am. J. Family Therapy 2009; 37: 355-72.
10. Juthamanee S., Gunawan J., Factors related to Internet and game addiction among adolescents: A scoping review. Belitung Nursing Journal.2021.7(2), 62-71.
11. Kilanowski, JF. "Breadth of the socio-ecological model." (2017): 295-7.

12. Charoenwanit S, Game addiction behavior: effects and prevention. Journal of Science and Technology 2014;22(6):871-9. (in Thai).
13. Kajonboon, N., Effects of Computer Games–Addicted Preventive Program by Applying Cooperative Learning Method of Student Teams –Achievement Divisions on Prathom Suksa Five Students. 2008. (in Thai).
14. Phosuwan, N., Causal factors affecting game addiction among adolescents., in Independent study into Part of the education curriculum Master of Arts (Social Development Administration). 2009: National Institute of Development Administration (NIDA). (in Thai).
15. Pornnoppadol C, et al., The Development of Game Addiction Screening Test (GAST). J Psychiatr Assoc Thailand, 2014. 59(1):3-14. (in Thai).
16. Pornnoppadol C, et al., Development of Game Addiction Protection Scale (GAME-P).: Journal Psychiatric Association Thailand. 2017. 62(1). 3-16. (in Thai).
17. Visanuyothin, T. Thai national health: Brainstroming to solve 2.5 million Thai youth addicted to the game. 2012 [cited 2021 April]; Available from: www.hfocus.org/content/2013/110/5029. (in Thai).
18. Jumpapan M., Keitrungrit K., Chuansumrit A., Self-Esteem and Game Addiction in adolescents with Thalassemia Disease at Ramathibodi Hospital. Journal Psychiatric Association Thailand. (2016).61(4).281-292.
19. Supaket, P., et al., The Effect of implementing an action plan based on the AIC technique for computer game addiction and health behavior among elementary school students. Journal of Public Health Nursing, 2013. 27(3):1-13. (in Thai).
20. Kolkijkovin, V., et al., Computer Game Addiction: Risk and Protective Factors in Students in Dusit District, Bangkok. Vajira Medical Journal, 2015. 59(3):1-14.
21. Kim KS, Kim KH. [A prediction model for internet game addiction in adolescents: using a decision tree analysis]. J Korean Acad Nurs. 2010 Jun;40(3):378-88. Korean. doi: 10.4040/jkan.2010.40.3.378. PMID: 20634629.
22. Do, E. Y., & Hong, Y.R.. Factors Influencing Internet Game Addiction in Middle School Students. Medico Legal Update, 2020:20(1), 2167-72.
23. Srichairattanakull J., Apisitwasana N., Thaimmok M., Teachers' Views on Game Addiction Situation among Elementary School Students at Elementary Schools under NakhonPathom Primary Education Service Area Office 2. Journal of Health and Nursing Research. 2020. 36(3):244-58. (in Thai).

บทความวิจัย

การบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

Integration of Cooperative Education and Nursing Practicum to Enhance Transcultural Nursing Competency

Received: Feb 8, 2021
Revised: Apr 1, 2021
Accepted: Apr 19, 2021

นุชมาศ แก้วกุลฑล พย.ม. (Nuchamart Gaewgoontol, M.N.S.)[1]
วีรพงษ์ พลนิกรกิจ Ph.D. (Weerapong Polnigongit, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: การให้บริการทางสุขภาพภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมมีความสำคัญยิ่ง แต่จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงพอใช้ ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายต่อการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมให้นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 48 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการฯ แผนการสอน แผนการนิเทศ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้านความรู้และด้านทักษะทางวัฒนธรรม และแบบบันทึกดวงดาวแห่งสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) รูปแบบการบูรณาการฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) ก่อนการปฏิบัติงาน จัดอบรมการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จำนวน 30 ชั่วโมง (2) ระหว่างการปฏิบัติงาน จัดประสบการณ์ตรงโดยนำความรู้สู่ทักษะตามกระบวนการพยาบาลทางวัฒนธรรม และ (3) หลังการปฏิบัติงาน ร่วมประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสะท้อนคิด 2) ประสิทธิผลของการนำรูปแบบการบูรณาการฯ ไปใช้ พบว่า กลุ่มทดลองคิดค้นและนำสื่อนวัตกรรมมาประเมินภาวะสุขภาพทางวัฒนธรรม และมีทักษะการดูแลผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาลทางวัฒนธรรมสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมโดยรวม หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

สรุปผล: รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม สามารถพัฒนาความรู้สู่ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้จริง

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบการบูรณาการฯ ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และปีที่ 4 เพื่อทดสอบประสิทธิผลและปรับปรุงรูปแบบการบูรณาการฯ ต่อไป

คำสำคัญ: สหกิจศึกษา การฝึกปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาการจัดการดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสหกิจศึกษา สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, E-mail: oomnuch@hotmail.com
[2]Corresponding author: รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, E-mail: weerap@sut.ac.th
[1,2]Institute of Social Technology, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima, Thailand

Abstract

Introduction: Transcultural health care in multicultural society is crucial. However, the literature review found that the readiness of nursing students' cultural competency is at the moderate and fair level. Therefore, teaching and learning to enhance transcultural nursing competency for preparing nursing students' authentic work-readiness is challenging.

Research objectives: To develop and examine the effectiveness of the integration of the cooperative education and nursing practicum model (the CoopENP model) for enhancing transcultural nursing competency CoopENP model.

Research methodology: This quasi-experimental study used two-group pretest-posttest design. The participants were 48 third-year nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. They were recruited using a multi-stage sampling technique. Research instruments were the CoopENP model, lesson plans, supervision plans, the General Record Form, the Transcultural Nursing Competency Assessment in cultural knowledge and cultural nursing skill, and the Star Record Form of Transcultural Nursing Competency. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, t-test, and content analysis.

Results: Results showed that the CoopENP model composed of three stages. Stage 1 was pre-practice which took 30 hours to prepare students for transcultural nursing competency. Stage 2 was during practice which let the learners to apply their knowledge into practice in the cultural nursing process. Stage 3 was post-practice which mutually co-evaluated, shared, and reflected the learning. The results also revealed that the experimental group was able to create innovative media to assess cultural health status. They were able to care for clients using cultural nursing process. These results were related to the average overall competency score at follow-up. Moreover, at follow-up, the average competency score of the experimental group was significantly higher than baseline; and also significantly greater than that of the control group ($p<.001$).

Conclusions: The CoopENP model could certainly help nursing students to apply transcultural nursing knowledge to practice.

Implications: The CoopENP model should be used with the second, and fourth-year nursing students to test for its effectiveness and improve the integrated model in the future.

Keywords: cooperative education, nursing practicum, transcultural nursing competency

บทนำ

สังคมไทยเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่อยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ ทำให้เกิดการผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมมากขึ้นกว่าเดิม สังคมไทยจึงมีความหลากหลาย มิเพียงภายในชนชาติเดียวกัน แต่ยังรวมถึงความหลากหลายของกลุ่มชนต่างชาติอีกด้วย[1] ดังนั้น หากผู้ให้บริการทางสุขภาพมีความเข้าใจถึงวัฒนธรรมที่แตกต่าง และหลากหลายดังกล่าว จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านจิตใจและด้านสังคม เป็นผลให้ผู้รับบริการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้รวดเร็วขึ้น[2]

การดูแลสุขภาพโดยมุ่งเน้นความเข้าใจในความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรม เป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจทั้งในระดับโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยเฉพาะในมิติของ “การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม” ซึ่งเป็นพฤติกรรมบริการที่ช่วยส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละวัฒนธรรมได้อย่างสมบูรณ์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพ[3] ซึ่งบุคลากรทางการพยาบาลที่สำคัญคือ พยาบาล ที่ต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรม เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและเกิดผลลัพธ์ทางบวก ในทางตรงกันข้าม การไม่เข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการจะเป็นอุปสรรคสำคัญของการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพได้เช่นกัน[4] ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางถึง พอใช้[5-6] ดังนั้น ภารกิจสำคัญของสถาบันการศึกษาคือ การผลิตพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย โดยเฉพาะการเข้าร่วมประชาคมอาเซียน เพราะประชาชนของประเทศสมาชิกต่างก็ต้องการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้[7] สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งกำหนดผลการเรียนรู้ (Learning outcomes) ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของประเทศและสังคมโลกที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนและการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้บัณฑิตพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ[8]

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่อยู่บนพื้นฐานของการลงมือปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ การเรียนรู้จะเกิดได้ดี เมื่อผู้เรียนได้เชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติ การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติจะทำให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกปฏิบัติงานตามสภาพจริง (Authentic learning) เกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ การจัดการศึกษาที่มุ่งพัฒนาคนเข้าสู่วิชาชีพมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ บัณฑิตไทยจึงควรได้รับการพัฒนาให้มีความพร้อมมากที่สุดเมื่อไปทำงานจริง ในระดับที่เรียกว่า “บัณฑิตพร้อมใช้” (Work-ready graduate)[9] บทบาทหนึ่งที่สำคัญยิ่งในการจัดการศึกษาคือ ให้การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning) เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนตามรูปแบบประสบการณ์ในชั้นเรียนแล้วตามด้วยการจัดประสบการณ์ปฏิบัติงานในงานอาชีพ คือ “การเรียนรู้โดยการลงมือกระทำ” (Learning by doing) อันเป็นแนวคิดพื้นฐานที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียนที่ต้องได้รับความรู้เชิงทฤษฎีและความเข้าใจในห้องเรียนก่อน แล้วตามด้วยการประยุกต์ใช้เพื่อการทำงาน ทั้งนี้รูปแบบการสร้างประสบการณ์วิชาชีพมีหลากหลายลักษณะ[10] ซึ่งการจัดการเรียนการสอนตามกระบวนการสหกิจศึกษา (Cooperative education) เป็นแนวทางหนึ่งที่มีเป้าประสงค์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพบัณฑิตให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นระบบการศึกษาที่ผสมผสานการเรียนกับการทำงานจริง โดยจัดให้มีการเรียนการสอนในสถานศึกษาสลับกับการไปหาประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติงานจริง[11] ทั้งนี้สหกิจศึกษาไม่ใช่การฝึกงาน แต่เป็นการปฏิบัติงานเต็มเวลาเสมือนบุคลากรขององค์กร โดยปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 16 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษา นักศึกษา และแหล่งปฏิบัติงาน[12]

การผสมผสานแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ในรูปแบบสหกิจศึกษากับการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลภาคสนามของนักศึกษาพยาบาล เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถด้านการประกอบวิชาชีพ และเสริมสร้างผู้เรียนสู่สังคมแห่งการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการขณะปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการจัดสหกิจศึกษาในวิชาชีพด้านการพยาบาลเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ตอบสนองความสามารถด้านการตลาด (Marketability) ช่วยให้นักศึกษาเกิดความมุ่งมั่น

และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น[13]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพตามมาตรฐานสากลพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้วยการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม มุ่งเน้นให้ผู้เรียน “รู้ชัด ปฏิบัติได้” คำนึงถึงการดูแลผู้รับบริการภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งผลจากการศึกษาจะนำมาเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาล และยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานให้สอดรับกับเป้าหมายของการทำงานเชิงรุกในระบบสุขภาพของประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

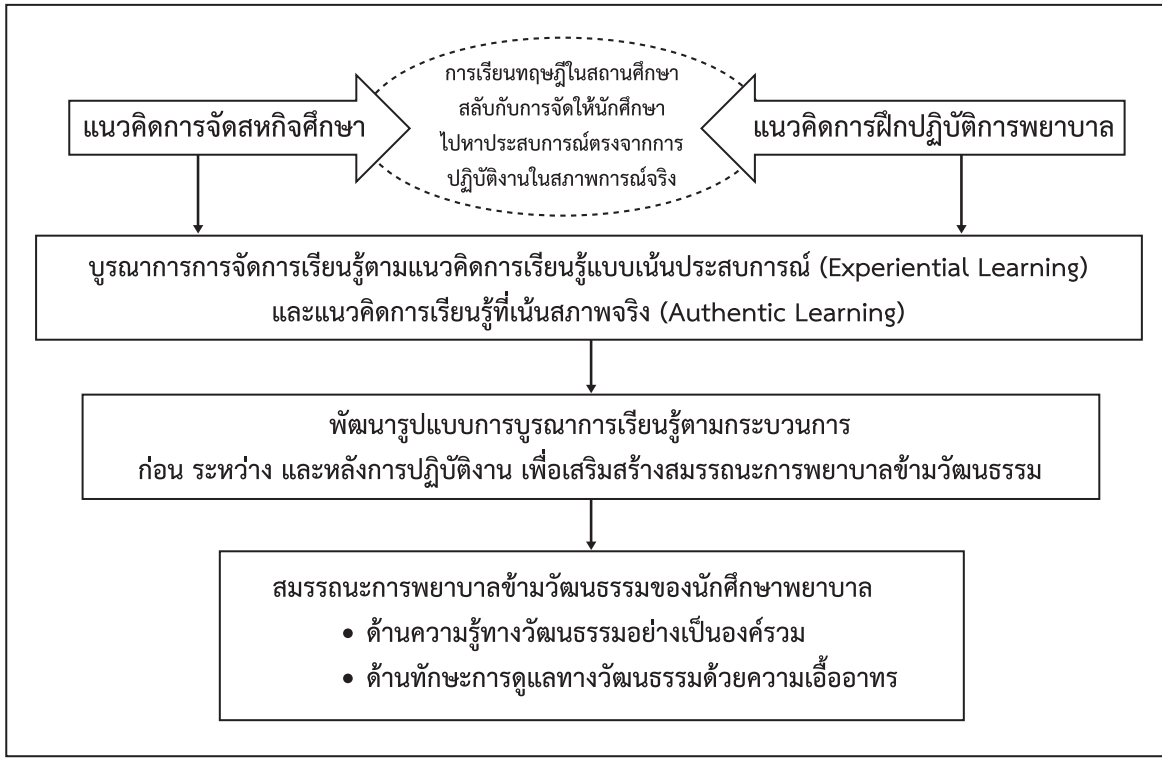
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

2. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการบูรณาการฯ หลังการทดลอง มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการบูรณาการฯ หลังการทดลอง มีสมรรถนะการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

พยาบาลข้ามวัฒนธรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นระยะพัฒนารูปแบบการบูรณาการฯ และระยะที่ 2 เป็นระยะที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้ค่า effect size จากผลการวิจัยของอังคณา จิรโรจน์[14] เท่ากับ 0.81 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ 80% และค่า α 5% ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน เพื่อให้การเลือกสอดคล้องกับการจัดกลุ่มฝึกภาคปฏิบัติ และป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็นกลุ่มละ 24 คน รวมสองกลุ่มเท่ากับ 48 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 เลือกจากประชากรที่ถูกจัดกลุ่มฝึก ซึ่งมีทั้งหมด 3 กลุ่มใหญ่ จับฉลากแบบไม่คืนที่เลือกมา 2 กลุ่ม เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขั้นตอนที่ 2 ในกลุ่มที่ถูกจัดเป็นกลุ่มทดลอง มีกลุ่มฝึกย่อย 8 กลุ่มฝึก จับฉลากแบบไม่คืนมา 3 กลุ่ม (มีนักศึกษากลุ่มละ 8 คน) จึงได้กลุ่มทดลอง 24 คน และทำเช่นเดียวกันนี้กับกลุ่มที่ถูกจัดเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ของกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการบูรณาการฯ 2) แผนการสอนเรื่อง สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และ 3) แผนการนิเทศ เพื่อพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 ของกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกดวงดาวแห่งสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และ 3) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วยการประเมิน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม มีลักษณะคำถามให้ตอบถูกหรือผิด 10 ข้อ และจับคู่คำตอบ 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน และด้านทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร การตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน และการประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ประเมินได้จากการนำคะแนนทั้ง 2 ด้านมารวมกันแล้วแปลผล คะแนนรวมเต็ม 100 คะแนน

การแปลผล 1) ด้านความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม หากได้ 16.00-20.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับดี 12.00-15.99 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 0.00-11.99 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 2) ด้านทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร หากได้ 70.00-80.00 คะแนน หมายถึง มีทักษะระดับมากที่สุด 50.00-69.99 คะแนน หมายถึง มีทักษะระดับมาก 30.00-49.99 คะแนน หมายถึง มีทักษะระดับปานกลาง และ 20.00-29.99 คะแนน หมายถึง มีทักษะระดับน้อย 3) สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ที่นำคะแนนด้านความรู้และทักษะมารวมกัน หากได้ 81.00-100.00 หมายถึง มีสมรรถนะระดับสูง 61.00-80.99 หมายถึง มีสมรรถนะระดับปานกลาง 41.00-60.99 หมายถึง มีสมรรถนะระดับพอใช้ และ 20.00-40.99 หมายถึง มีสมรรถนะระดับต่ำ

การหาความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำรูปแบบการบูรณาการฯ แผนการสอน แผนการนิเทศ แบบบันทึกดวงดาวแห่งสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและการสร้างเครื่องมือ 4 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม 2 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดสหกิจศึกษา 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.71-1.00 จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

กับกลุ่มทดลอง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนและคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยแบบประเมินด้านความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม ใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.61 ส่วนแบบประเมินด้านทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha's coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการวิจัยทั้ง 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการบูรณาการฯ มีการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด มาตรฐาน กระบวนการสหกิจศึกษาและแนวคิดการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาการพยาบาล วิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และแบบจำลองที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger,[15] Campinha–Bacote,[16] Giger & Davidhizar,[17] Purnell[18] และ Spector[19] ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า ทั้ง 5 แนวคิดมีจุดร่วมและจุดต่าง แต่จุดเน้นสำคัญของทั้ง 5 แนวคิด คือ ความรู้ทางวัฒนธรรม และทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมต่อผู้รับบริการภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม

1.2 พัฒนารูปแบบการบูรณาการฯ สำหรับสถานศึกษา นักศึกษา และแหล่งบริการทางสุขภาพ ตามกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ การเรียนรู้ตามสภาพจริง และการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน (Project Based Learning) ตามแนวคิด "สอนน้อยเรียนมาก" (Teach Less, Learn More: TLLM) มุ่งเน้นให้นักศึกษาพัฒนาตนเองใน 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม และ 2) ด้านทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมก่อนการปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และหลังการปฏิบัติงาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล

1.3 นำรูปแบบการบูรณาการฯ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปทดลองใช้ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลองในระยะที่ 2 ของกระบวนการวิจัย

2. ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการบูรณาการฯ มีการดำเนินงานขณะกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาล ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2562 โดยนำรูปแบบการบูรณาการฯ ที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตามตารางที่ 1 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามปกติ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 ก่อนการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม บันทึกข้อมูลทั่วไปและประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมก่อนการทดลอง

2.2 ระหว่างการปฏิบัติงาน กลุ่มทดลองนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกระบวนการพยาบาลทางวัฒนธรรมสรุปลงบันทึกในแบบบันทึกดวงดาวแห่งสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

2.3 หลังการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา รหัส EC-62-109 ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการชี้แจงวิธีและขั้นตอนการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ภายหลังการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างรับทราบและลงนามในเอกสารแสดงเจตนาการเข้าร่วมงานวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติแล้ว ทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ แล้วเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ส่วนข้อมูลในแบบบันทึกดวงดาวแห่งสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แจกแจงเป็นคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้ว

เปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีแบบอิสระต่อกัน (Independent t-test) และแบบสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบูรณาการฯ เป็นรูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันระหว่างสถานศึกษา นักศึกษา และแหล่งบริการทางสุขภาพ กับขั้นตอนก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษาพยาบาล ดังตารางที่ 1

2. ระยะที่ 2 ประสิทธิผลของการนำรูปแบบการบูรณาการฯ ไปใช้ ผลการวิจัย มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.83 อายุระหว่าง 20-22 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่ภาคอีสาน ร้อยละ 95.83 ผลการศึกษาเฉลี่ย 2.98 (S.D. = 0.32) และส่วนใหญ่มีความเชื่อเรื่องการทำความดี การทำบุญไหว้พระ และการสวดมนต์

2.2 ประสิทธิผลของการนำรูปแบบการบูรณาการฯ ไปใช้ หลังการทดลอง พบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี คะแนนด้านทักษะเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อรวมคะแนนพบว่าสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ขั้นตอน	แนวทางปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
	สถานศึกษา	นักศึกษา	แหล่งบริการทางสุขภาพ
ก่อนการปฏิบัติงาน	จัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แบบใช้โครงงานเป็นฐาน จำนวน 30 ชั่วโมง หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีขั้นตอน คือ 1. สร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรม (8 ชม.) 2. วางแผนการทำงานและสร้างสรรค์สื่อนวัตกรรม โดยแบ่ง นศ. เป็น 3 กลุ่ม สร้างผลงานตามความสนใจ (18 ชม.) 3. การนำเสนอข้อมูล และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อสะท้อนการเรียนรู้ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาชิ้นงาน (4 ชม.)	ร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจำนวน 30 ชั่วโมง ซึ่งเป็นกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Active Learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดย นศ. จัดกลุ่ม 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน เลือกประเด็นความหลากหลายทางวัฒนธรรมตามความสนใจขณะเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ แล้วสร้างสื่อนวัตกรรมเพื่อการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแก่ผู้รับบริการ	รับการประสานงาน ฟังคำชี้แจงการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเสริมสร้างการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม นิเทศการปฏิบัติการพยาบาล โดยการมีส่วนร่วม เลือกผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อำนวยความสะดวกให้การสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการจัดเตรียมสื่อนวัตกรรมในการดูแลผู้รับบริการโดยไม่แบ่งแยกความเชื่อ เชื้อชาติ ศาสนา หรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

ตารางที่ 1 รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (ต่อ)

ขั้นตอน	แนวทางปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม		
	สถานศึกษา	**นักศึกษา**	**แหล่งบริการทางสุขภาพ**
ระหว่างการปฏิบัติงาน	1. ชี้แจงการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 2. ติดตาม ให้คำแนะนำในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3. จัดกิจกรรมการอภิปรายกรณีศึกษา ตามกระบวนการพยาบาลทางวัฒนธรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพทางวัฒนธรรม 2) การวินิจฉัยการพยาบาลทางวัฒนธรรม 3) การวางแผนการพยาบาลทางวัฒนธรรม 4) การปฏิบัติการพยาบาลทางวัฒนธรรม และ 5) การประเมินผลการพยาบาลทางวัฒนธรรม 4. ร่วมให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาร่วมกับแหล่งบริการทางสุขภาพ และนักศึกษา	1. รับฟังการปฐมนิเทศปฏิบัติงานในแหล่งบริการทางสุขภาพ 2. เลือกกรณีศึกษาที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3. นำความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม ภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรมมาดูแลสุขภาพผู้รับบริการ โดยใช้ทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร 4. ตอบสนองความต้องการ และแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยใช้กระบวนการพยาบาลทางวัฒนธรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้สื่อนวัตกรรม เช่น ภาพพลิก แผ่นพับ มาประเมิน หรือให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ 5. แบ่งปันการเรียนรู้ที่แตกต่างกันร่วมกับนักศึกษาอื่นในกลุ่ม	1. ปฐมนิเทศ สอนในคลินิก 2. ร่วมปฏิบัติงาน โดยมอบหมายให้นักศึกษาดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อย่างน้อย 1 ราย ร่วมประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติการพยาบาล ชี้แนะแนวทางในการรวบรวมข้อมูล การดูแลภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมมิติทั้ง 4 ภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม 3. ดูแล กำกับ ติดตาม การปฏิบัติการพยาบาลทางวัฒนธรรม 4. ร่วมประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติการพยาบาล ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะแก่นักศึกษา 5. ให้ความร่วมมือประชุมแก้ไขปัญหาร่วมกับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ/ อาจารย์นิเทศ และนักศึกษา
หลังการปฏิบัติงาน	ร่วมประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน	นำเสนอผลการปฏิบัติงาน ในบทบาทของผู้ให้บริการด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผลการใช้สื่อนวัตกรรมที่นำมาเป็นสื่อในการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความหลาก หลายทางวัฒนธรรม ถอดบทเรียน และสะท้อนคิดผลลัพธ์การเรียนรู้ทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	ร่วมประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ จากการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การประเมิน	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	Paired t-test	p- value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม	16.88 (1.51)	13.17 (2.22)	7.613	<.001*
ทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร	70.17 (6.33)	58.58 (9.39)	5.307	<.001*
สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม	**87.05 (6.13)**	**71.75 (9.27)**	**6.918**	**<.001***

*p-value < .001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมิน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Independent t-test	p- value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมก่อนการทดลอง	71.75 (9.27)	77.67 (8.08)	-2.358	.023
สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมหลังการทดลอง	87.05 (6.13)	76.29 (9.26)	4.882	<.001*

*p-value < .001

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

การผสมผสานระหว่างแนวคิดการจัดสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเชื่อมโยงความรู้และความเข้าใจ สู่ทักษะปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประกอบด้วยการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนระหว่างการปฏิบัติงาน และขั้นตอนหลังการปฏิบัติงาน โดยจัดกิจกรรมเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้เรียน “รู้ชัด ปฏิบัติได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ Yin[20] ที่พบว่า นักศึกษาจะประสบความสำเร็จในการทำงานนั้นจะต้องพัฒนาทั้งความรู้ทางทฤษฎี และความรู้ทางการปฏิบัติ

สำหรับความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวมจากการศึกษาครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความรู้ในขั้นตอนก่อนการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นชุดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานให้นักศึกษาเข้าใจวิธีการสร้างสื่อนวัตกรรมเพื่อการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และสามารถวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้เหมาะสม ทั้งนี้พบว่าขั้นตอนดังกล่าวช่วยเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ และเตรียมความพร้อมก่อนไปปฏิบัติงานได้อย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเตรียมความพร้อมเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กระบวนการเรียนรู้สมบูรณ์และส่งผลต่อความสำเร็จการศึกษาและการทำงานในโลกแห่งความเป็นจริง[21] ซึ่งนักศึกษากลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดในการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน ดังนี้

“การเตรียมความพร้อมก่อนฝึกงาน ทำให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมมากขึ้น”

“หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการทำสื่อทางวัฒนธรรม อาจเกิดข้อผิดพลาดในการประเมินสภาพ ทำให้ผู้รับบริการเกิดอันตรายได้...”

ส่วนด้านทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทรที่นักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อม นักศึกษา

สามารถนำไปใช้ในขั้นตอนระหว่างการปฏิบัติงานได้ จากการที่นักศึกษาได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในระหว่างปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งยังสามารถตอบสนองความต้องการทางสุขภาวะของผู้รับบริการด้วยความเอาใจใส่ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffart, Diani and Carney[22] พบว่า นักศึกษามีความมั่นใจ มีการรับรู้สังคมโลกเพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเพื่อนร่วมงานเมื่อมีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม สัมพันธ์กับหลักสูตรการศึกษาพยาบาลที่เน้นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และความหลากหลายทางวัฒนธรรม[8] ทำให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร ซึ่งการเรียนการสอนแบบเน้นประสบการณ์ เป็นการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล[23] ตลอดจนทำให้มีความสามารถในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีความตระหนักทางวัฒนธรรม และมีทักษะการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมมากขึ้น[24] ซึ่งนักศึกษาสะท้อนคิดในขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

“เมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างและหลากหลายทางวัฒนธรรม จะให้ความสนใจข้อมูลด้านเชื้อชาติ ศาสนา และภูมิลำเนาเป็นพิเศษ เพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป”

“...การเรียนรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ช่วยฝึกการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรอง แก้ไขปัญหา และให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม...”

“เข้าใจความเป็นมนุษย์ และเต็มใจให้การพยาบาลผู้รับบริการที่มีความเชื่อต่างจากตนเอง”

จะเห็นว่า การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม ต้องเริ่มส่งเสริมตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในขณะที่เป็นพยาบาล[25] ดังนั้น รูปแบบการบูรณาการฯ ตามขั้นตอนก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติงาน ด้วยการมีส่วนร่วมของสถานศึกษา นักศึกษา และแหล่งบริการทางสุขภาพเป็นการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลผู้รับบริการท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรม

2. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

หลังการทดลอง นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการบูรณาการฯ มีสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ทั้งด้านความรู้และด้านทักษะทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น และเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นโดยการผสมผสานแนวคิดการจัดสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ใช้หลักการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์และการเรียนรู้ตามสภาพจริง เน้นผู้เรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ขณะฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก กับการลงมือปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่แตกต่างไปจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบดั้งเดิม โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานจำนวน 30 ชั่วโมง ผู้สอนใช้เทคนิคที่หลากหลายในการถ่ายทอดความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ส่งเสริมการคิดอย่างอิสระและสร้างสรรค์ เพื่อให้นักศึกษานำความรู้ทางวัฒนธรรมไปประยุกต์ใช้กับประสบการณ์ใหม่ในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ St Clair and McKenry[26] ที่พบว่านักศึกษากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมมีความสามารถทางวัฒนธรรมแตกต่างจากนักศึกษากลุ่มที่ยังคงอยู่ในประเทศ ทั้งด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ประสบการณ์มุมมอง การตระหนักรู้ และความไวทางวัฒนธรรม ฉะนั้น หากสถาบันการศึกษาได้จัดเตรียมแนวทางสำหรับผู้ให้บริการทางสุขภาพ ต่อความพร้อมในการปฏิบัติงาน จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ดังตัวอย่างการสะท้อนคิดของนักศึกษากลุ่มทดลอง ที่กล่าวว่า

“ต้องการให้มีการเตรียมความพร้อมเช่นนี้ เพื่อให้มีมุมมองทางวัฒนธรรมที่ชัดเจนขึ้น”

“การอบรมก่อนการปฏิบัติงานจริง ทำให้เห็นความสำคัญของความต่างทางความเชื่อและเชื้อชาติของผู้รับบริการ”

"มีความมั่นใจมากขึ้น เพราะสามารถนำสื่อนวัตกรรมไปให้คำแนะนำ แทนการสื่อสารด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว"

จะเห็นว่า บทบาทสถาบันการศึกษาพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นความรู้สู่การปฏิบัติ ให้บริการบุคคลที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพ ผู้ให้บริการต้องได้รับความรู้ และทักษะที่จำเป็นในด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรม เพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และเกิดผลลัพธ์ทางบวก[27] สอดคล้องกับการศึกษาของ McDonald และคณะ[28] ที่กล่าวว่า สมรรถนะข้ามวัฒนธรรมช่วยเตรียมบุคคลให้มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็น สำหรับการแก้ปัญหาความขัดแย้งจากการติดต่อสื่อสาร การจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ภาษา ความอดทนกับความคลุมเครือในความไม่เข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่าง และการมีประสบการณ์ใช้ชีวิตในวัฒนธรรมอื่น ๆ ดังตัวอย่างการสะท้อนคิดในการจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าของนักศึกษากลุ่มทดลอง ดังนี้

"ได้รับมอบหมายให้ดูแลเด็กชาวเมียนมา ที่หอผู้ป่วยเด็ก แต่ตัวเองพูดภาษาเมียนมาไม่ได้ เลยใช้ภาษามือ ใช้การสัมผัส สบตาด้วยความเป็นมิตร แล้วนำภาพวาดระบายสีมาให้ทำให้น้องไว้วางใจ เลยให้ความร่วมมือที่จะให้ข้อมูล และการรักษาพยาบาล"

"บางครั้งสื่อนวัตกรรมก็ไม่สามารถใช้ได้กับทุกเชื้อชาติ จึงต้องให้ล่ามมาสื่อสารให้ ทำให้ได้เรียนรู้ว่าสำเนียงภาษาของผู้รับบริการที่มาจากหลากหลายท้องถิ่น มีความแตกต่างกันทั้งน้ำเสียง และโทนเสียง เช่น ไทยใหญ่ ยะไข่ มอญ"

การพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิต เพื่อสนับสนุนผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ด้านความรู้และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพที่กำหนดให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจวัฒนธรรมในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของประเทศ และสังคมโลกที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและประชาชน[1] ฉะนั้น การเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะทางวัฒนธรรมทำให้นักศึกษามีความสามารถทางวัฒนธรรม ทั้งด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ประสบการณ์ มุมมอง การตระหนักรู้ และความไวทางวัฒนธรรม[26]

จากผลสัมฤทธิ์ดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบการบูรณาการฯ ที่พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และตามสภาพจริง ในขั้นตอนก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติงาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล สถานศึกษา และแหล่งบริการทางสุขภาพ ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนร่วมกับการคิดค้นสร้างสรรค์สื่อนวัตกรรมทางวัฒนธรรม สามารถสร้างความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจการปฏิบัติงานในแหล่งบริการทางสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลทางวัฒนธรรม ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัย วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งการอภิปรายกรณีศึกษา เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ทั้งในด้านความรู้ทางวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม และทักษะการดูแลทางวัฒนธรรมด้วยความเอื้ออาทร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการบูรณาการฯ ไปใช้ ควรมีการศึกษาแนวคิดการจัดสหกิจศึกษาและการจัดการศึกษาพยาบาล และอาจปรับรูปแบบให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละสถาบันการศึกษา

2. ผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการฯ สามารถช่วยพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้านความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้สอนสามารถนำขั้นตอนหรือวิธีการไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของผู้เรียนได้ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบูรณาการสหกิจศึกษากับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมกับนักศึกษาในรายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ หรือกับนักศึกษาชั้นปี 2 และปี 4

2. ศึกษาความคงอยู่ของสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของบัณฑิตพยาบาล

3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการดูแลด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล

References

1. Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. TQF 2: Bachelor of Nursing Science Program (Revised version B.E. 2560). 1st ed. n.p.; 2017. (in Thai)
2. Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins; 2012.
3. Siriphan S. Postpartum nursing care among multicultural. Narathiwat: Narathiwat Press; 2014. (in Thai)
4. Leininger, M. Cultural care diversity & universality: Theory of nursing. London: Jones & Bartlett; 2001.
5. Poorananon P. Knowledge, attitude, and readiness to ASEAN community of the staffs and students in Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2014;20(2):17-31. (in Thai)
6. Watcharakate S. The relationship between the academic achievement and the readiness to the ASEAN community amongst the nursing students in the Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013;14(2):78-87. (in Thai)
7. Boonklam R, Onsri P. Role of nursing education institute towards ASEAN community. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):103-7. (in Thai)
8. Praboromarajchanok Institute. Instrument to evaluate learning outcomes as the Thai qualifications framework for higher education, nursing curriculum. 1st ed. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2018. (in Thai)
9. Yurarach S. The quality development of Thai graduates' to ASEAN. Journal of Education Naresuan University 2013;15(4):142-53. (in Thai)
10. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning & development. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall; 1984.
11. Srisa-an W, Suebka P, Pitiyanuwat S, Yamnoon S, Polnigongit W, Ruksasuk N, et al. The body of knowledge of cooperative education. Thai Journal of Cooperative Education 2014;2(1):1-85. (in Thai)
12. Thai Association for Cooperative Education (TACE). Standards and quality assurance in cooperative education operations. 4th ed. Nakhon Ratchasima: The Association; 2013. (in Thai)
13. Ishida DN, Ako MM, Sekiguchi LD. Cooperative education in nursing: A strategy for increasing marketability. J Nurs Educ 1998;37(6):260-3.
14. Jirarode A. Study of cultural competency of lecturers and students in Faculty of Nursing, Thammasat University. Thai Science and Technology Journal 2015;23(6):1006-22. (in Thai)
15. Leininger MM. Reference sources for transcultural health & nursing. Thorofare, NJ: Slack; 1984.

16. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of health-Care services: A model of care. J Transcult Nurs 2002;13(3):181-4.
17. Giger JN, Davidhizar RE. The Giger & Davidhizar transcultural assessment model. J Transcult Nurs 2002;13(3):185-8.
18. Purnell L. The Purnell model for cultural competence. J Multicult Nurs Health 2005;11(2): 7-15.
19. Spector RE. Cultural diversity in health & illness. 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall; 2009.
20. Yin AC. Learning on the job: Cooperative education, internships & engineering problem-solving skills [doctoral's thesis]. Pennsylvania, USA.: The Pennsylvania State University; 2009.
21. Tanglakmankhong K, Khammathit A, Thammawongsa N, Ardpara A. The effectiveness of the nursing innovation course, using transprofessional education approach on readiness for transprofessional skill and the 21st century skills. The Southern College Network Journal of Nursing And Public Health 2019;6(2):126-39. (in Thai)
22. Hoffart N, Diani JA, Carney MF. Outcomes of an international cooperative education experience for undergraduate nursing students. Nurse Educ 2015;40(6):298-302.
23. Von Bormann SM, Opasawatchai S, Santwanpas N. Effects of authentic learning style on data analysis skills and satisfaction of 3rd year nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;25(3):93-107. (in Thai)
24. Arayathanitkul B, Saweknga m W, Chuchat A. Development of an instructional model based on character education and experiential learning approaches for enhancing cultural competences in nursing of nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(3):51-61. (in Thai)
25. Charuwanno R. Transcultural nursing. in Kusump W, et al, editors. Trends & issue of nursing profession. Bangkok: Saha Pracha Panich Registered Ordinary Partnership; 2012. p. 311-23. (in Thai)
26. St Clair A. McKenry L. Preparing culturally competent practitioners. J Nurs Educ 1999;38(5): 228-34.
27. Maier-Lorentz M. Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. Journal of Cultural Diversity 2008;15(1):37-43.
28. Puncreobutr V. Professional and cross-cultural competences of Thai graduates to work in ASEAN context. Journal of Community Development and Life Quality 2014;2(2):225-32. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา หยอดตา และป้ายตา สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

Effects of Using Instructional Media on Eye Cleansing and Administration of Eye Drops and Eye Ointment for Clinical Practicum of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Feb 11, 2020
Revised: July 19, 2021
Accepted: Aug 2, 2021

จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์ ปร.ด. (Jintana Paiboontananon, Ph.D.)[1]
ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์ วท.ม. (Srisuntra Jemwarapipat, M.S.)[2]
จินตนา รังษา พย.ม. (Jintana Rungsa, M.N.S)[3]

บทคัดย่อ

บทนำ: การพยาบาลจักษุเป็นการพยาบาลที่สำคัญเพราะจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อและตาบอดตามมาได้ถ้าปฏิบัติไม่ถูกวิธี ดังนั้น สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และเข้าใจการทำหัตถการก่อนฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยและสามารถสอนผู้ป่วยและญาติเพื่อกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ถูกต้องอีกด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตาสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้กระบวนการพัฒนาสื่อแบบ ADDIE Model ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย ขั้นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ และขั้นประเมินประสิทธิภาพสื่อโดยการสอบทักษะปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้เรียน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้มาจากการคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยจักษุ และหู คอ จมูก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) สื่อการสอนเรื่อง การเช็ดตา หยอดตาและป้ายตา ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพสื่อวีดิทัศน์และด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการเรื่อง การเช็ดตา หยอดตา มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนต่อสื่อการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: 1) คุณภาพของสื่อวีดิทัศน์และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา มีค่าดัชนีความสอดคล้องของรายการประเมิน เท่ากับ 0.6-1.00

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

[1] Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: jintana.p@bcn.ac.th

[2,3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[2] E-mail: srisuntra.j@bcn.ac.th [3]E-mail: jintana.r@bcn.ac.th

[1-3] Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

2) ผลการสอบทักษะการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา พบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 75 มีความรู้และทักษะในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10 มีความรู้และทักษะในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 5 มีความรู้และทักษะในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 10

3) ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.75 (SD. = 0.31) และความพึงพอใจรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ ด้านส่วนประกอบทั่วไปของสื่อ ด้านภาพประกอบและด้านเสียงภาษา

สรุปผล: สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและป้ายตา มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการเรียนการสอนนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: จากการวิจัยพบว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ นักศึกษาพยาบาลควรนำไปใช้ในการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และสามารถใช้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านทักษะก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

คำสำคัญ : การวิจัยกึ่งทดลอง การเช็ดตา การหยอดตาและป้ายตา

Abstract

Introduction: Ophthalmic nursing is important as it can cause infection and blindness if perform improperly. Therefore, video media about eye cleansing and administration eye drops and ointment will enable nursing students to gain knowledge and understanding about the procedure before clinical practicing. They can also teach patients and their relatives to return to practice at home correctly as well.

Research objective: The aimed of this study was to evaluate the effects of the instructional media on eye cleansing and administration of eye drops and eye ointment

Research methodology: This quasi- experimental research which was developed according to the ADDIE Model. The study was conducted from March to June 2018 comprised of the media development phase and the media evaluation phase of student's performance test and satisfaction. The sample of 40 was selected from the 2nd year nursing students at Boromarajonani College of Nursing Bangkok during their clinical practicum at eye ward and ENT ward. Research instruments included 1) the instructional media which assessed for quality of media production by two educational technology experts and content validity by three ophthalmic nurse practitioner experts, The quality of instructional media and content validity on eye cleansing and administration of eye drops and eye ointment using the Index of Item-Objective Congruence: IOC = 0.85. 2) the skill performance test on eye cleansing and administration of eye drops and eye ointment. The reliability was at high level, Cronbach's alpha of 0.93., and 3) the satisfaction questionnaire towards the instructional media of nursing students. Data was analyzed using descriptive statistic.

Results: 1) The quality of instructional media and content validity on eye cleansing and administration of eye drops and eye ointment using the Index of item-objective congruence ranged 0.6-1.0.

2) The skill performance of nursing students on eye cleansing and administration of eye drops and eye ointment were 75% at very good level, 10% at good level, 5% at moderate level, and 10% at low level.

3) The overall satisfaction towards the instructional media was at very high level with mean score of 4.75 (SD. = 0.31). The satisfaction in each dimension was at very high levels in all 4 dimensions including content and presentation, media components, pictures, and voices and language.

Conclusion: The instructional media is effective and suitable for teaching and learning of students prior to start their clinical practicum.

Implications: This study found that the instructional media is effective. Nursing students can use this media for skill practices reviews and for preparing of skills readiness before practice in a clinical setting.

Keywords: quasi-experimental research, eye cleansing, eye drop and eye ointment administration

บทนำ

จากสถานการณ์ระบาดโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนทั่วโลกจนเกิด new normal ในทุกสังคม การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ในการให้บริการพยาบาลเพื่อให้ประชาชนมีความสุขและปลอดภัยจากการติดเชื้อ พยาบาลที่ให้บริการประชาชนต้องปรับวิถี new normal เบื้องต้น 6 ประการ ได้แก่ 1) ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งจะใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และเปลี่ยนใหม่ทุก 8 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่หน้ากากอนามัยมีความชุ่ม เปียกเหงื่อหรือน้ำมูกของตัวเอง 2) ล้างมือบ่อย ๆ ทั้งก่อน-หลังการให้บริการพยาบาลทุกอย่าง รวมถึงการให้บริการหัตถการทุกอย่าง 3) อาบน้ำและสระผมก่อนกลับบ้านหรือเมื่อไปถึงบ้านจะอาบน้ำทันที 4) เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนกลับบ้าน ไม่ใส่ชุดพยาบาลกลับบ้าน 5) พยาบาลทุกคนจะต้องพกเจลหรือสเปรย์แอลกอฮอล์ล้างมือติดตัวไว้ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถใช้ได้ทันท่วงที และ 6) ไม่สวมชุดพยาบาลไปในพื้นที่สาธารณะ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ประชาชน เหล่านี้เป็นวิถีชีวิตใหม่ของพยาบาลที่จะต้องร่วมกันปฏิบัติ[1] สำหรับการศึกษาทางด้านพยาบาลศาสตร์ต้องสอดรับกับการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ในระยะแรกทางโรงพยาบาลราชวิถีงดการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เมื่อเปิดให้มีการเรียนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยยังคงมีระยะห่างทางกายภาพและใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ขึ้นฝึกการปรับตัวทางด้านการเรียนจะฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานเพิ่มขึ้น เรียนด้วยสื่อต่าง ๆ ทางออนไลน์มากขึ้น

การจัดการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลศาสตร์เป้าหมายที่สำคัญ คือ การพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถในการให้การพยาบาลแก่บุคคลทุกกลุ่มวัยด้วยการเน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในด้านสุขภาพอนามัย[2] การดำเนินการจัดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทในปัจจุบัน โดยการพัฒนาการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต้องออกแบบการเรียนรู้และอำนวยความสะดวก (facilitate) การเรียนรู้ให้นักศึกษาเรียนรู้จากการเรียนแบบลงมือทำหรือปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ก็จะเกิดจากภายในใจและสมองของตน ดังนั้น ครูช่วยแนะนำและช่วยออกแบบกิจกรรมที่

ช่วยให้นักศึกษาแต่ละคนสามารถประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของตนเองได้[3] หนึ่งในทักษะสำคัญที่ช่วยในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คือ ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี ซึ่งการใช้สื่อที่มีความทันสมัยน่าสนใจ สามารถพัฒนากระบวนการเรียนรู้ได้กว้างขวาง ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และพัฒนากระบวนการคิด ในการบูรณาการเนื้อหาความรู้ ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ที่จะต้องมีการพัฒนาการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกทักษะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพการศึกษา การพัฒนาสื่อให้ทันสมัยและน่าสนใจสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ของนักศึกษา ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้เสมือนจริงเพราะสื่อการสอนที่ดีและมีประสิทธิภาพจะสามารถกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ซึ่งทำให้ผู้เรียนเห็นสิ่งที่กำลังเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรม[4] สอดคล้องกับสถาณการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ด้านการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งครูผู้สอน สถาบันการศึกษา นักเรียน นักศึกษา รวมไปถึงผู้ปกครองต้องเตรียมปรับตัวอย่างมาก ดังนี้ ด้านกระบวนการเรียนการสอน ระบบการศึกษาแบบออนไลน์ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญมากขึ้น ซึ่งการสอบประเมินผลการเรียนก็จะเปลี่ยนไป การผลิตสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา หยอดตาและป้ายตามีความจำเป็นเพื่อใช้สอนออนไลน์ นอกจากจะป้องกันการแพร่ระบาดในยุคโควิด-19 ยังสามารถเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยศึกษาจากวีดิทัศน์และฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานก่อน และเมื่อนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจะมีความเข้าใจและความชำนาญมากยิ่งขึ้น

จากสถิติในระดับนานาชาติพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุตาบอด คือ 1) ต้อกระจก ร้อยละ 50 2) ต้อหิน ร้อยละ 16 3) จอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (age-related macular degeneration: AMD) ร้อยละ 9 4) แผลเป็นที่กระจกตา ร้อยละ 10 และ 5) เบาหวาน ร้อยละ 6 โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จึงอาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กลุ่มประเทศที่มีเศรษฐานะดีและมีบริการสุขภาพที่ดี ในกลุ่มนี้จะมีความชุกของคนตาบอด ร้อยละ 0.10-0.40 สาเหตุของตาบอดส่วนใหญ่เป็นจากจอประสาทตาเสื่อมตามวัย (age-related macular degeneration) ต้อหิน เบาหวานเข้าจอประสาทตา โรคที่เป็นแต่กำเนิดและโรคทางพันธุกรรม ซึ่งโรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เรายังไม่ค่อยเข้าใจในเรื่องการเกิดโรคได้ดีนัก สามารถป้องกันได้ประมาณร้อยละ 20 และมักจะเกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนหลังของลูกตา ซึ่งการรักษาค่อนข้างยุ่งยาก 2) ประเทศที่มีเศรษฐานะไม่ดีและบริการสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีความชุกของคนตาบอดถึงร้อยละ 0.50-1.50 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก โรคต้อกระจก ต้อหิน แผลกระจกตา พยาธิในตา และภาวะการขาดวิตามินเอ ซึ่งส่วนใหญ่โรคในกลุ่มนี้สามารถป้องกันได้ถึงประมาณกว่าร้อยละ 80 และมักจะเกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนหน้าของลูกตา สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากต้อกระจก ร้อยละ 52 รองมาเป็นต้อหิน ร้อยละ 10 สายตาเสื่อมตามวัย ร้อยละ 7 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าโรคทางตาที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ตาบอดในผู้ใหญ่ คือ 1) โรคต้อกระจก และ 2) ต้อหิน[5]

การผ่าตัดรักษาโรคต้อกระจกและต้อหินต้องได้รับการเช็ดตา การหยอดตา และการป้ายตา จากพยาบาลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยเชื่อว่าหากผลิตสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและสามารถฝึกปฏิบัติหัตถการเหล่านี้ในวิชาการพยาบาลด้านจักษุได้ โดยนักศึกษาสามารถเลือกทบทวนหรือเรียนซ้ำในบทเรียนที่สนใจได้ตามความต้องการและหาความรู้เพิ่มเติมได้กว้างขวาง ทำให้การเรียนไม่น่าเบื่อ สามารถใช้สื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของนักศึกษา เพื่อพัฒนาการเรียนการสอน นอกจากนี้ พยาบาลแผนกจักษุสามารถนำไปใช้สอนผู้ป่วยและญาติหลังผ่าตัดตาเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งสื่อวีดิทัศน์นี้มีความเหมาะสมกับยุคแพร่ระบาดโควิด-19 โดยพัฒนาเป็นแอปพลิเคชั่นหรือสื่อออนไลน์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) โดยศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ควบคู่กับปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา

2. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่เรียนโดยสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ณ หอผู้ป่วยจักษุ และหอผู้ป่วย หู คอ จมูก จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน ทั้งนี้ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างนั้นกำหนดตามลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งการวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยกึ่งทดลองต้องกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน[6] และไม่เคยได้รับการสอนโดยใช้สื่อการสอน เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตามาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ได้ตรวจสอบคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของรายการประเมิน เท่ากับ 0.85

2. แบบประเมินทักษะทางคลินิกในการสอบ OSCEs สถานี ทักษะการเช็ดตา หยอดตา มีคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.90 เวลาในการปฏิบัติ 5 นาที คะแนนเต็ม 100 คะแนน เกณฑ์ผ่าน 60 คะแนน

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ส่วนประกอบโดยทั่วไปของสื่อ 2) ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ 3) ด้านเสียงและภาษา 4) ด้านภาพประกอบ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด หาคุณภาพแบบประเมินด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านผลิตสื่อ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ 2561-02 วันที่รับรอง 4 ตุลาคม 2561 และในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการร่วมในงานวิจัยผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่าง ให้สิทธิในการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยจะไม่เสียผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใด ๆ การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ การรักษาความลับ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงการสอนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 (ตึกจักษุและตึก หู คอ จมูก) ในภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2561

2. ผู้วิจัยพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา และหาคุณภาพของความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 คน ด้านเนื้อหา 3 คน การพัฒนาสื่อการสอน 2 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือเท่ากับ 0.86 หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.93

3. ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ไปใช้สอนจริงในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ในปีการศึกษา 2561 นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 40 คน

4. ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (OSCEs) และแบบประเมินความพึงพอใจในการเรียนด้วย

สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ให้นักศึกษาประเมินหลังเรียน

5. ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลการปฏิบัติและแบบประเมินความพึงพอใจ นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์นำข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์คะแนนแบบประเมินผลคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ ด้านสื่อ 2 คน ด้านพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาและหัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลจักษุ รวม 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

2. วิเคราะห์คะแนนแบบประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (OSCE) ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โดยการคิดคะแนนผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ 60 คะแนน

3. วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โดยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาสื่อการสอนเรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ผลการประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตาในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 คน ด้านเนื้อหา 3 คน การพัฒนาสื่อการสอน 2 คน พบว่า คุณภาพของเนื้อหามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของรายการประเมิน เท่ากับ 0.6-1.00 ภาพรวม IOC= 0.85

2. ผลการประเมินรายบุคคลของระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติ เรื่อง การเช็ดตา หยอดตา โดยอาจารย์ผู้นิเทศ คนเดียวกับนักศึกษา 40 คน มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 75 มีความรู้และทักษะในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10 มีความรู้และทักษะในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 5 มีความรู้และทักษะในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งมีนักศึกษาไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งแผนการรักษา (ตรวจสอบยากับคำสั่งการรักษาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือใบเซ็นยาอย่างใดอย่างหนึ่ง) 1 คน ไม่ได้แนะนำตัวหรือถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย 6 คน เช็ดตาและหยอดตาผิดข้าง 4 คน เช็ดตาย้อนจากหางตาไปหัวตา 2 คน เช็ดขอบตาล่างแต่บอกผิดให้ผู้ป่วยมองลง 3 คน ไม่ได้ดึงหนังตาล่างลงขณะหยอดตา 4 คน ไม่ได้บอกให้ผู้ป่วยหลับตาเบา ๆ อย่างน้อย 5 นาที 3 คน ไม่ได้ใช้สำลีกดรูเปิดท่อน้ำตาบริเวณหัวตาหลังหยอดตา 4 คน อย่างไรก็ตาม นักศึกษามีความรู้และทักษะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนจากสื่อการสอน เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.75, SD. = 0.31) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติการเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา โดยการใช้รูปแบบการสอบ OSCEs

ทักษะที่ประเมิน	คะแนนระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติ	การผ่านเกณฑ์การประเมิน (คะแนนมากกว่า 60)	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ทักษะการเช็ดตา หยอดตา	ดีมาก (คะแนนร้อยละ 80-100)	30	75
	ดี (คะแนนร้อยละ 70-79)	4	10
	พอใช้ (คะแนนร้อยละ 60-69)	2	5
	ควรปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	4	10

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของนักศึกษาที่เรียนจากสื่อการสอน เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา

รายการประเมิน	($\bar{X}$)	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ส่วนประกอบโดยทั่วไปของสื่อ	4.69	0.36	มากที่สุด
2. ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ	4.79	0.34	มากที่สุด
3. ด้านเสียงและภาษา	4.69	0.35	มากที่สุด
4. ด้านภาพประกอบ	4.77	0.36	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	**4.75**	**0.31**	**มากที่สุด**

มากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ ($\bar{X}$ = 4.79, SD. = 0.34) รองลงมาคือด้านภาพประกอบ ($\bar{X}$ = 4.77, SD. = 0.36) สำหรับด้านส่วนประกอบโดยทั่วไปของสื่อและด้านเสียงและภาษา มีความพึงพอใจมากที่สุดเท่ากัน คือ ($\bar{X}$ = 4.69, SD. = 0.36, $\bar{X}$ = 4.69, SD. = 0.35) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา ผลการประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตาในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ ด้านสื่อ 2 คนและผู้ทรงคุณวุฒิด้านพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา และหัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลจักษุ รวม 3 คน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของรายการประเมิน เท่ากับ 0.85 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paowana[7] ที่ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ผลการศึกษาพบว่าบทเรียนวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพเป็น 86.77/94.31 ทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.41, SD. = 0.56) และสอดคล้องกับ Raksaitham[8] ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.56, SD. = 0.46) เช่นกัน

2. การประเมินรายบุคคลของระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติ เรื่อง การเช็ดตา หยอดตามีคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่านักศึกษามีความรู้และทักษะในระดับดีมาก มากที่สุด (ร้อยละ 75) มีความรู้และทักษะในระดับควรปรับปรุง เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 10) ซึ่งมีนักศึกษาไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งแผนการรักษา (ตรวจสอบยากับคำสั่งการรักษาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือใบเซ็นยาอย่างใดอย่างหนึ่ง) 1 คน ไม่ได้แนะนำตัวหรือถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย 6 คน เช็ดตาและหยอดตาผิดข้าง 4 คน เช็ดตาย้อนจากหางตาไปหัวตา 2 คน เช็ดขอบตาล่างแต่บอกผิดให้ผู้ป่วยมองลง 3 คน ไม่ได้ดึงหนังตาล่างลงขณะหยอดตา 4 คน ไม่ได้บอกให้ผู้ป่วยหลับตาเบา ๆ อย่างน้อย 5 นาที 3 คน ไม่ได้ใช้สำลีกดรูเปิดท่อน้ำตาบริเวณหัวตาหลังหยอดตา 4 คน อย่างไรก็ตาม นักศึกษามีความรู้และทักษะผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 90

จากผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า OSCEs เป็นเครื่องมือที่สามารถจำแนกความสามารถของนักศึกษาได้ชัดเจนจากการวัดตามสภาพการปฏิบัติจริง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา Lohapaibunkun[9] ในการใช้รูปแบบการสอบ OSCEs ต่อวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ที่พบว่าผลการวิเคราะห์คะแนนรายบุคคลแยกตามทักษะการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่าทั้ง 7 ทักษะที่สอบวัด มีนักศึกษาบางส่วนมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และกล่าวว่าการใช้รูปแบบการสอบ OSCEs นี้สามารถใช้จำแนกความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนได้ รวมทั้งสามารถนำทักษะที่ด้อย

นั้นมาปรับแก้ไขข้อบกพร่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า มีนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละสถานีเช่นกัน และในกระบวนการจัดสอบ OSCEs ครั้งนี้ มีขั้นตอนการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาภายหลังการสอบเสร็จสิ้น จึงทำให้นักศึกษาสามารถนำข้อบกพร่องไปพัฒนาปรับปรุงต่อไปได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chearakun[10] ที่กล่าวว่าการสอบ OSCEs เป็นวิธีหนึ่งของการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติรายบุคคลโดยตรง การที่นักศึกษาได้ฝึกทักษะจากการสอบ OSCEs ซึ่งมีโจทย์สถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่จำเป็นในการปฏิบัติงานจำลองให้มีสภาพเหมือนจริง เมื่อนักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ตรงกับผู้ป่วยจริง จะสามารถประยุกต์นำความรู้มาสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น และสามารถช่วยให้ค้นหาจุดบกพร่องเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขได้ตรงตามความจริงได้มากขึ้น ดังนั้น จากการศึกษาในครั้งนี้อาจสรุปได้ว่า การใช้รูปแบบการสอบ OSCEs สามารถนำมาใช้ในการทดสอบเพื่อประเมินความรู้และทักษะด้านการปฏิบัติของนักศึกษา และเป็นแนวทางที่ทำให้นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติดีขึ้นกว่าเดิมได้ จึงเป็นวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมในการใช้ประเมินรายวิชาการปฏิบัติทางการพยาบาล สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องระมัดระวังการสัมผัสโรคระบาดต่าง ๆ และมีวิถีชีวิตใหม่ การฝึกปฏิบัติกันหุ่นเสมือนจริงจนเชี่ยวชาญและประเมินผลด้วยการสอบ OSCEs จะเพิ่มความปลอดภัยให้นักศึกษาโดยตรง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนส่งนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติต่อไป

3. นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การเช็ดตา การหยอดตาและการป้ายตา พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ รองลงมาคือด้านภาพประกอบ สำหรับด้านส่วนประกอบโดยทั่วไปของสื่อและด้านเสียงและภาษา มีความพึงพอใจมากที่สุดเท่ากัน ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kawiwitwichai[11] ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมที่บูรณาการความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา เพื่อส่งเสริมทักษะของนักศึกษาพยาบาลในการตรวจร่างกายผู้ใหญ่ การตรวจศีรษะและคอที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการใช้บทเรียนช่วยสอนในทางบวกโดยคิดว่าเป็นสื่อที่มีประโยชน์และใช้ง่าย ดังนั้น บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมสามารถนำไปใช้สอนเสริมเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจร่างกายได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lunggris[12] ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด flipped classroom เรื่องการตรวจร่างกายรายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด flipped classroom อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Somnuek[13] ที่ศึกษาการพัฒนานวัตกรรมการเรียนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่อง “ผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยว” พบว่าระดับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นหลักอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.79 และจากงานวิจัยของ Phoataworn[14] ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเพื่อลดความเครียดในการสอบหลังฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความพึงพอใจในการใช้สื่อวีดิทัศน์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สื่อวีดิทัศน์ปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพสามารถลดความเครียดในการสอบของนักศึกษาได้ อาจนำไปใช้ลดความเครียดในการสอบทุกวิชาของนักศึกษาต่อไป นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Raksaitham[15] ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.82, SD. = 0.24) และรายด้านทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านเนื้อหามีความชัดเจนถูกต้อง เข้าใจง่าย มีการเรียงลำดับของเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้เข้าใจง่าย 2) ด้านรูปแบบมีความน่าสนใจ ชวนติดตาม ระยะเวลาในการนำเสนอเหมาะสมไม่นานเกินไป และวีดิทัศน์มีการแบ่งเป็นตอนทำให้สามารถเลือกดูในประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการได้เลย ไม่เสียเวลา สะดวกต่อการศึกษาด้วยตนเอง 3) ด้านส่วนประกอบมีสัดส่วนเหมาะสมสวยงาม ลักษณะของภาพเหมาะสม ชัดเจน ลักษณะของขนาดสีของตัวอักษรเหมาะสม ชัดเจน เสียงบรรยายและดนตรีประกอบชัดเจน น่าติดตาม 4) ด้านการนำไปใช้ สามารถนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึก

ปฏิบัติการพยาบาลได้จริง ใช้ทบทวนก่อนการสอบทักษะปฏิบัติการให้ออกซิเจนในเด็ก (OSCE) เนื่องจากนักศึกษาบางคนอาจไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย สามารถควบคุมเวลา สถานที่ในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้เอง และไม่จำกัดจำนวนครั้งในการใช้สื่อวีดิทัศน์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำสื่อวีดีทัศน์ เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอน และการประเมินผลผู้เรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติที่เป็นสมรรถนะทางคลินิกที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล

2. ปรับปรุงการทำโจทย์สถานการณ์และแบบวัดประเมินความรู้และทักษะให้ครอบคลุมทักษะทางคลินิกที่สำคัญและพบบ่อย ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

พัฒนาสื่อวีดิทัศน์การสอนทักษะการปฏิบัติวิชาการพยาบาลต่าง ๆ ในวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรมชัดเจนให้ได้มาตรฐาน สามารถนำไปสอนได้ในสถานการณ์ระบาดโควิด ซึ่งมีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

References

1. Lilawong S. Six New Normal for Nurses. [cited 2019 July 14] Available from https://www.bangkok-biznews.com/news/detail/880137.
2. Raksatham S, Rangsa J, Udomsap W. Chermworaphipat S. The effectiveness of integrated nursing care of persons with health problem and practicum 2 courses among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 2016.
3. Panid V. Teacher skill for student in 21st century. [Internet] 2010. [cited 2019 June 4] Available from http://www. gotoknow.org/blog/thaikm/414362
4. Buranasak J, Limruangrong P, Pungbangkadi R. The effect of using computer aided instruction. Pregnancy test of knowledge, skills and satisfaction of nursing students. Journal of the Army Nurses 2014;15(3):61-70. (in Thai).
5. Leelawong K. Concepts in public health ophthalmology. Thai Journal of Public Health Ophthalmology 2009;2(1):49-55. (in Thai).
6. Wongwanich S. Action research in the classroom. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
7. Paowana V. Effectiveness of video media on vaginal douching in nursing practice course for people with health problems 3, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani. Journal of Nursing and Health Care 2014;31(3):99-106. (in Thai).
8. Raksaitham S, Watanachai P. Video development of oxygen therapy in children for nursing students Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Bangkok 2018.
9. Lohapaibunkun N, Phalakan B. The effect of using the OSCEs exam format to assess clinical knowledge and skills in primary care and perceptions of teacher mentors on clinical skills of students. Journal of Nursing, Ministry of Public Health 2010;(1):24-34. (in Thai).

10. Chearakun N, Khachinthon U, Peerawattanawat R, Narumman C. Clinical skills can develop better than theoretical knowledge after training as a home doctor Internal Medicine. Medical Record Siriraj; 2009. (in Thai).
11. Kaveevivichai. C, Detparapon M, Kosittapiwat C, Ruenwongsa P, Panijpan B. Development of a multimedia computer-assisted learning with integrated content of anatomy and physiology for enhamcing nursing students's skills on physical examination in adults: head and neck examination. Rama Nurs J 2013; 19(3):428-43. (in Thai).
12. Lunggris C. The development of video for learning based on the flipped classroom concept on physical examination health assessment course, Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2016
13. Somnuek P. The development of innovative teaching and learning using video media. To increase learning achievement Travel products. Journal of Tourism 2015;11(1):4-17. (in Thai).
14. Photaworn P, Wongpradit S. The effect of using video media to practice meditation by breathing on stress in exams after practicing for nursing mothers and midwives 2 of nursing students. EAU Heritage Journal Science and Technology 2017;27(1):126-34. (in Thai).
15. Raksaitham S, Watanachai P. Video development of oxygen therapy in Children for Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Bangkok; 2018.

บทความวิจัย

การพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

The Development of “Friend from Heart” Application Program to Promote Well-Being of Undergraduate Students of Faculty of Education, Kasetsart University

Received: Jun 27, 2020
Revised: Nov 1, 2020
Accepted: Nov 11, 2020

มนธีร์ จิตต์อนันต์ ส.ด. (Manatee Jitanan, Dr.P.H.)[1]
วรางคณา โสมะนันทน์ ปร.ด. (Varangkana Somanandana, Ph.D.)[2]
สุธาสินี จิตต์อนันต์ วศ.ด. (Sutasinee Jitanan, D.Eng.)[3]
อุษณี ลลิตผสาน ค.ด. (Usanee Lalitpasan, Ph.D.)[4]
สุมาลี ขำอิน วท.ม. (Sumalee Kham-in, M.S.)[5]

บทคัดย่อ

บทนำ: สุขภาวะเป็นคุณลักษณะที่สำคัญยิ่งของบุคคลโดยเฉพาะนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคต อย่างไรก็ตาม สุขภาวะของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างอย่างเร่งด่วน เนื่องจากการเกิดปัญหาความเครียดและโรคภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยครั้งนี้จึงเกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย: การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” และระยะที่ 2 การศึกษาผลของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ที่มีต่อสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-5 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 29 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสมัครใจ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระจากกัน และสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการสนับสนุนกลุ่มวิจัยคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2563

[1] Corresponding author อาจารย์ ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพฯ ประเทศไทย, E-mail: manateera@yahoo.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพฯ ประเทศไทย, E-mail: varangchan@hotmail.com

[3] อาจารย์ ภาควิชาวิทยาการคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย, E-mail: sutasineec@nu.ac.th

[4] อาจารย์ ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพฯ ประเทศไทย, E-mail:usanee.la@ku.th

[5] อาจารย์ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน กรุงเทพฯ ประเทศไทย, E-mail: sumalee.kh@ku.th

[1,2,4,5] Faculty of Education Kasetsart University (Bangkhen Campus), Bangkok, Thailand

[3] Faculty of Science Naresuan University, Phitsanulok, Thailand

ผลการวิจัย: พบว่า (1) แอปพลิเคชัน“เพื่อนจากใจ” ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ “chatbot” “ข้อมูลสุขภาพใจ” “ข้อมูลสุขภาพกาย” และ“การบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา” (2) แอปพลิเคชันสามารถเสริมสร้างให้นิสิตมีสุขภาวะที่ดี (3) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในระดับมาก (M=4.21) เนื่องจากแอปพลิเคชันมีความสะดวกต่อการใช้งาน

สรุปผล: การพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ครบทุกส่วนสามารถเสริมสร้างสุขภาวะของนิสิตได้ดีและสร้างความพึงพอใจในการใช้อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: (1) ผู้ใช้ควรใช้แอปพลิเคชันให้ครบทุกฟังก์ชันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (2) ผู้ใช้สามารถเลือกใช้ฟังก์ชันในแอปพลิเคชันตามสถานการณ์ที่ต้องการคำตอบในขณะนั้น หรือเลือกใช้วิธีการในแอปพลิเคชันเหมาะสมกับการรับรู้ของตน

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน สุขภาวะ สุขภาพจิต สุขภาพกาย นิสิตระดับปริญญาตรี

Abstract

Introduction: Well-Being is a crucial attribute of individuals, particularly, among undergraduate students who will be a key human resource of the country in the future. However, well-being of undergraduate students urgently needed to be strengthened because of stress and depression.

Research objectives: This study aimed to build and develop "Friend from heart" application program to promote well-being among undergraduate students of faculty of education, Kasetsart University.

Research methodology: The study consisted of 2 phases including: (1) building and developing "Friend from heart" application program; and (2) investigating the effect of "Friend from heart" application program on well-being of undergraduate students, faculty of education, Kasetsart University. Participants were 29 undergraduate students in the first to fifth year of faculty of education, Kasetsart University in academic year 2019. The participants were voluntarily recruited. . Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation), and t-test for dependent samples. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The results showed that the developed "friend from heart" application consisted of four main areas: "chatbot", "mental health information", "physical health information", and "psychological counseling services." The application was appropriate to promote undergraduate students' well-being. The participants had a high level of satisfaction (mean=4.21) towards application. Its convenience to use was a reason.

Conclusions: The development of "Friends from the heart" application in all areas promoted students' well-being. A high satisfaction towards application usage was reported.

Implications: (1) Users should use all functions of the application for maximum efficiency and effectiveness. (2) Users could choose the functions in the application according to their situations that need answers at that moment or choose a method in the application that suits their perception.

Keywords: application program, well-being, mental health, physical health, undergraduate students

บทนำ

สุขภาวะเป็นภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยมีการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล[1] สุขภาวะสามารถพิจารณาได้ในหลากหลายมิติ เช่น สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) เน้นการศึกษาถึงความสุขโดยรวมของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต ประสบการณ์ทางความรู้สึก ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจต่อสุขภาพ และความรู้สึกเฉพาะ[2] หรือ สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ซึ่งพิจารณาในส่วนของการปรับตัวทางจิตวิทยา เช่น อารมณ์เชิงบวก และ ความพึงพอใจในชีวิต[3] ในขณะเดียวกัน สุขภาวะยังสามารถพิจารณาจากสุขภาพกาย (physical well-being) ซึ่งสุขภาพกายที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาวะทางอารมณ์และสุขภาพทางจิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ[4] ทั้งนี้ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องบางส่วนพบว่า ผู้ที่มีสุขภาวะที่ดีจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ด้วยสุขภาวะส่งผลต่อความสำเร็จทางการเรียน[5] สุขภาพกาย[6] สถานะการแต่งงาน[7] และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน[8] และภาวะทางการเงิน[9] ดังนั้นสุขภาวะนับว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญยิ่งของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นเยาวชนที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคต

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีในปัจจุบัน จะพบว่าสุขภาวะเป็นสิ่งที่นิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างอย่างเร่งด่วน ดังที่ กรมสุขภาพจิต[10] นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตายของเยาวชนที่พบว่าเยาวชนมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2560 กลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน รวมถึง ข้อมูลจากการโทรศัพท์มาขอรับคำปรึกษาพบว่า กลุ่มเยาวชนโทรศัพท์เข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2561 ผู้ที่โทรศัพท์มาขอรับคำปรึกษาจะเป็นกลุ่มเด็กอายุ 11-19 ปี ประมาณร้อยละ 14.60 และกลุ่มเยาวชนอายุ 20-25 ปี ประมาณร้อยละ 20.10 ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาทางจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว และช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2562 มีกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 11-25 ปี โทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ประมาณร้อยละ 33.61 ของผู้รับคำปรึกษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ หัวหน้าศูนย์สุขภาวะทางจิต คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[11] ที่ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย พบว่า นิสิตนักศึกษาที่เป็นโรคภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะศึกษาอยู่ในชั้นปีที่สูงขึ้น โดยนิสิตนักศึกษาที่พยายามฆ่าตัวตายมีประมาณร้อยละ 6.40 ของนิสิตทั้งหมด เช่นเดียวกับข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[12] ที่พบว่าเยาวชนมีความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายมากขึ้น จากรายละเอียดข้างต้นจะเห็นว่า นิสิตนักศึกษาจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างสุขภาวะ ทั้งในส่วนของนิสิตนักศึกษาที่ยังไม่พบปัญหา เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันสำหรับการดำเนินชีวิต และนิสิตนักศึกษาที่เริ่มมีปัญหา เพื่อให้นิสิตนักศึกษามีช่องทางในการช่วยเหลือและสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าวิธีแก้ปัญหาดังกล่าวที่เหมาะกับนิสิตนักศึกษาปริญญาตรี คือ การใช้แอปพลิเคชัน หรือชุดคำสั่งประยุกต์ที่ถูกติดตั้งในโทรศัพท์มือถือ (smart phone) ในการเสริมสร้างสุขภาวะ โดยมีงานวิจัยสนับสนุนว่าบุคคลจะเปิดรับเทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับตนเอง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เทคโนโลยีการให้บริการและอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพจิตเรียกว่า สุขภาพเคลื่อนที่ หรือ Mobile health (mHealth) โดยลักษณะสำคัญ คือ มีการติดต่อสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ระหว่างผู้ใช้กับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพโดยใช้เสียงการสนทนาผ่านโทรศัพท์ วิดีโอ หรือการส่งข้อความ มีการประเมินทางสุขภาพและสร้างกิจกรรมทางสังคม[13] ซึ่งการใช้แอปพลิเคชันจะสอดคล้องกับธรรมชาติการใช้ชีวิตของนิสิตนักศึกษาที่จะใช้โทรศัพท์มือถือกันมาก อันเป็นการเปิดโอกาสให้ใช้แอปพลิเคชันมากขึ้น โดยผลวิจัยส่วนหนึ่งระบุว่าพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์มือถือของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรี จะใช้เพื่อการสื่อสารสนทนา รองลงมาเพื่อการศึกษาเรียนรู้และความบันเทิง ส่วนระยะเวลาในการใช้สมาร์ทโฟนโดยเฉลี่ยในแต่ละครั้งจะใช้มากกว่า 1 ชั่วโมง จำนวนครั้งที่ใช้สมาร์ทโฟน 1 ถึง 5 ครั้งต่อวัน[14] ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการสำรวจความต้องการใช้แอปพลิเคชันของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 72 คน ที่พบว่า นิสิตร้อยละ 97.20 มีความสนใจใช้แอปพลิเคชันที่ให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ดังนั้น วิธีการที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาวะให้นิสิตนักศึกษาได้ จึงควรอยู่ในรูปแบบของแอปพลิเคชันที่มีเนื้อหาในเรื่องการให้ข้อมูลสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตเป็นสำคัญ

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น จึงเป็นเหตุจำเป็นของการพัฒนาแอปพลิเคชัน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิตสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี โดยในที่นี้ ผู้วิจัยศึกษากับนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ด้วยเป็นนิสิตกลุ่มที่จะไปประกอบอาชีพครูในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และสามารถใช้สำหรับในการดูแลนักเรียนต่อไปได้ในอนาคต ทั้งนี้ ในงานวิจัยนี้จะใช้ชื่อแอปพลิเคชันว่า “เพื่อนจากใจ” เปรียบเสมือนนิสิตมีเพื่อนที่คอยดูแลกำลังใจและกำลังกายให้เข้มแข็ง อันนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”

สมมติฐานการวิจัย

1. นิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีสุขภาวะสูงขึ้นหลังจากที่ใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”
2. นิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

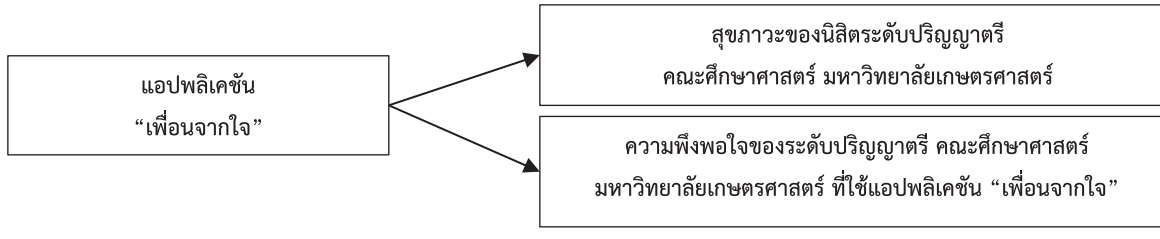
การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยเป็นการพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ทั้งนี้มีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะ ตลอดจนความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่มีต่อแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยและพัฒนาโดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การศึกษาในระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อสำรวจข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ให้สอดคล้องกับความต้องการของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยประชากร คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-5 คณะศึกษาศาสตร์



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 911 คน ตัวอย่าง คือ นิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 72 คน ที่ได้มาด้วยวิธีการตามสะดวก (convenient sampling) ซึ่งมาจากนิสิตที่อาสาสมัครให้ข้อมูล และขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จากผลการศึกษาในขั้นตอนแรก และทดลองนำร่องกับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ไม่ใช่อาสาสมัคร จำนวน 3 คน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันสำหรับทดลองใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ คือ (1) แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ประกอบด้วย ข้อคำถามในส่วนของข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ สำหรับการสอบถามความต้องการของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างพื้นฐานแอปพลิเคชัน สาระเกี่ยวกับสุขภาพจิต และสุขภาพกายที่จะปรากฏในแอปพลิเคชัน รวมถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาแอปพลิเคชัน ข้อคำถามมีลักษณะเป็น มาตรประมาณค่า 5 ระดับ และ (2) แบบบันทึกความคิดเห็นของนิสิตที่มีต่อแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ที่พัฒนาขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้จริง ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.50 – 1.00)

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ที่มีต่อสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การศึกษาระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ The one-group pretest-posttest design เพื่อทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” และสอบถามความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชัน ประชากร คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-5 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ภาคปลาย ปีการศึกษา 2562 จำนวน 911 คน ตัวอย่าง คือ นิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 29 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น โดยเป็นความสมัครใจของนิสิต เพื่อให้สอดคล้องกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม

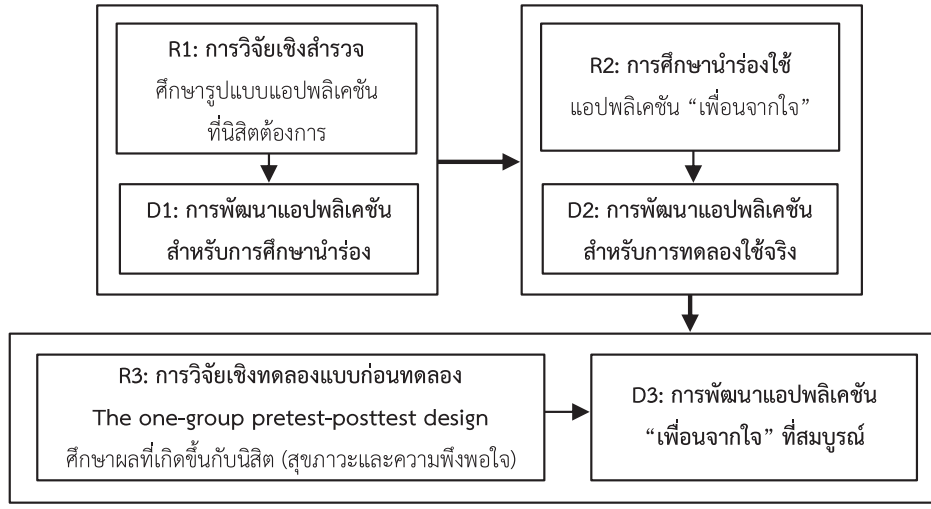
เครื่องมือ ประกอบด้วย เครื่องมือวิจัย คือ แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ซึ่งพัฒนามาจากผลการวิจัยในระยะแรก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ และใช้การแปลความหมายของคะแนนเป็นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด (2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” โดยมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) และ (3) แบบบันทึกการสัมภาษณ์ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.50–1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน 2563 โดยมีรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยประกาศรับสมัครอาสาสมัครผ่านช่องทางการประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ และเมื่อนิสิตสนใจที่จะเข้าร่วมการทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” นิสิตสามารถติดต่อผู้วิจัยผ่านเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้วิจัยแจ้งไว้ จากนั้นผู้วิจัยจะชี้แจงให้นิสิตทราบถึงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัยก่อนจะตัดสินใจเข้าร่วมการทดลอง

2) นิสิตอาสาสมัครที่ตัดสินใจเข้าร่วมการทดลอง ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อประเมินสุขภาวะของนิสิตก่อนการทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อน



แผนภาพ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”

จากใจ” โดยข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะของนิสิตหลังจากการทดลองใช้แอปพลิเคชัน

3) นิสิตอาสาสมัครทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เป็นระยะเวลา 1 เดือน จากนั้นทำแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาวะหลังการทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” และประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชัน

4) นิสิตอาสาสมัครให้สัมภาษณ์ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระจากกัน และสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ COE No. COE63/088 วันที่ 1 เมษายน 2563

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ผลการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การสำรวจข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” เก็บรวบรวมข้อมูลกับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 72 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนิสิต ชั้นปีที่ 2 และ ชั้นปีที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า นิสิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.90 ต้องการแอปพลิเคชันที่ให้ข้อมูลสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการดูแลสุขภาพ และ ร้อยละ 79.20 ต้องการแอปพลิเคชันที่ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพจิต เช่น วิธีผ่อนคลายความเครียด การจัดการความเครียด การแก้ปัญหาทุกข์ใจ ในขณะที่ นิสิต ร้อยละ 61.10 ต้องการแอปพลิเคชันที่มีการให้บริการให้คำปรึกษาผ่านการพิมพ์สนทนาแบบออนไลน์ (live chat) การรับฟังปัญหาและแก้ปัญหาเบื้องต้น และ ร้อยละ 51.40 ต้องการแอปพลิเคชันที่สามารถโทรพูดคุยหรือต้องการคนรับฟังปัญหาโดยไม่เห็นหน้า

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ให้มีโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบด้วย (1) chatbot เป็นส่วนของการตอบคำถามต่าง ๆ ของผู้ใช้ไลน์เพื่อนจากใจโดยอัตโนมัติ เพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพใจ (2) ข้อมูลสุขภาพกาย เป็นการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบคลิปวิดีโอ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร (3) ข้อมูลสุขภาพใจ เป็นการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบบทความและคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต และสภาวะทางจิตใจในด้านต่าง ๆ และ (4) ตารางนัดหมาย เป็นการนัดหมายเพื่อพูดคุย

กับผู้ให้คำปรึกษา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาในแอปพลิเคชันนี้คือ อาจารย์ที่จบการศึกษาในสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา/จิตวิทยาคลินิค โดยมีรูปแบบในการพูดคุย 2 รูปแบบคือ การพิมพ์สนทนาแบบออนไลน์ (live chat) ที่โต้ตอบได้แบบกำหนดเวลาการโต้ตอบ และการพูดคุยผ่านช่องทางโทรศัพท์ออนไลน์แบบมีการนัดหมายล่วงหน้า ซึ่งการนัดหมาย ประกอบด้วย ส่วนประกอบย่อย 4 ส่วน คือ การจองเวลานัดหมายโดยผู้ใช้ การจัดการตารางนัดหมายโดยผู้ให้คำปรึกษา การแจ้งเตือนนัดหมาย และการยกเลิกนัดหมาย

ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้นิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับอาสาสมัครในระยะการศึกษาผลของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ได้ทดลองใช้แอปพลิเคชันในเบื้องต้น โดยนิสิตให้ความเห็นว่า แอปพลิเคชันมีจุดเด่น คือ มีคำอธิบายต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างละเอียด ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจได้โดยรวดเร็ว รวมถึง เนื้อหาสาระในส่วนของคลิปวิดีโอดูแล้วเข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ ยังมีในส่วนของตารางนัดหมาย ซึ่งผู้ใช้บริการสามารถนัดหมายขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความน่าเชื่อถือและมีประสบการณ์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้

สำหรับประเด็นที่ผู้ใช้ต้องการให้พัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ได้แก่ (1) ความถูกต้องในการตอบคำถามของระบบ (2) การเพิ่มปฏิสัมพันธ์ของระบบกับผู้ใช้งาน (3) การพัฒนาระบบการนัดหมายรับบริการคำปรึกษา และ (4) การพัฒนาหรือเพิ่มเนื้อหาของสื่อที่นำเสนอในระบบ โดยมีรายละเอียดตัวอย่างความคิดเห็นบางส่วน ดังนี้

“อยากแนะนำให้ลองทำ chatbot ตอบกลับว่าตอนที่เรากดยืนยันนัดหมายแล้วเป็นการสรุปข้อมูลรายละเอียด เช่น คุณได้นัดกับอาจารย์.... เวลา..... พร้อมกับคำโปรยของอาจารย์แต่ละท่าน เช่น อาจารย์ดีใจที่หนูมาปรึกษานะ ไว้เรามาคุยกันนะคะ อาจารย์พร้อมรับฟังเสมอ"

นิสิต ก

“บอกไปว่า ไม่อยากอยู่บ้านหลังนี้ แต่ตอบกลับมาว่าให้ลองประคบน้ำแข็งที่หลัง”

นิสิต ข

จากความคิดเห็นของนิสิต ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้ต่อไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้เพิ่มการส่งข้อความทักผู้ใช้งานในระบบเป็นประจำทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นสร้างขวัญกำลังใจ ตลอดจนเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ของระบบกับผู้ใช้งาน

ตอนที่ 2 ผลการทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” (2) ผลการศึกษาความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” และ (3) ข้อมูลสำหรับการพัฒนาแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ให้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 29 คน ส่วนใหญ่เป็นนิสิตหญิง (ร้อยละ 72.41) เมื่อจำแนกตามชั้นปี พบว่า นิสิตส่วนใหญ่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 37.93) ในขณะที่ เมื่อจำแนกตามสาขาวิชา พบว่า เป็นนิสิตจากสาขาสุขศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 34.48) รองลงมาคือ สาขาพลศึกษา และสาขาการสอนวิทยาศาสตร์ (ร้อยละ 17.24) สาขาธุรกิจและคอมพิวเตอร์ศึกษา (ร้อยละ 13.79) สาขาคหกรรมศาสตรศึกษา (ร้อยละ 10.34) และสาขาการสอนคณิตศาสตร์ (ร้อยละ 6.90) โดยนิสิตส่วนใหญ่ระบุว่าความถี่ในการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” คือ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 82.76) และระยะเวลาในการใช้ ประมาณ 30 นาที (ร้อยละ 24.14) หรือ 10 นาที (ร้อยละ 24.14) โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

(1) ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ทดลองใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะก่อนการทดลองเท่ากับ 3.71 (SD = 0.46) และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.82 (SD = 0.53) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของสุขภาวะ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะด้านสุขภาพกายก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.73 (SD = 0.53) และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.78 (SD = 0.56) ในขณะที่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.73 (SD = 0.53) และหลังการทดลองใช้ มีค่าเท่ากับ 3.78 (SD = 0.56) รายละเอียดดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” (n = 29)

ที่	รายการ	ก่อนการทดลองฯ		หลังการทดลองฯ	
		M	SD	M	SD
สุขภาพกาย					
1	ท่านสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว	4.14	0.64	4.03	0.73
2	ท่านรับรู้ว่า ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง	3.93	0.84	3.97	0.63
3	ท่านเผชิญโรคภัยไข้เจ็บบ่อย*	4.03	0.87	4.10	1.14
4	ท่านรู้วิธีการออกกาลังกายที่สอดคล้องกับความชอบของตนเอง	3.97	0.94	4.07	0.84
5	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ	3.00	0.93	3.00	0.93
6	ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.31	0.85	3.48	0.87
	รวมด้านสุขภาพกาย	**3.73**	**0.53**	**3.78**	**0.56**
สุขภาพจิต					
7	ท่านรับรู้ว่า ชีวิตตอนนี้มีความสุข	3.55	1.02	4.03	0.82
8	เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามใจ ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้	3.83	0.80	4.07	0.88
9	ท่านรับรู้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับเพื่อนเป็นไปในทิศทางบวก	4.07	0.88	4.14	0.83
10	ท่านรู้สึกว่า ชีวิตน่าเบื่อ*	3.38	1.05	3.79	0.98
11	ท่านรับรู้ว่า ท่านสามารถปรับตัวเข้ากับคนรอบข้างได้	3.97	0.78	4.00	0.80
12	เมื่อเกิดปัญหาท่านรู้สึกเบื่อหน่าย*	2.97	0.94	3.31	1.04
13	ถึงแม้ว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวของท่านมีความเปลี่ยนแปลง ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านสามารถปรับตัวได้	3.86	0.79	3.97	0.87
14	หากพบกับปัญหาท่านสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม	3.72	0.75	3.72	0.75
15	ชีวิตมีปัญหารุมเร้ามากมาย จนยากจะแก้ไขได้ด้วยตนเอง*	3.86	0.99	3.62	1.05
	รวมด้านสุขภาพจิต	**3.69**	**0.59**	**3.85**	**0.61**
	รวม	**3.71**	**0.46**	**3.82**	**0.53**

หมายเหตุ: * ดำเนินการกลับคะแนนแล้ว

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ด้วยสถิติทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระจากกัน ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” นิสิตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 1.93$, $df = 28$, $p = 0.032$) กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ หลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” นิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีสุขภาวะที่สูงขึ้น รายละเอียดดังตาราง 2

นอกจากรายละเอียดข้างต้น เมื่อสอบถามนิสิตถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับนิสิต เนื่องจากแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” นิสิตส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ทำให้นิสิตมีความสุข สบายใจ มีสุขภาพดีขึ้น รับมือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ รู้สึกว่ามีที่พึ่งเมื่อต้องการใครสักคน ในระดับมาก ตลอดจนอยากแนะนำให้เพื่อนใช้แอปพลิเคชัน ($M = 4.00$, $SD = 0.89$) รายละเอียดดังตาราง 3

(2) ผลการศึกษาความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ”

การศึกษาความพึงพอใจของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” พบว่า นิสิตมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ในระดับมาก โดยประเด็นที่นิสิตพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในระดับมากสูงที่สุด คือ ประโยชน์ของเนื้อหาสาระที่ปรากฏอยู่ในแอปพลิเคชัน ($M = 4.21$, $SD = 0.62$) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 2 การเปรียบเทียบสุขภาวะของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” (n = 29)

สุขภาวะของนิสิต	M	SD	*df*	*t*	*p-value* (one-tailed)
ก่อนการใช้แอปพลิเคชันฯ	3.71	0.46	28	1.93	0.032*
หลังการใช้แอปพลิเคชันฯ	3.82	0.53			

*$p<0.05$

ตาราง 3 ผลที่เกิดขึ้นกับนิสิตตามการรับรู้ เมื่อใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” (n = 29)

ที่	รายการ	M	SD	ระดับผลประเมิน
1	มีความสุข	3.79	0.72	มาก
2	ลดความกังวลใจ/สบายใจ	4.03	0.78	มาก
3	สุขภาพดีขึ้น	3.62	0.86	มาก
4	รับมือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้	3.97	0.82	มาก
5	รู้สึกว่ามีที่พึ่งเมื่อต้องการใครสักคน	4.14	0.92	มาก
6	อยากแนะนำให้เพื่อนคนอื่นใช้ด้วย	4.00	0.89	มาก

ตาราง 4 ความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ในภาพรวม (n = 29)

ที่	รายการ	M	SD	ระดับผลประเมิน
1	ความสะดวกในการใช้งาน	3.86	0.74	มาก
2	ความสวยงามของการออกแบบ	3.31	0.71	มาก
3	การใช้ภาษาในแอปพลิเคชัน	3.79	0.90	มาก
4	ความครอบคลุมของสาระที่ตอบสนองต่อความต้องการ	3.31	1.00	มาก
5	ประโยชน์ของเนื้อหาสาระ	4.21	0.62	มาก
6	ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในภาพรวม	3.90	0.67	มาก

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของนิสิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่มีต่อเนื้อหาสาระของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” จำแนกเป็นรายด้าน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นิสิตมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาสาระของแอปพลิเคชันระดับมากทุกหัวข้อ โดยสิ่งที่นิสิตพึงพอใจระดับมากสูงที่สุด 2 อันดับแรก คือ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบการพิมพ์สนทนาแบบออนไลน์ (live chat) (M = 4.20, SD = 0.71) และความพอใจต่อผู้ให้คำปรึกษา (M = 4.13, SD = 0.67) รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อเนื้อหาสาระของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” จำแนกรายด้าน (n = 29)

ที่	รายการ	M	SD	ระดับ	ที่	รายการ	M	SD	ระดับ
สุขภาพกาย (วิดีโอ)					**สุขภาพใจ (วิดีโอ)**				
1	บอดี้เวท	4.07	0.70	มาก	1	เพื่อนกำลังใจ	3.72	0.92	มาก
2	ออกกำลังกาย	4.00	0.76	มาก	2	เพื่อนการเรียน	3.93	0.75	มาก
3	แก้เครียด	4.00	0.76	มาก	3	เพื่อนการเงิน	3.93	0.84	มาก
4	สร้างหุ่นดีตามใจปาก	3.83	1.00	มาก	4	เพื่อนอกหัก	3.65	0.75	มาก
สุขภาพใจ (บทความ)					5	เพื่อนนอน	3.75	0.91	มาก
1	ความรัก	3.70	0.79	มาก	**ปรึกษาเรา (การนัดหมายและการให้บริการ)**				
2	ความเครียด	3.96	0.78	มาก	1	ความสะดวกของการนัดหมาย	4.04	0.82	มาก
3	ครอบครัว	3.96	0.82	มาก	2	ความเหมาะสมของเวลานัดหมาย	3.76	0.70	มาก
4	การสูญเสีย	3.73	0.78	มาก	3	รูปแบบการให้คำปรึกษา (chat)	4.20	0.71	มาก
5	ความสุข	3.90	0.82	มาก	4	รูปแบบการให้คำปรึกษา (call)	3.88	0.59	มาก
6	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.93	0.65	มาก	5	ความพอใจต่อผู้ให้คำปรึกษา	4.13	0.67	มาก
7	ความมุ่งมั่นในการทำงาน	4.00	0.85	มาก					

ในขณะที่ นิสิตได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า เหตุที่พึงพอใจกับรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบการพิมพ์สนทนาแบบออนไลน์ (live chat) เพราะการปรึกษาด้วยวิธีนี้ทำให้นิสิตรู้สึกสบายใจในการพูดคุย เนื่องจากมีเวลาในการทบทวนสิ่งที่จะปรึกษา ถ่ายทอดสิ่งที่ต้องการสื่อสารได้ดี ไม่รู้สึกอึดอัดหรือกดดันจากความประหม่า หรือความเงียบที่อาจเกิดขึ้นจากการสนทนา ดังตัวอย่างความคิดเห็นบางส่วน ดังนี้

"ใช้แบบแชทดีกว่า เพราะสามารถถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกได้ดีกว่าและครบถ้วน เพราะได้คิดได้พิจารณาก่อนส่ง ไม่รู้สึกกดดัน อีกอย่างบางเรื่องที่ปรึกษาบางอย่างมีผลต่อความรู้สึก เวลาพูดถึงมัน การแชทจึงดีกว่าที่เราจะได้ค่อยพิมพ์มันออกมาว่าเรารู้สึกอย่างไรกันแน่"

นิสิต A

"เพราะว่าหนูเป็นคนที่ไม่มั่นใจในตนเอง เวลาพูดจะไม่ค่อยรู้เรื่อง ตะกุกตะกัก ลนลาน ยิ่งตื่นเต้นจะยิ่งอึดอัด"

นิสิต B

"เพราะสามารถคิดอะไรได้เยอะกว่าการโทรเพราะการโทรบางทีก็คิดไม่ทันบ้างกลัวจะมีการเงียบเยอะกว่าน่ะค่ะ"

นิสิต C

(3) ข้อมูลสำหรับการพัฒนาแอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" ให้สมบูรณ์

จากการทดลองใช้แอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" ตลอดจนการศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับนิสิตที่ได้ทดลองใช้แอปพลิเคชัน นิสิตได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับจุดเด่นและจุดที่ควรพัฒนา ซึ่งข้อมูลในส่วนของจุดที่ควรพัฒนา ผู้วิจัยได้นำสารสนเทศดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาแอปพลิเคชันให้สมบูรณ์ต่อไป

จุดเด่นของแอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" คือ การใช้งานง่าย แม้ผู้ที่ไม่เคยใช้ก็สามารถใช้งานได้สะดวก และมีรูปแบบหลากหลายในการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของนิสิตที่มีความแตกต่างกัน เช่น บทความ คลิปวิดีโอ ตลอดจนมีช่องทางในการได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ ซึ่งลักษณะดังกล่าวของแอป-พลิเคชันสามารถช่วยแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของนิสิต สำหรับจุดที่ควรพัฒนาของแอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" คือ ความครอบคลุมของการตอบคำถามของ chatbot การเพิ่มข้อมูลในส่วนของบทความ คลิปวิดีโอ ให้มีจำนวนมากยิ่งขึ้น รวมถึงการเสริมในส่วนขององค์ประกอบที่ดึงดูดความสนใจ เช่น สีสัน เสียงดนตรีประกอบ และภาพการ์ตูน เพื่อให้แอปพลิเคชันมีความโดดเด่นมากยิ่งขึ้น อีกทั้งให้พิจารณาในแง่ของความเพียงพอของรอบการนัดหมาย เพราะเป็นส่วนที่ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่พึงพอใจ ซึ่งควรหาแนวทางในการเตรียมความพร้อมรองรับกับผู้ใช้บริการจำนวนมาก

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาแอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" มีการทำงานหลัก 3 ฟังก์ชัน ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต การให้ข้อมูลด้านสุขภาพกาย และการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแอปพลิเคชันที่ดูแลด้านสุขภาพจิตในต่างประเทศ พบว่า แอปพลิเคชันที่พัฒนาส่วนใหญ่ จะเป็นการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพจิต[15,16,17] รวมทั้งแอปพลิเคชันสบายใจที่ถูกพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิตประเทศไทย[10] มีฟังก์ชันให้สามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" มีความครอบคลุมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงมีบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

2. แอปพลิเคชัน "เพื่อนจากใจ" สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาวะของนิสิตระดับปริญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ได้ และนิสิตมีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันระดับมากในทุกประเด็น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาแอปพลิเคชันมีกระบวนการในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการสำรวจความต้องการในการใช้แอปพลิเคชันของนิสิตมาเป็นฐานในการพัฒนาแอปพลิเคชัน ทำให้แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ปัญหาให้กับนิสิตได้ตรงประเด็น ทั้งในส่วนของ สุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้วยวิธีการหลากหลายช่องทาง ทั้งบทความ คลิปวิดีโอ ตลอดจนมีการให้บริการให้คำปรึกษาผ่านการพิมพ์สนทนาแบบออนไลน์ (live chat) และการพูดคุยหรือต้องการคนรับฟัง

ปัญหาโดยไม่เห็นหน้า (call) จากลักษณะของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ดังกล่าว ทำให้สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาวะของนิสิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Han และ Lee[18] ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันทางด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และผลลัพธ์ที่มีต่อสุขภาพในทางบวก และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากความคิดเห็นของนิสิตบางส่วนที่ระบุว่า *“ชอบที่มีแอปนี้ขึ้นมาเพื่อปรึกษา เหมือนได้เพื่อน บางครั้งเรามีเพื่อนในชีวิตจริงแต่ไม่สามารถที่จะเล่าทุกเรื่องจริงให้ฟังได้ เพราะไม่สามารถรู้เลยว่าคนที่ฟังอยู่เขาจะเข้าใจเราได้มั้ยเพราะเขาไม่ได้ตกอยู่ในสถานการณ์แบบเรา แต่การมีแอปนี้ขึ้นมา เวลามีเรื่องไม่สบายใจเราสามารถมาดูคลิปต่าง ๆ ได้ มันทำให้ความคิดของคนคนนึงเปลี่ยนไปได้ บางคลิปทำให้เรารู้เลยว่า บางเวลาก็ไม่ใช่ว่าเราที่เจอเรื่องแย่ที่สุด”* หรือ *“คิดว่าแอปสามารถช่วยเหลือได้ในเวลาที่ต้องการกำลังใจ เครียด หรือท้อแท้เรื่องต่าง ๆ อยากได้คำปรึกษา หรือต้องการความช่วยเหลือทางด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก สุขภาพ การเรียน การเงิน ในแอปจะมีทั้งคลิปวีดีโอและบทความต่าง ๆ ให้ได้อ่าน เวลาอ่านฉันจะได้ทั้งทริค ความรู้ และทัศนคติในแง่บวก แล้วนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตัวเอง”* จากเหตุผลข้างต้นจึงอาจเป็นเหตุให้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาวะของนิสิตระดับปริญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ได้

3. เหตุที่นิสิตพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ระดับมากในทุกประเด็นอาจเนื่องมาจากนิสิตรู้สึกว่าการใช้แอปพลิเคชันนี้ สะดวก และง่าย ตลอดจนเกิดประโยชน์กับตนเอง จึงทำให้เกิดความพึงพอใจ ดังที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ใช้แอปพลิเคชันในบริบทต่าง ๆ พบว่า ถ้าผู้ใช้รับรู้ว่าแอปพลิเคชันมีประโยชน์และใช้ง่ายจะส่งผลทางบวกต่อความพึงพอใจของผู้ใช้[19-21] ตลอดจนถ้าแอปพลิเคชันมีการตอบสนองต่อผู้ใช้ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ[20] ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ จึงอาจเป็นเหตุให้นิสิตเกิดความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ไปใช้ คือ

1. ผู้ใช้ควรใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ให้ครบทุกฟังก์ชัน ทั้งในส่วนของ chatbot สุขภาพกาย สุขภาพใจ และตารางการนัดหมายขอรับบริการคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผลลัพธ์ในการเสริมสร้างสุขภาวะเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด

2. ผู้ใช้สามารถเลือกใช้ฟังก์ชันในแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ตามสถานการณ์ที่ต้องการคำตอบในขณะนั้น หรือเลือกใช้วิธีการในแอปพลิเคชันที่เหมาะสมกับการรับรู้ของตน เพราะนิสิตแต่ละคนมีความพึงพอใจต่อวิธีการใช้งานที่ดีแตกต่างกัน เช่น บางคนรับรู้ได้ดีผ่านการอ่านบทความ บางคนรับรู้ได้ดีผ่านการฟังและดูคลิปวิดีโอ จึงเป็นข้อเสนอแนะว่าการเริ่มต้นใช้แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” อาจเริ่มจากฟังก์ชันที่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ใช้

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยที่พบว่า แอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” สามารถเสริมสร้างให้นิสิตมีสุขภาวะสูงขึ้นนั้น แต่เป็นข้อสังเกตว่าการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการในช่วงสภาวการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอาจส่งผลให้สภาพปัญหาที่นิสิตพบอาจไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริงตามปกติ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาผลของแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” ที่ส่งผลต่อคุณลักษณะอื่น ๆ เนื่องจากข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแนวโน้มว่าแอปพลิเคชัน “เพื่อนจากใจ” อาจส่งผลต่อคุณลักษณะบางประการ เช่น การมองโลกในแง่ดี การมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

References

1. Royal Thai Government Gazette. National Health Act, B.E. 2007[Internet]. 2010 [cited 2019 Sep 4]. Available from: http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%ca71/%ca71-20-9999 -update.pdf. (in Thai).
2. Diener E, Heintzelman SJ, Kushlev K, Tay L, Wirtz D, Lutes LD, Oishi S. Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. Canadian Psychology/psychologie canadienne 2017;58(2):87.
3. Houben M, Van Den Noortgate W, Kuppens P. The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. Psychological bulletin 2015;141(4):901.
4. Melchior S, Mabry C. The impact of mental health on physical well-being: An intersectional analysis; 2016.
5. Rüppel F, Liersch S, Walter U. The influence of psychological well-being on academic success. Journal of public health 2015;23(1):15-24.
6. Coleman J, Hendry LB, Kloep M. Understanding adolescent health. Adolescence and Health 2007;4:1.
7. Mastekaasa A. Marriage and psychological well-being: Some evidence on selection into marriage. Journal of Marriage and the Family 1992:901-11.
8. Sonnentag S. Performance, well-being, and self-regulation. Psychological management of individual performance 2002:405-23.
9. Patel PC, Wolfe MT. Money might not make you happy, but can happiness make you money? The value of leveraging subjective well-being to enhance financial well-being in self-employment. Journal of Business Venturing Insights 2019;12:e00134.
10. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Department of Mental Health cares for Thai youth with depression "People should listen to understand"[Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 4]. Available from: http://www.prdmh.com. (in Thai).
11. Chulalongkorn University. 2019. Know deeply with Chulalongkorn University "Understanding Depression in Adolescents"[Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 4]. Available from: https://www.chula.ac.th/cuinside/17693/. (in Thai).
12. Office of the National Economic and Social Development Council. Thai social situation report, quarter 1, 2019[Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 4]. Available from: https:// www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=8949. (in Thai).
13. Hilty DM, Maheu MM, Drude KP, Hertlein KM, Wall K, Long RP, Luoma TL. Telebehavioral health, telemental health, e-Therapy and e-Health competencies: The need for an interprofessional framework. Journal of Technology in Behavioral Science 2017;2(3-4):171-89.

14. Rueangchan N, Chanthanon C, Saengprasan C. The study of smartphone usage behavior for education from student of faculty of management science, Rajabhat Sakon Nakhon University. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences) 2018;4(2): 294-303. (in Thai).
15. Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. 2018. Development and pilot evaluation of smartphone-delivered cognitive behavior therapy strategies for mood- and anxiety-related problems: MoodMission. Cognitive and Behavioral Practice. 25(4), 496-514.
16. Dorian,E. and Erhardt, D. 2015. MoodKit / Moodnotes App Developers Offer New Year's Resolution Tips for Well-Being. http://www.thriveport.com/blog/files/ ff2e9475ef8798 4912d089acdbea40f5-8. html, December 5, 2019.
17. Lovejoy, C. A., Buch, V., & Maruthappu, M. 2019. Technology and mental health: The role of artificial intelligence. European Psychiatry. 55(13), 1-3.
18. Han M, Lee E. Effectiveness of mobile health application use to improve health behavior changes: a systematic review of randomized controlled trials. Healthcare informatics research 2018;24(3): 207-26.
19. Lee CY, Tsao CH, Chang WC. The relationship between attitude toward using and customer satisfaction with mobile application services: An empirical study from the life insurance industry. Journal of Enterprise Information Management 2015;28(5):680-97.
20. Ohk K, Park SB, Hong JW. The influence of perceived usefulness, perceived ease of use, interactivity, and ease of navigation on satisfaction in mobile application. Advanced Science and Technology Letters 2015;84:88-92.
21. Baker-Eveleth L, Stone RW. User's perceptions of perceived usefulness, satisfaction, and intentions of mobile application. International Journal of Mobile Communications 2020;18(1):1-18.

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบจำลองเย็บแผลสำหรับนักศึกษาพยาบาล
Development of the Suturing Wound Model for Nursing Students

Received: Aug 10, 2020
Revised: Dec 5, 2020
Accepted: Dec 29, 2020

เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ ปร.ด. (Petcharat Eiamla-or, Ph.D.)[1]
สุวดี ทะกัน พย.ม. (Suwadee Takan, MS.)[2]
เจตนา วงษาสูง พย.ม. (Jettana Wongsasung, MNS.)[3]
สมศรี รัตนปริยานุช วท.ม. (Somsri Ratanapariyanuch, MS.)[4]

Abstract

Introduction: One of the essential procedures required in clinical practice is suturing of simple wounds. Nursing students need to equip themselves in the nursing laboratory with basic skills and techniques in suturing in order to gain confidence and be well prepared before they apply this procedure to real patients in clinical setting. Skills gained in performing such a procedure further enhances student confidence, fosters a stress – free environment and saves cost.

Research objectives: This study was based on research and development research. The objective of the study was to develop a suturing and evaluation model based upon students' satisfaction levels. Students' satisfaction levels were used to determine the quality and value of the suturing model.

Research methodology: The study was conducted in two stages: (1) develop a suturing wound model and (2) evaluate satisfaction levels assigned to the suturing wound model. Thirty junior students participated in this study using a random sampling method. The questionnaire consisted of items pertaining to satisfaction levels of quality and value. The content validity of the questionnaire was evaluated by three experts. The reliability of the questionnaire was examined using Cronbach's coefficient alpha, resulting in 0.96. The data was collected and analyzed using paired t-test statistics once students sutured the wound model and after suturing meat.

Results: (1) the final suturing wound model was made from sponge and two silicone layers of tan skin, no foul odor, and was able to be used repeatedly. (2) Nursing students expressed higher

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก

[1]Corresponding author อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก
E-mail: petcharat@apiu.edu
[2,3,4]อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก,
[2]E-mail: suwadee@apiu.edu, [3]E-mail: jettana@apiu.edu, [4]E-mail: somsri@apiu.edu
[1234]Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University. 430 Pisanulok Road, Bangkok 10300, Thailand.

satisfaction levels regarding quality and value of the suturing model compared to meat ($p<.05$). Students displayed high levels of satisfaction in relation to the convenience of storage and ease of movement ($\bar{X}$ = 4.90, SD = 0.31) when compared to using meat ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 0.74). In terms of value, the suturing wound model can be used to practice repeatedly ($\bar{X}$ = 4.73, SD = 0.45) when compared with meat ($\bar{X}$ = 2.20, SD = 0.85). However, in regard to realistic properties of the skin, meat was closer to real skin ($\bar{X}$ = 4.07, SD = 0.79) when compared to the suturing wound model ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.66).

Conclusions: The suturing wound model is a valuable and appropriate tool that can be utilized to enhance suturing skills in laboratory settings. Students can repeat suturing applications on the model, develop technical skills, and gain confidence in suturing prior to applications in a clinical setting.

Implications for practice: This suturing wound model may be used in scenarios that would require wound suturing, such as in primary medical care, in emergency nursing or even for medical students looking to improve on their suturing skills and techniques in clinical setting.

Keywords: nursing student, part-task trainers, suturing wound model, wound

บทคัดย่อ

บทนำ: หัตถการที่พยาบาลต้องสามารถทำได้อย่างหนึ่งคือการเย็บแผลที่ฉีดขาดแบบธรรมดา ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องทำการฝึกทักษะการเย็บพื้นฐานในรูปแบบต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาลจนมั่นใจก่อนการเย็บในผู้ป่วยที่มีแผลฉีกขาดแบบธรรมดาในโรงพยาบาล ซึ่งการฝึกจนชำนาญจะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจ ไม่มีความวิตกกังวลและประหยัดค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ในการฝึก

วัตถุประสงค์การวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยพัฒนาแบบจำลองการเย็บแผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบจำลองและประเมินความพึงพอใจในคุณภาพและคุณค่าของแบบจำลองการเย็บแผล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การพัฒนาแบบจำลองการเย็บแผล และประเมินความพึงพอใจของแบบจำลองการเย็บแผล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพและคุณค่าของแบบจำลอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 โดยให้เย็บแบบจำลองหลังจากเย็บเนื้อจริงและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบจับคู่

ผลการวิจัย: (1) แบบจำลองการเย็บแผลพัฒนาจากฟองน้ำและซิลิโคน 2 ชั้น มีสีแทน ไม่มีกลิ่น และนำกลับมาใช้ซ้ำได้ (2) นักศึกษาพยาบาลให้คะแนนความพึงพอใจในคุณภาพและคุณค่าของแบบจำลองการเย็บแผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อสด ($p < .05$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ ด้านความพึงพอใจ พบว่า การเก็บรักษาและเคลื่อนย้ายได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.90, SD = 0.31) เมื่อเทียบกับเนื้อสด ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 0.74) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อด้านความมีคุณค่า พบว่า แบบจำลองมีค่าเฉลี่ยด้านการนำกลับไปฝึกซ้ำสูงกว่า ($\bar{X}$ = 4.73, SD = 0.45)

เมื่อเทียบกับเนื้อสด ($\bar{X}$ = 2.20, SD = 0.85) อย่างไรก็ตามความใกล้เคียงกับเนื้อจริง พบว่า เนื้อสดได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ($\bar{X}$ = 4.07, SD = 0.79) เมื่อเทียบกับแบบจำลอง ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.66)

สรุปผล: แบบจำลองการเย็บแผลที่พัฒนาขึ้น สามารถนำมาใช้ฝึกได้จริงในห้องปฏิบัติการ นักศึกษาพยาบาลสามารถนำมาใช้ฝึกทักษะการเย็บแผลในห้องปฏิบัติการได้จริง สามารถฝึกเย็บแผลได้บ่อยครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะการเย็บแผลและก่อให้เกิดความมั่นใจในการเย็บแผลมากขึ้นขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในคลินิก

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแบบจำลองการเย็บแผลไปใช้ในการฝึกเย็บแผลในสถานการณ์จำลองที่ต้องการการเย็บแผลในวิชาต่าง ๆ เช่น การรักษาเบื้องต้น การพยาบาลฉุกเฉิน หรือนักศึกษาแพทย์ที่ต้องการพัฒนาทักษะและเทคนิคการเย็บแผลจริงในคลินิก

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล ทักษะหัตถการ แบบจำลองการเย็บแผล แผล

Introduction

In Thailand, clinical practice procedures in clinical settings are a significant part of training nursing students[1]. Most clinical skills are unique to each discipline and are required to perform a specific clinical practice to deliver competent patient care[2]. However, in the clinical setting, there are limited training fields for clinical practices and students are spending a lesser amount of time within the hospital due to the structure of the current educational system[3]. Moreover, some institutions do not have their own clinical setting. Hence, institutions send their nursing students to practice in other hospitals for a specialty within certain areas. When it comes to clinical settings, patient safety is of utmost importance. Therefore, students need to be well prepared from class before they provide clinical care for patients. In a clinical setting, nursing students need proper knowledge and practical skills that are required from each specialized area. Clinical laboratory practice is a good method to train nursing students for the practice[4]. Learned skill is retained beyond the practice period; it can be recalled and executed competently in a variety of clinical settings[2]. This clinical skill is tested before an actual clinical practice period.

Basic surgical skills practiced on models and simulators have been widely used in surgical education[5]. In a study done by Tjoflåt, Våga, and Søreide[6], simulation-based interventions contributed significantly to nursing education, especially when it comes to major effects on the psychomotor domain. The research of Chiannilkulchai and Sutti[7] developed a colostomy bag as a model for practice. After the study, the students were able to repeat the practice, leading to more developed skills and increased confidence in clinical care settings. A meta-analysis by Kim, Park, and Shin[8] show that simulation-based nursing education is effective in various learning domains, especially the psychomotor domain. From the study of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs by Warren, Luctkar-Flude, Godfrey, and Lukewich[9], the result showed that students were more satisfied with simulation-based teaching in comparison to other methods.

In clinical practice, one of the essential requirements in the procedure is the suture of a simple wound[10]. Nursing students need to practice in the laboratory before they perform this procedure with real patients. The suture procedure for students is used to close distinct types of wounds, using distinct types of stitching such as simple, running, interrupted mattress on subcutaneous, subcuticular, and dermal closure. The surgical technique used to close a given wound depends on the force and direction of tensions on the wound, the thickness of the tissues, and anatomic considerations[11]. Moreover, surgical knots are essential for hemostasis and synthesis. The knots should be firm but without tension on the tissue. The distinct types of suture procedures and surgical knots should be practiced repeatedly until they can be performed quickly, effectively, and automatically[12]. Teaching faculties are continuously challenged to find models that mimic both the human body and conditions that require treatments to provide realistic experiences for students.

In the past, Mission Faculty of Nursing used meat as a model for suturing because the tissue layers of meat nearly mimic of human tissue. But meat has a limitation. First, the layer of animal skin is tough. If we used all layers of meat, students would have to apply a greater pressure on the suture needle than required on human tissue. This reduces the accuracy required for suturing in the actual clinical setting. Second, before the practice, the instructors must prepare the meat at least one day in advance. When students are not able to complete their tasks within class hours, the meat rots, and smells. Therefore, meat can be used only once and within a limited period. A single training session is not sufficient to assure the level of the skill required before entering clinical practice. Hence, students need repetitive suturing practice themselves before performing the procedure with real patients[13]. Moreover, using meat requires repeated purchases of meat and additional expenditure. The students then need to spend more money if they want to practice again. Lastly, numerous companies tried to replicate skin for suturing, but the cheapest faux skin was too sticky and not created for anesthetic injection. The more realistic the skin, the more expensive the training model is[14]. The study of Daungrat et al.[15] shows that the suturing model was developed from latex and is not realistic in color. Kumaresan and Karthikeyan[16] produced a suturing model from a fresh orange. It was cost efficient but could not be stored for several days due to the dehydration of the orange. From all these stated limitations, the research goal was to develop and produce a suturing wound model for nursing students. This model may be placed in a box that can be carried. The model is developed from a tightly textured sponge that provides a similar feeling to real flesh. This model offers the possibility to insert artificial blood but may be subjected to air drying. The skin is made from a thin silicone layer whose texture mimics that of real skin. Nursing students can use this model to practice as often as needed. The more they practice, the firmer it becomes. They will be able to practice as often as they wish, until they gain the required confidence before training in the clinical setting. This model is a better alternative than using live animals which have the potential for infections. This also helps reduce expenditure for institution[12]. The suturing wound model will help students improve their surgical procedure performance under semi-realistic circumstances. It will also help them develop suturing skills in a stress-free environment and save costs.

Research framework

The suturing wound model was developed using the concept of Part-Task Trainers (PTTs). PTTs are simplified models designed and used to teach and introduce a specific skill or the performance of a whole task[17-20]. PTTs allow students to use specialized devices for repeated practice of a specific medical skill by gaining knowledge of the basic procedure[17,18,21]. The suturing wound model was developed for nursing students to improve suturing skills. They can make mistakes by suturing in a stress-free environment and at a reduced cost where instructors can openly give feedback. When students become familiar with a basic skill, they can be better prepared when suturing actual patients while undergoing procedure[17].

Research objectives

1. To develop and produce a suturing wound model for nursing students.

2. To evaluate students' satisfaction level on the quality and value of a suturing wound model.

Research methodology

Population and Sampling

1. The population consisted of ninety-two junior students.

2. The sample size of this research adhered to Burn & Grove's[22] principles for determining the appropriate sampling of the research. Power analysis is the best method to calculate the sample size if the information is available. However, this kind of research has never been done before. The recommendation of at least thirty subjects was followed in the study. After providing detailed information about the research project, 78 of the 92 junior students were interested in participating in the project. Then, 30 participants were selected by using a simple random sampling method from the 78 junior students that were the sample of this study.

Research Design and Method

This study used research and development design to develop a suturing wound model to enhance suturing skills among nursing students. This research was conducted in 2 stages.

Stage 1: Development of a suturing wound model.

Stage 2: Evaluation of students' satisfaction on the quality and value of a suturing wound model.

Stage 1: Development of a suturing wound model. This stage consisted of two parts.

Part 1: Designing the suturing wound model. This part consisted of six steps.

Step 1: Analysis of problems caused by traditional methods used in the past. This was achieved by interviewing thirty senior students. The identified problems were the smell of meat and its limited use (only once). After class, students needed to find a proper place to discard the pieces of used meat.

Step 2: Anatomical study of the skin layer to create the most realistic suturing wound model. The researcher studied a manikin model provided by a company. The following issues were identified: a) the manikin was very costly b) the cheapest manikin was too sticky. Hence, it caused students to apply greater pressure on the suture needle than required making students unable to get the right feel of suturing c) the manikin was not designed for anesthetic injection.

Step 3: Preparation of equipment needed to produce the suturing wound model includes the following:

1) Silicone for skin layer

2) Sponge for muscle 17 x 10 x 2.5 cm.

3) Artificial blood

4) Suture set

5) Plastic box

6) Skin color (yellow and tan)

7) Others (syringe, needle, weight scale, glass, wood)

Step 4: Production of the suturing wound model includes two steps:

1) Apply dye to the sponge to produce a red color. The red color makes the sponge look like muscles. (Figure 1)

2) Coat two layers of silicone onto the sponge. (Figure 2)

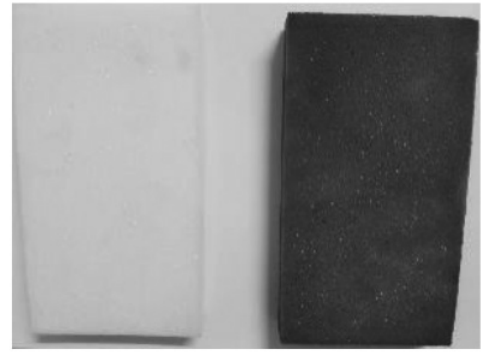


Figure 1 Dyeing the sponge to red.

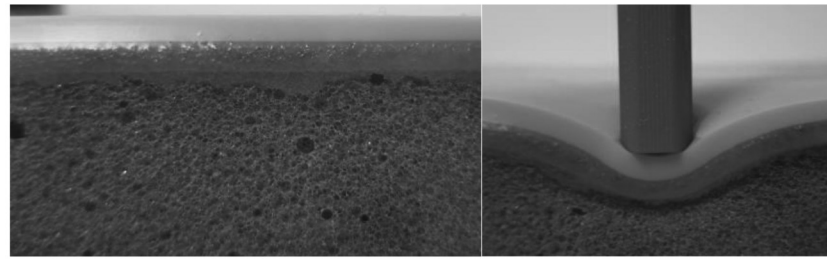


Figure 2 Skin of the model

Step 5: The suturing wound model was given to three experts: two surgeons and one nurse who have worked in the emergency department for more than ten years. Their task was to improve the model. All experts shared similar comments, the model was good for suturing; but the outer layer was a little bit sticky; and the color of the skin was too bright. The researcher changed the formula of the outer layer to soften it and gradually changed color. Each version was sent to three experts to be evaluated. Researchers developed the suturing wound model until the last version (Figure 3)

Step 6: Trial

1) The researchers prepared pieces of meat and the suturing wound model.

2) The researchers met with the junior students and informed them about the objectives, risks, and benefits of the research. Thirty participants were randomly selected from the junior class and sought permission before the trial.

3) Participants were asked to suture the meat followed by experimenting on the suturing wound model. (Figure 4)

4) After trying both types of suturing, participants were asked to answer the questionnaire.

All thirty participants indicated preference towards the suture wound model in contrast to meat. This was due to the lack of smell, convenience in carrying and storing of the model, and the possibility of multiple uses.



Figure 3 The skin color of the suturing wound model



Figure 4 Participants are suturing the wound model

Part 2: Creating and developing a questionnaire. This part consisted of three steps.

Step 1: The questionnaire for this research was based on the questionnaire developed by Chiannilkulchai and Sutti[7] and Daungrat et al.[15]. The questionnaire was divided into two sections: (1) satisfaction of the quality of the suturing wound model for suture practice and (2) value of the application of suturing wound model for suture practice. A five-point rating scale was utilized as follows: excellent, exceptionally good, good, fair, and poor.

Steps 2: Validity testing: The questionnaire was tested for Content Calidity Index (CVI) according to the ratings of three experts: two surgeons and one nursing instructor. The total value that experts gave to each item was divided by the number of experts and the overview which was 1.

Steps 3: Reliability testing: questionnaire reliability test conducted among thirty junior students. Cronbach's alpha coefficient was 0.96.

Stage 2: Evaluation of satisfaction and value of the suturing wound model:

1. The researchers prepared pieces of meat and the suturing wound model.

2. Contacted the instructor who was responsible for teaching Primary Medical Care and explained the project and asked for the available time needed for research.

3. The researcher met with the 92 junior students and informed them of the objectives, risks, and benefits of the research. Seventy-eight of the ninety-two junior students were interested in participating in the project. The thirty participants were randomly selected from 78 junior students, and permission was sought before the start of data collection.

4. The researcher prepared a surgical suture set: tray, needle, syringe, water, needle holder, forceps, scissors, gloves, silk, and suturing model (Figure 5)

5. The participants started to suture using a piece of meat (Figure 6) then followed by the suturing wound model. (Figure 7-8)

6. After both suturing experiments, participants were asked to answer the questionnaire.



Figure 5 Surgical suture set



Figure 6 Meat suturing



Figure 7 Injecting anesthesia



Figure 8 Nursing students are suturing the suturing wound model

Protection of human subjects

Research ethics approval was obtained from the Institutional Review Board of the Asia - Pacific International University (IRB) (AIU 151/2562-RRDC2019-48, April 25, 2019). Participants were provided detailed information of the study, risks, and benefits, including the right to refuse or withdraw at any time. They were informed that participation in the research would not affect their score in any of their subjects and were asked to sign a consent form.

Data analysis

After completing data collection, the descriptive statistics were used for general data. A paired t-test was used to compare the student's satisfaction in quality and value between the suturing wound model and meat ($p \leq .05$).

Results

Among the thirty participants, majority were female (90%) with an average age of 21.3 years (SD = 1.3). From the results of designing, producing, and developing the suturing wound model, the last version of the suturing wound model had tan skin and was made from sponge and two silicone layers. The model produced no foul odor, had the capability to inject anesthesia, and can be used repeatedly.

The mean of the satisfaction in the quality of the suturing wound model was higher than meat. Participants reported a high level of satisfaction for the suturing wound model in terms of convenience in storage and ease of movement ($\bar{X}$ = 4.90, SD = 0.31) when compared with meat ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 0.74). Moreover, they were more satisfied with the lack of odor of the model ($\bar{X}$ = 4.77, SD = 0.68) in comparison to meat ($\bar{X}$ = 1.97, SD = 0.85). In terms of replicating the real skin, meat was closer ($\bar{X}$ = 4.07, SD = 0.79) than the suturing wound model ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.66). Overall, the satisfaction in quality was higher with the suturing wound model when compared to meat. (Table 1)

Table 1 Mean and SD of student satisfaction levels in the quality of meat and the suturing wound model (n = 30)

Items	Meat		The suturing wound model	
	Mean	SD	Mean	SD
1. Convenience in practice and repeated use	3.67	0.76	4.67	0.48
2. Closer to the real skin	4.07	0.79	3.80	0.66
3. Appropriate equipment for practice	3.67	0.71	4.57	0.57
4. Appropriate size for practice	3.80	0.61	4.47	0.63
5. Ease of storage and movement	2.27	0.74	4.90	0.31
6. Durability for repeated use and practice	2.13	0.73	4.67	0.61
7. The smell of the model	1.97	0.85	4.77	0.68
8. Cost efficiency	2.50	0.68	4.30	0.79
Overall satisfaction with quality	3.01	0.87	4.52	0.30

Based on results of the satisfaction of value of the suturing wound model, the overall mean was higher than meat, especially on the ability to do repeat practices, the mean of the suture model ($\bar{X}$ = 4.73, SD = 0.45) was higher than meat ($\bar{X}$ = 2.20, SD = 0.85). (Table 2)

Highlights the results of paired t-test, there was a statistically significant difference in satisfaction scores in all aspects between meat and the suturing wound model ($p < .05$). The result indicates that the suturing wound model can be used to practice suturing. (Table 3)

Table 2 Mean and SD of student satisfaction levels in the value of the suturing wound model (n =30)

Items	Meat		The suturing models	
	Mean	SD	Mean	SD
1. The model can be used to practice for suturing	4.00	0.70	4.37	0.72
2. The model can be used to practice repeatedly	2.20	0.85	4.73	0.45
3. Met the objective for practicing	3.37	0.81	4.30	0.70
4. The model was a good medium for self-study	3.50	0.63	4.57	0.57
5. More understanding of suturing after using the model	3.87	0.63	4.37	0.76
6. More confidence after practicing using the model	3.70	0.70	4.20	0.66
Overall satisfaction in value	3.44	0.65	4.42	0.25

Table 3 Comparison of student satisfaction levels between meat and the suturing wound model (n = 30)

	Topic	Mean	SD	paired t- value	P value
1. Satisfaction of the quality	Meat	3.01	0.87	16.180*	.000
	The suturing wound model	4.52	0.30		
2. Satisfaction of valuable	Meat	3.44	0.65	8.366*	.000
	The suturing wound model	4.42	0.25		
3. Overall satisfaction	Meat	3.19	0.23	14.219*	.000
	The suturing wound model	4.48	0.25		

*$p < .05$

Discussion

The finding shows a statistically significant difference in satisfaction scores. The mean values obtained for satisfaction based on quality and value aspects of the suturing wound model were higher than meat. It suggests that the suturing wound model increases the opportunity for students to practice their surgical skills. Pertaining to the concept of PTTs, nursing students can use the suturing wound model for basic practice in preparation for more complicated suturing techniques. Trials and errors coupled with repeated practices will lead to better performance providing them with confidence when they must treat patients with simple wounds.[17-18] However, when they face complicated wounds, they can modify basic suturing techniques to help patients. The more experience, the more suture techniques can be created in special situations. The suturing wound model can help nursing students develop their psychomotor skills. These findings are consistent with the study by Chiannilkulchai and Nunthawong[23]. The result of the intramuscular injection model acts as a part-task trainer that is suitable for nursing students to repeat practice and develop more laboratory skills which will enhance their confidence within the clinical setting.

Regarding the quality of the model, the suturing wound model has a higher level of satisfaction based on quality when compared to fresh meat. The result shows a significant statistical difference in all aspects of satisfaction ($p<.05$). This result is similar to the study of Daungrat et al[15] which found that the latex model had higher quality, is more durable, and is reusable in comparison to fresh meat.

With regards to the comparison of smell, the mean values of both meat and the suturing model were different. It is not surprising because meat must be prepared one day before practice. When students could not complete their task within the same day, that piece of meat was kept for the next day. Hence, the meat became rotten and emitted a foul odor. The alternative for repeated practices is to keep purchasing fresh meat which can drain a student financially. In terms of durability, meat is nearly the same when compared to the study conducted by Kumaresan and Karthikeyanthat of a fresh orange that could be stored for only two or three days. After that, the skin got dried and lost its resilient nature[16]. Further, to cultivate psychomotor skills, a single training session is not sufficient to assure the level of required skill in a clinical setting. This model can help reduce expenditure related to clinical skills for students. This outcome is confirmed by the mean value for convenience of storage and ease of movement. The suturing model had a higher score ($\bar{X}$ = 4.90, SD = 0.31) when compared with meat ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 0.74). The findings are consistent with the study by Chiannilkulchai and Sutti[7]. In the colostomy bag model, students were able to repeat practice, which led them to develop more skills and confidence while practicing in clinical care settings.

This study has especially significant implications due to the outbreak of the Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) that has spread to more than 100 countries all over the world with more than 242,348,657 confirmed cases of COVID-19, and more than 4,927,723 deaths. Current knowledge on COVID-2019 indicates that this virus can be transmitted from animals to humans in live animal markets and from humans to humans[24]. This information still lacks reliable supporting data and use of this artificial suturing wound model can protect nursing

students from getting infected.

In terms of the value of this suturing model, the overall mean is higher than fresh meat, especially in the aspect of repeated practices. Meat can be used only once but suture procedure practices need to be repeated multiple times. The different types of suture procedures and surgical knots should be practiced repeatedly until they can be performed quickly, effectively, and automatically[12]. Our findings are supported by results from Chiannilkulchai and Nunthawong[23] where nursing students show a very high degree of satisfaction with the artificial pus wound model in terms of its worthiness.

Implications for practice

This model can be used in scenarios that require suturing such as primary medical care, emergency nursing to help nursing, or medical students looking to improve their suture techniques.

Implications for future research

Looking into the future, the simulation lab will play an important influential role in clinical practices. This will enable nursing students to focus on their performance skills and on their ability to independently practice in clinical settings. After much repeated utilization of this model, future research will be needed to identify the quality suturing method from within the actual clinical setting.

Conclusions

The suturing wound model had tan skin and was made from sponge and two silicone layers. The model was able to be used repeatedly with the capability to inject anesthesia. Nursing students reported a high level of satisfaction for the suturing wound model in terms of quality and value compared to fresh meat. Additionally, it provides an opportunity for repeated practices. The suturing wound model presented here, maybe instrumental in enhancing student confidence using appropriate skills and techniques in wound suturing. It is however recommended that frequency in using this model be increased to further build confidence and enhance suturing skills and techniques among nursing students. Furthermore, the result of this research may fill the existing gap in nursing education in general, and the student's readiness and lack of skills in clinical practice in particular.

Acknowledgement

Funding support for this research was provided by the Mission Faculty of Nursing and Asia-Pacific International University. We would also like to express our appreciation to all the experts who helped with validation, including all their valuable recommendations and comments on this study. Our appreciation also goes to all the nursing students for their willingness to participate in this study.

References

1. Weerawatthanodom N, Sirisakulpaisal B, Chairat T, Bangthamai P. Evaluation of nursing practice by the objective structured clinical examination (OSCE). Journal of Health and Nursing Research 2020; 36(1): 238-45 (in Thai)
2. Nicholls D, Sweet L, Muller A, Hyett J. Teaching psychomotor skills in the twenty-first century: revisiting and reviewing instructional approaches through the lens of contemporary literature. Medical Teacher 2016; 38(10): 1056-63. doi.org/10.3109/0142159X.2016.1150984
3. Korhan EA, Yilmaz DU, Celik GO, Dilemek H, Arabaci LB. The effects of simulation on nursing students' psychomotor skills. IJOCS [Internet]. 2019 [cited 2019 May 1]; 12(1): 185-95. Available from: http://www.ijocs.org/clinical-journal/the-effects-of-simulation-on-nursing-students-psychomotor-skills-12438.html
4. Solvik E, Struksnes S. Training nursing skills: a quantitative study of nursing students' experiences before and after clinical practice. Nursing Research and Practice 2018; Article ID 8984028: 1-9. doi.org/10.1155/2018/8984028
5. Swanwick T, Forrest K, O'Brien B C. Understanding medical education: Evidence, theory, and practice. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2019. p. 151-54.
6. Tjoflåt I, Våga BB, Søreide E. Implementing simulation in a nursing education program: a case report from Tanzania. Advances in Simulation 2017; 2(17): 1-4. doi: 10.1186/s41077-017-0048-z
7. Chiannilkulchai N, Sutti N. Design and development of the colostomy bag model for person who has colostomy. Songklanagarind J Nurs 2017; 37(3): 61-73. (in Thai)
8. Kim J, Park J, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. BMC Medical Education 2016; 16(152): 1-8. doi 10.1186/s12909-016-0672-7
9. Warren JN, Luctkar-Flude M, Godfrey C, Lukewich J. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. Nurse Education Today 2016; 46: 99-108. doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.023
10. Saleekul S, Tipkanjanaraykha K. The objective structured clinical examination (OSCE) to evaluate clinical skills of nursing Students. Journal of Health and Nursing Research 2019; 35(2): 38-43. (in Thai)
11. Kudur MH, Pai SB, Sripathi H, Prabhu S. Sutures and suturing techniques in skin closure. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2009; 75(4): 425-34. doi: 10.4103/0378-6323.53155
12. Denadai R, Toledo A, Souto L. Basic plastic surgery skills training program on inanimate bench models during medical graduation. Plastic Surgery International 2012; Article ID 651863: 1-12. doi:10.1155/2012/651863
13. Jermworapipat S, Sirisupluxana P, Paiboontananon J, DhabDhimsri V, Kemkhan P. The effects of objective structured clinical examinations (OSCEs) assessment for the clinical skills and satisfaction

of the adult and elderly nursing comprehensive practice achievement test in junior nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017; 33(3): 91-100. (in Thai)

14. Reznick RK, MacRae H. Teaching surgical skills -changes in the wind. N Engl J Med 2006; 355: 2664-9.
15. Daungrat B, Yantarapakon A, Jirasinthipok T, Sayorwan W, Ratanawiboolsook N, Saleepang N. Development of latex arm model for suturing practice. Journal of public health and development 2009; 7(1): 47-60. (in Thai)
16. Kumaresan R, Karthikeyan P. An inexpensive suturing training model. J Maxillofac Oral Surg 2014; 13(4): 609-11. doi 10.1007/s12663-013-0546-z
17. Gonder ME, Holtmann M, Waldman SD. Simulation technology in anesthesia education. In: Demiroz E, Waldman SD, editors. Optimizing medical education with instructional technology. Hershey, PA: IGI Global; 2019. p. 36. doi: 10.4018/978-1-5225-6289-4.ch003.
18. Idris F, Zakariaa NA, Lowb CY, Hanapiahc FA, Othmana NA. System integration of an upper limb disorder part-task trainer with PC-based control. Procedia Comput Sci 2017; 105: 328-32. doi: 10.1016/j.procs.2017.01.236
19. Robinson AR, Gravenstein N, Cooper LA, Lizdas D, Luria I, Lampotang S. A mixed-reality part-task trainer for subclavian venous access. Simul Health 2014; 9(1): 56-64. doi: 10.1097/SIH.0b013e31829b3fb3
20. Wilson L, Rockstraw L, Wilson D. Human simulation for nursing and health professions. New York: Springer Pub; 2012.
21. Privitera MB, Evans M, Southee D. Human factors in the design of medical devices - approaches to meeting international standards in the European Union and USA. Appl Ergon 2017; 59(Pt A): 251-63. doi: 10.1016/j.apergo.2016.08.034.
22. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017. p. 542-3.
23. Chiannilkulchai N, Nunthawong J. Development of an artificial pus wound model to improve second-year nursing students' skill in performing wound swab culture. Thai Journal of Nursing Council 2016; 31(1): 32-43. (in Thai)
24. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports [Internet]. 2021 [cited 2021 October 23]. Available from: https://covid19.who.int/