



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 Vol.38 No.3 September - December 2022

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

บทความวิชาการ

การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่มีภาวะไฮเปอร์ออสโมลาริโอเปอร์โกลเซมิก: กรณีศึกษา
กัลปิงหา โชสิวสุกุล แสงทอง อีระทองคำ ยมพร ศักดานภาพ ปฐมภรณ์ ทองเดิม

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา
กฤษณาพร ทัพย์กาญจนเวช ลาลิน เจริญจิตต์

การกระตุ้นการดูดกลืนเพื่อส่งเสริมการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด :
บทพยาบาล
ผกามาส ดงศิริ เจนจิรา แม้นประเสริฐ กรรณิกา หงษ์ศิริ

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
อิสรา โยริยะ เจษฎาภรณ์ อิก้าเหน็ด โสภา รักษาธรรม

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ในเขตภาคกลาง ประเทศไทย
กิตติพงษ์ พิณจันทร์ สุนิดา ปริชาวงษ์

การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำ
จังหวัดเลย
จันทร์รา หอมวิจิตรกุล วีระนุช แยมยิ้ม พรกมล ระหาญนอก ปิยะพงษ์ ชุมศรี

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ
ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ
ชวนพิศ เจริญพงศ์ จุริภรณ์ เจริญพงศ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
ชุดิกกาญจน์ อัครรุ่ง ทิวา มหาพรหม สุวัฒนา เกิดม่วง ศักติกร สุวรรณเจริญ

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย
ที่มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูง
โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์
ดลพร ดันตงศักดิ์กุล วิมา เทียงธรรม ปาหนัน พิชญ์ภิญโญ

ประสิทธิผลการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญยืน อรุณช ชูศรี ณัฐพร ใจงาม

ประสิทธิผลการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน เรื่อง การพยาบาล
อนามัยครอบครัว ต่อความพร้อมในการเรียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึง
พอใจของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19
ธิดา ทอวิเชียร กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์
บุญธิดา เทือกสุบรรณ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน
ภัควัฒน์ บุญเจริญพงษ์เดช ทำดี ณัฐธยาน์ สุวรรณศุภนาศน์

สำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและ
แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ภัทรภณ แจ่มมิน สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์

ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการรักษา และการเข้าถึงบริการ
ที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี ในโรงพยาบาลรามาริบัติ
ละออ นาคกุล ณัฐพร แสนมีมา วรมิณ สุขสุวรรณ สมนึก สังฆานุภาพ

การศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน:
การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง
วนิดา ศรีพรหมชาสมพร รุ่งเรืองกลกิจนิษฐา นันทบุตร

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ ทูตัญญู และศศิณัฐ
ศิริวรรณ ชูกำเนิด ผาณิต หล่อเจริญ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา
จารุณี วาระหัส อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง

ภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565 - 2569)
ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาล
ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
สุกิจ ทองพิลา วัชรพัฒน์ อยู่ในคิด บุญใจ ศรีสถิตยารากร

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารต่อรอบเอว
และความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนลงพุง
สุนันทา ปกป้อง ปาหนัน พิชญ์ภิญโญ สุณัย ละกำป็น กรภัทร มยุระสาร

เจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดสระบุรี
สุภาภรณ์ เทพพานิช กันยารัตน์ อุบลวรรณ จิราพัชร ชัดแสน

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการส่งเสริมความตั้งใจ
ในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงตอนต้น
สุภาวดี กุลสุวรรณ พัชรพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนาจลัดยี่ซื่อ อาภาพร เผ่าวัฒนา

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
สุกิดา จิตต์สม ภรณ์พร เสงอุณหทรัพย์ พิชาณัฐ อินทะพุด

นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิว
ของทารกแรกเกิด: กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
เสาวนีย์ หนูนาค พัทยา แก้วสาร บุญทิพย์ สิริวัตรศรี

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลัก
ประกันสุขภาพวิสาหกิจเพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์
อดิญาณ์ ศรเกษตริน พัทย์ ชูกันหอม วรวิมล แสงทอง สุทธนันท์ กัลละ

สุขภาพทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
ในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย
สุภาพร อุดสาเห ณัฏฐ์ ปัญญ์โพธิ์วัฒน์



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

Vol. 38 No. 3 September – December 2022

บรรณาธิการ	ดร.ขวัญตา บุญวาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.กุลธิดา พาณิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
	อ.ศศิวิมล บุรณะเรข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
กองบรรณาธิการ		
ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ		คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย นายกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ประเทศไทย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย ประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สมากรพยาบาล ประเทศไทย
Prof. Dr. Henrik Eriksson		Department of Health Sciences, The Swedish Red Cross University College and Department of Health Sciences, University West, Sweden
Prof. Dr. Hsing-Mei Chen		Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan
ดร.ศุภรใจ เจริญสุข		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ดร.ณัฐวรรณ คำแสน		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช		สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ประเทศไทย
ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล		คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
ดร.พนารัตน์ วิเศษเทพนิมิต		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ดร.ปฐมภรณ์ ทองเดิม		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ดร.ปัญญาดี ทองแก้ว		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 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

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข
นางสาวสุวิมล อินทร์วิเศษ
นางสาวรุ่งกานดา ภูมิรา

พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612
cuprint@hotmail.com



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

Vol. 38 No. 3 September – December 2022

Editor	Dr. Kwanta Boonvas	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
Assistant Editors	Dr. Kultida Panidchakul	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Sasiwimon Booranarek	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
Editorial team	Professor Emeritus Dr. Pimpan Silapasuan	Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol	Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Siriphun Siriphun	Faculty of Nursing, Narathiwat Rajanagarindra University, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Laiad Chaemchan	Faculty of Nursing, St. Louis College, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian	The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand
	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
	Dr. Sukjai Charoensuk	Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Dr. Natawan Khumsaen	Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Nantaga Sawasdiapanich	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Doungnetre Thummakul	Faculty of Nursing, Suan Dusit University
	Dr. Panarut Wisawatpanimit	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Dr. Pathamaporn Thongterm	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
	Dr. Panyawadee Thongkaew	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
Office:	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2/1 Phayathai Road, Ratchathewi, Bangkok 10400 Thailand Tel. 66-2-354-8241 Ext. 3405 Fax. 66-2-2354-8251 E-mail: journalbcn@bcn.ac.th https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok	

Objectives:

1. To disseminate research articles and academic articles on nursing and related sciences.
2. To be a medium for exchanging knowledge and experiences in nursing, education and related sciences.
3. To be a source of academic presentations for health personnel.

The publication of 3 issues /year

Issue 1 January - April
Issue 2 May - August
Issue 3 September - December

Owner: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

Journal Management Department

Sasiwimon Booranarek
Suwinan Inwiset
Rungkanda Phummara

Publisher

Chulalongkorn University Press
Tel. 66-2-218-3549, 66-2-218-3549-50
Fax. 66-2-215-3612
cuprint@hotmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ
Journal of Health and Nursing Research
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 Vol. 38 No. 3 September - December

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

1. รศ.ดร.จิณพิชญ์สา สาสีมาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
2. รศ.ดร.ภรภัทร เสง้อุดมทรัพย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. รศ.ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
4. รศ.ดร.วรรณิ เตียววิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
5. รศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
6. ผศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
7. ผศ.ดร.ณิกานต์ ทรงไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
8. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
9. ผศ.ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
10. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
12. ผศ.ดร.พิมสุภาว จันทนะโสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
13. ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. ผศ.ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
15. ผศ.ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
16. ผศ.ดร.วรรณวดี ฦกค นักวิชาการอิสระ
17. ผศ.ดร.วรรณภา พาหุวัฒนกร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
18. ผศ.ดร.วัชรภรณ์ เขียววัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ก่อการบุญ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
19. ผศ.ดร.วาริ กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
20. ผศ.ดร.วิริณี กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
21. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
22. ผศ.ดร.สมนึก สกฤทท์โสภณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
23. ผศ.ดร.สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
24. ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
25. ผศ.ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
26. ผศ.ดร.อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
27. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนาเรชา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ
28. ดร.กัณตภณ เชื้อฮ้อย คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
29. ดร.กุลธิดา พานิชกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ
30. ดร.ชญารณ เอกธรรมสุทธิ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|--------------------------------|---|
| 31. ดร.ณัฐวรณ คำแสน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 32. ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 33. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 34. ดร.พรเลิศ ชุ่มชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 35. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 36. ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 37. ดร.มาสริน ศุกลปักษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 38. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 39. ดร.สนธยา มณีรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 40. ดร.สมจิตต์ สิ้นรัชชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 41. ดร.สุดคณิง ฤทธิฤชัย | วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข |
| 42. ดร.สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 43. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 44. ดร.แสงดาว จันทรดา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 45. ดร.อดิพร สำราญบัว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 46. ดร.อุไร นิโรธนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี |

สารบัญ
ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

บทความวิชาการ

การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่มีภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก: กรณีศึกษา กัลปงหา โชสิวสุกุล แสงทอง ชีระทองคำ ยมพร ศักดานุภาพ ปฐมาภรณ์ ทองเดิม	1
บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา ลาลิน เจริญจิตต์	12
การกระตุ้นการดูดกลืนเพื่อส่งเสริมการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล ผกามาส ตงศิริ เจนจิรา แม้นประเสริฐ กรรณิกา หงษ์ศิริ	26
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อิสรา โยริยะ เจษฎาภรณ์ อิก้าเหน็ด โสภา รักษาธรรม	38

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ สุนิดา ปรีชาวงษ์	48
การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย จันทิรา หอมวิจิตรกุล วีระนุช แยมยิ้ม พรกมล ระหาญนอก ปิยะพงษ์ ชุมศรี	61
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ชวนพิศ เจริญพงศ์ จุริภรณ์ เจริญพงศ์	71
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ชุติกัญจน์ ฉัตรรุ่ง ทิศา มหาวรรณ สุวัฒนา เกิดมวง ศักติกร สุวรรณเจริญ	82
ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ดลพร ต้นทงศักดิ์กุล วิภา เทียงธรรม ปาหนัน พิชญ์ภิญโญ	91
ประสิทธิภาพการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญเย็น อรุณ ชูศรี ญัฐพร ใจงาม	105
ประสิทธิภาพของการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว ต่อความพร้อมในการเรียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ธิดา ทองวิเชียร กมลรัตน์ กิตติพิพนันท์	117
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ บุญธิดา เทือกสุบรรณ	128
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน ภักดีวัฒน์ บุญเจริญธนพงษ์ เดชา ทำดี ญัฐยานี สุวรรณคฤหาสน์	143
สำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภัทรภณ แจ่มมิน สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์	155
ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการรักษา และการเข้าถึงบริการที่มีผลต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลรามธิบดี ลลอบ นาคกุล ญัฐพร แสนมีมา วรมิณช สุขสุวรรณ สมนึก สังฆานุภาพ	166

สารบัญ
ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

การศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน: การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง วนิดา ศรีพรหมษา สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ขนิษฐา นันทบุตร	179
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ศิริวรรณ ชูกำเนิด ผาณิต หลีเจริญ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา จารุณี วาระห์ส อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง	189
ภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สุกิจ ทองพิลา วยุฑฒ์ อยู่ในศีล บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร	201
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารต่อรอบเอวและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อ้วนลงพุง สุนันทา ปกป้อง ปาหนัน พิชัยบุญโญ สุณีย์ ละกะปิ่น กรภัทร มยุระสาคร	213
เจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสระบุรี สุภาภรณ์ เทพพานิช กันยารัตน์ อุบลวรรณ จิราพัชร ชัดแสน	225
โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการส่งเสริมความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรม ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงตอนต้น สุภาวดี กุลสุวรรณ พัทธพร เกิดมงคล ขวัญใจ อำนจสัจย์เชื้อ อาภาพร เผ่าวัฒนา	237
ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สุภาภา จิตต์สม ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ พิชาญญู อินทะพัฒน์	249
นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด: กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เสาวนีย์ หนูนาค พัทยา แก้วสาร บุญทิพย์ สิริรังศรี	262
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ อดิยาณ์ ศรีเกษตริน พิชรี ชูกันหอม วรุฒิ แสงทอง สุธานันท์ กัลกะ	275
สุขภาวะทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย สุภาพร อุตสาหะ นิชาธิ์คม ปัญจโพธิวัฒน์	286

Content

Volume 38 Number 3 September - December 2022

Articles

Promoting Self-Management among Diabetic Elderly Patients with Hyperosmolar Hyperglycaemic State: Case Study	1
Kallapungha Chosivasakul Sangthong Terathongkum Yomporn Sakdanupab Pathamaporn Thongterm	
The Nurse Role for Symptom Management of Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case Study	12
Kitsanaporn Tipkanjanaraykha Lalin Charoenchit	
Sucking Stimulation for Promoting Oral Feeding in Preterm Infants: Nurse's Roles	26
Phagamas Tongsiri Janjira Manprasert Kannika Hongsiri	
Nursing Care for Critically ill Patients with Coronavirus Disease 2019	38
Esara Yoriya Jetsadaporn I-gumnerd Sopah Raksatham	

Research Articles

Factors Predicting Self-Care of Patients with Heart Failure in Central Region, Thailand	48
Gitipong Pinichpan Sunida Preechawong	
Development on Strategies for Holistic Health Promotion of Prisoners in Loei Provincial Prison	61
Janthira Homvijitkul Weeranuch Yamyim Pornkamon Rahannok Piyapong Choomsri	
The Effects of Health Behavior Promotion Program on Health Behavior and Blood Pressure in Primary Hypertensive Patients	71
Chuanpit Charoenpong Jureeporn Jaroenpong	
Factors Associated with Depression in Nursing Students	82
Chutikarn Chatrung Tiwa Mahaprom Suwattana Kerdmuang Sakdikorn Suwanchareon	
The Effects of a Stroke Prevention Program among Comorbid Hypertensive, Diabetes Mellitus, and Hyperlipidemia Patients by Applying Protection Motivation Theory with Telephone Follow-up	91
Donlaporn Tunthanongsakkul Weena Thiangtham	
The Effectiveness of Enhancing the Potential of Caregivers in Managing Health Care for the Dependent Older Adults	105
Doungetre Thummakul Renu Kwanyuen Orranuch Chusri Natrapee Jaingam	
The Effectiveness of Online Team-Based Learning in a Subject of Family Health Nursing on Self-Direct Learning Readiness, Learning Outcome and Satisfaction in Nursing Students under COVID-19 Pandemic	117
Thida Tongvichean Kamonrat Kittipimpanon	
Factors Influencing Intent to Stay among Professional Nurses In Hospitals	128
Boontida Theucksuban	
Health Literacy and Self-Care Behaviors among Older Persons with Psoriasis	143
Pakkawat Booncharoenthanapong Decha Tamdee Nattaya Suwankruhasn	
A Survey of Occupational Health Hazards at the Center for Primary Care and Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University	155
Pattarapon Jammin Surasak Buranatreveth	

Content

Volume 38 Number 3 September - December 2022

Relationships of Personal Characteristics, History of Treatment and Access to Care through Medication Adherence among Women Living with HIV in Ramathibodi Hospital Laor Nakgul Nutaporn Sanmeema Worramin Suksuwan Somnuek Sungkanuparph	166
A Study of Guidelines for Volunteer Development Being Elderly Caregiver by Community: A Focused Ethnography Wanida Sripromsa Somporn Rungreangkulkij Khanitta Nuntaboot	179
Registered Nurses' Competencies in Nursing for Patients with COVID-19 of Primary, Secondary, and Tertiary Care Units Siriwan Chukumnird Phanit Leecharoen Sakkarin Suwanwaha Jarunee Warahut Apisit Chuakompeng	189
The Scenario of the Bachelor of Nursing Curriculum (During 2022-2026) from Perspectives of Nursing Students Studying in Nursing College under the Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health Sukit Thongpila Waiyawut Yoonisil Boonjai Srisatidnarakul	201
The Effects of Diet Change Program on Waist Circumference and Blood Pressure in Hypertensive Patients with Abdominal Obesity Sunantha Pokpong Panan Pichayapinyo Sunee Lagampan Korapat Mayurasakorn	213
Attitudes toward Persons with Physical Disability Among Village Health Volunteers in Saraburi Province Supaporn Teppanich Kanyarat Ubolwan Jirapat Katsaen	225
The Program of Theory of Planed Behavior in Promoting Intention to Abstinence from Sexual Behavior in the Early Female Adolescents Suphawadee Kunsuwan Patcharaporn Kerdmongkol Kwanjai Amnatsatsue Arpaporn Powwattana	237
Psychosocial Factors Influencing Cyberbullying Victimization among Upper Secondary School Students Supisa Jitsom Pornpat Hengudomsub Pichamon Intaput	249
The Innovative Prototype Equipment of Skin Color Screening for Neonatal Jaundice: A Case Study at Banmi Hospital, Lopburi Saowanee Noonmark Pattaya Kaewsan Boontip Siritarungsri	262
Capacity Development and Standardization Implementation of Buddhist Health Insurance Coordination Mechanism to Increase its Perception of Universal Health Coverage of Monks Atiya Sarakshetrin Phatcharee Chookanhom Worawut Saengthong Suthanan Kunlaka	275
Mental Health Status and Related Factors among Migrant Workers in Special Economic Zones, Chiang Rai Suphaphorn Utsaha Nicharuch Panjaphothiwat	286

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีท่านสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ซึ่งดำเนินการจัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ (วพภ.) มาอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) 2565 วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ จากหลากหลายสถาบัน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทุกท่านได้เพิ่มพูนความรู้และมุมมองต่าง ๆ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ เนื้อหาในเล่มนี้ประกอบด้วย บทความวิชาการ และบทความวิจัย จำนวน 25 เรื่อง แบ่งเป็น บทความวิชาการ 4 เรื่อง เกี่ยวกับการกระตุ้นการดูดกลืนเพื่อส่งเสริมการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ ยังมีบทความวิจัยอีก 21 เรื่อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะต่าง ๆ ทั้งทางกายและทางสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคสะเก็ดเงิน ภาวะซึมเศร้า การพัฒนานวัตกรรม การสร้างรูปแบบ โปรแกรมต่าง ๆ ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และการศึกษาสมรรถนะพยาบาล โดยทำการศึกษาครอบคลุมในกลุ่มตัวอย่าง วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ แรงงาน ผู้ต้องขัง ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อการสืบค้น และนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์และสามารถอ้างอิงทางวิชาการจากวารสารบนฐานข้อมูลใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ขอขอบพระคุณสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน ตลอดจนผู้นิพนธ์บทความและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกันกรอกรบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

ดร. ขวัญตา บุญวาส

บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่มี
ภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก: กรณีศึกษาPromoting Self-Management among Diabetic Elderly Patients with Hyperosmolar
Hyperglycaemic State: Case Study

Received: Aug 18, 2022
Revised: Oct 16, 2022
Accepted: Oct 20, 2022

กัลปิงหา โชสิวิสุกุล วพย. (Kallapungha Chosivasakul, Dip. ACNP)¹
แสงทอง ชีระทองคำ ปรด.อพย. (Sangthong Terathongkum, Ph.D, Dip. ACNP)²
ยมพร ศักดานภาพ พย.ม.(Yomporn Sakdanupab, M.N.S)³
ปฐมาภรณ์ ทองเต็ม ปรด. (Pathamaporn Thongterm, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน คือ ภาวะเลือดเป็นกรด (Diabetic Ketoacidosis: DKA) และภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก (Hyperosmolar Hyperglycemic State: HHS) โดยอาการที่พบบ่อยของภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก คือ มึนงง ใจสั่น เหนื่อย คลื่นไส้ แต่ไม่พบอาการหายใจหอบลึก หายใจลำบาก และภาวะเลือดเป็นกรด ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 600 mg/dl และค่า serum osmolality มากกว่า 300 mOsm/L

วัตถุประสงค์: เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ HHS ทั้งในขั้นตอนของการรักษาที่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ประเด็นสำคัญ: ภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พยาบาลที่ให้การดูแลจำเป็นต้องประเมินและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดน้ำตาลสูง เพื่อให้วางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

สรุป: การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นการดูแลที่ซับซ้อน ควรออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาเฉพาะราย ตั้งแต่การรักษา ส่งต่อ และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะ : พยาบาลควรวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุปัญหาการเกิดน้ำตาลสูง เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแล การป้องกันการเกิดภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก นอกจากนี้พยาบาลควรจะทำให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการจัดการตนเองและสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อลดระดับน้ำตาลในระยะยาว

คำสำคัญ : การส่งเสริมการจัดการตนเอง เบาหวาน ผู้สูงอายุ ภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีมิก

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: kallapungha.c@bcn.ac.th

²รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี E-mail: Yom.29@hotmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: pathamaporn.t@bcn.ac.th

^{1,4}Boromrajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand

³Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi, Thailand

Abstract

Introduction: Diabetic elderly patients with continuously uncontrolled blood sugar levels usually develop hyperosmolar hyperglycaemic state (HHS) leading to acute complications. The common symptoms of this state are dizziness, palpitation, tiredness, and nausea; however, kussmaul breathing, dyspnea, and acidosis are not presented. A high blood sugar level over 600 mg/dL, and serum osmolality over 300 mOsm/L are used to define HHS.

Objective: To promote self-management of the diabetic elderly patients with HHS during the period of treatment at hospital and home health care.

Key issues: HHS is a common life-threatening emergency among the elderly with uncontrolled blood sugar levels. Nurses need to assess and analyse factors influencing high blood sugar levels to formulate a comprehensive nursing care plan to decrease complications and mortality rate among these patients.

Conclusion: Nursing care for the diabetic elderly patients with uncontrolled blood sugar levels is complicated; therefore, the nursing care should be formulated for individual patient during treatment, referring, and home health care focusing on family involvement with self-management and patient center.

Implication: Nurses should analyze causes of high blood sugar levels to prevent HHS leading to healthcare system improvement. Nurses should also promote self-management among the diabetic elderly patients and family involvement to decrease blood sugar levels in a long term.

Key words: promoting self-management, diabetic mellitus, elderly, hyperosmolar hyperglycaemic state

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของการเผาผลาญจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สาเหตุเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรังระยะยาว เกิดผลกระทบ และภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็กทั่วร่างกายทำให้เกิดความเสียหายของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ดวงตา เส้นประสาท ไต และหัวใจ¹ จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-79 ปี ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีประมาณ 537 ล้านคน มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2588² ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น คาดการณ์ว่าใน

ปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานถึง 5.30 ล้านคน³ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 36.50³ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังเสี่ยงต่ออันตรายต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายแบบเฉียบพลันและอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวตามมา⁴ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบเฉียบพลันที่พบได้บ่อยคือ ภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) และ Hyperosmolar Hyperglycaemic State (HHS)⁵⁻⁶ โดยภาวะไฮเปอร์ออสโมลาร์ไฮเปอร์ไกลซีเมียในผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย หายใจไม่อึด อ่อนเพลียไม่มีแรง และคลื่นไส้อาเจียน หากไม่ได้รับการรักษามีความเสี่ยงต่อการ

เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ DKA พบร้อยละ 16.55 และอัตราการเสียชีวิตจากภาวะ HHS พบร้อยละ 15.80-36.36 ซึ่งสูงกว่าภาวะ DKA⁷ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งชนิดเฉียบพลัน รวมถึงการเกิดผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาจำเป็นต้องมีการออกแบบการให้การพยาบาล การประยุกต์ใช้ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบเฉียบพลันซ้ำลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม⁸

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะน้ำตาลสูงที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา⁹ การส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ตั้งเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาล การฝึกทักษะและการปฏิบัติตัว และตัดสินใจเลือกขั้นตอนการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเยี่ยมบ้านและครอบครัวเป็นผู้คอยสนับสนุนในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น จัดอาหาร จัดเตรียมยาฉีด และช่วยเหลือการฉีดยาอินซูลิน เป็นต้น¹⁰⁻¹¹

จากสถานการณ์ปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินชนิด HHS มีอาการใจสั่น คล้ายจะเป็นลม กระหายน้ำ ปากแห้ง มีกลิ่นคาว เวียนศีรษะ ไม่มีแรงเดิน หน้ามืด เหนื่อย ไม่มีอาเจียน ไม่มีหายใจหอบลึก ไม่มีหายใจลำบาก และไม่พบภาวะเลือดเป็นกรด พบระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 600 mg/dl ผู้ป่วยได้รับการรักษาและให้การพยาบาลตั้งแต่ภาวะฉุกเฉิน ได้รับการพยาบาลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยใน และได้รับการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับการวิเคราะห์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาน้ำตาลในเลือดสูง ออกแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

กรณีศึกษา

ชายไทยสูงอายุ อายุ 84 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับประทานอาหารอาบน้ำได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี อยู่บ้านทำงานบ้าน เช่น ช่วยเฝ้าหน้าร้านให้ลูกชาย

อาการสำคัญ มาตามนัดในคลินิกโรคเบาหวาน 2 ชั่วโมง ขณะนั่งรถตรวจ มีอาการมึนงง ใจสั่น

การเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมงก่อนขณะรถตรวจที่คลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น คล้ายจะเป็นลม กระหายน้ำ ปากแห้ง มีกลิ่นคาว แต่ไม่มีอาเจียน เวียนศีรษะ ไม่มีแรงเดิน หน้ามืด เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ญาติพาไปพักที่ระเบียบังในโรงพยาบาล นอนพักประมาณ 20 นาที อาการไม่ดีขึ้น ยังมีอาการปากแห้ง ใจสั่น ตัวเย็น มึนงงศีรษะ คลื่นไส้ บ่นคอแห้ง หิวน้ำ ปัสสาวะออกปกติสีเหลืองเข้ม ไม่มีอาการต่อไปนี เช่น ชี้น้ำตาลสูง อาเจียน ปวดท้อง หายใจหอบลึก อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/75 มิลลิเมตรปรอท เจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ 600 mg/dl หลังจากประเมินอาการส่งต่อไปที่แผนกฉุกเฉิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง 20 ปี เบาหวาน 17 ปี ไขมันในเส้นเลือด 12 ปี รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้ยารักษาโรคดังนี้ 1) Amlodipine (5 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า 2) Aspirin (81 mg) 1 เม็ด หลังอาหาร 3) Simvastatin (20 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน 4) ฉีดยาอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง NPH insulin จำนวน 20 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า มาเป็นเวลา 10 ปี ไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ไม่มีประวัติการผ่าตัด ตลอดการรักษา 3 ปีควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลสูงสุด 563 mg/dl ระดับน้ำตาลต่ำสุด 68 mg/dl แผนการรักษาครั้งสุดท้ายได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลิน NPH insulin เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์ปานกลางภายใน 2-4 ชั่วโมง จำนวน 24 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า และฉีดยาอินซูลิน Mixed insulin (Premixed 70% NPH/ 30% Regular) ออกฤทธิ์ในเวลา 30- 60 นาที จำนวน 20 ยูนิต ก่อนอาหารเย็น

ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าแต่ละมือชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน และชอบรับประทานอาหาร ผลไม้ และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น แกงกะทิ หมูสามชั้น ไก่ทอด หมูทอด รับประทานข้าวมีอะ 2 ท็อป มะม่วง 1 ลูก ส้ม 1 ลูก แดงโม 2 ชิ้นใหญ่ เงาะครึ่งละ 5-6 ลูก ลำไยครึ่งละ 10-15 เม็ด ทุเรียน ครั้งละ 1-2 พู ดื่มน้ำอัดลมบางวัน ดื่มน้ำกาแฟสำเร็จรูปบางวัน ดื่มนมเปรี้ยวก่อนนอนขนาด 120 ซีซี วันละ 1 กล่อง ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เข้าห้องน้ำไม่ค่อยทันมาประมาณ 4 เดือน ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง กลางวัน 3 ครั้ง กลางคืน 1 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด มีท้องผูกในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา

ประวัติครอบครัว บิดาและมารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เสียชีวิตแล้ว

การประเมินภาวะสุขภาพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/64 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 20.6 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ไม่มีภาวะหลงลืม ไม่มีหิวแหว่ ตาทั้ง 2 ข้างมองเห็นแต่ไม่ชัดเจน ตรวจพบมีตาขุ่นมัว คอคล้ำ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต เสียงการหายใจและปอดทั้ง 2 ข้างปกติ รูปร่างทรงงอกปกติ ทรงงอกมีการขยายเท่ากัน 2 ข้าง มีอาการปวดศีรษะ มึนงง ไม่มีบ้านหมุน ไม่มีหายใจหอบลึกและหายใจลำบาก (Kussmaul's breath) บริเวณหน้าท้องตรวจพบก้อนแข็ง ๆ ด้านขวา ยาว 2.5 เซนติเมตร กว้าง 3 เซนติเมตร ลักษณะก้อนอยู่กึ่งที่เป็นก้อนแข็งผิวเรียบ กดไม่เจ็บ ด้านซ้าย มีก้อนแข็ง ๆ ยาว 2.8 เซนติเมตร กว้าง 3 เซนติเมตร ก้อนอยู่กึ่งที่เป็นก้อนแข็งผิวเรียบ กดไม่เจ็บ ผิวมีสีคล้ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แผนกฉุกเฉิน มีดังนี้ 1) ระดับน้ำตาล 636 mg/dl 2) serum osmolality 350 mOsm/L 3) ไม่พบ ketone ในปัสสาวะ 4) น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) 12% 6) BUN 35.4 mg/dl 5) Creatinine 1.6 mg/dl 7) e-GFR 38.98 mL/min/1.73 m² 8) Potassium 3.7 mEq/L การประเมินอาการของผู้ป่วยพบว่า มีใจสั่น ปากแห้ง คลื่นไส้ แต่ไม่มีอาเจียน เวียนศีรษะ ไม่มีแรง หน้ามืด เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไม่มีบ้านหมุน ไม่มีหายใจหอบลึกและหายใจลำบาก มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบระดับน้ำตาลมากกว่า 600 mg/dl และมีค่า Serum osmolality มากกว่า

320 mOsm/L บ่งชี้ว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดและ serum osmolality สูง มีความสอดคล้องกับภาวะ hyperosmolar hyperglycemic state¹² และพบว่าการทำงานของไตไม่สามารถกำจัดของเสียหรือยูเรียได้จึงพบไนโตรเจนในเลือดมีปริมาณสูงขึ้น เกิดการคั่งของไนโตรเจนในกระแสเลือด และการกรองของเสียออกจากร่างกายลดลงทำให้ได้มีการขับ Creatinine ออกจากร่างกายได้น้อยลง จึงมีปริมาณของเสียสะสมในร่างกาย อัตราการกรองของ plasma ออกจาก glomeruli ของไตทั้ง 2 ข้างลดลง แสดงถึงไตเริ่มมีปัญหาการทำงาน ได้มีการทำงานเสื่อมลง ผู้ป่วยได้รับการออกแบบการดูแลภาวะน้ำตาลสูงในภาวะฉุกเฉินชนิดเฉียบพลัน และมีการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลภาวะฉุกเฉินเพื่อรักษาภาวะน้ำตาลสูงชนิดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยถูกนำมาส่งที่แผนกฉุกเฉินได้รับการประเมินจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยยังไม่หมดสติ แต่มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง ไม่มีบ้านหมุน หายใจ ไม่หอบลึก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แผนกฉุกเฉิน มีระดับน้ำตาล 636 mg/dl ค่า serum osmolality 350 mOsm/L ตรวจไม่พบภาวะ ketone แพทย์วินิจฉัย Acute hyperosmolar hyperglycaemic เป็นภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูงมากจนเกิดภาวะขาดน้ำ เกิดออสโมลสูงแต่ไม่มีคีโตนคั่ง อาจมีภาวะเลือดเป็นกรดได้เล็กน้อย แพทย์ได้ทำการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิด ไฮเปอร์ออสโมลาร์ ไฮเปอร์ไกลซีเมีย ตามแนวทางการรักษาดังนี้¹³ 1) ได้รับสารน้ำชดเชยเพื่อลดระดับน้ำตาล โดยสารน้ำที่ให้เป็นชนิด Isotonic solution มีความเข้มข้นเท่ากับสารน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยได้รับ 0.9% NaCl (จำนวน 20 มล./กก. ประมาณ 75-100 มก./คต./ชม. 2) ได้รับอินซูลิน แพทย์เริ่มให้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น Regular Insulin โดยยาจะออกฤทธิ์หลังฉีดยา 30-45 นาที ฉีดทางหลอดเลือดดำ ขนาด 0.025-0.05 ยูนิต/กก./ชม. เพื่อรักษาระดับน้ำตาลสูงในภาวะฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยได้รับอินซูลินจำนวน 6 ยูนิต จากการติดตามอาการ 2 ชั่วโมงแรกหลังได้รับสารน้ำ 0.9% NaCl และได้รับ Regular Insulin พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 636 mg/dl

เหลือ 563 mg/dl และ osmolality ลดลงจาก 350 mOsm/L เหลือ 210 mOsm/L ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะฉุกเฉิน ดังนี้ 1) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน 2) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/90 มิลลิเมตรปรอท 3) สังเกตและบันทึกอาการเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว การปัสสาวะ ความรู้สึกกระหายน้ำ น้ำหนัก อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน การหายใจหอบ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง เช่น ซึมลง หมดสติ ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยไม่หมดสติ รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน แต่มีอาการอ่อนเพลีย 4) ดูแลการได้รับสารน้ำและยาฉีดอินซูลินตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อหอผู้ป่วยใน

2. การพยาบาลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยใน

แรกรับในหอผู้ป่วยใน ประเมินระดับน้ำตาลได้ 563 mg/dl พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ติดตามการรักษาในหอผู้ป่วยในร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินการรับรู้ ความคิดเห็น ความรู้สึก พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล กังวลต่อการเจ็บป่วย ต้องการได้รับการรักษา วัตถุประสงค์การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย โดยกิจกรรมการพยาบาลมีดังนี้ 1) อธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค และแผนการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย 2) ให้กำลังใจ สื่อสาร ปลอบโยน และสัมผัสเพื่อให้รู้สึกอบอุ่นเป็นมิตร 3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม แจ่มใส ไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายต่อผู้ป่วยเวลาถูกซักถาม 4) ก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นเพื่อลดความวิตกกังวล 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ปลอบโยน พบว่าผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมีหน้าตาสดชื่นขึ้น 6) ติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับยาฉีดอินซูลินออกฤทธิ์สั้น Regular insulin จำนวน 10 ยูนิต ทางเส้นเลือดดำ โดยยาจะออกฤทธิ์หลังฉีดยา 30-45 นาที ภายหลัง 2 ชั่วโมง จากการได้รับ Regular insulin ระดับน้ำตาลลดลงเหลือ 250 mg/dl แพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำจาก 0.9% NaCl เป็น 5% N/2 จำนวน 1000 ซีซี 60 หยดต่อนาที ประเมินระดับน้ำตาลพบว่าลดลง

เหลือ 200 mg/dl และจากนั้นลดลงเหลือ 164 mg/dl ตามลำดับ การรักษาวันที่ 2 ในหอผู้ป่วยในได้รับยาฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง NPH ออกฤทธิ์หลังฉีดประมาณ 2-4 ชั่วโมงและออกฤทธิ์ต่อเนื่อง 10-16 ชั่วโมง จำนวน 26 ยูนิตก่อนนอน การติดตามการรักษาวันที่ 2 ระดับน้ำตาลลดลงเหลือ 198 mg/dl แพทย์ประเมินผู้ป่วยพบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในเกณฑ์ที่ปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้วางแผนร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยในและพยาบาลเยี่ยมบ้านในการจำหน่ายและส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3. การวางแผนการพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว รูปแบบการให้การพยาบาลมีเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้สอดคล้องกับสภาพปัญหา จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการประเมินและวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล และการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ผลการวิเคราะห์กรณีศึกษามีดังนี้

1.1 ด้านตัวผู้ป่วย

1.1.1 ด้านการบริหารจัดการการฉีดยาอินซูลิน พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดเตรียมยาฉีดผิดพลาด สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยด้านสายตาประกอบกับมีปัญหาตามัว การมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้ป่วยเตรียมยาฉีดอินซูลินไม่ถูกขนาดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง NPH insulin จำนวน 26 ยูนิต ก่อนอาหารเช้าและได้รับยาฉีดอินซูลินผสมสำเร็จรูปชนิด Mixed insulin (Premixed 70% NPH/30% Regular) ออกฤทธิ์ในเวลา 30-60 นาที จำนวน 20 ยูนิต ฉีดก่อนอาหารเย็น 30 นาที จากการประเมินและสอบถามพบว่าผู้ป่วยเตรียมยาฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง NPH insulin 23 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า และเตรียมยา Mixed insulin (Premixed 70% NPH/30% Regular) จำนวน 15 ยูนิต ก่อนอาหารเย็นทุกครั้ง ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลไม่เป็นไปตามเกณฑ์ บทบาทพยาบาลในการวางแผนการดูแล คือ การสนับสนุนให้ญาติเข้ามามี

บทบาทในการช่วยจัดเตรียมยาอินซูลินและช่วยฉีดอินซูลินให้ผู้ป่วย

1.1.2 ด้านทักษะการฉีดยาอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยมีการฉีดยาอินซูลินในตำแหน่งบริเวณหน้าท้องด้านขวาทุกวัน ในตำแหน่งซ้ำ ๆ ที่เดิมไม่ได้สลับด้านซ้าย ฉีดต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี ประเมินบริเวณหน้าท้องพบว่าหน้าท้องด้านขวาล่างมีสีคล้ำ มีรอยดำ คลำพบก้อนแข็ง ๆ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าเกิดก้อนแข็ง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการฉีดยาอินซูลินที่ไม่สลับข้าง ทำให้เกิดการสะสมไขมันที่ผิดปกติได้ผิวหนังเป็นก้อนโตแข็ง (lipohypertrophy)¹⁴ เป็นผลมาจากการฉีดยาอินซูลินตำแหน่งเดิม โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุมีการฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง¹⁵ ซึ่งพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วย มีความผิดพลาดในการฉีดยาอินซูลิน นอกจากนั้นการฉีดยาในตำแหน่งเดิมจนเกิดก้อนแข็ง ส่งผลให้การดูดซึมของอินซูลินไม่ดีพอ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น รอยฟกช้ำ เกิดเป็นก้อนเนื้อแข็ง ๆ ส่งผลให้การดูดซึมของยาเข้าทางผิวหนังไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จึงทำให้เกิดน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁶ ที่พบว่าภาวะ lipohypertrophy มีความสัมพันธ์กับ 1) ระยะเวลาของการฉีดยาอินซูลินมากกว่า 10 ปี 2) ไม่มีการหมุนเวียนตำแหน่งที่ฉีดยาอินซูลิน 3) ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 20 ปี 4) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) มากกว่า 9% 5) การใช้เข็มฉีดยาที่สั้นกว่า 4 มิลลิเมตร 6) จำนวนการฉีดยาอินซูลิน 4 ครั้งต่อวัน และ 7) จำนวนอินซูลินที่ได้รับในแต่ละวันมากกว่า 50 ยูนิต จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลต่อการดูดซึมอินซูลินลดลงประมาณร้อยละ 25 ผู้ป่วยจึงมีน้ำตาลในกระแสเลือดสูง การพยายามเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง จึงควรมีการสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการฉีดยาอินซูลินตั้งแต่การจัดเตรียมอุปกรณ์ การฝึกทักษะการฉีดยา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการฉีดยาให้ผู้ป่วยและญาติได้ฝึกทักษะ ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีดด้วยแอลกอฮอล์ โดยไม่ฉีดซ้ำที่เดิม 2) ใช้มืออีกข้างยกผิวหนังขึ้นเบา ๆ ปักเข็มฉีดยาในแนวตั้งฉากให้มิดเข็ม 3) ดันยาเข้าสู่ใต้ผิวหนังจนหมด นับ 1 ถึง 10

และถอดเข็มออก จากนั้นใช้สำลีกดผิวหนังที่ฉีดไว้สักครู่ 4) ไม่นวดหรือคลึงเพราะอาจทำให้การดูดซึมยาเร็วกว่าปกติ 5) นำเข็มที่ใช้แล้วใส่ภาชนะหรือขวดที่มีฝาปิดมิดชิด 6) สังเกตผลข้างเคียงของการใช้อินซูลิน คือ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกหน้าซีด เป็นลม และอาจหมดสติได้

1.1.3 ด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาโรคที่ไม่ถูกต้อง เข้าใจว่าตนเองอายุมากแล้วไม่จำเป็นต้องควบคุมน้ำตาล ผู้ป่วยรับรู้โรคเบาหวานรักษาด้วยการฉีดยาอย่างเดียวก็สามารถทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ ผู้ป่วยจึงไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหารและขาดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกว้าวเมื่อเป็นโรคเบาหวานก็คือการเจ็บป่วยซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติสามารถหายได้ทำให้มีความวิตกกังวลเล็กน้อย¹⁷

1.1.4 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานเกือบทุกมื้อ ในทุก ๆ วัน ดื่มนมเปรี้ยวก่อนนอนและชอบรับประทานขนมหวานทุกวัน

1.2 ด้านครอบครัว

1.2.1 ขาดการมีส่วนร่วมของการฉีดยาอินซูลิน ขาดการกระตุ้นเตือน และการประเมินการฉีดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยฉีดยาผิดขนาด ฉีดยาซ้ำตำแหน่งเดิม ขาดการติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง

1.2.2 ขาดการสนับสนุนและการตั้งเป้าหมายการลดระดับน้ำตาลร่วมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้มีเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย¹⁸ พบว่าการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้ป่วย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ และคอยสนับสนุนดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และลดระดับน้ำตาลลงได้

1.2.3 ขาดการสนับสนุนด้านบริหารจัดการฉีดยาอินซูลิน ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามและการประเมินการฉีดยาอินซูลินจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยฉีดยาผิดขนาด ฉีดยาซ้ำตำแหน่งเดิม ๆ เกิดก้อนแข็งที่หน้าท้อง

1.3 ด้านระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง

1.3.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนควรได้รับการประเมินอย่างรอบด้านและมีการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบที่ต้องใช้ความรู้และทักษะขั้นสูงทางคลินิกในการออกแบบการดูแล สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าผู้ที่มีการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงทำหน้าที่ในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก มีความเสี่ยงสูงและรุนแรง โดยการทำหน้าที่ประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ออกแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพปัญหาเฉพาะบุคคลอย่างเหมาะสม ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น¹⁹

1.3.2 ขาดการวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ขาดระบบการส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาเรื่องการฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง เป็นต้น

การออกแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงรวบรวมข้อมูล สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาออกแบบและวางแผนการดูแลประยุกต์ใช้แนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง²⁰⁻²¹ ประกอบด้วยการสอนให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงปัญหาที่พบ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการลดระดับน้ำตาล ฝึกทักษะการฉีดยาอินซูลิน ส่งเสริมครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการกำกับติดตาม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งการตั้งเป้าหมายจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลและเกิดคุณค่าในตัวเอง เช่น การตั้งเป้าหมายการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลมื่อก่อนนอนในช่วง 1 เดือน การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนทุกเช้า เย็น ครั้งละ 30 นาที ติดต่อกัน 3 วันใน 1 สัปดาห์ เพื่อที่จะลดระดับน้ำตาล

2. ทวนความรู้ อาการ อาการแสดงของโรคเบาหวาน สัดส่วนของอาหารในการรับประทาน การควบคุมอาหาร

การอ่านฉลากอาหาร การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการลดระดับน้ำตาลจากการลดการรับประทานผลไม้ที่มีน้ำตาลสูงได้แก่ มะม่วงสุก เงาะ ลำไย ขนุน เช่น มะม่วงสุกจากมือละ 1 ลูกเป็น 2 ชิ้นเล็ก

3. การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจ และเกิดพลังในการลงมือปฏิบัติ ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของการมีน้ำตาลในเลือดสูง การโน้มน้าวให้มีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดลง การสนับสนุนด้วยการชักจูงด้วยคำพูด การให้กำลังใจ ช่วยเพิ่มพลังใจให้ผู้ป่วยที่จะจัดการตนเองเกิดความตั้งใจในการควบคุมระดับน้ำตาล เกิดคุณค่าในตัวเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถเฝ้าติดตามอินซูลินได้แล้วจะปฏิบัติตามฉีดยาได้ดีขึ้นจากการที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้เกิดความพยายามที่จะฉีดยาอินซูลินได้²²

4. ฝึกทักษะการฉีดยาอินซูลิน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลให้มีความรู้และความเชื่อมั่นในการฉีดยาอินซูลินที่ถูกวิธี ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกตำแหน่ง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อธิบายขั้นตอนวิธีการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้องตามตำแหน่ง การจับเข็มฉีดยา ตำแหน่งการฉีดยา สานิตและสาดิตย้อนกลับวิธีการฉีดยา ตำแหน่งที่ควรฉีดยาให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การเตรียมฉีดยาอินซูลิน เลือกตำแหน่ง โดยออกแบบนวัตกรรมแผ่นวัดตำแหน่งการฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน ประยุกต์ใช้แผ่นกระดาษวงกลมแนบตรงกลางกระดาษตัดเป็นช่องไว้สำหรับแนบกับส่วนที่เป็นสะดือ ด้านซ้ายและขวาของกระดาษวงกลมมีช่องตำแหน่งไว้สำหรับการฉีดยาอินซูลิน ผู้ป่วยสามารถเลือกสลับตำแหน่งการฉีดยาได้รอบ ๆ สร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลในการฉีดยา ภายหลังการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับพบว่าผู้ป่วยและญาติฉีดยาได้ถูกขนาดและในตำแหน่งที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยส่งเสริมการฉีดยาอินซูลินที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น²³

5. เรียนรู้การแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น การจัดการอาการเกี่ยวกับความเครียดและอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ กลัว วิตกกังวล ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำตาลต่ำและภาวะน้ำตาลสูง ส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจนระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

6. สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมความมั่นใจให้ผู้ป่วย เอาใจใส่ในความเจ็บป่วยด้วยความห่วงใยเอื้ออาทร กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 1) ทบทวนความรู้โรคเบาหวาน สาเหตุการมีระดับน้ำตาลสูง ชนิดของอาหารที่มีผลต่อการเกิดน้ำตาลสูง สัดส่วนอาหารที่ควรรับประทาน และการอ่านสลากอาหาร 2) การปรุงอาหาร โดยสอนวิธีการปรุงอาหาร ลดน้ำตาลและเกลือ 3) การจัดหาผลไม้และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อย เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล หรือเงาะ ฝรั่งนมรสจืดแทนนมเปรี้ยว 4) สอนการเจาะเลือดปลายนิ้วและบันทึกผลระดับน้ำตาลเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น 5) ชี้แนะการรับประทานยาตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ ให้ครอบครัวช่วยดูแลการฉีดยาอินซูลิน ให้ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา และฉีดสลับตำแหน่ง 6) สาธิต ผูกทักษะและสาธิตย้อนกลับการฉีดยาอินซูลินให้สมาชิกในครอบครัว ประยุกต์ใช้สื่อการสอนการฉีดยาอินซูลินทำให้เกิดความเข้าใจที่ง่าย สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดยาอินซูลิน และทำให้ช่วยดูแลผู้ป่วยในการฉีดยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 7) การดูแลด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่าและเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองมากขึ้น และ 8) สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการรักษาอาการอย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักและมีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

7. ติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ

1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน การพยาบาลประกอบด้วย 1) ติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สอบถามและการสังเกตการเลือกชนิดของนมที่ดื่มก่อนนอน 2) ประเมินความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร อธิบายชนิดปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานแต่ละมื้อ ให้ความรู้ผ่านโมเดลอาหาร ทั้งปริมาณและสัดส่วนของอาหาร และผลไม้ที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ 3) แนะนำสมาชิกในครอบครัวจัดเตรียมอาหารและผลไม้ตามคำแนะนำ 4) การสังเกตอาการภาวะน้ำตาลสูงหรือภาวะน้ำตาลต่ำด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีปัญหาซับซ้อน

1. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ เช่น ปรับพฤติกรรมมารับประทานลดการรับประทานอาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม ลดจำนวนผลไม้ที่มีรสหวาน จากการสังเกตพบว่าการเปลี่ยนจากการดื่มนมเปรี้ยวเป็นนมจืดแทนสามารถทำให้ระดับน้ำตาลลดลง ค่า HbA1c ลดลง จาก 12% เหลือ 9% ภายในระยะเวลา 3 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย²⁴⁻²⁵ ที่พบว่า การจัดการกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่ได้คอยช่วยเหลือดูแล กระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สอนการฉีดยา จัดอาหาร พาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด และสนับสนุนการฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วยสามารถทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้

2. จากการสอบถามและประเมินการฉีดยา ให้อธิบายและเตรียมยาอินซูลิน สามารถบอกวิธีการฉีดยาอินซูลิน สาธิตย้อนกลับการฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้อง การสอบถามผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีการหมุนเวียนตำแหน่งการฉีดยาอินซูลิน และการประเมินตำแหน่งที่หน้าท้อง ไม่พบว่ามีอาการเกิดก้อนแข็ง ๆ ที่ตำแหน่งอื่น ๆ เพิ่มขึ้น

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลและ

ช่วยเหลือจากผู้ป่วยที่ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงและทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยวิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การฉีดยาอินซูลิน การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมระดับน้ำตาล ส่งเสริมการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเกิดพลังในการลงมือปฏิบัติ การโน้มน้าวให้มีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

การชักจูงให้กำลังใจ เพิ่มความเชื่อมั่นให้เกิดคุณค่าในตัวเอง ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฉีดยาอินซูลิน การจัดหาอาหารให้ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาที่ซับซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน ในระดับของโรงพยาบาลและในระดับของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

References

1. Chawla A, Chawla R, Jaggi S. Microvascular and macrovascular complications in diabetes mellitus: Distinct or Continuum Indian J Endocrinol Metab 2016;20(4):546-551.
2. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas 10th edition [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 29]. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
3. Kanchanaphibunwong A, Khamwangsanga P, Kaewtha S. NCDs situation report diabetes, high blood pressure and related risk factors. Technology, Epidemiology and Community Measures Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Graphic and Design typography. 2020.
4. Lima VC, Cavalieri GC, Lima MC, Nazario NO, Lima GC. Risk factors for diabetic retinopathy: a case-control study. International Journal of Retina and Vitreous 2016;2(1):21-7.
5. Papatheodorou K, Banach M, Bekiari E, Rizzo M, Edmonds M. Complications of Diabetes. J Diabetes Res 2018;2018:3086167.
6. Phuwong Y, Pinitsoontorn S. Complication among diabetes patients in a selected community hospital in the northeast. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2014;2(3):313-319. (in Thai).
7. Wachirangsiman K, Peeracheir S. Clinical characteristic, vital sign, precipitating factor and outcome of DKA and HHS patient in emergency department of general hospital. Chiangrai Medical Journal 2022;14(2):131-146. (in Thai)
8. Sirikutjatuporn K, Wirojatana V, Jitramontree N. Factors predicting self-management behaviour of elderly type 2 diabetes patients. Thai Journal of Nursing Council 2017;32(1):81-93. (in Thai)
9. Broadley L, Clark K, Ritchie G. Prevention and management of hyperglycaemic crisis. Nurs Stand 2019;34(7):75-82.

10. Piboon K, Jaidee W, Chaikongkit K. A systematic review of type 2 diabetic care intervention among elderly people. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2015;23(2):1-19. (in Thai).
11. Runnun S, Loaseena P. The development of a Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) for self-management support on type 2 diabetes mellitus patients that cannot control their blood sugar level, Kantharawichai hospital, Maha Sarakham province. *Maharakham Hospital Journal* 2019;16(3):139-148 (in Thai).
12. Karslioglu French E, Donihi AC, Korytkowski MT. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic syndrome: Review of acute decompensated diabetes in adult patients. *BMJ*. 2019;365:l1114.
13. Mohammed A, Namareq A F, Nada A, Mohammed SA, Alhammad AM, Abdulrahman AI. Updates in the management of hyperglycemic crisis. *Journal Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare* 2022;(2):1-8.
14. Waisayanand N, Suksatit B. Self-Administration of insulin among persons with type 1 diabetes mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18:11-21. (in Thai).
15. Mokta JK, Mokta KK, Panda P. Insulin lipodystrophy and lipohypertrophy. *Indian J Endocrinol Metab* 2013;17(4):773-774.
16. Al Ajlouni M, Abujbara M, Batieha A, Ajlouni K. Prevalence of lipohypertrophy and associated risk factors in insulin-treated patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Endocrinol Metab* 2015;13(2):e20776.
17. Sanloa P, Thanapiyawat N, Sripawariporn S. Self-management in elderly people with diabetes mellitus in Esan context. *Journal of Nursing and Health Care* 2019;37(3):221-229. (in Thai).
18. Surawong S, Choowattanapakorn T. The effect of an individual and family self-management program on HbA1c in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2017;29(1):104-116. (in Thai).
19. Duangklad K, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. Improvement of self-management program in uncontrolled type II diabetes patients. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(1):66-81. (in Thai).
20. Ruangdet. M, Surit P. Systematic review on self-management interventions of diabetes mellitus patients with comorbidities. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(4):138-145.
21. Potirud T, Pranfan S, Songkror K. Effects of the self-management supporting program on self-management behaviors and HbA1c level among persons with type 2 diabetes mellitus at Chiang Klang hospital, Nan province. *Thai Journal of Nursing* 2020;69(2):11-20. (in Thai)
22. Printrakun R, Songthap A. Factors affecting insulin injecting behaviors among type 2 diabetic patients in Long hospital, Long district, Phrae province. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2021;13(2):345-55. (in Thai).

23. Namwong T, Rachaniyom R, Klinchat K. The effects of self-management supporting program on self-management behaviours in insulin injection among type 2 diabetic patients. Journal of Phrapokklao, Nursing College 2018;29(2):113-22. (in Thai).
24. Padwang B, Lorga T. Long term outcomes of the self-management support in patients with diabetes mellitus and hypertension: Ban Hongha, Numjo subdistrict, Maetha district Lampang province. Journal of Health Science Research 2015;9(1):43-51. (in Thai).
25. Petprayoon S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Peerapatdit T. The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behaviour of patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2014;26(1):38-51. (in Thai).

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา

The Nurse Role for Symptom Management of Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case Study

Received: Jul 30, 2022
Revised: Oct 30, 2022
Accepted: Nov 2, 2022

กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนเรขา ป.ด (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)¹
ลาติน เจริญจิตต์ พย.ม. (Lalin Charoenchit, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดลมหรือเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลง และจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรคลำบาก

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจในผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์หรือนวัตกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประเด็นสำคัญ: ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลต่อการควบคุมอาการหายใจลำบากจนเกิดภาวะเรื้อรังของโรคโดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ สมรรถภาพปอดลดลงมากขึ้นอาการเหนื่อยรุนแรงขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม มีภาวะฟุ้งพามากขึ้น มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งมีความสำคัญในการให้พยาบาล

สรุป: การพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงและจัดระดับความรุนแรง การรักษาส่งเสริมสุขภาพตามอาการโดยใช้ยาบรรเทา ยาน้ำสูด และการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้ช่วยเหลือและให้การพยาบาล โดยวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่บ้านและสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถ้ามีการจัดการที่เหมาะสมในเรื่องของการคัดกรอง การรักษา การพยาบาลรวมถึงความร่วมมือของผู้สูงอายุในการปรับพฤติกรรมจะสามารถช่วยชะลอความเลวลงของโรค ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล การจัดการอาการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุ กรณีศึกษา

¹Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: lalin.c@bcn.ac.th
Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a respiratory disorder in which the airways are permanently obstructed. This is caused by changes in the interior of the trachea or lung tissues. Furthermore, physiological changes in older adult's respiratory system affect the control of dyspnea in older people with COPD.

Objective: To present knowledge regarding physiological changes in the geriatric respiratory system, clinical practice guidelines (CPG) for COPD patients, examples of application of theory, evidence, or innovations in nursing care of COPD patients living in the community, and nurses' role in the management of dyspnea in older adults with COPD.

Key issues: Older people have physiological changes to their respiratory system when COPD affects the control of dyspnea until the chronic condition of the disease is irreversible. Decreased lung function, increased fatigue, impediment to activity, increased dependence, anxiety and depression. As a result, quality of life is reduced, which is important in providing nursing care.

Conclusion: Nursing care for the older adults with COPD requires a severity assessment and a severity classification. Most treatments are symptomatic using medications, inhalers, and inhaler therapy. Nurses play an important role in helping and providing nursing care using nursing care plan for long-term patients including home transitional care. Hence, patients can practice self-care at home and can carry out their daily activities normally to achieve better quality of life.

Implication: Proper management, particularly screening, treatment, nursing care, and the participation of older adults in behavioral modifications, can help slow the progression of COPD and promote a better quality of life.

Keywords: nurse role, symptom management, chronic obstructive pulmonary disease, older adults, case study

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในของหลอดลมหรือเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง โดยทั่วไปมักหมายถึงรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง ส่วนใหญ่เป็นผลจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุดคือควันบุหรี่ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการหายใจลำบากและหอบเหนื่อยเรื้อรัง จะทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบากและต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจในผู้สูงอายุ และพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคที่แย่งเรื่อย ๆ จะส่งผลให้มีอาการหายใจลำบากเมื่ออาการมากขึ้นจนเกิดภาวะเรื้อรังของโรค โดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติและเมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมากขึ้น อาการเหนื่อยรุนแรงขึ้นทำให้มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคมและมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจในผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือหลักฐานเชิงประจักษ์หรือนวัตกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษาบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหายใจในผู้สูงอายุ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบหายใจในผู้สูงอายุเป็นเหตุให้กลศาสตร์การหายใจ การระบายอากาศ การแลกเปลี่ยนแก๊ส การควบคุมการหายใจ และกลไกป้องกันตัวเองของทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ดังนี้ 1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle strength) ผลจากการถดถอยของกล้ามเนื้อหายใจในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแรงดันสูงสุดของการหายใจออกจะลดลงไปอย่าง

รวดเร็วเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) แรงต้านทานต่อการไหลของอากาศ (airway resistance) ผลจากภาวะ hyperinflation ทำให้ท่อลมส่วนปลายและถุงลมสูญเสียแรงดึงหรือแรงพุง โครงสร้างให้คงรูป (tethering force) และสูญเสียการหดตัวกลับที่เดิม (elastic recoil) ของเนื้อเยื่อปอด แรงดันภายในถุงลม (intra-alveolar pressure) ซึ่งเป็นแรงดันตั้งต้นของการหายใจออกจากแรงคืนตัวของปอด (elastic recoil pressure) จึงมีค่าลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อหายใจออกแรงและเร็ว แรงดันภายนอกหรือแรงดันภายในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural pressure) ที่เพิ่มสูงขึ้นจะส่งผลให้เกิดการปิดของท่อลมก่อนเวลาอันควร (premature airway closure) สามารถประเมินได้จากการทดสอบสมรรถภาพปอด (spirometry) ซึ่งพบว่า ปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จากตำแหน่งหายใจเข้าเต็มที่ (forced expiratory volume in one second: FEV1) ปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ (forced vital capacity: FVC) และอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด (peak expiratory flow rate) มีค่าลดลงอย่างเห็นได้ชัด² 3) ปริมาตรและความจุปอด (lung volume and capacity) ความจุอากาศคงเหลือภายในปอดภายหลังจากการหายใจออกปกติ (functional residual capacity: FRC) มีค่าเพิ่มขึ้น ขณะที่ความจุปอดของการหายใจเข้าลึกเต็มที่ภายหลังจากการหายใจออกปกติ (inspiratory capacity: IC) และความจุปอดของการหายใจเข้าออกเต็มที่ (vital capacity: VC) มีค่าลดลง เนื่องจากความจุปอดสุทธิ (total lung capacity: TLC) หรือความจุปอดที่คิดเป็นปริมาตรของอากาศทั้งหมดเมื่อหายใจเข้าเต็มที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาตรอากาศคงค้างภายในปอดภายหลังจากการหายใจออกเต็มที่ (residual volume: RV) มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเพิ่มขึ้น ส่วนปริมาตรอากาศสำรองของการหายใจออก (expiratory reserve volume; ERV) ลดลง 4) พื้นที่ผิวภายในถุงลม (alveolar surface area) ลดลง การระบายอากาศเข้าสู่ถุงลม (alveolar ventilation) ลดลง ปริมาณหลอดเลือดฝอยบริเวณปอด (capillary blood volume) ลดลง 5) การควบคุมการหายใจ (control of breathing) พบการลดลงของการระบายอากาศเพื่อตอบสนอง

ต่อภาวะความดันออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxia) หรือภาวะความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) 6) กลไกป้องกันตัวเองของทางเดินหายใจ (pulmonary defense mechanism) เนื่องจากจำนวนและการโบกพัดเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมของเซลล์ขนภายในท่อลม (mucociliary escalator) ที่ลดลง ประกอบกับการปิดไม่สนิทของฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) การทำงานที่ลดลงของตัวรับการระคายเคืองของทางเดินหายใจ (irritant receptors) และการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหายใจ จึงทำให้กลไกป้องกันตนเองของทางเดินหายใจด้วยการไอหรือจามมีประสิทธิภาพลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าปกติ³

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ได้จัดทำข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560⁴⁻⁶ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการวินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรคและแนวทางในการดูแลและรักษา การคัดกรองโรคในชุมชนมีแนวทางการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุ และ The Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) เป็นองค์กรที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ออก Guideline สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 และ GOLD guideline ค.ศ. 2017 พบประเด็น ดังนี้⁴⁻⁷ แนวทางการวินิจฉัย: ไม่มีความแตกต่างกัน

แนวทางการรักษา

1. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 แนวทางการรักษาจะประเมินจากอาการ การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สมรรถภาพปอดแล้วแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรง mild, moderate severe และ very severe ซึ่งแตกต่างจาก GOLD guideline 2017 แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม A B C และ D โดยใช้เฉพาะอาการและการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ได้ใช้สมรรถภาพปอดในการจัดกลุ่มผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 การรักษาจะเป็นแบบขั้นบันไดตามความรุนแรงของโรคซึ่งใน GOLD guideline 2017 จะรักษาตามการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 มีข้อเสนอแนะในการใช้ sustained-release theophylline ขนาดต่ำเพื่อประโยชน์ในการลดการอักเสบในหลอดลม ซึ่งใน GOLD guideline 2017 ไม่แนะนำการใช้ยาดังกล่าว

4. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 แนะนำการใช้ inhaled corticosteroid (ICS) ในผู้ป่วยที่มีการกำเริบเฉียบพลัน ที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะและ/หรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือต้องรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

5. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 ได้เขียนหลักการในการใช้ยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยคำนึงถึงยาที่มีจำหน่ายในประเทศไทยเป็นหลัก และไม่ได้ลงในรายละเอียดเรื่องของการออกฤทธิ์ เนื่องจากสามารถหาอ่านเพิ่มเติมได้ตามแหล่งอ้างอิงทั่วไป

6. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 ไม่เน้นในเรื่องของการลดยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมถึงการลดยา ICS หรือหยุดยาเพื่อเปลี่ยนเป็นยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยยังมีข้อจำกัดเรื่องการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น ราคา ยา การเข้าถึงยา การเบิกจ่าย เป็นต้น

การวินิจฉัยโรค: อาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นร่วมกับอาการ ผลการตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และยืนยันการวินิจฉัยด้วยสไปโรเมทรี (spirometry)

อาการและอาการแสดง: ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อพยาธิสภาพลุกลามไปมากแล้ว อาการที่พบ ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะ โดยเฉพาะในช่วงเช้า อาการอื่นที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่มีอาการไอเป็นเลือดหรือเจ็บหน้าอกจะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญคือ วัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมพอง (bronchiectasis) ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันหลอด

เลือดปอดสูงและ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว ในกรณีที่ตรวจพบภาวะนี้ ผู้ป่วย ควรนึกถึงโรคอื่นร่วมด้วย เช่น มะเร็งปอด หลอดลมพอง (bronchiectasis) เป็นต้น

การตรวจทางรังสีวิทยา: ภาพรังสีทรวงอกมีความไว่น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรค COPD แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น ในผู้ป่วย emphysema อาจพบลักษณะ hyperinflation คือ กระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยที่มี cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวา และ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง

การตรวจสมรรถภาพปอด: โดยใช้สไปโรเมทรี (Spirometry) มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและ จัดระดับความรุนแรงโดยการตรวจ spirometry นี้จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรค อย่างน้อย 1 เดือน การตรวจนี้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วัยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการจะพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลม น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามค่า FEV1 หลังให้ยาขยายหลอดลมเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) รุนแรงน้อย (GOLD 1) ค่า FEV1 $\geq$ 80% ของค่ามาตรฐาน 2) รุนแรงปานกลาง (GOLD 2) ค่า FEV1 50-79% ของค่ามาตรฐาน 3) รุนแรงมาก (GOLD 3) ค่า FEV1 30-49% ของค่ามาตรฐาน 4) รุนแรงมากที่สุด (GOLD 4) ค่า FEV1 < 30% ของค่ามาตรฐาน

แนวทางการรักษา ประกอบด้วย⁴⁻⁷

ขั้นที่ 1 การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา หลังให้การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ควรทำการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดกลุ่มในการรักษาโดยใช้หลายปัจจัยร่วมกัน (multimodality) ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย การวัด modified medical research council dyspnea scale (mMRC) การเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) และผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) เป็นปัจจัยในการประเมินโดยถือเอาความรุนแรงสูงสุดจากปัจจัยเหล่านี้เป็นหลักในการจัดกลุ่ม โดยพิจารณาตามความเหมาะสม มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาการน้อย (Mild) ประกอบด้วยมีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายหนัก มีอาการของโรคเพียง

เล็กน้อย ไม่เคยมีอาการหอบกำเริบและอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ค่า mMRC อยู่ระหว่าง 0-1 ไม่มีการกำเริบเฉียบพลัน ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 อาการปานกลาง (Moderate) ประกอบด้วยมีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายปานกลาง มีการติดขัดทางระบบการหายใจบ่อยครั้ง และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือมีผลเล็กน้อย ค่า mMRC อยู่ระหว่าง 1-2 มีการกำเริบเฉียบพลันแต่ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าพบแพทย์ หรือสแตียรอยด์ ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) ร้อยละ 50 ถึง 79

กลุ่มที่ 3 อาการรุนแรง (Severe) ประกอบด้วยมีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เหนื่อยแม้จะเดินบนทางราบ มีอาการไอและมีเสมหะบ่อยครั้งและอาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ค่า mMRC อยู่ระหว่าง 2-3 มีอาการกำเริบที่ต้องเข้าพบแพทย์และ/หรือสแตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) ร้อยละ 30 ถึง 49

กลุ่มที่ 4 อาการรุนแรงมาก (Very severe) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ในขณะพัก มีอาการไอเรื้อรัง ปริมาณเสมหะมาก อาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก ค่า mMRC อยู่ระหว่าง 3-4 มีอาการกำเริบที่ต้องเข้าพบแพทย์และ/หรือสแตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) น้อยกว่าร้อยละ 30

ขั้นที่ 2 แนวทางการรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได (Stepwise approach to COPD treatment) หลังจากระเมินข้างต้น เริ่มการรักษาให้ยาโดยพิจารณาตามความรุนแรงของโรคแบบขั้นบันได (stepwise approach) โดยเริ่มต้นจากการให้ยาหนึ่งขนาน จากนั้นพิจารณาเพิ่มยาให้ผู้ป่วยหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หลังประเมินวิธีการและความสม่ำเสมอของการใช้อุปกรณ์สูดหรือพ่นยาอย่างดีแล้ว โดยพิจารณาการรักษาดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาการน้อย (Mild) เริ่มการรักษาด้วยยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม

beta2 agonist (Short acting bronchodilators: SABA) หรือกลุ่ม anticholinergic (short-acting anticholinergic/ muscarinic receptor antagonist: SAMA) หรือยาแบบผสมทั้ง 2 กลุ่ม (SABA+ SAMA) เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย อาจพิจารณาเลือกให้ยายายหอดลมชนิดรับประทาน theophylline ชนิดออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ (sustained-release theophylline) เป็นยาเดี่ยวหรือให้ร่วมกับยาพ่นสูดขยายหอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น

กลุ่มที่ 2 อาการปานกลาง (Moderate) กลุ่มที่ 3 อาการรุนแรง (Severe) และกลุ่มที่ 4 อาการรุนแรงมาก (Very severe) เพื่อลดอาการของผู้ป่วยและป้องกันการกำเริบของโรค แนะนำให้เพิ่มยาดังต่อไปนี้ ยาพ่นสูดขยายหอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม anticholinergic (anticholinergics/muscarinic antagonists: LAMA) และ/หรือกลุ่ม beta2 agonist (Long-acting bronchodilators include beta-2 agonists: LABA)

ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อย (มีการกำเริบมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี หรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี) แนะนำให้เพิ่มยา ดังต่อไปนี้

1. ยาพ่นสูดขยายหอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม beta2 agonist ผสมสเตียรอยด์ (LABA/ICS) และ/หรือกลุ่ม anticholinergic (LAMA)
2. พิจารณาเพิ่มยากกลุ่ม phosphodiesterase-4 (PDE-4) inhibitor (roflumilast) ในผู้ป่วยกลุ่มหอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และมีค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 50
3. พิจารณาเพิ่มยา azithromycin ในระยะยาวหรือยา mucolytics ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ เช่น N-acetylcysteine, carbocysteine ในผู้ป่วยที่มีเสมหะมาก

ส่วนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนนั้นยังไม่พบแนวปฏิบัติที่พัฒนามาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือวิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta-analysis) ไว้อย่างชัดเจน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยเป็นการนำทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก การพัฒนาโปรแกรมช่วยผู้ป่วยโรคปอด

อุดกั้นเรื้อรังให้สามารถควบคุมอาการได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มสมรรถนะปอด ส่วนใหญ่มีการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นให้มีความสามารถจัดการตนเองให้สามารถควบคุมโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค COPD โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรค COPD ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรคการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน รักษาด้วยการใช้ยา การให้ความรู้ด้านโภชนาการ 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ได้แก่ การหายใจแบบเป่าปากและการออกกำลังกาย 3) การเลิกบุหรี่ 4) การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด และการติดตามเยี่ยมบ้าน⁸ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรค COPD โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรค COPD ประกอบด้วยข้อเสนอแนะการปฏิบัติ 3 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 2) การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และ 3) การดูแลทางด้านจิตสังคม⁹ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁰ และการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹¹ ซึ่งโปรแกรมส่วนมากจะใช้เวลาดำเนินการวิจัยนาน 8-12 สัปดาห์ จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืด สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและครอบครัว ดังกรณีศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทฤษฎีที่พยาบาลควรนำมาประยุกต์ใช้จึงเน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ ทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management) ดังการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าได้ผลดี

เช่น การส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และจำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹² และการจัดการตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะอาการกำเริบ (exacerbation) มีบางการศึกษาพบว่า การใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้^{13,14}

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นรูปแบบนวัตกรรมที่นำมาพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน เช่น การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมจากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ระยะวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 10 วันเหลือ 6 วัน ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ลดลงจากร้อยละ 14.41 เหลือร้อยละ 7.15 ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก¹⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจึงขอเสนอแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพทำนา ทำสวน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อาการสำคัญ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอบ่อย มีเสมหะสีเหลือง มีไข้ต่ำ ๆ สิบบุหรีวันละ 1-2 ของ นาน 35 ปี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ดัชนีมวลกาย 19.33 กิโลกรัม/ตารางเมตร ตรวจร่างกายพบว่า

การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้างแต่การขยายตัวของทรวงอกค่อนข้างน้อย ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing และ rhonchi

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN 14 mg%, Cr 1.0 mg%, Blood sugar 115 mg%, Na 143 mEq/L, K 3.59 mEq/L, Cl 106.1 mEq/L, O₂ Sat 91%, on O₂ cannula 2 L/min) Chest X-ray : no Pulmonary infiltration ผู้สูงอายุรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอนโรงพยาบาล 3 วัน และยังไม่สามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานต่อคือ 1) Theophylline (200 mg.) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น /60 เม็ด 2) Amoxicillin (500 mg.) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เที่ยง-เย็น/20 เม็ด 3) Salbutamol (2 mg.) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เที่ยง-เย็น/90 เม็ด 4) Bromhexine รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เที่ยง-เย็น /90 เม็ด 5) Lorazepam (0.5 mg.) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน/20 เม็ด 6) Ventolin MDI พ่น 2 ครั้ง เวลามีอาการเหนื่อยหอบ/1 หลอด พยาบาลได้เลือกสรรทฤษฎีการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)^{16,17} มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเนื่องจากการควบคุมความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการเมื่อเกิดอาการ หอบเหนื่อย ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคล ในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเองได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)^{16,17}

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

แนวคิดการจัดการตนเอง	การประยุกต์แนวคิดกับกรณีศึกษา
1. การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย และการตัดสินใจร่วมกัน การตั้งเป้าหมายควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมด้วยความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรคอย่างเพียงพอทั้งนี้ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วยจึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองได้ พยาบาลจึงควรหากลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างชัดเจนในด้านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการกำเริบ หรือเกิดความผิดปกติที่เป็นผลจากการควบคุมโรคไม่ได้ หลักสำคัญในการควบคุมโรค วิธีการจัดการเพื่อควบคุมโรคให้สงบ เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่แสดงว่ามีการควบคุมโรคได้ดีหรือใกล้เคียงกับคนปกติ โดยควรทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายทั้งนี้ วิธีการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล การสอนเป็น กลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การเล่าเรื่อง เป็นต้น	1. พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการกำเริบหรือเกิดความผิดปกติที่เป็นผลจากการควบคุมโรคไม่ได้ โดยการอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายผ่านสื่อแผ่นภาพ ผู้ป่วยร่วมตั้งเป้าหมายดังนี้ 1.1 การควบคุมโรคโดยการเลิกสูบบุหรี่ โดยตั้งเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง โดยต้องกำหนดวันที่จะลงมือเลิกบุหรี่ และส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ 1.2 การมาตรวจตามนัด โดยผู้ป่วยและญาติวางแผนกับพยาบาลในการจัดสรรวันนัดที่สามารถมาตรวจตามนัดได้ 1.3 การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมโดยใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบากของสมาคมวิจัยทางการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC) โดยให้ผู้สูงอายุประเมินอาการหายใจลำบากขณะทำกิจกรรม
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลจากการเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้างเพื่อนำมาใช้สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดย Creer16 กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง	2. แนะนำการสังเกตตนเองเมื่อมีอาการปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตนเกิดอาการบ่อย ปฏิบัติตนอย่างไรแล้วดีขึ้น และมีคู่มือในการดูแลตนเองพร้อมเบอร์โทรสายด่วนเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

แนวคิดการจัดการตนเอง	การประยุกต์แนวคิดกับกรณีศึกษา
3. การประมวลและประเมินข้อมูล นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการประมวลข้อมูลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	3. แนะนำในการการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย
4. การตัดสินใจ โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยต้องสามารถ ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองครอบคลุมปัญหาที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน	4. พยาบาลช่วยในการชักจูง โน้มน้าว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียนรู้ และเริ่มต้นในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคไม่ได้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค
5. การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังประกอบด้วย การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา	5. พยาบาล ฝึกการพ่นยาเมื่อหอบเหนื่อยอย่างถูกวิธี และให้สาธิตย้อนกลับ ฝึกทักษะในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพปอดและให้คู่มือในการออกกำลังกายติดตามและให้กำลังใจในการหยุดสูบบุหรี่ การฝึกการจัดการตนเองที่เลือกใช้ในบริบทของการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองตามแนวคิดได้ใน 4 ระยะ 18 ได้แก่ 1) รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย 2) ประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) เลือกกลวิธีการแก้ไขหรือการรักษา และ 4) ประเมินผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่สำคัญในการร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง สนับสนุนข้อมูล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วางแผนในการเฝ้าระวัง และการติดตามผล
6. การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมและทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติเป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ	6. พยาบาลติดตามประเมินวิธีการจัดการตนเองเมื่อหอบเหนื่อย ทักษะการพ่นยา ความถูกต้องของการรับประทานยา ความสามารถในการออกกำลังกายบริหารปอด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ติดตามข้อจำกัดในการปฏิบัติต่าง ๆ

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก พยาบาลจึงควรมีบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management) ของ Dodd และคณะ¹⁹ ประกอบด้วยโมโนทัศน์หลัก 3 โมโนทัศน์คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) 2) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) ซึ่งทั้ง 3 โมโนทัศน์หลักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะประเมินปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก และคุกคามต่อชีวิตจะรับรู้อาการหายใจลำบากต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้สูงอายุจะพยายามหาวิธีบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากเป็นการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นที่รู้สึกทรมานและกลัวตายเกือบทุกครั้งที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมากจนต้องมาโรงพยาบาล พยาบาลควรศึกษาประสบการณ์การดังกล่าวของผู้ป่วยแต่ละรายให้ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้พยาบาลอาจสอบถามญาติแทนเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการจัดการอาการหายใจลำบากได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหายใจลำบาก โดยสามารถบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและประเมินผลโดยติดตามผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย โดยกลวิธีการจัดการอาการควรสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ การจัดการอาการหายใจลำบากแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

การจัดการอาการหายใจลำบากระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน และการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้

1. การจัดการอาการหายใจลำบากระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน การจัดการอาการระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อควบคุมความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมและลดอัตราการเสียชีวิต บทบาทของพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินสภาพผู้ป่วย แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเพื่อจัดการอาการหายใจลำบากได้เหมาะสม อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ 1) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90% หรือระดับออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท 2) เหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น 3) ซิฟรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที 4) ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) มากกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความเป็นกรดต่างในเลือด (pH) น้อยกว่า 7.35 5) อัตราการไหลสูงสุดของการหายใจออก (Peak expiratory flow) น้อยกว่า 100 ลิตรต่อนาที 6) ระดับความรู้สึกตัวลดลง และ 7) มีอาการของโรคหัวใจข้างขวาล้มเหลว ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากระยะอาการกำเริบเฉียบพลันมีดังนี้

1.1 การให้ออกซิเจน เพื่อรักษาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าหรือเท่ากับ 90–92 เปอร์เซ็นต์ และค่า PaO_2 มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิเมตรปรอท ผู้สูงอายุที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมากจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่ถ้าไม่เหนื่อยมากอาจให้ออกซิเจนชนิด Cannula 2-3 ลิตร/นาที ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนและหลังให้ออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัว vital signs ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ค่า Arterial Blood Gas และเฝ้าระวังไม่ให้ปริมาณออกซิเจนสูงเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้

1.2 การให้ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มนี้มีทั้งชนิดรับประทาน ชนิดสูด และชนิดฉีด ยากลุ่มกระตุ้นตัวรับชนิดเบต้า-2 (Beta 2 agonist) อาจมีอาการข้างเคียงทำให้มีอาการมือสั่น หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะได้ หรือยากลุ่ม Beta 2 agonist ร่วมกับยากลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก

(Anticholinergic drug) เพื่อเสริมฤทธิ์กัน หากอาการกำเริบรุนแรงมากอาจจะได้รับยากลุ่มเมทิลแซนทีน (Methyl xanthine) ซึ่งมีอาการข้างเคียงคล้ายคลึงกับยากลุ่ม Beta 2 agonist ต้องประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วย โดยเฉพาะอัตราการเต้นของชีพจรก่อนได้รับยา ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงสำคัญที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

1.3 การให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาในกลุ่มนี้มีทั้งชนิดรับประทาน ชนิดสูด และชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งสามารถลดการอักเสบในหลอดลม เพิ่มค่า FEV1 ลดอาการหายใจลำบาก และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ อาการข้างเคียงที่อาจพบเมื่อใช้ยาในกลุ่มนี้ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง กระดูกพรุน การติดเชื้อได้ง่าย ต้อกระจก เป็นต้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ป่วยติดเชื้อ ฝ้าระวงสังเกตอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการบ้วนปากทุกครั้งหลังจากใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ชนิดสูด เป็นต้น

1.4 การให้ยากลุ่มละลายเสมหะ ยาในกลุ่มนี้ช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะ เสมหะมีความหนืดน้อยลง และสามารถไอขับออกได้สะดวกมากขึ้น หากผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำหรือไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นประมาณวันละ 2-3 ลิตร ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะออกมาได้ดียิ่งขึ้น

1.5 การให้ยากลุ่มปฏิชีวนะ เนื่องจากอาการกำเริบเฉียบพลันมักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ การให้ยากลุ่มปฏิชีวนะจึงสามารถลดอัตราการตายจากอาการกำเริบของโรคได้ บทบาทของพยาบาลคือการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาทันที ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องจนครบถ้วน

1.6 การจัดทำที่เหมาะสมและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เมื่อผู้สูงอายุมีอาการหายใจลำบาก หรือเหนื่อย แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดทำกิจกรรม เคลื่อนไหวช้า ๆ และอยู่ในท่าที่สบาย ซึ่งอาจเป็นท่ายืนพิงฝาผนัง จัดทำศีรษะสูง หรือนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า เพื่อลดการใช้พลังงาน ช่วยให้อาการ

กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ปอดขยายตัวได้ดี และการระบายอากาศในปอดสะดวกมากขึ้น

2. การจัดการอาการหายใจลำบากในระยะฟื้นฟูสภาพ

เป็นระยะที่อาการหายใจลำบากลดลงหรือคงที่ การจัดการอาการมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สมรรถภาพทางกาย ส่งเสริมความผาสุกด้านจิตสังคมและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน

การจัดการอาการหายใจลำบากในระยะฟื้นฟูสภาพต้องปรับให้เหมาะสมกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในระดับ 3 และ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง พยาบาลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการอาการ วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากในระยะฟื้นฟูสภาพ มีดังนี้

2.1 การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการ และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

2.2 การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip breathing) การฝึกบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างต่อเนื่อง วันละ 2 รอบ รอบละประมาณ 10 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยการหายใจ ลดอาการหายใจลำบากเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายได้

2.3 การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด

2.4 การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) ทำโดยให้ผู้สูงอายุ หายใจเข้า-ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง และสูดหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที โนมตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้าง ๆ และไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะออกมาและพักโดยการหายใจเข้า-ออกช้า ๆ เบา ๆ ร่วมกับการดื่มน้ำอุ่น หากไม่มีข้อจำกัดควรดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร และไม่ควรไอติดต่อกันหลายครั้ง เพราะทำให้หลอดลมอักเสบ เกิดอาการหายใจลำบากได้

2.5 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนล่าง เช่น

การเดินทางราบ เป็นต้น ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ตามความสามารถของตนเองและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะของโรค

2.6 การใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน การทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงทำให้ร่างกายของผู้ป่วยใช้หอกซิเจนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก เทคนิคการสงวนพลังงาน ได้แก่ การนั่งขณะทำความสะอาดร่างกาย การนั่งขณะใส่และถอดรองเท้า การหลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่าและการก้มหยิบของที่ต่ำกว่า สามารถช่วยลดการใช้หอกซิเจนในร่างกาย ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.7 การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์ ในขณะที่ร่างกายอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย คลายความวิตกกังวลส่งผลให้การใช้หอกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก

2.8 การปรับปรุงภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูงเพื่อเพิ่มพลังงาน บำรุงกล้ามเนื้อและกระดูก แต่ควรลดอาหารประเภทแป้งเพื่อป้องกันการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายเพิ่มขึ้น และควรลดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด อาจส่งผลให้หายใจลำบากได้

2.9 การได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่

สรุป

แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงและจัดระดับความรุนแรง ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ส่วนใหญ่มุ่งรักษาตามอาการ โดยการใช้ยาบรรเทาอาการทางเดินหายใจ และการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลมี

บทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้ช่วยเหลือและให้การพยาบาล โดยวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวที่บ้าน และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะสงบและกำเริบ อาการกำเริบที่เกิดขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนจึงเน้นทฤษฎีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถตนเองในการทำหน้าที่ของร่างกายและป้องกันอาการกำเริบและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยมีกลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญ คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค 2) การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อจัดการตนเองทั้งระยะที่โรคสงบและระยะที่โรคกำเริบ ดังนั้นการดูแลแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นในการรักษาส่วนใหญ่มุ่งรักษาตามอาการ การรักษาและให้การพยาบาลต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบหายใจในผู้สูงอายุ การดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทฤษฎีที่พยาบาลควรนำมาประยุกต์ใช้จึงเน้นการจัดการตนเอง ได้แก่ ทฤษฎีการจัดการตนเอง ควรต้องประเมินสมรรถนะของผู้สูงอายุแต่ละคน จากตัวอย่างกรณีศึกษาและใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีอาการใกล้เคียงกันได้

References

1. Jinakoti M, Pongpanich K. Respiratory changes in the older adults and physical therapy management. *Royal Thai Army Medical Journal* 2018;71(4):279-83. (in Thai).
2. Stanojevic S, Wade A, Stocks J, Hankinson J, Coates AL, Pan H, et al. Reference ranges for spirometry across all ages: a new approach. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177:253-60.
3. Chang AB, Widdicombe JG. Cough throughout life: children, adults and the senile. *Pulm Pharmacol Ther*. 2007;20:371-82.
4. Dejsomritrutai W. Public Health Service Practice Guidelines chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Tuberculosis Chest Disease and Critical Care* 2010;31(3):101-40. (in Thai).
5. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage Recommendations for the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease 2017. Bangkok: Beyond Enterprise Company Limited; 2017 (in Thai).
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): 2017 Report. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 18] Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/02/wms-GOLD-2017-FINAL.pdf>
7. World Health Organization (WHO). Chronic respiratory diseases. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 18] Available from: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>
8. Benismaall A, Ruangdej K, Lim A, Chaosuansreecharoe P. Effective medical care program to promote health behaviors and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: a case study of Thungyangdaeng Hospital, Pattani Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2013;21(2):39-49. (in Thai).
9. Ketvatimart M, Phaanoi B, Peungtim P, Kittithan P. Effectiveness of pulmonary rehabilitation guidelines implementing for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Saraburi hospital. *NJPH* 2013;22(2):49-63. (in Thai).
10. Pipopsuthipaiboon S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Chuaychoo B. The effectiveness of a self-management program for pulmonary rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Public Health* 2017;47(2):201-211. (in Thai).
11. Chanaman P. The Development of self-management program in the older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Public Health and Education Journal* 2018;19(1):62-72. (in Thai).
12. Thanawong L, Nantachaipan P, Soivong P. Effects of a self-management promotion in pulmonary Rehabilitation on Functional Capacity and Health Care Utilization Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Journal* 2016;43(2):45-56. (in Thai)

13. Korpershoek YJG, Slot JCB, Effing TW, Schuurmans MJ, Trappenburg JCA. Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a delphi study. *International Journal of COPD* 2017;12:2735-46.
14. Jolly K, Sidhu MS, Hewitt CA, Coventry PA, Daley A, Jordan R, et al. Self-management of patients with mild COPD in primary care: randomized controlled trial. *BMJ* 2018;361(k2241):1-14.
15. Kobpungton P, Uttama C, Aungpairoj N, Khantarak P. Development of a case management system for the chronic obstructive pulmonary disease at Nakornping hospital. *Journal of Nursing Science & Health* 2011;34(2):22-31. (in Thai)
16. Creer LT. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Prinrich PR, Zeidner M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic; 2000. p. 601-29.
17. Creer TL, Holroyd KA. Self-management. In: Baum A, McManus C, Newman S, Weinman J, West R. (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health, and behavior* Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 255-58.
18. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart and Lung* 2000;29(1):4-15.

บทความวิชาการ

การกระตุ้นการดูดกลืนเพื่อส่งเสริมการดูดนมในทารกเกิดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล Sucking Stimulation for Promoting Oral Feeding in Preterm Infants: Nurse's Roles

Received: Apr 23, 2021

Revised: Nov 3, 2022

Accepted: Nov 11, 2022

ผกามาส ตงศิริ พย.ม. (Phagamas Tongsi, M.N.S.)¹เจนจิรา แม่นประเสริฐ พย.ม. (Janjira Manprasert, M.N.S.)²กรรณิกา หงษ์ศิริ พย.ม. (Kannika Hongsi, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารกที่มีอายุหลังปฏิสนธิน้อยกว่า 32 สัปดาห์ การหายใจจะยังทำงานไม่สัมพันธ์กันกับการดูดและการกลืน จึงทำให้เสี่ยงต่อการสำลักและส่งผลให้ความสามารถในการดูดกลืนยังไม่ดีเท่าที่ควร จำเป็นต้องได้รับนมผ่านทางสายยางให้อาหาร การกระตุ้นการดูดกลืนเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดให้ดีขึ้น เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมทารกเกิดก่อนกำหนดในการดูดนมมารดา ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการกระตุ้นการดูดกลืน เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมมารดา

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนการเตรียมความพร้อมทารกเกิดก่อนกำหนดในการดูดนมมารดา โดยการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์สรุปเป็นวิธีที่ใช้ในการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดให้กับพยาบาล

ประเด็นสำคัญ: การกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น จะช่วยให้กล้ามเนื้อในช่องปากของทารกแข็งแรง มีการทำงานที่สัมพันธ์กันมากขึ้นระหว่างการดูด การกลืน และการหายใจ และยังช่วยสร้างความคุ้นเคยและเกิดการเรียนรู้ในการดูดนมมารดาให้กับทารกเกิดก่อนกำหนด วิธีที่ใช้ในการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดมีหลายวิธี ได้แก่ การนวดปาก การดูดที่ไม่ได้รับสารอาหาร และกระตุ้นการรับกลืนด้วยนมมารดา ซึ่งในแต่ละวิธีสามารถกระทำได้กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอาการคงที่ หย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิดของระบบประสาทและความผิดปกติของโครโมโซม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่มีความผิดปกติของใบหน้า ซึ่งการกระตุ้นการดูดกลืน จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูดนมมารดา ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมมารดาที่ดีขึ้น ลดระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายให้อาหารสู่การดูดนมมารดา และช่วยลดระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล

สรุป: พยาบาลสามารถเลือกใช้วิธีในการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดได้ โดยพิจารณาจากภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล หากพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือทารกเกิดก่อนกำหนด ในการกระตุ้นการดูดกลืนจะส่งผลทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมมารดา ซึ่งจะช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ที่จะใช้ในการฟื้นตัวและเจริญเติบโตของร่างกายที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำวิธีการกระตุ้นการดูดกลืนมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อทารกมีภาวะสุขภาพที่คงที่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูดนมมารดาได้

คำสำคัญ : กระตุ้นการดูดกลืน ทารกเกิดก่อนกำหนด บทบาทพยาบาล

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

¹ Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม Email: phagamas@npu.ac.th

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม Email: janjira@npu.ac.th

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: kannika.h@bcn.ac.th

^{1,2} Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University, Nakhonphanom, Thailand

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

Abstract

AbstractIntroduction: Breathing of preterm infants, especially those born before 32 weeks' post-conception, is not correlated to sucking and swallowing. This causes risk of choking resulting in poor sucking and swallowing abilities. Therefore, they are given milk through a feeding tube. Sucking stimulation helps promotes preterm infants' sucking abilities for the preparation of oral feeding. Therefore, nurses caring for preterm infants need to understand the sucking stimulation for preparing preterm infants to have breastfeeding performance.

Objective: To review the preparation of preterm infants for oral feeding by reviewing the literature, analyzing, and summarizing the information as a guideline of sucking stimulation among preterm infants for nurses

Important issues: Sucking stimulation among preterm infants will strengthen their oral muscles. The coordination of sucking, swallowing, and breathing will be better. It also helps to create familiarity and learning about oral feeding for preterm infants. Several methods are used to stimulate sucking among preterm infants, including oral stimulation, non-nutritive sucking and stimulating olfactory receptor with breast milk. Each of these methods can be performed on preterm infants with stable symptoms, weaning from a ventilator for more than 48 hours, and without complications, congenital neurological and chromosomal abnormalities, congenital heart disease and facial abnormalities. Sucking stimulation increases breastfeeding performance, allowing preterm infants to have better sucking behaviors and reduces the transition period from tube to oral feeding and the length of hospital stay.

Conclusion: Nurses can choose the appropriate sucking stimulation method for preterm infants according to their health status and the context of each hospital. If nurses provide care and assistance in sucking stimulation to the preterm infants, they will have breastfeeding performance, which helps the infants to receive useful nutrients needed for proper body recovery and growth.

Recommendations: Sucking stimulation methods can be applied in planning the nursing care for preterm infants when they have stable health status to prepare them for oral feeding.

Keywords: sucking stimulation, preterm infants, nurse's roles

บทนำ

ปัจจุบันทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม¹ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ใน 184 ประเทศมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 5-18 ของการคลอดทั้งหมด โดยในแต่ละปีทั่วโลกมีทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนด จะรวมอยู่ในอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 40,098 คน ต่อทารกแรกเกิดมีชีพจำนวน 406,345 คน คิดเป็นอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.87 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2563 ซึ่งมีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.52 โดยเป้าหมายอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของกระทรวงสาธารณสุขเท่ากับร้อยละ 7³ ข้อมูลที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดและมือน้ำหนักตัวน้อยยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ความไม่สมบูรณ์ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายจากการเกิดก่อนกำหนด ส่งผลให้ภายหลังเกิดทารกอาจมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ความผิดปกติของระบบการหายใจ ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด และภาวะติดเชื้อ เป็นต้น จากข้อมูลข้างต้นจึงส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษและใช้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาค่อนข้างสูง⁴ นอกจากนี้เครื่องมือทางการแพทย์ที่จะใช้ในการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดแล้วสิ่งที่จะช่วยรักษาร่างกายทารกเกิดก่อนกำหนดให้หายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ คือ อาหาร ซึ่งนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดของทารกแรกเกิด เพราะมีสารอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน และมีสารภูมิคุ้มกันที่จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้⁵

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดกลืนยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากมีปากขนาดเล็ก กำลังกลืนเนื้อต่ำ ร่วมกับการดูดกลืนของทารก ต้องอาศัยการทำงานของ การกลืน และการหายใจ หากทำงานไม่สัมพันธ์กันจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดการสำลักได้ ซึ่งการดูด การกลืน และการหายใจ จะทำงานสัมพันธ์กันเมื่อทารกมีอายุหลังปฏิสนธิ 32-34 สัปดาห์⁶ ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุปฏิสนธิน้อยกว่า 32 สัปดาห์นั้น เสี่ยงที่จะเกิดการสำลักได้จากการทำงานที่ไม่สัมพันธ์กันของการดูด การกลืน และการหายใจ ทารกเกิดก่อน

กำหนดที่มีอายุปฏิสนธิน้อยกว่า 32 สัปดาห์ จึงต้องได้รับนมผ่านทางสายยางให้อาหาร⁷ ซึ่งการได้รับนมทางสายยางให้อาหารเป็นเวลานานอาจส่งผลให้กล้ามเนื้อช่องปากพัฒนาล่าช้า⁸ ทำให้ทารกดูดนมเองได้ช้า และต้องอยู่รักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน การกระตุ้นการดูดกลืนเป็นสิ่งที่จะช่วยเตรียมความพร้อมทารกเกิดก่อนกำหนดในการดูดนมมารดา ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในเรื่องพัฒนาการดูดกลืนและการกระตุ้นการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมมารดา ซึ่งจะช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ที่จะใช้ในการฟื้นตัวและเจริญเติบโตของร่างกายที่เหมาะสมต่อไป

ทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm infant)

หมายถึง ทารกที่เกิดมาเมื่ออายุหลังปฏิสนธิน้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมักจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีรูปร่างเล็ก ผิวหนังบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อย กล้ามเนื้อมีกำลังต่ำ รีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการดูด การกลืน ยังทำงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร และส่วนใหญ่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะยังทำงานไม่สมบูรณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุหลังปฏิสนธิของทารก ยิ่งอายุหลังปฏิสนธิยิ่งเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา⁷

พัฒนาการด้านการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด

ขณะอยู่ในครรภ์มารดาทารกสามารถกลืนของเหลวได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ และมีรีเฟล็กซ์การดูดเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์⁹ ทารกจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่สม่ำเสมอเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์¹⁰ ซึ่งการรับอาหารทางปากต้องมีการประสานงานระหว่างการดูด การกลืน และการหายใจ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อทารกมีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ แต่การทำงานยังไม่สัมพันธ์กัน⁶ ซึ่งการดูด การกลืนและการหายใจจะเริ่มทำงานสัมพันธ์กันเมื่อทารกมีอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์¹¹ และจะประสานงานกันได้ดีและเต็มที่เมื่อทารกอายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์เป็นต้นไป¹² ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุหลังปฏิสนธิ น้อยกว่า 32 สัปดาห์จึงดูดกลืนได้ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากการดูด การกลืน และการหายใจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ประกอบกับ

ความไม่เอื้ออำนวยของลักษณะทางกายภาพที่มีปากขนาดเล็ก มีกำลังกล้ามเนื้อและมีแผ่นไขมันในแก้มน้อย¹³ ส่งผลให้เกิดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการสำลักได้⁶ ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุหลังปฏิสนธิน้อยกว่า 32 สัปดาห์จึงต้องได้รับนมผ่านทางสายยางให้อาหาร และจะหยุดให้นมผ่านทางสายยางให้อาหารเมื่อทารกดูดนมได้เอง⁷ ซึ่งการได้รับนมผ่านทางสายให้อาหารเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ทารกดูดนมได้เองช้า เนื่องจากกล้ามเนื้อในช่องปากมีพัฒนาการที่ล่าช้า⁸

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด

พัฒนาการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ลักษณะภายนอก พยาธิสรีรวิทยา ระบบประสาท อายุครรภ์ และภาวะหลังต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะภายนอก ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีขนาดเล็ก กำลังกล้ามเนื้อต่ำ ปากขนาดเล็ก และมีแผ่นไขมันในแก้มน้อย ซึ่งแผ่นไขมันในแก้มจะช่วยในการรักษาสถียรภาพในการเคลื่อนไหวของลิ้นและขากรรไกรในระหว่างที่ดูดนมมารดา¹³

พยาธิสรีรวิทยา ความไม่สมบูรณ์ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) ภาวะหยุดหายใจในทารกแรกเกิด (apnea of prematurity) เป็นต้น ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีอัตราการเต้นของหัวใจช้า มีการหายใจที่ผิดปกติ และมีการหยุดหายใจได้ ซึ่งอาจทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเหนื่อยเกินกว่าจะดูดกลืนได้เอง หรือมีอาการเขียวขณะดูดนม⁷ นอกจากนี้ระบบทางเดินอาหารที่ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ อาจทำให้เกิดปัญหาการรับนม การย่อยและการดูดซึมได้ ซึ่งที่พบบ่อย คือ ภาวะลำไส้ขาดเลือด (necrotizing enterocolitis)¹⁴ ระบบประสาท ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระบบประสาทสั่งการที่ทำงานยังไม่สมบูรณ์ และมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำ ส่งผลให้ทารกรักษากายควบคุมศีรษะและท่าทางได้ยาก ไม่จะเป็นการงอสะโพก หัวเข่า และเท้า ถ้าไม่มีการประคับ

ประคองที่ศีรษะจะไม่สามารถดูดเต้านมในท่าที่ลำตัวและคอตรงได้¹³ นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับอันตรายจากการคลอด มีความพิการแต่กำเนิด หรือมีความผิดปกติของระบบประสาท จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของทารกได้⁹

อายุครรภ์ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อย จะยิ่งส่งผลทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำ พลังงานที่สะสมน้อย ระบบหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาททำงานยังไม่สมบูรณ์ ทำให้การประสานงานระหว่างการดูด การกลืนและการหายใจทำงานได้ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลให้การดูดกลืนของทารกไม่มีประสิทธิภาพ¹³

ภาวะหลังต้น ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มักจะอยู่ในภาวะง่วงซึม ทำให้มีผลต่อการดูดกลืนของทารก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดตื่นตัวอยู่ในระยะตื่นสงบ (quiet alert) ทารกจะมีความพร้อมในการเรียนรู้ รับรู้ได้ทั้งรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส⁸

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ลักษณะของหัวนมและเต้านมมารดา การอุ้มให้นม และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะของหัวนมและเต้านมมารดา ลักษณะของหัวนมที่ผิดปกติ เช่น หัวนมใหญ่ หัวนมสั้น หัวนมบอด (บวม) หัวนมยาว เป็นต้น อาจทำให้ทารกอมหัวนมและลานนมมารดาได้ไม่ถูกต้อง และเต้านมที่ผิดปกติ เช่น เต้านมคัด จะทำให้เต้านมร้อน ผิวแดงเป็นมัน แข็ง เจ็บ ลานหัวนมตึงแข็ง ทำให้หัวนมสั้นลง ส่งผลให้ทารกดูดนมมารดาไม่ได้¹⁵

การอุ้มให้นม การอุ้มที่ถูกต้องช่วยให้ทารกอมหัวนมมารดาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องอุ้มโดยใช้มือประคองที่ต้นคอและท้ายทอย ให้ทารกเงยหน้าขึ้นเล็กน้อย คางทารกแนบชิดกับเต้านมส่วนล่าง ทารกจะอ้าปาก มารดาต้องเคลื่อนศีรษะทารกเข้าหาหัวนมอย่างรวดเร็วและนุ่มนวล สอดหัวนมเข้าปากทารกให้ลึกถึงลานนม ทำอมหัวนมที่ถูกต้อ ลิ้นของทารกจะอยู่เหนือเหงือกด้านล่างและใต้ลานนม ส่วนเหงือกบนกดอยู่เหนือลานนม ทารกอ้าปากกว้าง ริมฝีปากบานออกและแนบอยู่กับเต้านม¹⁶ ซึ่งท่าอุ้มให้นมมีดังนี้ 1) ท่าอุ้มขวางตัก 2) ท่าขวางตักประยุกต์ และ 3) ท่าฟุตบอล¹⁴

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่ผ่านมาจะ

ส่งผลให้ทารกสามารถดูดกลืนได้เร็วขึ้น เนื่องจากการตามีประสบการณ์และคุ้นเคยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา¹⁷

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ทารกเกิดก่อนกำหนดมักถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าได้ง่าย (การสัมผัส, เสียง, แสงสว่าง) ส่งผลทำให้ลดระยะเวลาที่ทารกสนใจดูดนมมารดา นอกจากนี้ระดับเสียงที่ใช้ในการสนทนาปกติและกิจกรรมที่ทำในลานสายตาคงก่อให้เกิดความเครียดในทารก ส่งผลให้ทารกเกิดการหายใจที่ไม่สม่ำเสมอและมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทำให้การดูดกลืนของทารกไม่มีประสิทธิภาพ¹⁸

การกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด

การกระตุ้นการดูดกลืนจะช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นมีพฤติกรรมดูดนมมารดาที่ดีขึ้น และสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีวิธีการกระตุ้นการดูดกลืนดังต่อไปนี้

1) การนวดปาก (Oral stimulation)

การนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืน เป็นการใช้นิ้วมือลูบหรือกดบริเวณโครงสร้างภายในช่องปากและบริเวณโดยรอบปาก¹⁹ ได้แก่ บริเวณแก้ม ริมฝีปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม ลิ้น และเพดานปาก²⁰ โดยผู้นวดจะสวมถุงมือสะอาดแบบไม่มีแป้ง ซึ่งการนวดปากในทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น ช่วยให้อุ้มเนื้อช่องปากมีความยืดหยุ่นและแข็งแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีพัฒนาการด้านการดูดกลืนดีขึ้น²¹ ลดระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายให้อาหารสู่การดูดนมมารดา และระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง²² ซึ่งการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น มีวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกัน จากทบทวนอย่างเป็นระบบของกรีนและคณะ²² ได้แบ่งวิธีการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืน ดังนี้

การนวดปากของ Fucile et al.²⁰ เป็นวิธีการนวดปากที่นิยมนำมาใช้เพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถนวดปากทารกที่มีอายุหลังปฏิสนธิ 26-29 สัปดาห์ วิธีการนี้ใช้ระยะในการกระตุ้นการดูดกลืนทั้งหมด 15 นาที ซึ่งประกอบไปด้วย การใช้นิ้วนวดบริเวณแก้ม ริมฝีปาก บนและล่าง เหงือกด้านบนและล่าง กระพุ้งแก้ม ลิ้นด้านข้าง ตรงกลางลิ้น เพดานปาก เป็นระยะเวลา 12 นาที และให้ดูดจุกนมปลอม เป็นระยะเวลา 3 นาที กระตุ้นวันละ 1 ครั้ง ก่อนการ

ให้นม 15-30 นาที กระตุ้นต่อเนื่องจนครบ 10 วัน

การนวดปากของ Lessen¹⁹ ใช้วิธีการนวดปากที่มีชื่อว่า Premature Infant Oral Motor Intervention (PIOMI) วิธีการนี้ใช้กับทารกที่มีอายุหลังปฏิสนธิ 26-29 สัปดาห์ โดยจะนวดแก้ม ริมฝีปาก รอบปาก เหงือก ลิ้น จากนั้นวางนิ้วตรงกลางเพดานปากเพื่อกระตุ้นให้ทารกดูด ขั้นตอนทั้งหมดใช้เวลา 5 นาที กระตุ้นวันละ 1 ครั้ง ก่อนการให้นม 15-30 นาที ต่อเนื่อง 7 วัน

การนวดปากของ Hwang et al.²³ ใช้วิธีการนวดบริเวณแก้ม ปาก เหงือก ลิ้น และให้ดูดจุกนมปลอมนาน 2 นาที ขั้นตอนทั้งหมดใช้เวลารวม 5 นาที ทำการกระตุ้น 2 วันติดต่อกัน โดยนวดปากทารกที่มีอายุหลังปฏิสนธิ 32.3-40.3 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีวิธีการนวดปากอีกหลากหลายวิธีที่มีความแตกต่างทั้งในด้านของขั้นตอน ระยะเวลาและวิธีการในการนวดปาก

การศึกษาเรื่องการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในประเทศไทยนั้นพบว่า วิธีการนวดของปากของชลลดา ภูมิผล²⁴ เป็นวิธีการนวดปากที่นำมาใช้ในการศึกษาการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างแพร่หลาย วิธีการนี้ใช้นวดปากทารกที่มีอายุหลังปฏิสนธิ 28-37 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนกระตุ้นการดูดกลืนเริ่มจากการควบคุมขากรรไกรและริมฝีปาก ต่อจากนั้นกระตุ้นอวัยวะในช่องปาก การดูดและการกลืน ขั้นตอนทั้งหมดใช้เวลารวม 5 นาที วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 8 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 10 วัน โดยทำก่อนให้นม 15-30 นาที ซึ่งการนวดปากด้วยวิธีการนี้ช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากของทารก (Neonatal Oral Motor Assessment Scale : NOMAS) มากขึ้น และระยะเวลาในการหัดดูดนมสั้นลง²⁵⁻²⁷

การนวดปากในทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถกระตุ้นให้ทารกมีพัฒนาการด้านการดูดกลืนมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นวิธีการที่ง่ายและไม่ส่งผลอันตรายต่อทารก²² ทั้งนี้ในระหว่างการนวด ควรมีการติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงเพื่อประเมินสภาพทารกในระหว่างการนวดปาก แต่อย่างไรก็ตามการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนของประเทศไทยนั้น ยังไม่มีแบบแผนหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และผู้ที่ทำการนวดปากนั้นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรม

บ่าบัด และนักกายภาพบำบัด หรืออาจเป็นบิดามารดาของทารกที่ได้รับการสอนจากผู้เชี่ยวชาญ²⁸

2) การดูดที่ไม่ได้รับสารอาหาร (nonnutritive sucking: NNS)

การดูดที่ไม่ได้รับสารอาหาร หมายถึง การดูดที่ทารกจะไม่ได้รับของเหลวหรือสารอาหารผ่านเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการดูดที่ไม่ได้รับสารอาหารจะช่วยกระตุ้นการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยช่วยให้การดูด การกลืน และการหายใจทำงานสัมพันธ์กันมากขึ้น²⁹ ช่วยให้กล้ามเนื้อในช่องปากแข็งแรงขึ้น และทารกได้เรียนรู้การเคลื่อนไหวอวัยวะในช่องปากในการดูดกลืน⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูดที่ไม่ได้รับสารอาหารที่ใช้ในการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด 3 วิธี ดังนี้

การดูดจุกนมปลอม (pacifier) การให้ทารกดูดจุกนมปลอมที่ผ่านการนึ่งปราศจากเชื้อ ภายในอึดแน่นด้วยสำลีแห้งปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกดูดนมเข้ากระเพาะอาหาร³⁰ วิธีนี้ใช้ได้กับทารกที่มีอายุหลังปฏิสนธิ 26-34 สัปดาห์ โดยให้ทารกดูดจุกนมปลอมก่อนหรือให้นมทางสายยางวันละ 1-4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ซึ่งการดูดจุกนมปลอมช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางให้อาหารสู่การดูดนมมารดาสั้นลงและลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล³¹⁻³²

การดูดนิ้วมือ (gloved finger) การดูดนิ้วมือที่สวมใส่ถุงมือเป็นวิธีที่ช่วยพัฒนาการวางตำแหน่งของลิ้นและการดูดให้มีความเหมาะสม³³ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีจังหวะการดูด การประสานงานกันระหว่างการดูด การกลืน และการหายใจให้ดีขึ้น³⁴ วิธีนี้ใช้ได้กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุหลังปฏิสนธิน้อยกว่า 32 สัปดาห์ โดยให้ทารกดูดนิ้วมือก่อนรับนมทางสายยางให้อาหารวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ซึ่งส่งผลให้ทารกมีความพร้อมในการดูดนมและระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางให้อาหารสู่การดูดนมมารดาสั้นลง³⁵

การดูดเต้านมเปล่า (emptied breast) การดูดเต้านมเปล่าอยู่ในบันไดขั้นที่ 6 ของบันได 10 ขั้นในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่เจ็บป่วย³⁶ กระทำโดยให้มารดาบีบหรือปั้มน้ำนมออกจากเต้าให้เกลี้ยง แล้วให้มารดาอุ้มทารกดูดเต้านมเปล่า^{32,36} วิธีนี้ใช้ได้กับทารกที่มีอายุหลัง

ปฏิสนธิ 28-36 สัปดาห์ ดูดเต้านมเปล่าวันละ 2-4 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที เป็นเวลา 7-10 วัน ซึ่งส่งผลให้ทารกมีพฤติกรรมดูดนมมารดาดีขึ้น มีระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางให้อาหารสู่การดูดนมมารดาสั้นลง³⁸ และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล^{32, 37-38}

การกระตุ้นการดูดกลืนด้วยการดูดที่ไม่ได้รับสารอาหารทั้ง 3 วิธีสามารถทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสามารถในการดูดนมมารดา ซึ่งพยาบาลหรือบิดามารดาของทารกสามารถทำการกระตุ้นการดูดกลืนด้วยวิธีนี้ได้ มีเพียงการดูดเต้านมเปล่าที่มารดาเท่านั้นที่จะสามารถกระทำได้ ซึ่งการดูดเต้านมเปล่านี้ช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้สร้างความคุ้นเคยกับเต้านมมารดา และให้ประสบการณ์จริงในการดูดนมมารดา แต่การดูดจุกนมปลอมนั้นอาจจะทำให้ทารกสับสนหิวและอาจเป็นอุปสรรคในการดูดนมมารดาได้³⁹ ดังนั้นในการเลือกใช้การกระตุ้นการดูดกลืนด้วยการดูดที่ไม่ได้รับสารอาหาร พยาบาลควรพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

3) กระตุ้นการรับกลิ่นรับรสด้วยน้ำนมมารดา

กลไกการรับกลิ่นรับรสของทารก เริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ทารกจะได้รับกลิ่นและรสผ่านตัวรับในช่องปากและจมูก หลังคลอดประสาทสัมผัสการรับกลิ่นรับรสยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการดูดกลืน กลิ่นและรสของน้ำนมมารดามีผลกระตุ้นการทำงานของสรีรวิทยาระบบทางเดินอาหารและพฤติกรรมทางอารมณ์⁴⁰ ทำให้เกิดการดูดแบบไม่มีสารอาหาร การหันหาอาหาร การคืบคลานเข้าหาเต้านม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานของทารกในการกินอาหาร⁴¹ จึงควรมีการส่งเสริมให้ทารกได้สัมผัสกับกลิ่นและรสของน้ำนมมารดา เพื่อส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีพัฒนาการในการดูดนมมารดาได้เองโดยเร็ว มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งการกระตุ้นการรับกลิ่นรับรสเพื่อส่งเสริมการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดมีหลายวิธี ดังนี้

การดมกลิ่นน้ำนมมารดา (breast milk odor)

จากการศึกษาของ Yildiz⁴² และการศึกษาของ Iranmanesh⁴³ สามารถทำได้ในทารกอายุหลังปฏิสนธิ 28-34 สัปดาห์ โดยใช้ น้ำนมมารดาปริมาณ 1-2 มิลลิลิตร หยดลงบนสำลีก้อน และวางให้ห่างจากจมูกทารก 1.5-2 เซนติเมตร ทำไปพร้อมๆ กับการรับนมทางสายยางให้อาหาร เพื่อให้ทารกได้สัมผัสกับ

กลืนนมมารดาในระหว่างที่รับนมทางสายยางให้อาหาร เมื่อการรับนมทางสายยางให้อาหารเสร็จในแต่ละครั้ง นำสำลือออก ทำวันละ 3-4 ครั้ง/วัน ในเวลาเดียวกับที่ทารกรับนมทางสายยางให้อาหาร เริ่มทำตั้งแต่วันที่ทารกเริ่มรับนมทางสายยางให้อาหาร ไปจนกระทั่งทารกสามารถรับนมทางปากได้ พบว่าทารกที่ได้รับการกระตุ้นการรับกลืนขณะรับนมทางสายยางให้อาหาร มีจำนวนครั้งในการดูดนมมากกว่าทารกที่ไม่ได้ดมกลิ่นนมมารดา⁴¹ มีน้ำหนักตัวขณะสามารถรับนมทางปากระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางให้อาหารสู่การดูดนมมารดา และระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้ดมกลิ่นนมมารดา⁴²⁻⁴³

การดูแลช่องปากด้วยน้ำนมมารดา (breast milk oral care) จากแนวปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยน้ำนมมารดาของมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย⁴⁴ และการศึกษาของ Hongsiri et al.⁴⁵ ใช้วิธีการให้ทารกได้ดมกลิ่นและลิ้มรสของน้ำนมมารดา สามารถทำได้ในทารกอายุหลังปฏิสนธิ 28-34 สัปดาห์ โดยหยดน้ำนมมารดาปริมาณ 0.2 มิลลิลิตรลงในบริเวณผนังช่องปากของทารก และทำการนวดบริเวณเหงือกเบา ๆ เพื่อให้โมเลกุลของน้ำนมมารดามีการกระจายตัว⁴⁴ สามารถจับกับรีเซปเตอร์รับกลืนรับรสภายในช่องปาก และโมเลกุลของน้ำนมมารดาที่ระเหยได้จะเคลื่อนที่เข้าสู่โพรงจมูก กระตุ้นตัวรับกลืนภายในโพรงจมูก เริ่มทำเมื่อทารกมีการรับนมทางสายยางให้อาหาร ทำในช่วงเวลาก่อนที่ทารกจะมีการรับนมทางสายยางให้อาหารในแต่ละมื้อ 3-4 ครั้ง/วัน พบว่าทารกที่ได้รับกลืนรับรส มีพฤติกรรมดูดนมมารดาและมีปริมาณน้ำนมที่ดูดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ⁴⁵

การนวดปากและให้ทารกได้สัมผัสกับนมมารดา จากการศึกษาของ Chailangka et al.⁴⁶ ใช้นิ้วมือที่สวมถุงมือสะอาด จุ่มนมแม่แล้วนำไปนวดปากกระตุ้นการดูดกลืนทารกจะได้รับกลืนรับรสผ่านทางปาก การศึกษาของ Khodagholi⁴⁷ ใช้วิธีการนวดปากตามปกติ และเมื่อถึงเวลาให้นมทางสายยาง ให้นำสำลือซูดน้ำนมมารดาห้อยไว้ห่างจากจมูกทารก 2-3 เซนติเมตร เป็นเวลา 5 นาที ควรทำในทารกที่อายุหลังปฏิสนธิ 29 สัปดาห์ขึ้นไป พบว่าทารกที่ได้รับการกระตุ้นด้วยการนวดปากและสัมผัสกับนมมารดา มีปริมาณน้ำนมที่ดูดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁴⁶ สามารถดูดนมทางปากได้เองและจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วกว่าทารกที่

รับการกระตุ้นด้วยการนวดเพียงอย่างเดียว⁴⁷

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด ด้วยการรับกลืนรับรส น้ำนมมารดา เป็นวิธีการที่ทำได้ง่ายและมีความปลอดภัย และยังมีการผลการศึกษาที่ชัดเจนว่า สามารถกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำวิธีการกระตุ้นการรับกลืนรับรสไปใช้ร่วมกับวิธีอื่น เช่น การนวดปากได้ ดังนั้น การเลือกใช้วิธีการใดก็ตามสามารถกระตุ้นการดูดกลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้เหมาะสมกับบริบทด้านสุขภาพของทารกและมารดาแต่ละราย

บทบาทพยาบาลในการกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด

ความสามารถในการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ทารกดูดนมมารดาได้เร็วและมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการกระตุ้นการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกมีความพร้อมในการเริ่มดูดนมมารดาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้

1) การประเมิน (assessment) ทารกเกิดก่อน

กำหนดที่สามารถกระตุ้นการดูดกลืนได้นั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าต้องประเมิน 1) อายุหลังปฏิสนธิ ซึ่งจะต้องมีอายุหลังปฏิสนธิ 28-36 สัปดาห์ 2) ภาวะสุขภาพ โดยทารกต้องมีอาการคงที่ หายาเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง น้ำหนักตัวมากกว่า 1,500 กรัม ไม่มีความพิการแต่กำเนิดของระบบประสาทและความผิดปกติของโครโมโซม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่มีความผิดปกติของใบหน้า และไม่มีภาวะติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจและมีภาวะลำไส้เน่าอักเสบ เป็นต้น มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 95%^{28-29,35,38,45} ซึ่งทารกจะมีความพร้อมในการกระตุ้นการดูดกลืน

2) วินิจฉัย (nursing diagnosis) ทารกมีปัญหา

การดูดกลืน เนื่องจากเกิดก่อนกำหนด ซึ่งปัญหาในการดูดกลืน

ของทารก เช่น ปฏิบัติการดูดกลืนมีน้อย ดูนมได้ช้า ดูนมได้ปริมาณน้อย

3) การวางแผน (Planning) วางแผนการกระตุ้นการดูดกลืน อาจวางแผนร่วมกับกุมารแพทย์เพื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของทารกก่อนการกระตุ้นการดูดกลืน และพยาบาลเลือกใช้วิธีการกระตุ้นการดูดกลืนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของหอผู้ป่วย

4) ให้การพยาบาล (Implementation)

4.1) อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในทารกเกิดก่อนกำหนดแก่มารดา

4.2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก และดูแลกระตุ้นการดูดกลืนตามวิธีที่เลือกใช้ ร่วมกับดูแลและให้กำลังใจมารดาในการกระตุ้นการดูดกลืน

4.3) ขณะกระตุ้นการดูดกลืนควรมีการติดตามสัญญาณชีพ เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น และติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงเพื่อประเมินสภาพทารกและภาวะผิดปกติในระหว่างกระตุ้นการดูดกลืน

5) การประเมินผล (Evaluation) การกระตุ้นการดูดกลืนด้วยวิธีต่าง ๆ ล้วนมีผลให้ทารกมีประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในช่องปากที่ดีขึ้น มีปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเกี่ยวกับการดูดกลืนดีขึ้น มีอัตราการดูดกลืนเพิ่มขึ้น²⁶ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบการประเมินความสามารถในการดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดที่หลากหลาย เช่น พฤติกรรมการดูดนมมารดาในทารกเกิดก่อนกำหนด ปริมาณน้ำนมที่ทารกดูดได้ ระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางสู่การดูดนมมารดา น้ำหนักตัว เป็นต้น^{27, 33, 38}

สรุป

ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหาการดูดกลืน ทำให้ต้องได้รับนมทางสายยางให้อาหาร ซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อในช่องปากไม่ได้รับการพัฒนาและอาจดูตนเองได้ล่าช้า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จึงควรให้ความสำคัญในการกระตุ้นการดูดกลืนโดยเลือกวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพของทารกและบริบทของหอผู้ป่วย โดยสามารถกระตุ้นการดูดกลืนได้ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุหลังปฏิสนธิ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีอาการคงที่ ซึ่งจะช่วยให้ทารกนั้นมีความพร้อมในการดูดกลืน สามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับนมมารดาที่เป็นอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายไปพร้อมกับการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ซึ่งเป็นรากฐานทางร่างกายและจิตใจของทารกเกิดก่อนกำหนดในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาลสามารถนำวิธีการกระตุ้นการดูดกลืนมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ปฏิบัติการดูดกลืนมีน้อย ดูนมได้ช้า หรือดูนมได้ปริมาณน้อย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูดกลืนของทารก ซึ่งจะช่วยให้ทารกมีพฤติกรรมดูดนมดีขึ้น สามารถดูดนมมารดาได้เองเร็วขึ้น ลดระยะเปลี่ยนผ่านจากการรับนมทางสายยางให้อาหารสู่การดูดนมมารดา ลดระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

References

1. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson, K, Ashwill, J. Maternal-child nursing. 5th ed. Maryland: Saunders Elsevier; 2017.
2. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Ministry of Public Health. Low birth weight rate [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr/index?year=2021> (in Thai)
4. Zainal H, Dahlui M, Soelar SA, Su TT. Cost of preterm birth during initial hospitalization: A care provider's perspective. PLoS One 2019 [Internet]. Jun 25 [cited 2022 Jan 19];14(6):1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6592503/>
5. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. 2021. [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
6. Volpe JJ, Inder TE, Darras BT, Vries LS, Plessis A, Neil J, Perlman JM. Volpe's neurology of the newborn. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
7. Lerthamte W. Nursing care for preterm infants. In: Musiksukon S, editor. Pediatric nursing. Vol. 1. 4th ed. Nonthaburi: Sahamitr printing & publishing; 2015. p. 330-4. (in Thai)
8. Thomas JA. Guideline for bottle feeding your premature baby. Adv Neonatal Care [Internet]. 2007 Dec [cited 2022 Jan 21];7(6):311-18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18097214/>
9. Wambach K, Riordan J. Breastfeeding and human lactation. 5th ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2014. p.96-106.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 8th ed. Maryland Heights: Elsevier. 2016. p. 515-41.
11. Amaiza N, Shulman RJ, Schanler RJ, Lau C. Maturation of oral feeding skills in preterm infants. Acta Paediatr [Internet]. 2008 Jan [cited 2022 Jan 23];97(1):61-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18052999/>
12. Wong DL. Maternal child nursing care. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2006.
13. Genna CW, Sandora L. Breastfeeding: normal sucking and swallowing. In: Genna CW, editor. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2017. p.1-38.
14. Murray SS, McKinney ES. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 5th ed. Maryland: Saunders Elsevier; 2010.
15. Ontrakarn S, Wongvisut T. Common Problems with Breastfeeding: Nipple and Breast Problems. In Thitadilok W, editor. Breastfeeding guide for the resident doctor of Obstetrics and Gynecology Department. Bangkok: The Royal Thai College Obstetrics and Gynecology; 2005. (in Thai)
16. Vichitsukon K. Breastfeeding. In: Musiksukon S, editor. Pediatric nursing. Vol. 1. 4th ed. Nonthaburi: Sahamitr printing & publishing; 2015 . p.72-97. (in Thai)

17. Nyqvist KH, Ewald U. Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behaviour and breastfeeding outcome in preterm infants. *Acta Paediatr* [Internet]. 1999 Nov [cited 2022 Jan 24];88:1194-1203. available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591419/>
18. Nyqvist KH. Breastfeeding preterm infants. In Genna CW, editor. *Supporting sucking skills in breast feeding infants*. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2017. p.171-93.
19. Lessen BS. Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2011 Apr [cited 2022 Jan 24];11(2):129-39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21730902/>
20. Fucile S, Gisel EG, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr* [Internet]. 2002 Aug [cited 2022 Jan 24];141(2):230-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12183719/>
21. Beckman D. Beckman Oral Motor [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <http://www.beckmanoralmotor.com/>
22. Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Sep 20 [cited 2022 Jan 28];9(9):CD009720. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27644167/>
23. Hwang YS, Lin CH, Coster WJ, Bigsby R, Vergara E. Effectiveness of cheek and jaw support to improve feeding performance of preterm infants. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2010 Nov-Dec [cited 2022 Jan 19];64(6): 886-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21218679/>
24. Pummipon C. Effects of suck-swallow stimulation program on readiness and effectiveness of nutritive sucking in preterm infants [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1996. (in Thai)
25. Boonchalerm P, Prasopkittikun T, Sangperm P, Jirasakuldej W. Effects of the mother-preterm infant preparation program on breastfeeding self-efficacy and sucking quality. *NURS SCI J THAIL* [Internet]. 2012 Dec 28 [cited 2022 Jan 19];30(4):61-72. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/10534> (in Thai)
26. Suknithi J, Thampanichawat W, Wichiencharoen K, Lerthamatewe W. Impact of oral stimulation program on nursing mothers' knowledge of oral stimulation and prematurely born infants' suckling ability. *JTNMC* 2012;27(1):78-91. (in Thai)
27. Limpatham S, Teerarungsikul N, Pongjaturawit Y. Effect of an Oral Stimulation in Preterm Infants during Tube Feeding on Feeding Performance. *JFONUBUU* 2016;24(4):43-53. (in Thai)
28. Saehoong S, Daramas T, Pookbunmee R. A systematic review of oral stimulation to enhance sucking and swallowing in preterm infants. *Rama Nurs J* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 25];19(3): 293-307. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/94749> (in Thai)

29. Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Oct 4[cited 2022 Jan 25];(10):1-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458048/>
30. Rocha AD, Moreira MEL, Pimenta HP, Ramos JRM, Lucena, SL. A randomized study of the efficacy of sensory-motor-oral stimulation and non-nutritive sucking in very low birthweight infant. *Early Human Development* [Internet]. 2007 Jun [cited 2022 Jan 25];83(6):385-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16979854/>
31. Say B, Simsek GK, Canpolat FE, Oguz SS. Effects of pacifier use on transition time from gavage to breastfeeding in preterm infants: a randomized controlled trial. *Breastfeed Med* [Internet]. 2018 Jun 18 [cited 2022 Jan 25];13(6):433– 437. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29912580/>
32. Fucile S, Wener E, Dow K. Enhancing breastfeeding establishment in preterm infants: a randomized clinical trial of two non-nutritive sucking approaches. *Early Hum Dev* [Internet]. 2021 Mar 10 [cited 2022 Jan 25];156:105347. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33714801/>
33. Marinelli KA. Breastfeeding and the use of human milk in the neonatal intensive care unit. In: Macdonald MG, Seshia MMK editors, *Avery's Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn*. 7th ed. China: Wolters Kluwer; 2016. p.324-5.
34. Neiva FCB, Leone CR. Sucking in preterm newborns and the sucking stimulation. *Pro Fono* [Internet]. 2006 May-Aug [cited 2022 Jan 25];18(2):141-150. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16927619/>
35. Moreira C, Cavalcante-Silva RP, Miyaki M, Fujinaga CI. Effects of nonnutritive stimulation with gloved finger on feeding transition in very low birth weight premature infants, *Rev CEFAC* [Internet]. 2014 Jul-Aug [cited 2022 Jan 29];16(4):1187–92. Available from: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Q75YhD6P9p9HGS9nTjbsbHj/?format=pdf&lang=en>
36. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2004 Oct-Dec [cited 2022 Jan 25];18(4):385-96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15646308/>
37. Manlert S, Thampanichawat W, Payakkaraung S. Comparison of breastfeeding behaviors and rate of milk transfer among preterm infants sucking emptied breast with different frequency. *Kuakarun Journal of Nursing* [Internet]. 2021 Jun 15 [cited 2022 Oct 25];28(1):94-107. Available from: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/kcn/article/view/189125> (in Thai)
38. Tongsiri P, Wittayasooporn J, Daramas T. Effect of nonnutritive sucking with emptied breast on breast-feeding performance in preterm infants. *Rama Nurs J* [Internet]. 2022 Apr 22 [cited 2022 Feb 1];28(1):30-43. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/RNJ/article/view/248101> (in Thai)

39. Dadalto ECV, Rosa EM. Knowledge about the benefits of breastfeeding and disadvantages of the pacifier related to the mother's practice with preterm infants. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2017 Sep 12 [cited 2022 Oct 25];35(4):399-406. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977129/>
40. Beker F, Opie G, Noble E, Jiang Y, Bloomfield FH. Smell and taste to improve nutrition in very preterm infants: a randomized controlled pilot trial. *Neonatology* [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 2];111(3):260-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27902988/>
41. Bingham PM, Churchill D, Ashikaka T. Breast milk odor via olfactometer for tube-fed, premature infants. *Behav Res Methods* [Internet]. 2007 Aug [cited 2022 Feb 2];39(3):630-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17958177/>
42. Yildiz A, Arikan D, Gözüml S, Tastekin A, Budancamanak I. The Effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2011 Sep [cited 2022 Feb 2];43(3):265-73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21884372/>
43. Iranmanesh S, Shamsi A, Pour Aboli B, Movahedi Z. The effect of breast milk odor on transition time from gavage to oral feeding and hospital stay in premature infants. *Infant Child Adolesc Nutr* [Internet]. 2014 Dec 23 [cited 2022 Feb 4];7(1): 5-11. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1941406414563390>
44. Thai Breastfeeding Center Foundation. Ten steps for promoting breastfeeding for low birth weight and sick newborns [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 19]. Available from: <https://library.thaibf.com/handle/023548404.11/480>. (in Thai)
45. Hongsiri K, Wittayasoporn J, Daramas T. Effect of breast milk oral care on breast-feeding performance in preterm infants. *Journal of Health and Nursing Research* 2022;38(1):38-48. (in Thai)
46. Chailangka W, Daramas T, Kongsaktrakul C. Effect of expressed breast milk with oral stimulation on feeding efficiency in preterm infants. *Rama Nurs J* [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2022 Feb 19];24(1):25-36. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/94749> (in Thai)
47. Khodaghohi Z, Zarifian T, Soleimani F, Shariati MK, Bakhshi E. The effect of non-nutritive sucking and maternal milk odor on the independent oral feeding in preterm infants. *Iran J Child Neurol* [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 19];12(4):55-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6160630/>

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Nursing Care for Critically ill Patients with Coronavirus Disease 2019

Received: Aug 8, 2021
Revised: Nov 8, 2022
Accepted: Nov 11, 2022

อิสรา โยริยะ พย.ม. (Esara Yoriya, M.N.S.)¹
เจษฎาภรณ์ อิก้าเหน็ด พย.ม. (Jetsadaporn I-gumnerd, M.N.S.)²
โสภา รักษาธรรม พย.ม (Sopah Raksatham, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน และมีการแพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยบางรายจะเกิดภาวะปอดอักเสบตามมา และพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว รุนแรง และทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome: ARDS) จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและมีอัตราการตายสูง ผู้ป่วยจึงต้องการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อน ต่อเนื่อง รวดเร็ว และทันทั่วถึง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจากเป็นด่านหน้า และสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในทีมสหสาขาวิชาชีพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ภาวะวิกฤต เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพยาบาลที่เป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยพองการทำงานของหัวใจและปอด 3) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ 4) การดูแลให้อาหาร และ 5) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19

¹Corresponding author อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
E-mail: Chirra_noom@hotmail.com

²อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
E-mail: jetsadaporn@bcnph.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
E-mail: sopah.r@bcn.ac.th

¹Nursing Instructor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University, Lampang, Thailand.

²Nursing Instructor, Department of Adult and Elderly Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phrae, Thailand.

³Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand.

Abstract

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is a human-to human transmitted disease that rapidly spread worldwide. Although most of the infected patients are asymptomatic or have mild symptoms, some patients develop pneumonia. Others patients have a rapid and severe disease progression leading to acute respiratory failure and need ventilator support, which is high risk for mortality. Patients, therefore, need a complex, continuous, rapid, and timely care. Therefore, nurses play a pivotal role in caring for the COVID-19 critically ill patients as they are the front line and close contact with patients in a multidisciplinary team. This article aims to review the epidemic situation, disease progression, treatment, and nursing care of COVID-19 patients with critical condition to provide knowledge about disease progression and guidelines for nurses in caring for critically ill patients with COVID-19 to receive effective care. Results of the literature review showed that the key domains of nursing care for the COVID-19 patients with acute respiratory failure includes: 1) intubation and ventilation care, 2) extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) care, 3) venous thromboembolism (VTE) prevention, 4) nutrition care, and 5) psychological support.

Keywords: Coronavirus disease 2019, critical ill patients with COVID-19, nursing care for critical ill patients with COVID-19

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากการติดเชื้อ severe acute respiratory syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) มีการรายงานครั้งแรกจากประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นมีการระบาดไปทั่วโลก¹⁻² แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยบางรายจะเกิดภาวะปอดอักเสบตามมาภายใน 5-10 วัน ทำให้ปอดทำงานได้น้อยลง อาการแสดง ได้แก่ ไข้ ไอ มีเสมหะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจเร็วกว่า 30 ครั้ง/นาที เจ็บหน้าอกขณะหายใจหรือไอ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 93 นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว รุนแรง และทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึง ร้อยละ 30-40³ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตทางระบบการหายใจ เนื่องจากปอดอักเสบจากการ

ติดเชื้อ และมีการทำลายเนื้อปอดทั้งสองข้างอย่างเฉียบพลัน ทำให้ปอดมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลงอย่างมาก โดยจะแสดงอาการหายใจเร็ว หอบเหนื่อย รุนแรงมากจนหายใจลำบาก สับสน ความรู้สึกตัวลดลง หหมดสติ หัวใจเต้นเร็ว ฟังเสียงปอดพบมี rhonchi และ crackle ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบฝ้าขาวทั้งสองข้าง (diffuse, fluffy alveolar infiltrate) ตรวจพบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มักพบ ภายใน 7-10 วันหลังเริ่มมีอาการ³

ยังมีการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ทำนายความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 พบว่าผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของโรคติดเชื้อ COVID-19⁴ รายงานการศึกษาของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 144 คน มีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 51 และปอดอักเสบรุนแรง ร้อยละ 14 โดยปัจจัยที่ทำนายภาวะปอดอักเสบ ได้แก่ อายุ ≥ 40 ปี body mass index ≥ 25 kg/m² จำนวน absolute lymphocyte count

$< 1,500 \text{ cells/mm}^3$ และระดับ serum lactate dehydrogenase (LDH) $\geq 200 \text{ U/L}$ สำหรับปัจจัยที่ทำนายภาวะปอดอักเสบรุนแรง ได้แก่ เพศชาย ค่า oxygen saturation ที่ room air ต่ำกว่าร้อยละ 97 ระดับ serum LDH $\geq 300 \text{ U/L}$ ⁵

เชื้อ SARS-CoV-2 สามารถกระจายไปตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอวัยวะที่มีเซลล์เยื่อ angiotensin converting enzyme 2 receptor (ACE2 receptor) ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดในโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เกิดได้ทั้งจากไวรัสโดยตรงหรือทางอ้อม ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (myocarditis), ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia), กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบภาวะการบาดเจ็บของหัวใจ (cardiac injury) ร้อยละ 7.2-19.7⁶ ปัจจุบันยังไม่มียารักษาเฉพาะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันชัดเจนว่า ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 การรักษาหลัก คือ การรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 อาจมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์เนื่องจากโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 เริ่มตั้งแต่การประเมินและคัดกรอง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จนกระทั่งการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต จากข้อมูลที่กำลังมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่า การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อประชาชน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจะส่งผลกระทบมากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามอาการ และความรุนแรงของโรค แต่ในบทความนี้จะขอยกกล่าวถึงเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีภาวะวิกฤต และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีความสนใจและศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนิน

ของโรค รวมถึงศึกษาแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การดำเนินของโรค

การดำเนินของโรคติดเชื้อ COVID-19 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ⁷ ดังนี้

ระยะที่ 1 early infection ระยะนี้เชื้อ SARS-CoV-2 เข้าสู่เซลล์ผ่าน ACE2 receptor ที่เซลล์เยื่อของทางเดินหายใจ บริเวณเยื่อบุลำคอ ปอด และลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจะแสดงอาการ ไอ เจ็บคอ การรับรสลดลง และอาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย ความรุนแรงของโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ รุนแรงเล็กน้อย รุนแรงมาก และวิกฤต โดยความรุนแรงแต่ละระดับเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะที่ 1 ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกัน และโรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคน

ระยะที่ 2 pulmonary involvement เมื่อเชื้อไวรัสเพิ่มปริมาณมากขึ้นในลำคอ จะนำไปสู่การติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยจะมีอาการไอ และหายใจไม่อึด ภาพรังสีทรวงอกจะพบลักษณะ ground-glass opacities

ระยะที่ 3 hyperinflammation ระยะนี้เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ จึงทำให้เกิดการอักเสบอย่างรุนแรง ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติและล้มเหลว การอักเสบรุนแรงของปอดทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลให้อวัยวะอื่น ๆ อักเสบหรือล้มเหลวตามมาที่พบบ่อย ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ ร้อยละ 29 ภาวะไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 29 และความผิดปกติของหัวใจ ร้อยละ 23-33 ได้แก่ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติอื่นๆ เช่น ภาวะ septic shock ร้อยละ 13 และปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ร้อยละ 12 เป็นต้น^{8,9}

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า โรคติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (COVID-19-associated coagulopathy: CAC) โดยส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติในกระบวนการแข็งตัวของเลือด และมีปัจจัยเสี่ยงสูงทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ สาเหตุเริ่มจากผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาเข้าสู่ร่างกายผ่าน

ทางการหายใจ ต่อมาเชื้อไวรัสได้กระตุ้นกระบวนการอักเสบ ทำให้เกิดการทำลายเยื่อผนังหลอดเลือดของถุงลมหรือหลอดเลือดทั่วร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombin) และไฟบริน (fibrin) รวมทั้งทำให้ antithrombin ลดลง เนื่องจากการรั่วซึมของผนังหลอดเลือด (increased vascular permeability) จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 71 คน พบว่ามีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism: VTE) ร้อยละ 22.5 และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary thromboembolism: PTE) ร้อยละ 7 และพบวาระดับของค่า D-dimer เพิ่มขึ้นวาระดับปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁰

แนวทางการรักษาผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ได้กำหนดแนวทางในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มยืนยันที่มีปอดอักเสบ ที่มีภาวะ hypoxia (resting O_2 saturation $\leq 94\%$ ปอดอักเสบรุนแรง ไม่เกิน 10 วัน หลังจากมีอาการ และได้รับ oxygen แนะนำให้ ยา Remdesivir โดยเร็วที่สุดเป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก ควรติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ร่วมกับให้ ยา Corticosteroid โดยมีเงื่อนไขในการใช้ยา ดังนี้

1. มีปอดอักเสบ และ $SpO_2 \leq 94\%$ หรือมี SpO_2 ขณะออกแรงลดลง $\geq 3\%$ ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก หรือหากผู้ป่วยมีแนวโน้มอาการมากขึ้น อาจพิจารณาให้ยานี้เมื่อ $SpO_2 \leq 96\%$ เป็นราย ๆ ไป ให้ Dexamethasone 6 มิลลิกรัม/วัน นาน 7-10 วัน ถ้าน้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม พิจารณาปรับขนาดเพิ่ม

2. มีปอดอักเสบที่มี $SpO_2 \leq 93\%$ หรือต้องได้รับ O_2 supplement ≥ 3 ลิตร/นาที พิจารณาให้ Dexamethasone ไม่เกิน 20 มิลลิกรัม/วัน หรือ เทียบเท่าปรับขนาดหากอาการดีขึ้น ระยะเวลาอย่างน้อย 7 วัน

3. มีปอดอักเสบต้องใช้ high flow nasal cannula (HFNC) และ noninvasive ventilation (NIV) หรือเครื่องช่วยหายใจ ให้ Dexamethasone 20 มิลลิกรัม/วัน อย่างน้อย 5 วัน แล้วค่อย ๆ ปรับลดขนาดเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ถ้าอาการแย่ลงให้ปรับขนาดสูงขึ้นโดยประเมินจากประโยชน์

และความเสี่ยงจากการติดเชื้อแทรกซ้อน

คำแนะนำแนวทางการรักษาผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปลำดับนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

1. การใส่ท่อช่วยหายใจ ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ถึงระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยควรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ รวมถึงต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดผลยาละอองจำนวนมาก ทำให้เพิ่มโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ผู้ทำหัตถการใส่ท่อช่วยหายใจจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 สูง ดังนั้นการใส่ท่อช่วยหายใจจึงควรเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ โดยปฏิบัติตามการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยด้วยหลักการนำสลบ และการใส่ท่อช่วยหายใจชนิดรวดเร็ว (rapid sequence induction) การป้องกันการติดเชื้อระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจให้ปฏิบัติตามการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อแบบการป้องกันลดการแพร่กระจายทางอากาศ หลังใส่ ท่อช่วยหายใจให้พิจารณาให้ยานอนหลับและยาหย่อนกล้ามเนื้อต่อทันทีอย่างน้อยอีก 48 ชั่วโมง^{3,12-14}

2. การตั้งเครื่องช่วยหายใจ แนะนำ low tidal volume ventilation (V_t 4-8 mL/kg) เพื่อให้ค่า plateau pressure < 30 mmH₂O, peak airway pressure < 40 ตั้งค่า PEEP 8-12 cmH₂O เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น แต่ต้องเฝ้าระวังภาวะ Pneumothorax หรือ Pneumomediastinum ถ้า PEEP > 10 cmH₂O ตั้งค่า ventilation rate 14-22 ครั้ง/นาที และ FiO_2 ต่ำสุดที่จะรักษาระดับ O_2 sat $> 92\%$ หลีกเลี่ยงการปลดท่อช่วยหายใจกับเครื่องช่วยหายใจ เพราะจะทำให้ค่า PEEP ลดลง มีโอกาสเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ได้ การดูดเสมหะควรใช้ระบบปิด หรือการ clamp ท่อช่วยหายใจเมื่อมีความจำเป็นต้องปลดท่อช่วยหายใจกับเครื่องช่วยหายใจ เช่น ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย^{3,12-14}

3. การจัดท่านอนคว่ำ (prone positioning) การจัดท่านอนคว่ำ อย่างน้อย 12-16 ชม.ต่อวัน จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากทำให้เกิดภาวะสมดุลระหว่าง ventilation และ

perfusion ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนดีขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดดีขึ้น และลดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด^{3, 12-14}

4. การให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) การให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อช่วยผู้ป่วยให้หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ โดยสามารถเพิ่ม oxygenation ลดภาวะ barotrauma ยกตัวอย่าง เช่น ยา Cisatracurium, Atracurium¹²

5. การใช้เครื่องฟอกเลือดและหัวใจ (Extracorporeal Membrane Oxygenation: ECMO) พิจารณาทำในผู้ป่วยที่มี refractory hypoxemia หรือ ภาวะเลือดเป็นกรดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ¹²⁻¹⁴

ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบไหลเวียนโลหิต และ shock

1. ควรประเมินการตอบสนองต่อสารน้ำโดยใช้ dynamic parameter, skin temperature, capillary refill, serum lactate¹²

2. การ resuscitation ควรให้สารน้ำแบบจำกัดมากกว่าให้ปริมาณมาก ควรใช้ balanced crystalloid เช่น Normal saline, Ringer lactate^{3, 12}

3. การใช้ vasopressor ในผู้ป่วยที่ shock ควรใช้ Norepinephrine เป็นทางเลือกแรกมากกว่า Dopamine โดยมีเป้าหมายในการปรับ vasopressor คือ ให้ MAP ที่ 60-65 mmHg กรณีผู้ป่วยที่มี cardiac dysfunction หลังให้สารน้ำ และ Norepinephrine แล้ว แนะนำให้ Dobutamine เพิ่ม และแนะนำให้ Hydrocortisone 200 mg/d ในคนใช้ refractory shock^{3, 12}

โภชนบำบัด

ในภาวะวิกฤตผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง (enteral nutrition) หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มให้อาหารทางสายยาง คือภายใน 48 ชั่วโมงแรกของภาวะวิกฤต ถ้าไม่มีข้อห้าม วิธีการให้ที่เหมาะสม คือการให้แบบต่อเนื่องผ่านเครื่องให้อาหารทางสายยาง (enteral feeding pump) อย่างต่อเนื่อง 24 ชม. และเริ่มขนาดต่ำ ประมาณ 10-20 มิลลิลิตร/ชม. ถ้ารับได้ดีจึงเพิ่มปริมาณช้า ๆ จะช่วยลดอาการถ่ายเหลว ลดปริมาณอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารสูง ลดการสำลัก และปอดอักเสบ¹⁵

ข้อบ่งชี้ของการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ คือ กรณีมีข้อห้ามการให้อาหารทางสายยาง หรือผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางสายยางไม่เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย พิจารณาเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ในช่วงวันที่ 3-7 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง พิจารณาเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่ระยะแรก โดยเริ่มในขนาดไม่เกิน ร้อยละ 50 ของความต้องการพลังงาน และเพิ่มปริมาณอย่างระมัดระวัง โดยติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และระดับเกลือแร่¹⁶

กรณีศึกษา¹⁷

ผู้ป่วยชาย อายุ 46 ปี ภูมิลำเนา Sao Paulo ประเทศบราซิล การวินิจฉัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วน BMI 35.7 มียา Metformin รับประทานประจำ มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ให้ประวัติว่ามีไข้ มีน้ำมูก ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และตัวแดง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังจากนั้น มีอาการหายใจลำบาก รู้สึกตัวดี อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ค่า O₂sat 45% ภายหลังได้รับ O₂ mask with reservoir bag ค่า O₂sat 76% ภายหลังจากนั้นย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ผล arterial blood gas พบว่า PH 7.09, PaO₂ 86 mmHg, PaCO₂ 65 mmHg HCO₃ 19 mmol/L, BE -10, O₂sat 92% การรักษาที่ได้รับ on endotracheal tube with ventilator setting คือ Volume Control Ventilation mode โดยปรับตั้ง FiO₂ 100%, FR 25 beat/min, tidal volume 515 mL, PEEP 20 cmH₂O, on central venous catheter at right jugular vein with vasoactive and sedative drugs ด้วยยา Cisatracurium, ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำโดยการให้ยา heparin 1000 IU/hr., ควบคุมโรคเบาหวานด้วยการให้ regular insulin 1 IU/mL IV drip, on nasogastric tube for feeding, จัดทำนอนคว้านาน 18 ชม., ในวันที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ acute kidney injury ได้รับการบำบัดทดแทนทางไต ด้วยวิธี venous hemodiafiltration อาการและระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ

ถอดท่อหลอดลมคอออกได้ ลดขนาดยาในกลุ่ม vasoactive drug แต่พบมีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดตื่นตัว และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในเวลาต่อมา รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 28 วัน

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 พบว่าการพยาบาลที่เป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย 5 ประการ^{3,12-14,15-16,18-22} ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบในทางเดินหายใจส่วนล่าง ส่งผลทำให้มีการทำลายเยื่อปอด และหลอดเลือดของเนื้อปอด เกิดเสมหะเหนียวข้น และคั่งค้างจำนวนมาก การยืดขยายของเนื้อปอดมีประสิทธิภาพลดลง และทำให้เกิดภาวะปอดแฟบได้ในที่สุด การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นการรักษาสำคัญอันดับแรกในผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน พยาบาลจึงต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1.1 ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ได้แก่ จังหวะ อัตรา ความถี่ ความลึก เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดด้วยออกซิเจน รวมทั้งติดตามผลการวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง ความสมดุลกรด-ด่าง และตัวบ่งชี้ของการติดเชื้อ (infection indicator) โดยเฉพาะการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น เสมหะเปลี่ยนสีและมีปริมาณมากขึ้น มีไข้สูงหรืออุณหภูมิร่างกายต่ำ ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ เป็นต้น¹⁹⁻²⁰

1.2 ดูแลจัดท่านอนคว่ำอย่างน้อย 12 - 16 ชม. ต่อวัน เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนดีขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดดีขึ้น และลดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด และพลิกตะแคงศีรษะและใบหน้าทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ^{3, 12-14,20}

1.3 การดูแลเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบความยาวและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

ของท่อช่วยหายใจและลดแรงต้านทางทางเดินหายใจ ใช้ตัวกรองไวรัส (virus filter) ต่อสายเครื่องช่วยหายใจทั้งขาเข้าและออก พยาบาลต้องประเมินพารามิเตอร์และเสียงเตือนของเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง การดูดเสมหะควรใช้ระบบปิด หรือการ clamp ท่อช่วยหายใจ เมื่อมีความจำเป็นต้องปลดท่อช่วยหายใจกับเครื่องช่วยหายใจ เช่น ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการลดลงของค่า PEEP และลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค^{3,12-14,19}

1.4 ป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแทรกซ้อน ได้แก่ ไข้ ลักษณะ ปริมาณ และสีของเสมหะที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส หรือยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา¹⁸⁻²⁰

1.5 ป้องกันส่วนบุคคล(Personal Protective Equipment: PPE) โดยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องสวมเสื้อกาวน์ แว่นตา (goggles) หรือกระจังป้องกันใบหน้า (face shield) หรือหน้ากากกรองอากาศ ถุงมือ 2 ชั้น หน้ากากอนามัย เป็นสิ่งที่สำคัญมากขณะทำหัตถการกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ระมัดระวัง เช่น ขณะพลิกตะแคงตัว จัดท่านอนคว่ำ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย¹⁹

2. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยพองการทำงานของหัวใจและปอด

ผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และไม่ตอบสนองต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจตามปกติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยพองการทำงานของหัวใจและปอด (ECMO)^{3,14} ซึ่งพบว่า มีผลลัพธ์ที่ดีในทางการรักษา และอัตราการตายลดลง แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วย ECMO อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะเลือดออก¹⁴ ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยขณะทำ ECMO^{18-19,21} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การประเมิน เฝ้าระวัง ติดตาม และบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที การตรวจสอบความเร็วในการบ่มของเครื่อง ECMO หรืออัตราการไหลของอากาศ

ควรปรับเพิ่มขึ้น หากความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง ความเร็วในการปั๊มของเครื่อง ECMO จะต้องปรับลดลง และใช้ยาที่สามารถเพิ่มความดันโลหิต ซึ่งเป็นยาในกลุ่มกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasoactive drug) ควรปรับอัตราการไหลตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ประเมินและบันทึกพารามิเตอร์ทุก 1 ชั่วโมง พารามิเตอร์ที่ต้องประเมิน ได้แก่ อัตราเร็วในการปั๊ม (pump speed) อัตราการไหลของอากาศ (air flow rate) ความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศ (concentration of air-oxygen mixture) และอัตราการไหลของ (gas flow rate) เป็นต้น เพื่อให้การทำงานของเครื่องมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹⁹⁻²⁰

2.2 การดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันระหว่างการรักษา พยาบาลต้องปรับยา Heparin ทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อให้การแข็งตัวของเลือดเข้าสู่ระดับที่ปกติ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกโดยการประเมินบาดแผลบริเวณที่เจาะหลอดเลือดนำเลือดว่ามีเลือดออก มีการอักเสบ บวม แดง และเขียวคล้ำหรือไม่ และควรทำแผลทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ^{14,18-19}

2.3 ประเมินการสั้นหรือกระดูกของสาย ซึ่งบ่งบอกถึงปริมาณเลือดในสายกับหลอดเลือดไม่สมดุลกัน ควรรีบดำเนินการปรับแก้ไข โดยการจัดท่าทางผู้ป่วยด้วยการเหยียดขา เพื่อไม่ให้สายหัก พับ งอ สายต้องไม่ถูกกดทับ และในขณะที่มีการสั้นหรือกระดูกของสายอาจพบว่าความดันโลหิตลดลง ควรปรับเพิ่มยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในวงจร ดูหลอดเลือดนำเลือด เพื่อป้องกันไม่ให้หัก พับ งอ การดึงรั้ง และเกิดการกดทับทับของสายกับผิวหนัง ควรรองด้วยผ้าก๊อช และยึดติดด้วยพลาสติกไม่ให้เลื่อนหลุด รวมทั้งการเฝ้าสังเกตผลของยาบรรเทาปวด ยานอนหลับทุก 1 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงผู้ป่วยดึงหลอดเลือดออกเอง^{18-19,21}

2.4 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องเข้มงวดมากกว่าการทำ ECMO ในสถานการณ์ปกติ ได้แก่ การสวมเสื้อกาวน์ชนิดกันน้ำ surgical mask หมวกคลุมผม หน้ากากป้องกันเชื้อโรคแบบคลุมศีรษะชนิดมีพัดลมพร้อมชุดกรองอากาศ หรือ power air purifying respirator สวมถุงมือ 2 ชั้น และการเปลี่ยนชุดดูแลระบบปิดทุก 4 วัน^{19,21}

3. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

การแข็งตัวของเลือดผิดปกติเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 พยาบาลต้องประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง ภาวะพร่องออกซิเจนเฉียบพลัน และหายใจลำบาก เป็นต้น และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ได้แก่ ผิวหนังเย็น ซีด เขียวคล้ำ คลำชีพจรที่หลังเท้าเบาลงหรือคลำไม่พบ และพบขาบวม เป็นต้น รวมทั้งการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะระดับความเข้มข้นของ D-dimer ในเลือด ถ้าสูงมากกว่าค่าปกติเป็นการบ่งชี้ว่ามีกระบวนการสลายลิ่มเลือดเกิดขึ้นภายในร่างกาย หรือมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ¹⁸⁻¹⁹

4. การดูแลให้อาหาร

พยาบาลควรวางแผนทางโภชนาการ หลังจากได้ข้อมูลการประเมินและเริ่มให้อาหารทางสายยางภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากระบบไหลเวียนโลหิตผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาวะปกติ ผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ต้องการสารอาหารที่เพียงพอประมาณ 25 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน และโปรตีน 1.3 กรัม/กิโลกรัม/วัน ขณะจัดทำอาหารก็ควรสามารถใช้เครื่องควบคุมอัตราการไหลของอาหารที่ให้ทางสายยางได้ เพื่อป้องกันการสำลัก อาหารทางสายยางควรให้แบบต่อเนื่องเป็นเวลา 16-24 ชั่วโมงต่อวัน ควรประเมินสารคัดหลั่งทางเดินอาหาร (content) ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการแสดงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ เช่น อาเจียน ถ่ายเหลว ท้องอืด เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้²² แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลให้อาหารผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19^{18,20,22} มีดังนี้

4.1 การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกควรปฏิบัติในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย และควรหยุดให้อาหารทางสายยางก่อนจัดทำท่านอนคว่ำ 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักสารคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ

4.2 หมุนเตียงให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศาขึ้นไป กรณีที่เป็นเตียงที่หมุนได้ (rotating bed) หรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยกลับมาอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศาขึ้นไป เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ

4.3 ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารก่อนให้อาหาร ตรวจสอบให้แน่ใจว่าสายยางให้อาหารไม่เลื่อนหลุดเพื่อความปลอดภัยจึงเริ่มให้อาหารต่อ โดยใช้เครื่องควบคุมการไหล (enteral feeding pump) และเริ่มในขนาดต่ำ ประมาณ 10-20 มิลลิลิตร/ชม. ถ้ารับได้ดีจึงเพิ่มปริมาณช้า ๆ ได้ถึง 60-85 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

4.4 กรณีมีข้อห้ามการให้อาหารทางสายยาง หรือผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางสายยางไม่เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย แพทย์จะพิจารณาให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ พยาบาลจะต้องตรวจสอบชนิดของสารอาหารที่ถูกต้องตามแผนการรักษา ใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารอาหารเพื่อให้ได้อัตราการไหล และปริมาณตามแผนการรักษา ตรวจสอบอัตราการไหลทุก 1 ชม. บันทึกจำนวนสารอาหารและปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม.^{20,22}

4.5 การป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง การเปลี่ยน IV set ชุดข้อต่อของสารอาหารทุกวันตามหลัก sterile technique เช็ดข้อต่อด้วย 2% Chlorhexidine in 70% alcohol ตรวจสอบตำแหน่งและผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำต้อง ไม่เลื่อนหลุด ไม่บวมแดง หรือมีเลือดออก ดูแลทำความสะอาดแผลที่ใส่สายสวนด้วย 2% Chlorhexidine in 70% alcohol สังเกตลักษณะสารละลายต้องไม่มีตะกอนหรือขุ่น หากพบให้หยุดให้ทันทีและรายงานแพทย์ วัดสัญญาณชีพ หากพบความผิดปกติ เช่น มีไข้ ชีพจรเต้นเบาและเร็ว รายงานแพทย์²²

5. การสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychological support)

ผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ตื่นตระหนก ซึมเศร้า ลึนหวัง (despair) และโรคเครียดหลังจากผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (PTSD) เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ความลำบากในการสื่อสาร การดำเนินของโรค การเข้มงวดของสถานกักกัน ความคิดหมกมุ่น และความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แต่เมื่อหายจากโรคผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการตอบสนองทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของการดำเนินโรคที่เคยเป็น โดยอารมณ์เชิงลบเกิดขึ้นในระยะแรก ประกอบด้วยความกลัว การปฏิเสธ และรู้สึกเป็นตราบาป (stigma)²³

พยาบาลผู้ดูแลควรสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วยช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ ซึ่งพยาบาลวิกฤตต้องมีการฝึกอบรมโดยนักจิตวิทยา เพื่อให้เข้าถึงสภาวะจิตใจของผู้ป่วย มีการใช้แบบประเมินสภาวะจิตใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตมีสภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น การรักษาดูแลเน้นลดหรือบรรเทาแรงกดดันและความวิตกกังวล^{18,20} ดังนี้

5.1 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย เหตุผลของการจัดผู้ป่วยให้อยู่ห้องแยก ตลอดจนหลักการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้มาเยี่ยม

5.2 ประเมินสภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน ประเมินการตอบสนองต่อโรคที่เป็น การรับรู้ในการเปลี่ยนแปลง ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และขอคำปรึกษาจากแผนกจิตแพทย์ ถ้ามีความจำเป็น

5.3 สนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยการสื่อสารผ่านทางสายตา การสัมผัส การพยักหน้า จับมือ และการขู้นิ้วหัวแม่มือหรือขู้นิ้วให้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถต่อสู้กับโรคที่เผชิญอยู่ได้ดีขึ้น

5.4 การสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ช่วยประกอบกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

บทสรุป

ผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 มักเกิดกลุ่มอาการความผิดปกติของระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน และรุนแรง ส่งผลทำให้มีอัตราการตายที่สูงมาก เนื่องจากการดำเนินโรคที่รวดเร็ว รุนแรง และทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันยังส่งผลให้อวัยวะอื่น ๆ อีกเสกหรือล้มเหลวตามมา ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะ septic shock และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ เป็นต้น ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อน มีความต่อเนื่อง และทันทั่วถึงในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มี

ภาวะวิกฤต และมีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยพยุงการทำงานของหัวใจและปอด 3) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ 4) การดูแลให้อาหาร และ 5) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 จะต้องการการศึกษาทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาลอยู่เสมอ รวมถึงควรมีการพัฒนาแนวทาง/แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่เป็นปัจจุบันและมีมาตรฐานวิชาชีพ

References

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel Coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 2020;395Z10223X:497-506.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel Coronavirus from patients with Pneumonia in China, 2019. *N Eng J Med* 2020;382(8):727-33.
3. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected Interim guidance. [Internet]. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
4. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395(10229):1054-62.
5. Srichatrapimuk S, Jayanama K, Kirdlarp S, Thammavaranucupt K, Suppadungsuk S, Wongsinin T, et al. Predictors of Pneumonia and severe Pneumonia in patients with Coronavirus disease 2019 at a tertiary care hospital, Thailand. *The southeast Asian journal of tropical medicine and public health* 2020;51(4):507-17.
6. Alwaqfi NR, Ibrahim KS. COVID-19: an update and cardiac involvement. *J Cardiothorac Surg* 2020;15(1):239.
7. Pfeifer M, Ewig S, Voshaar T, Randerath WJ, Bauer T, Geiseler J, et al. Position paper for the state of the art application of respiratory support in patients with COVID-19. *Respiration* 2020;99(6):521-42.
8. Arentz M, Yim E, Klaff L, Lokhandwala S, Riedo FX, Chong M, et al. Characteristics and out of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State. *JAMA* 2020;323(16):1612-4.
9. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 Pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respir Med* 2020;8(5):475-81.
10. Artifoni M, Danic G, Gautier G, Gicquel P, Boutoille D, Raffi F, et al. Systematic assessment of venous thromboembolism in COVID-19 patients receiving thromboprophylaxis: incidence and role of D-dimer as predictive factors. *J Thromb Thrombolysis* 2020;50(1):211-6.

11. Ministry of public health; Department of medical service. Medical practice guidelines for diagnosis treatment and infections control in hospital; for coronavirus 2019 approve version 29 September 2022 [Internet]. 2022 [Cited 2022 SEP 29]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650929131357PM_CPG_COVID-19_v.25_n_20220929.pdf.
12. National institute of health. Care of critically ill adults with COVID-19: last updated: May 31, 2022 [Internet]. 2022 [Cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
13. Gattinoni L, Chiumello D, Caironi P, Busana M, Romitti F, Brazzi L, et al. Covid-19 Pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes. *Intensive Care Med* 2020;46(6):1099-102.
14. Fan E, Beitler JR, Brochard L, Calfee CS, Ferguson ND, Slutsky AS, et al. Covid-19 associated acute respiratory distress syndrome: is a different approach to management warranted? *Lancet Respir Med* 2020;8(8):816-21.
15. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2019;38(1):48-79.
16. Joseph B, Kulvatunyou N, Tang A, Keeffe TO, Wynne RS, Rhee P, et al. Total parenteral nutrition in the critically ill patient. *European Surgery* 2011;43:19-23.
17. Saraiva EL, Siqueira MEB, Sousa CS. Nursing care provided to critical patient with COVID-19: a case report. [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp6993-7006> 3 10 2565
18. Sharma SK, Nuttall C, Kalyani V, Hemlata. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19. *J Pak Med Assoc* 2020;70(5):S118-S23.
19. Yuan L, Chen S, Xu Y. Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. *Stroke and vascular neurology* 2020;5(3):302-7.
20. Wang H, Zeng T, Wu X, Sun H. Holistic care for patients with severe coronavirus disease 2019: An expert consensus. *International Journal of Nursing Sciences* 2020;7(2):128-34.
21. Umeda A, Sugiki Y. Nursing care for patients with COVID-19 on extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) support. *Global Health Med* 2020;2(2):127-30.
22. Thibault R, Seguin P, Tamion F, Pichard C, Singer P. Nutrition of the COVID-19 patient in the intensive care unit (ICU): a practical guidance. *Crit Care* 2020;24(1):1-8.
23. Sun N, Wei L, Wang H, Wang X, Gao M, Hu X, Shi S. Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of affective disorders* 2021;278:15-22.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

Factors Predicting Self-Care of Patients with Heart Failure in Central Region, Thailand

Received: Jul 19, 2021

Revised: Aug 27, 2021

Accepted: Sep 9, 2021

กิตติพงษ์ พิณจพันธ์ พย.ม. (Gitipong Pinichpan, M.N.S.)¹สุนิดา ปรีชาวงษ์ ปร.ด. (Sunida Preechawong, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรปฏิบัติ ถึงแม้ว่ามีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว แต่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย: รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 185 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากโรงพยาบาล 3 แห่งในเขตภาคกลาง ปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ 2) ภาวะสุขภาพ 3) การรับรู้ความเจ็บป่วย 4) สมรรถนะแห่งตน 5) ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และ 6) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .377, .430$ และ $.349$ ตามลำดับ) การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ($r = -.279$) ส่วนประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่าสมรรถนะแห่งตนและความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .230, p = .001$)

สรุปผล: สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .351, p = .001$) รองลงมาได้แก่ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .226, p = .001$)

ข้อเสนอแนะ: นำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภาคกลาง

ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Gitipongpm@gmail.com

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Sunida.P@chula.ac.th
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Self-care is highly-recommended for patients with heart failure (HF). Despite certain self-care programs were developed for them, most HF patients are unable to effectively manage factors influencing their illness.

Research objectives: This study aimed to identify predictive factors related to self-care in patients with HF in Central Region, Thailand.

Research methodology: This study used a descriptive-predictive design. A simple random sampling technique was used to recruit 185 patients with HF from 3 hospitals in the central region, Thailand. The selected factors included 1) health belief, 2) health survey, 3) illness perception, 4) self-efficacy, 5) knowledge of HF, and 6) cardiac function. Data were collected using the self-reported questionnaires, and the personal health record. Data were analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis.

Results: Findings revealed that the overall self-care of patients with HF was at a fair level. Health belief, self-efficacy, and knowledge of HF were positively associated with self-care ($r = .377$, $.430$ and $.349$, respectively). Illness perception was negatively related to self-care ($r = -.279$). Cardiac function, and health status were not related to self-care. Moreover, self-efficacy, and knowledge of HF could significantly predict 23 percent of the variance of self-cares ($R^2 = .230$, $p = .001$). Results of multiple regression analysis revealed that self-efficacy, and knowledge of HF together explained 23.0% ($R^2 = .230$, $p = .001$) of the variance in self-care.

Conclusions: Self-efficacy was the strongest predictor for self-care in patients with HF ($\beta = .351$, $p = .001$), followed by knowledge of HF ($\beta = .226$, $p = .001$).

Implications: Findings can be used to develop nursing activities that focus on promoting self-care with less limitations for patients with HF to attain appropriate and continuous self-care.

Keywords: self-care, patients with heart failure in central region

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 287,000 คนต่อปี ส่วนในประเทศไทยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 264.81, 257.46, 291.81, 296.89 และ 309.66 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แยกเป็น ภาคกลาง ร้อยละ 28.32 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 25.96 ภาคเหนือ ร้อยละ 20.04 ภาคใต้ ร้อยละ 17.77 และเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 7.91 จากสถิติดังกล่าว พบว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศและเขตภาคกลาง ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย เป็นผลสืบเนื่องมาจากความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกาย¹ ที่มีกลไกมารับการรักษาภายใน 30 วันหลังการจำหน่าย ด้วยอาการเหนื่อย บวม อ่อนเพลีย และไอ โดยมีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องการรับประทานยา การได้รับยาไม่เต็มที่ และความสม่ำเสมอของการรับประทานยา สาเหตุที่พบเกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดทุกราย ในปี 2560 มีรายงานว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งประชาชนในภาคกลางมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการเกิดโรค เช่น นิยมบริโภคอาหารรสเค็มจัด อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ อาหารสำเร็จรูปมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เข้าสู่ระบบโรงงานที่ทำงานเป็นช่วงเวลา แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองจากบุคลากรที่มีสุขภาพแล้ว สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนการดูแลตนเองตามคำแนะนำในการควบคุมอาหารและน้ำ ร่วมกับความเชื่อที่ว่า การรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ๆ จะทำให้อาการดีขึ้นได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนการดูแลตนเอง² จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นปัญหาที่สำคัญและกระทบปัญหาสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังดูแล

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำ โดยคำนึงถึงประโยชน์ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และผลลัพธ์ระยะยาวจากการตัดสินใจลงมือกระทำ รวมถึงการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของอาการ ความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความหมายรวมไปถึงการจัดยา ข้อจำกัดด้านอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำหนัก การรับรู้อาการและการจัดการอาการของโรค และการออกกำลังกาย³ มีรายงานว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน (ร้อยละ 80) เดิมเครื่องปรุขณะรับประทานอาหาร (ร้อยละ 80) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและการทำงานหนัก (ร้อยละ 70) ไม่รับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น (ร้อยละ 20)⁴ พฤติกรรมไม่เหมาะสมดังกล่าวส่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ อาทิ เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบสูงขึ้น ร้อยละ 40⁵ กลับมารับการรักษาซ้ำถึงร้อยละ 50 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 3 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 57 จะเสียชีวิตในระยะเวลา 5 ปี หลังจากการได้รับวินิจฉัยโรคถึงร้อยละ 50 อัตราการรอดชีวิตจะลดลงในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ ร้อยละ 15⁶ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และมีผลทางเศรษฐกิจจากการรักษาที่เกิดขึ้นจากอาการที่กำเริบบ่อยครั้ง⁵

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมีหลายประการ⁷ หลายมิติเกิดร่วมกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย⁸ ภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ⁹ ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย¹¹ สมรรถนะแห่งตน คุณภาพชีวิต¹² และความเชื่อทางสุขภาพ¹³ ในการศึกษานี้ได้คัดเลือกตัวแปรตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel โดยมีหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นร่วมด้วย

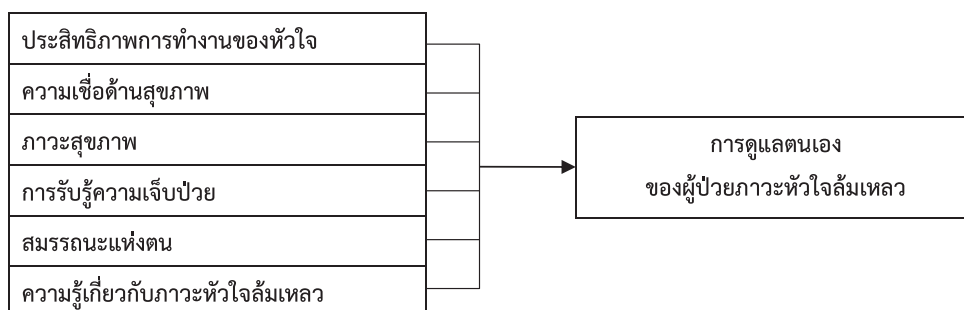
แม้ว่ามีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากสถานการณ์การเกิดโรคทำให้ทราบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยด้วยการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น เกิดผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และสามารถทำนายหรือประเมินได้ว่าผู้ป่วยคนใดที่มีความเสี่ยงในการสูญเสียการดูแลตนเองได้สูง เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้คัดสรรตัวแปรทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีของ Riegel และอยู่ในบทบาทพยาบาลสามารถจัดการกระทำได้ โดยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Theory of heart failure self-care) พัฒนาโดย Riegel และคณะ⁷ ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวว่าเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับบุคคลในด้านความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยกระบวนการตัดสินใจนี้ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ (situation) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล (person) ปัญหาสุขภาพ (problem) และสิ่งแวดล้อม (environment) 2) กระบวนการตัดสินใจ (process) เป็นกลไกภายในตัวบุคคล ที่มีการทำงานเป็นระบบแล้วให้ผลลัพธ์ออกมา กระบวนการในขั้นนี้แสดงออกโดยผ่านความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและค่านิยมของบุคคล และ 3) การแสดงการดูแลตนเอง (action) เป็นผลของการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยผ่านความรู้ประสบการณ์ ทักษะและการให้คุณค่าในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการแสดงออกถึงการดูแลตนเองที่จะสังเกตได้จากการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ การดำรงการดูแลตนเอง (self-care maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (symptom perception) จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองหลายประการ ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกตัวแปรตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel โดยมีหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย

ประชากร : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง 61,193 คน

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 90 ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่ค่า $R^2 = .103$ นำมาคำนวณได้ค่า $f^2 = .114$ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อศึกษาตัวแปรต้น 6 ตัวแปร คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 168 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 185 ราย มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีสาเหตุมาจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความบกพร่องจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งมีอาการค่อนข้างคงที่ หรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อย 1 เดือน

2) ระดับความรุนแรงของอาการตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional Classification (NYHA) ที่ I – II

3) เพศชายและเพศหญิง อายุ 20–59 ปี

4) ผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่เกินกว่า 3 เดือนและมีบันทึกในเวชระเบียน

5) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

6) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

7) ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1) มีอาการ อาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม หายใจเหนื่อยหอบ ขณะเก็บข้อมูลจนต้องได้รับการรักษา

2) ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัย เป็นแบบสอบถาม 8 ส่วน ในการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว/โรคร่วม และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ความเชื่อในการรับประทานอาหารและยา พัฒนาโดย Bennett และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Angkulhajorn¹⁴ 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ พัฒนาโดย Ware และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Kasemsup¹⁵ 12 ข้อ แบ่งเป็นมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (2 ข้อ) Role Physical (2 ข้อ) Bodily Pain (1 ข้อ) General Health (1 ข้อ) Vitality (1 ข้อ) Social Functioning (1 ข้อ) Role Emotional (2 ข้อ) และ Mental Health (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน

0-100 คะแนน โดยคะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .79

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ พัฒนาโดย Broadbent และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Olanwat¹⁶ 9 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง 0-10 โดยตรงปลายเส้นด้านซ้ายมือสุด คือ “0” คือ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุด คือ “10” คือ “มากที่สุด” ยกเว้น ข้อสุดท้ายเป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ปวยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค เป็นข้อคำถามในเชิงบวก 5 ข้อ มีข้อคำถามในเชิงลบ 3 ข้อ การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนน ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .78

ส่วนที่ 5 สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ พัฒนาโดย Sullivan และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Olanwat¹⁶ 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ 6 ข้อ และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 0-4 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด การแปลผลคะแนนแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยคะแนนเต็มรวม 52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนสูง ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .95

ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย van der Wal และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Srisuk¹⁷ 15 ข้อ 3 ตัวเลือก เป็นความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป 4 ข้อ การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ข้อ อาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน หากได้ระดับคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับดี และระดับคะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .74 ค่า

Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .71

ส่วนที่ 7 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย Riegel และคณะ¹⁸ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only-translation with test) 22 ข้อ การประเมินการดูแลตนเอง 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 การดำรงการดูแลตนเอง 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 1-4 คะแนน ตอนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 0-4 คะแนน ตอนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 1-4 คะแนน มีคะแนนรวมในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนน ดังนี้ พอใช้ (0-70) ดี (71-85) ดีมาก (85-100) ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .80

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ประเมินโดยใช้ค่า Left ventricular effusion fraction (LVEF) ผู้วิจัยพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือการตรวจสวนหัวใจ เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจากการตรวจครั้งล่าสุดในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (012.2/63) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (009/2563) โรงพยาบาลสระบุรี (EC021/2563) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา (YM024/2563) โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างใดต่อการปฏิบัติงานหรือการให้บริการใด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกแฟ้มประวัติ เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขณะที่รอตรวจ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้

เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-40 นาทีต่อราย โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 185 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.35) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 47.57) รองลงมาคือ ช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 34.05) มีอายุเฉลี่ย 48.00 ปี

(SD = 8.97) อายุต่ำที่สุด 22 ปี และอายุมากที่สุด 59 ปี ประมาณสามในสี่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 71.35) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.05) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 29.73) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.84) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.84) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.68) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.41) รองลงมาคือกลุ่มอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 21.62) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.92) มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก Functional class I มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.46) โดยประมาณหนึ่งในสามมีโรคประจำตัว/โรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วงเวลา 6-12 เดือน (ร้อยละ 53.51)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	0-100	10-81	36.95	16.26
ความเชื่อด้านสุขภาพ	24-120	71-120	100.22	10.49
ภาวะสุขภาพ	0-100	38-78	58.62	9.38
การรับรู้ความเจ็บป่วย	0-80	7-55	25.37	10.27
สมรรถนะแห่งตน	0-52	7-52	33.70	10.09
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	0-15	7-15	12.49	2.43
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	0-100	17-87	55.52	11.71

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำปานกลางเท่ากับ 36.95 (SD = 16.26) ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 100.22 (SD = 10.49) ภาวะสุขภาพมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเท่ากับ 58.62 (SD = 9.38) การรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ

25.37 (SD = 10.27) สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 33.70 (SD = 10.09) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี เท่ากับ 12.49 (SD = 2.43) การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับพอใช้ เท่ากับ 55.52 (SD = 11.71)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดและการแปลผลระดับคะแนนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

การดูแลตนเอง	Min	Max	Mean	SD	การแปลผล
การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	37.50	92.50	65.43	11.01	พอใช้
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	25.00	95.83	58.11	11.68	พอใช้
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	33.33	100.00	73.49	12.78	ดี
การดูแลตนเองโดยรวม	17.65	86.76	55.52	11.71	พอใช้

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 55.52 (SD = 11.71) อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 65.43 (SD = 11.01) อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 92.50 ต่ำสุดเท่ากับ 37.50 การดูแลตนเองเพื่อจัดการ

อาการโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 58.11 (SD = 11.68) อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 95.83 ต่ำสุดเท่ากับ 25.00 และความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 73.49 (SD = 12.78) อยู่ในระดับดี คะแนนสูงสุดเท่ากับ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 33.33

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบถดถอย เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

ตัวแปรที่มีอิทธิพล	B	SEb	β	t	p-value
(Constant)	28.172	4.187		6.729	.001
สมรรถนะแห่งตน	.407	.081	.351	5.058	.001
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	1.091	.335	.226	3.256	.001

F = 10.599 (p = .001), R = .479., R² = .230

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าสมรรถนะแห่งตน และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .230, F = 10.599, p = .001) โดยสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด (β = .351, p = .001) รองลงมาได้แก่ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว (β = .226, p = .001) ส่วนประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

อภิปรายผล

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าคะแนนการดูแลตนเองโดยรวมในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.05 แต่ขาดความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 25.41 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี แต่เรื่องของรายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคม เพราะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยที่ดี

สิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยอยู่ที่ 6-12 เดือน โดยระยะเวลานี้พียงอริสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรค ยังสามารถเกิดการกำเริบได้ตลอดเวลา แต่การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐานหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคเพียงระดับเล็กน้อย คือ มีระดับ NYHA functional class อยู่ที่ระดับ I (ร้อยละ 59.46) ซึ่งเป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่กลุ่มตัวอย่างลืมนับประทานยา ซึ่งน้ำหนักของตัวเอง วิธีการตรวจสอบข้อเท้าบวม เมื่อมีอาการเจ็บป่วยยังไม่ทราบว่าเป็นอาการที่ต้องมาพบแพทย์ และไม่กล้าที่จะโทรมาขอรับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากทีมสุขภาพ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับพอใช้ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannoo และคณะ¹⁹ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมระดับพอใช้ โดยรายด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพระดับดี การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการระดับพอใช้ และความมั่นใจในการดูแลตนเองระดับพอใช้ การศึกษาของ Suwannoo และคณะ²⁰ พบว่าการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 57.9 ± 15.6 และเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุดคือ การลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือพอมเกิน มากที่สุด คือ ด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด และการศึกษาของ Choknumchaisiri²¹ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม

2. ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 ตัวแปร คือ สมรรถนะแห่งตน

และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .230$, $F = 10.599$, $p = .001$) อธิบายได้ดังนี้

สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .430$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 23.0 และสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .351$, $p = .001$) ความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ประกอบด้วย ความมั่นใจในการควบคุมอาการและความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ อีกทั้งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นั่นคือมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ว่าสามารถดำเนินการและยังคงอยู่แม้จะมีอุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma²² พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ Dehghani-Tafti, Mahmoodabad²³ พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .349$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 23.0 และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรองมาจากสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .226$, $p = .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค การบริโภคอาหารโดยการจำกัดอาหารเสริมและน้ำที่เหมาะสม การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเฝ้าระวังและประเมินภาวณ้ำเกิน และความสำคัญในการมา

พบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะส่งผลให้การดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Huong²⁴ พบว่า ภาวะโรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคของการจำกัดปริมาณโซเดียมสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 27.6 ($R^2 = .276$, $p = .000$) โดยอุปสรรคของการจำกัดโซเดียมเป็นปัจจัยที่ทำนายการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด ($\beta = -.34$, $p < .05$) รองลงมาได้แก่ ภาวะโรคร่วม ($\beta = -.19$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .23$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .15$) ในขณะที่ความรุนแรงของอาการ เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ($r = .02$, $.11$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่เหตุผลก็ได้ ซึ่งในแต่ละความเชื่อนั้นมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .377$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam, Shogafard¹³ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั่วไปบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะมีการนำข้อมูลที่รับรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ และตัดสินใจการกระทำตามความคิด ความเข้าใจและปรับความเชื่อนั้นใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีความรู้ที่ว่าต้องปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารเค็ม ควบคุมน้ำหนักตัวรับประทานยาสม่ำเสมอ แต่ก็ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร จึงจะเหมาะสมเพียงพอในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าจะต้องจำกัดการออกกำลังกายเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบ แม้จะได้ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาว่าต้องออกกำลังกาย แต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัย ไม่รู้วิธีการและขนาดของการ

ออกกำลังกายที่เหมาะสม ความเชื่อด้านสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้อาการจะไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.279$) การรับรู้ความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณหนึ่งในสามมาจากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยาบ้า ยาไอซ์ และเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 33.50) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ (ร้อยละ 19.60) เป็นผลให้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ไม่ดี มีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล ในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง และการงดเว้นจากสารเสพติดอื่นๆ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อการดูแลตนเองที่ดีตามมา แต่ผู้ป่วยมีค่าการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 25.37 ($SD = 10.27$) คะแนนการดูแลตนเองที่มีระดับมากที่สุดอยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับต่ำ จึงทำให้การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองและไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นข้อบ่งชี้ที่ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายของหัวใจ บอกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจได้ เป็นการประเมินความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำมากขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจระดับต่ำรุนแรง (ร้อยละ 30.80) ซึ่งผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างมาก และเมื่อมีการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นก็จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยกว่าปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และคะแนน

เฉลี่ยของการดูแลตนเองในแต่ละระดับมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดี จะช่วยให้สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาจากอาการของโรค พร้อมทั้งเป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ สนใจ ตั้งใจและเอาใจใส่ในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง เพื่อให้ประสบผลตามความต้องการของตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเท่ากับ 58.62 (SD = 9.38) และระดับความรุนแรงของโรคมักกว่าครึ่งมีระดับ NYHA functional class อยู่ในระดับ I (ร้อยละ 59.46) แต่หนึ่งในสามมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจระดับต่ำรุนแรง (ร้อยละ 30.80) ซึ่งผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างมาก และเมื่อมีการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่วนใหญ่มีโรคร่วมของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดอยู่แล้วก่อนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 17.07) ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพเช่นเดียวกันกับการดูแลตนเองเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองน้อยมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงไม่น่าจะเป็นผลโดยตรงมาจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปัจจัยด้านการบริการสุขภาพด้วย อีกทั้งแต่ละระดับของภาวะสุขภาพ มีคะแนนการดูแลตนเอง ดังนี้ ภาวะสุขภาพดี คะแนนเท่ากับ 56.07 และ ภาวะสุขภาพไม่ดี คะแนนเท่ากับ 54.58 ข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเอง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ Rockwell and Riegel²⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 40 และการศึกษาของ choknumchaisiri²¹ พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีที่สุด ร้อยละ 34

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง
2. การจัดโปรแกรมให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง โดยเน้นการให้ความรู้ในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
3. เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดทำกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม และควรมีการศึกษาติดตามเป็นระยะๆ เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

References

1. Jompaeng Y, Korchaoenyos C, Koteptom J. The innovation of JVP. Journal of Health and Nursing Research. 2019;35(2):109-17. (in thai)
2. Wattanune N. The factors influencing to health-related quality of life amongst the patients with congestive heart failure at a community in Kanchanaburi province [Community Nurse Practitioner's thesis]. Nakhon Pathom: Christian University; 2012. (in Thai)
3. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. Journal of cardiac failure. 2009;15(6):508-16.
4. Sedlar N, Lainscak M, Martensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: a systematic review of European heart failure self-care behaviour scale studies. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2017;16(4):272-82
5. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. Nature reviews cardiology. 2011;8(11):644-54.
6. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(4):e18-e209.
7. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. Journal of cardiovascular Nursing. 2016;31(3):226-35.
8. Ok JS, Choi H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. Korean Journal of Adult Nursing. 2015;27(2):242-50.
9. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. Health Psychology. 2014;33(7):588.
10. Graven LJ, Grant JS, Vance DE, Pryor ER, Grubbs L, Karioth S. Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. American journal of health behavior. 2015;39(1):77-87.
11. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2013;50(7):945-53.
12. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz CU, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;12(2):167-76.
13. Baghianimoghadam MH, Shogafard G, Sanati HR, Baghianimoghadam B, Mazloomi SS, Askarshahi M. Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. Acta Medica Iranica. 2013:52-8.
14. Angkulhajorn S. The effect of health promoting program applying pender's model on treatment adherence in adult patients with heart failure [Adult Nursing's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in thai)

15. Kasemsup V, Sakthong P, Poopha K. The project "Surgery on 8,000 hearts of dedicated to the 80th birthday of King Bhumibol Adulyadej and dedicated to the 84th birthday of the 84th birthday of Her Royal Highness Princess Galyani Vadhana Krom Luang Naradhiwas Rajanagarindra ". Nonthaburi: National Health Security Office; 2007. (in thai)
16. Olanwat K. Selected factors related to depression in patients with acute coronary syndrome, general hospital [Nursing Science's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
17. Srisuk N, Wattanasrisin J, Tepapal T. Factors related to quality of life of caregivers among patients with heart failure in Trang province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(Special Issue):317-31. (in Thai)
18. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. The Journal of cardiovascular nursing. 2009;24(6):485.
19. Suwanno J, Petsirasan R, Praseartthai P, Chanpradit A, Saisuk W. Self-care among patients with chronic heart failure. Thai Journal of Nursing Council. 2008;23(1):35-47. (in Thai).
20. Suwanno J, Petsirasan R, Suwanno J, Saisuk W, Chanpradit A. Age and heart failure self-care: a comparison of self-care maintenance between elderly and adults. Songkla Med J. 2009;27(4): 335-46. (in Thai)
21. Choknumchaisiri k. Influences of health status, knowledge of heart failure, and social support on self-care behaviors in patients with heart failure [Adult Nursing's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in thai)
22. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart & Lung. 2018;47(2):136-41.
23. Dehghani-Tafti A, Mahmoodabad SSM, Morowatisharifabad MA, Ardakani MA, Rezaeipandari H, Lotfi MH. Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. Global journal of health science. 2015;7(5):33.
24. Huong PTT. Predicting factors of self-care behaviors in Vietnamese adults with heart failure [Nursing Science's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
25. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. Heart & Lung. 2001;30(1): 18-25.

บทความวิจัย

การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย Development on Strategies for Holistic Health Promotion of Prisoners in Loei Provincial Prison

Received: Aug 18, 2020

Revised: Oct 26, 2021

Accepted: Nov 18, 2021

จันทิรา หอมวิจิตรกุล วท.ม. (Janthira Homvijitkul, M.Sc.)¹วีระนุช แยมยิม ป.ร.ด. (Weeranuch Yamyim, Ph.D.)²พรกมล ระหาญนอก ป.ร.ด. (Pornkamon Rahannok, Ph.D.)³ปิยะพงษ์ ชูมศรี ส.ด. (Piyapong Choomsri, Dr.PH.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการด้านสุขภาพแต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการ การพัฒนายุทธศาสตร์เป็นกลไกและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขัง และเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษไปแล้ว เพื่อคืนคนสุขภาพดีสู่สังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลยและประเมินผลยุทธศาสตร์ภายใต้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550

ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานด้วยวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 350 คน และกลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ 56 คน ระหว่างเดือนเมษายน 2563 - เมษายน 2564 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง โดยการประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม และใช้ SWOT Analysis เป็นกรอบในการระดมความคิดเห็น ระยะที่ 3 การประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า ระยะที่ 1 สภาพการจัดและเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ต้องขัง อยู่ในระดับปานกลาง (mean=3.25, SD=.86) สภาพปัญหาที่คุมขังแออัด กิจกรรมไม่น่าสนใจ และจำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำไม่เพียงพอ ต้องการสนับสนุนวิทยากรและเครือข่ายภายนอก ระยะที่ 2 ได้วิสัยทัศน์คือ “เรือนจำจังหวัดเลยเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังแบบองค์รวมและผสมผสาน” ประกอบด้วย 2 พันธกิจครอบคลุมมิติสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ภายใต้ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การส่งเสริม 2) การป้องกัน 3) การรักษาพยาบาล 4) การฟื้นฟู 5) การส่งต่อ 6) การสนับสนุนระบบสุขภาพ ระยะที่ 3 การประเมินยุทธศาสตร์ด้านความเหมาะสม สอดคล้องกับนโยบาย ความเป็นไปได้นำไปปฏิบัติ และการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.60, SD=.55)

สรุปผล: ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ และมีมิติการดูแลสุขภาพ พร้อมกับการสนับสนุนและพัฒนาาระบบสุขภาพ ทำให้ผู้ต้องขังดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวตามสภาพสิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกันแบบพึ่งพาและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

¹ Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย,
E-mail: janthira1817@gmail.com

^{2,4} อาจารย์ประจำสาขายุทธศาสตร์การพัฒนากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย,

E-mail: ²smilemile_46@hotmail.com, ³Pornkamon6556@gmail.com, ⁴Choomseer@gmail.com

Regional Development Strategy, Loei Rajabhat University, Loei, Thailand.

ข้อเสนอแนะ: ผลที่ได้จากงานวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรือนจำอื่นๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขังให้ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติการดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ : ยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ผู้ต้องขัง

Abstract

Introduction: Prisoners are considered a vulnerable group with limited access to health services leading to insufficient quality service to meet the needs. Strategic development was the mechanism and method to promote holistic health of prisoners. And when the prisoners have been released, they would return to the society as healthy people.

Research objectives: The study aimed to: (a) develop a holistic health promotion strategy for prisoners in Loei Provincial Prison; and (b) evaluate strategies under the concept of holistic health promotion under the National Health Act 2007.

Research methodology: This study used a mixed-method design both quantitative and qualitative methods. Participants in quantitative part included 350 prisoners, and 56 informants in qualitative part. Study was conducted from April 2020 to April 2021 and divided into 3 phases. Phase 1, this phase aimed to examine the problems and needs for holistic health promotion activities requested by the prisoners. Instruments used in this phase were questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Phase 2, this phase aimed to develop the holistic health promotion strategy for prisoners using brainstorming participation method, and SWOT analysis as a framework for brainstorming. Phase 3, this phase aimed to assess the holistic health promotion strategy for prisoners using a questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation). Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Results showed that in phase 1, the present activities and the engagement in the activities of the prisoners was at a moderate level (mean=3.25, SD=.86) with congested confinement problem, uninteresting activity, and under staff of nursing providers, and need for more lecturers and external networks. In phase 2, a vision as “Loei Provincial Prison focusing on holistic care and integrated health care of prisoners” was emerged. It consists of 2 missions covering 4 health dimensions, namely physical, mental, social, and economic. There were 6 strategies as follows: 1) promotion, 2) prevention, 3) medical treatment, 4) rehabilitation, 5) referral, and 6) health system support. In phase 3, the strategic evaluation for suitability, relevancy to policy, and possibility for implementation were at the highest level (mean=4.60, SD=.55).

Conclusion: Holistic Health Promotion Strategies for prisoners in Loei Provincial Prison should cover all dimensions of health and health care dimensions along with support and development of the health system. This strategy helps prisoners to properly take care of their health, adapt themselves to the environment, living together, and support each other.

Implications: Results from the study could be applied in other prisons to promote the holistic health of prisoners covering health dimensions and health care dimensions

Keywords: strategy, holistic health promotion, prisoners

บทนำ

คุณภาพสุขภาพของคนไทยทุกวัยเป็นความท้าทายสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ แม้ว่าการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของคนไทยจะมีความครอบคลุมทุกกลุ่มวัยเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องคุณภาพการให้บริการที่มีมาตรฐานแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ยังคงมีปัญหาความเหลื่อมล้ำ^{1,2} โดยเฉพาะผู้ต้องขังที่เป็นกลุ่มเปราะบางและต้องการด้านสุขภาพ แต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพในระยะยาว³ ในขณะที่เรือนจำทั่วประเทศสามารถรองรับผู้ต้องขังได้ประมาณ 200,000 คน ปัจจุบันจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำเกินความจุของพื้นที่ไปมากกว่า 140,000 คน ปัญหาผู้ต้องขังล้นคุกเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนพบว่าประเทศไทยมีวิกฤตการควบคุมผู้ต้องขังรองจากประเทศสิงคโปร์ และมาเลเซีย⁴ ในจำนวนนี้มีผู้ต้องขังเกี่ยวกับคดีอาชญากรรมมากที่สุด คือ มากกว่าร้อยละ 79 ซึ่งในแต่ละปีกรมราชทัณฑ์ต้องรับผู้ต้องขังเข้าคุกเพิ่มเข้าไปมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มากกว่าจำนวนผู้ต้องขังที่ถูกปล่อยตัว⁵ ซึ่งปัญหาที่เรือนจำและผู้ต้องขังกำลังเผชิญอยู่มีอย่างน้อย 2 ประการ ได้แก่ จำนวนผู้ต้องขังล้นคุก และผู้พ้นโทษทำผิดซ้ำต้องกลับมาเข้าคุกใหม่ ในเรือนจำจังหวัดเลยก็เช่นเดียวกัน โดยพบปัญหาเกินความจุของพื้นที่มากกว่า 1,000 คน มีผู้ต้องขังทั้งหมด 2,168 คน เพศชาย 1,931 คน เพศหญิง 237 คน ประเภทคดีเกี่ยวกับยาเสพติด มากที่สุดร้อยละ 75.88 ส่วนปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง พบว่าปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรก ดังนี้ 1) วัณโรคปอด 2) ไข้หวัดใหญ่ 3) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) สุขภาพจิต (จิตเวช) และ 5) โรคเอดส์ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ของผู้ต้องขังทั้งหมด⁶

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการรักษาและการส่งตัวผู้ต้องขังออกไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลนอกเรือนจำ อีกทั้งผู้ต้องขังไม่รู้จักรักษาดูแลสุขภาพตนเองขณะอยู่ในเรือนจำ รวมทั้งระบบการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพภายในเรือนจำไม่เพียงพอ ส่งผล

กระทบต่อสุขภาพผู้ต้องขัง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังให้สามารถดูแลตัวเองได้ในระหว่างอยู่ในเรือนจำ แต่การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการกิจที่ยากและท้าทายอย่างมาก ไม่สามารถสำเร็จได้ง่าย² จึงจำเป็นต้องพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขังในเรือนจำให้ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับสภาพปัญหาในจังหวัดเลยที่ยังไม่มียุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขัง ดังนั้น วิธีการดังกล่าวจึงมีความจำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม⁷ ของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขัง และเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษไปแล้ว จะเป็นประชาชนที่มีสุขภาพดี อันเป็นการคืนคนสุขภาพดีสู่สังคม ไม่ทิ้งกลุ่มคนด้อยโอกาสกลุ่มเปราะบางไว้ข้างหลัง โดยให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า เป็นพลเมืองที่ช่วยในการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย
2. เพื่อประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550⁷ โดยศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง ที่ครอบคลุมทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แล้วประเมินยุทธศาสตร์ด้านความเหมาะสม ความสอดคล้องกับนโยบาย ความเป็นไปได้นำไปปฏิบัติ และการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) โดยการศึกษาเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม (Brainstorming) ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรือนจำจังหวัดเลย โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย และโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ 56 คน และผู้ต้องขัง 2,168 คน^๑

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ได้มาจากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ด้วยการคำนวณตามสูตรของยามานะ^๒ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 350 คน โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นแบ่งตามเรือนนอน 7 เรือนนอน เรือนนอนละ 50 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายและครอบคลุม

กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) การสัมภาษณ์เชิงลึก 10 คน การสนทนากลุ่ม 16 คน และการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม 30 คน รวม 56 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพปัญหา และความต้องการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ใช้การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม 2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 3. แบบสนทนากลุ่ม

1. แบบสอบถาม สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน สภาพปัญหาของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้คำดัชนีความ

สอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .865 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .841

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหาร เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน สภาพปัญหาและนโยบายของรัฐในการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย และประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้ต้องขัง เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน สภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3. แบบสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มตัวแทนผู้ต้องขัง เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องการและเหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ เกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง งบประมาณ ความช่วยเหลือ และสิ่งสนับสนุน ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยการประชุมระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วม (Brainstorming) ในการพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย วิเคราะห์ด้วยเทคนิค SWOT Analysis วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก^๓ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน เป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths) และจุดอ่อน (Weaknesses) โดยใช้กรอบ 4Ms ประกอบด้วย บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Management) 2) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก เป็นการวิเคราะห์โอกาส (Opportunities) และภาวะคุกคาม (Threats) โดยใช้กรอบ STEP ประกอบด้วย สังคม (Social) เทคโนโลยี (Technology) เศรษฐกิจ (Economic) และการเมืองหรือนโยบาย (Politics) 3) สรุป

ประเด็น 4) กำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) เป้าประสงค์ (Goal) ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และกำหนดโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง 5) จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย

ระยะที่ 3 การประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย แล้วนำทดลองใช้ยุทธศาสตร์และประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมใช้การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินยุทธศาสตร์ เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความสอดคล้องกับนโยบายความเป็นไปได้นำไปปฏิบัติ และการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ของยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าสถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.971

การประเมินยุทธศาสตร์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดเลย หัวหน้าสถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดเลย รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ผู้ตรวจการพยาบาลโรงพยาบาลเลย และหัวหน้างานยาเสพติดและงานสุขภาพเรือนจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพในเรือนจำและมีบทบาททางวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า 5 ปี และแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมในด้านวิทยากร สถานที่ ระยะเวลา และสิ่งสนับสนุน ตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบ

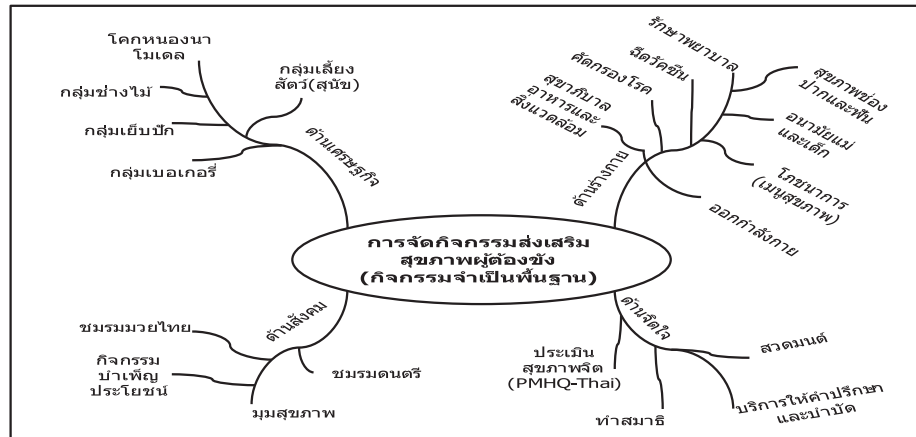
องค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .970 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .942

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยในครั้งนี้ได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลย ได้รับการรับรองและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ หมายเลขจริยธรรมการวิจัย คือ EC 003/2564 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2563

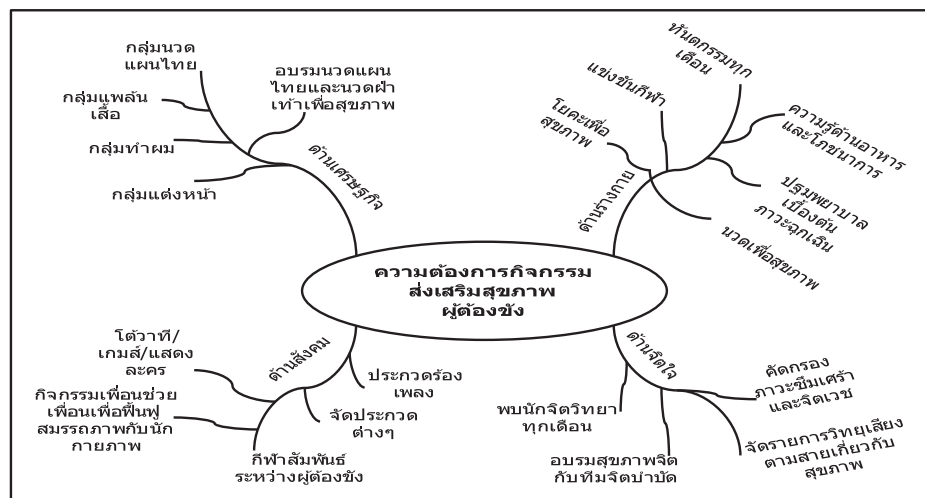
ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน สภาพปัญหาและความต้องการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย พบว่า การจัดและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ภาพรวมการจัดและเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.25, SD=.86) ส่วนสภาพปัญหาการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=2.09, SD=1.27) เมื่อแบ่งตามลำดับของปัญหาการจัดกิจกรรม พบว่า ลำดับที่ 1 กิจกรรมไม่น่าสนใจ ลำดับที่ 2 สถานที่ไม่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม ลำดับที่ 3 ไม่มีแรงจูงใจในการเข้าร่วม และจากสภาพปัญหาความแออัดภายในเรือนจำ ทำให้บางกิจกรรมไม่เหมาะสม ต้องปรับตามบริบท และจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ โดยรวมการจัดกิจกรรมจำเป็นพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ ดังแผนภูมิที่ 1



ความต้องการกิจกรรมสุขภาพ พบว่า ต้องการให้มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย ด้าน โดยเฉพาะ โยคะเพื่อสุขภาพ เต้นลีลาศ มีพระหรือวิทยากรภายนอกมาบรรยายส่งเสริมให้จิตใจคลายเครียด และสนุกสนานน่าสนใจ มีโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในการฟื้นฟูร่างกายที่ป่วยและพิการ มีกลุ่ม

วาดภาพหรือแฟนซีเสื้อ และต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาแนะนำอาชีพหรือจ้างงานเมื่อพ้นโทษ อยากให้ฝึกอาชีพแต่งหน้าทำผม อยากให้มีการฝึกนวดแผนไทย เป็นต้น โดยรวมความต้องการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแผนภูมิที่ 2



ระยะที่ 2 ผลการพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย นำมากำหนดเป็นวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) เป้าประสงค์ (Goal) ประเด็นยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ และแผนงาน/โครงการดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์: เรือนจำจังหวัดเลยเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังแบบองค์รวมและผสมผสาน

พันธกิจ: 1. ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง ในด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ 2. พัฒนาแบบผสมผสานครอบคลุมด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ส่งต่อ รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ **เป้าประสงค์ :** ผู้ต้องขังสุขภาพดี ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม คำนึงสุขภาพดีสู่สังคม

ประเด็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ผู้ต้องขัง ครอบคลุมมิติสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้ผสมผสานมิติการดูแลสุขภาพภายใต้ 6 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การส่งเสริม

2) การป้องกัน 3) การรักษาพยาบาล 4) การฟื้นฟู 5) การส่งต่อ และ 6) การสนับสนุนระบบสุขภาพ และมี 14 กลยุทธ์ 14 ตัวชี้วัด 76 โครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ด้านร่างกาย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันสุขภาพผู้ต้องขัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ยุทธศาสตร์ที่ 3 การรักษาพยาบาลผู้ต้องขังตามเกณฑ์มาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 4 การฟื้นฟูสุขภาพผู้ต้องขังไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งต่อผู้ต้องขังสุขภาพดีสู่สังคม ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสนับสนุนบริการสุขภาพผู้ต้องขังให้มีคุณภาพ และ 6 กลยุทธ์ 6 ตัวชี้วัด 42 โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ด้านจิตใจ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังให้มีความสุข สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันสุขภาพจิตผู้ต้องขัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ตารางที่ 1 การประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย

ประเด็น	ความเหมาะสม			ความสอดคล้องกับนโยบาย			ความเป็นไปได้นำไปปฏิบัติ			การนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ภาพรวมของยุทธศาสตร์	4.60	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด
1. ยุทธศาสตร์ด้านร่างกาย	4.60	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด	4.80	0.45	มากที่สุด
2. ยุทธศาสตร์ด้านจิตใจ	4.80	0.45	มากที่สุด	4.80	0.45	มากที่สุด	4.80	0.45	มากที่สุด	4.80	0.45	มากที่สุด
3. ยุทธศาสตร์ด้านสังคม	4.60	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด	4.40	0.55	มากที่สุด	4.40	0.55	มากที่สุด
4. ยุทธศาสตร์ด้านเศรษฐกิจ	4.40	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด	4.40	0.55	มากที่สุด	4.60	0.55	มากที่สุด

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ได้ดำเนินการจัดโครงการ/กิจกรรมตามยุทธศาสตร์ (นาร่อง) โดยลงมือปฏิบัติจริง (Learning action) และผลการประเมินความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมมาก ร้อยละ 82 ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมมาก ร้อยละ 92 และความพึงพอใจต่อกิจกรรมด้านวิทยากร สถาน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การรักษาพยาบาลผู้ต้องขัง ตามเกณฑ์มาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 4 การฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ต้องขัง ไม่ให้เสื่อมถอย ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งต่อผู้ต้องขังสุขภาพจิตดีสู่สังคม ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสนับสนุนบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังให้มีคุณภาพ และ 6 กลยุทธ์ 6 ตัวชี้วัด 26 โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ด้านสังคม 1 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมผู้ต้องขังให้มีความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างเหมาะสม และ 1 กลยุทธ์ 1 ตัวชี้วัด 5 โครงการ/กิจกรรม

ยุทธศาสตร์ด้านเศรษฐกิจ 1 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมผู้ต้องขัง ให้สามารถดูแลตนเอง และส่งเสริมอาชีพและเสริมสร้างรายได้เมื่อพ้นโทษ และ 1 กลยุทธ์ 1 ตัวชี้วัด 3 โครงการ/กิจกรรม

ระยะที่ 3 ผลการประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ในภาพรวมของยุทธศาสตร์อยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.60, SD=.55) ยุทธศาสตร์มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ไม่ต้องปรับปรุงหรือแก้ไข ส่วนใดเพิ่มเติม ดังตารางที่ 1

ที่ ระยะเวลา และสิ่งสนับสนุนในการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมาก (mean=4.28, SD= .49)

สรุปผลการวิจัย

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้ต้องขังทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผสมผสานมิติการดูแลสุขภาพตั้งแต่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ส่งต่อ

และสนับสนุนบริการสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเปราะบาง ต้องได้รับการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติไปพร้อมกับการสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพ ทำให้ผู้ต้องขังสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวตามสภาพสิ่งแวดล้อมและอยู่ร่วมกัน พึ่งพาและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสภาพปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขัง ผู้ต้องขังมีภาวะการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว ในแต่วันมีผู้ต้องขังต้องรับบริการด้านสุขภาพที่สถานพยาบาลเรือนจำ เฉลี่ย 60 รายต่อวัน และบางคนเจ็บป่วยต้องไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลภายนอก ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ การเจ็บป่วยซึ่งมาจากสุขภาพของผู้ต้องขังและจากสภาพความแออัดภายในเรือนจำ รวมทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในเรือนจำไม่เพียงพอ ทำให้การจัดกิจกรรมสุขภาพไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่จำเป็นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ จึงได้รับการบริการไม่เพียงพอและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง โดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับน้อย กิจกรรมไม่น่าสนใจในการเข้าร่วม เนื่องมาจากยังไม่สามารถปรับตัวในสังคมและสิ่งแวดล้อมภายในคุกและจากสภาพจิตใจที่ไม่พร้อมรับสิ่งใหม่ๆ ต้องการกำลังใจและความต้องการกิจกรรมและวิทยากรจากภายนอก ควรมีการสนับสนุนด้านกีฬาและนันทนาการ การจัดกิจกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองในภาวะหรือสถานการณ์ที่เจ็บป่วยในเรือนจำเพิ่มขึ้น¹⁰⁻¹¹

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบอีกว่า การส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขัง นอกจากสภาพที่แออัด จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ ทำให้กิจกรรมไม่ครอบคลุมทุกคน ทั้งที่สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย และมีภาวะเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว การสอบถามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ต้องขังและการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย การฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับความถนัดของผู้ต้องขังที่ตรงกับความต้องการของการจ้างงานหรือผู้ประกอบการ เพื่อให้ผู้ต้องขังที่ใกล้จะพ้นโทษได้เตรียมพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจและการฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับความถนัดก่อนออกจากเรือนจำ รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อลดความ

แออัดในเรือนจำ เป็นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ตรงประเด็น^{5,12} การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของเรือนจำ โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม ที่ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ต้องขัง เป็นแนวทางการดำเนินงานที่มีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ตั้งแต่ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์ ทำให้บรรยากาศการทำงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน¹³⁻¹⁴

2. ผลการพัฒนายุทธศาสตร์แสดงให้เห็นว่า การพัฒนายุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย ได้ยุทธศาสตร์ที่ได้มีความครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้ต้องขังและมิติการดูแลสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ทุกคนทวียุเข้าถึงบริการสุขภาพและมีสุขภาพดี ยุทธศาสตร์นี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580)¹ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่มีการพัฒนาประเทศและขับเคลื่อนการพัฒนาเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญา และสังคม เน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางให้มีสุขภาพดีและมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี¹⁵

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบอีกว่า ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย นอกจากจะดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง ยังมียุทธศาสตร์การสนับสนุนบริการสุขภาพ หมายรวมถึง เจ้าหน้าที่ในเรือนจำที่ดูแลสุขภาพ ถ้าเจ้าหน้าที่มีสุขภาพไม่พร้อมในการดูแลสุขภาพ อาจส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลที่ตั้งไว้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ในเรือนจำต้องได้รับการดูแลเช่นเดียวกับสุขภาพผู้ต้องขัง¹⁶⁻¹⁷

3. ผลการประเมินยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย แสดงให้เห็นว่า ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย มีความเหมาะสม ความสอดคล้องกับนโยบายความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง เมื่อทดลองใช้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดเลย โดยคัดเลือกกิจกรรมที่ตรงกับ

ความต้องการของผู้ต้องขัง นอกเหนือจากกิจกรรมจำเป็นพื้นฐานที่ทางเรือนจำและโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพจัดให้ พบว่า ได้รับความร่วมมือจากผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ควบคู่ด้านจิตใจ มีการประเมินสุขภาพจิตเป็นระยะๆ โดยเฉพาะผู้ต้องขังสูงอายุ มีการสนับสนุนกิจกรรมด้านสังคมเพิ่มขึ้น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การแข่งขันกีฬา กิจกรรมนันทนาการ การประกวดร้องเพลง เป็นต้น เพื่อพัฒนาสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ต้องขัง รวมทั้งการส่งเสริมและฝึกอาชีพ ภายในเรือนจำควรตรงตามความต้องการของผู้ต้องขัง โดยเน้นทักษะอาชีพส่วนบุคคลมากขึ้น เช่น นวดแผนไทย สามารถนำไปใช้ประกอบอาชีพส่วนตัวได้จริงหลังพ้นโทษ¹⁸⁻²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย กำหนดแนวทางหรือวางแผน นโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังเพื่อให้ครอบคลุมมิติ สุขภาพและมีมิติการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง

2. ด้านปฏิบัติ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขัง ในพื้นที่อื่นๆ ที่มี บริบทใกล้เคียงกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วน

3. ด้านวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ในเรือนจำด้านสุขภาพและพัฒนา ทักษะการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ต้องขังอย่าง สม่าเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำในประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม ภายในเรือนจำ และควรมีการวิจัยเชื่อมโยงเพื่อสร้างเครือข่าย การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมผู้ต้องขังในเรือนจำอื่นๆ ให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคและทั่วประเทศต่อไป

References

1. National strategy. (2018-2037). Government gazette; 2018. p 135. (in Thai)
2. Ministry of Public Health. The 20- year national strategy (public health). Bangkok: Office of policy and strategy Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
3. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guideline for the development of a public health service system for prison inmates. Samut sakhon. Born to B Publishing Company Limited; 2019. (in Thai)
4. Niyomwan N. Crisis management of prisoners custody in Thailand. Journal of MCU Peace Studies. 2018;6(3):1159-70. (in Thai)
5. Ministry of Justice. Report to the cabinet about the situation and ways to reduce overcrowding of inmates in a prison on January 28. Bangkok. Ministry of Justice; 2020. (in Thai)
6. Loei Provincial Prison. General information prisoner report forms. Loei: Loei prison; 2020. (in Thai)
7. National Health Act, B.E. 2007. Government gazette; 2007. p 2-29. (in Thai)
8. Taro Y. Statistics- an introductory analysis. 3rd ed. New York: Haper and Row Publication; 1973.
9. Kasornphaet P. Strategy planning for education management. Bangkok: Suwiriyasas; 2000. (in Thai)
10. Chuaykong J. Strategies for promoting education success at the first stage. Fundamentasl of inmates in prison and correctional institutions in district 9 in a concrete. Way. Thaksin University. 2015;15(1):168-80. (in Thai)

11. Geitona M., Milioni S. Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional survey. *Geitona and Milioni BMC Health Services Research*. 2016; 16:243 DOI 10.1186/s12913-016-1506-3
12. Michelle B., Khadoudja C. "Health-Promotion Prison: theory to practice." *Global Health Promotion*. 2016;23:66-74.
13. Phol-ngam P. Community business: principle and research methods. Loei: Loei Rajabhat University; 2000. (in Thai)
14. Srimala R. Community health management by participation approach: a case study of Chachoengsao province. *VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science*. 2016;11(3):159-68. (in Thai)
15. Ministry of Public Health. Master plan under the national strategy issues to promote Thai people to have good health Bangkok. Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
16. Wajanasara K. Research project for development of service system and health promotion of prisoners in years 2017. Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2017. (in Thai)
17. Lines R. (2008). The right to health of prisoners in international human rights law. *International Journal of Prisoner Health*. March 2008;4(1):3-53.
18. Laolongin W. Repeat offenses of prison inmates Maha Sarakham province. *Journal of Maha Sarakham Rajabhat University*. 2009;3(1):29-38. (in Thai)
19. Kansri J, Mdali C, Teiankool N, Srinuan P, Yodthongdee N. Effectiveness of a mental health promotion program on the mental health among older adults. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020;36(2):95-107. (in Thai)
20. Phimpunchaiyaboon L, Phasuk S, Angsirirak N, Boonlorn N, Prakhinkit S. The relationship between social support and stress of caregivers caring for patients with schizophrenia. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(2):263-73. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ
ความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ
The Effects of Health Behavior Promotion Program on Health Behavior and Blood
Pressure in Primary Hypertensive Patients

Received: Jul 14, 2022
Revised: Oct 13, 2022
Accepted: Oct 20, 2022

ชวนพิศ เจริญพงศ์ ส.ด. (Chuanpit Charoenpong, D.P.H.)¹
จूरีพรณ์ เจริญพงศ์ พย.ม. (Jureporn Jaroenpong, M.N.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและต้องรักษาต่อเนื่อง หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการหรืออันตรายถึงเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ ความรุนแรง และความเสี่ยงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง dependent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมี ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้: ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จังหวัดนครนายก

¹ Corresponding author อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา,
Email: noi.chuanpit@gmail.com, Email: chuanpit.c@sttc.ac.th

² อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี Email: Jureporn.j@rbu.ac.th

¹ Faculty of Nursing, St. Theresa International College, Nakhon Nayok, Thailand.

² Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chantaburi, Thailand.

Abstract

Introduction: Hypertension is an incurable chronic disease with continued treatment. If hypertensive patients are unable to control their accumulated blood pressure, that will increase their complication risks to disability or death.

Research objectives: The study aimed to examine the effectiveness of the health behavior promotion program on health behaviors and blood pressure among primary hypertensive patients.

Research methodology: This quasi-experimental study was one group pre-posttest design. The purposive samples consisted of 30 hypertensive patients recruited from the health promoting hospital in Patumthanie province. They had a willing to participate in 8 weeks of the Health Behavior Promotion Program. The program consisted of perceived self-efficacy, perceived severity, and perceived risk according to health-belief model. The instruments were the health behavior questionnaire and blood pressure monitor. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and dependent t-test.

Results: There were statistically significant differences between pretest and posttest scores of health behaviors ($p < .05$). There was statistically significant lower difference of blood pressure between post-test and pre-test. ($p < .05$).

Conclusion: This effectiveness of Health Behavior Promotion Program was shown in behavior modification, particularly blood pressure control leading to decreased blood pressure.

Implications for practice: Healthcare providers should provide Health Behavior Promotion Program to modify health behavior of primary hypertensive patients continuously to control blood pressure.

Keywords: health promotion behavior program, primary hypertensive patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลกเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1 พันล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน¹ ในประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงใน ปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 จาก 2,377 เป็น 2,446.91 ต่อแสนประชากร และอัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 12.05 เป็น 13.07 ต่อแสนประชากร มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าสูงถึง 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน² โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเพราะเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน และมีภาวะเครียดสะสม การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อแม่หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้น³ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่คร่าชีวิตของคนไทยจำนวนมากในแต่ละปี ปัญหาหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรคหรือแม้จะตระหนักแต่ยังไม่ให้ความสำคัญและไม่ได้อัตตามรับการรักษอย่างต่อเนื่อง⁴

จากสถานการณ์ความดันโลหิตสูงของจังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,422.56 เป็น 1,526.56 ต่อประชากรแสนคน⁵ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา มีรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 คือ มีระดับความดันโลหิต Systolic Blood Pressure (SBP) 140-159 มิลลิเมตรปรอทและ Diastolic Blood Pressure (DBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 45.21 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด จากการพูดคุยกับ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกโรคเรื้อรัง พบว่ามีการให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการทุกครั้ง แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีแนวโน้มที่จะทำให้อาการรุนแรงขึ้นจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

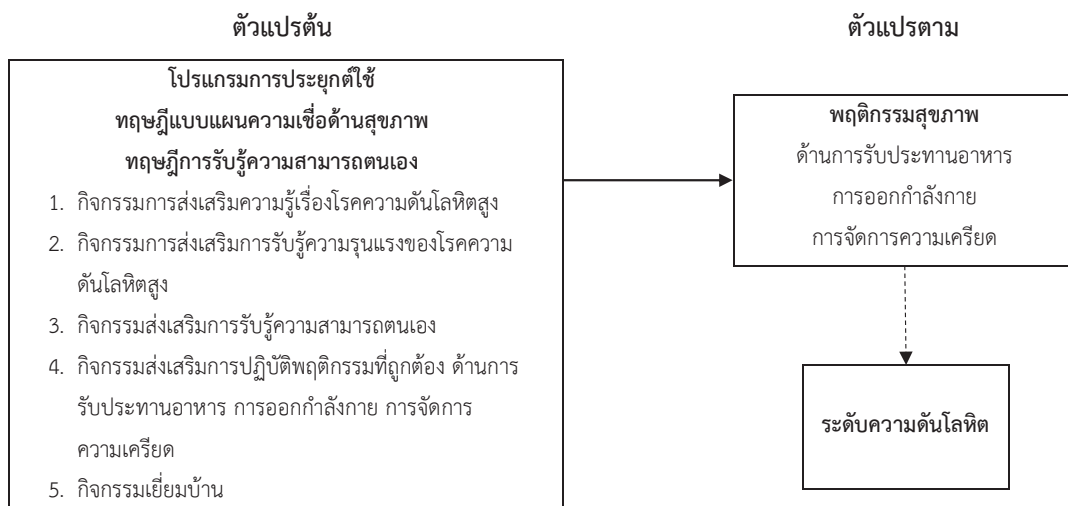
ผู้วิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสถาบันการศึกษาพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของประชาชนในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ตามแนวคิด ของ Becker⁶ ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของบุคคลรวมกับการได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมของบุคคลซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความคุกคามของโรค การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพนั้นแล้วจะทำให้เกิดความรุนแรงอย่างไร บุคคลนั้นจะลงมือกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁷ ที่ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรคและปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้⁸

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura⁹ ที่มีแนวคิดว่าการรับรู้ทักษะและความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นก็จะมีความริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisiri¹⁰ และ Nakling¹¹ พบว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักและส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อการวางแผนดำเนินการจัดกิจกรรม

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ลดความรุนแรงและป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดย

วัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานีในปี พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 365 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนี้ คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 คน คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*power version 3.1.9.7^{12,13} กำหนด effect size ที่ 0.5 และ power 0.80 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน แต่เพื่อป้องกัน

การสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือ 2.7 คน รวมเป็น 30 คน การคัดเลือกใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิระยะที่ 1 2) มีระดับความดันโลหิต SBP 140-159 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิต DBP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงหรือป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 5) สามารถเข้าร่วมทุกกิจกรรมได้ทุกระยะ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอนของการวิจัยและขอถอนตัวจากการวิจัย และ/หรือ เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยวัดพฤติกรรม 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย และ 3) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ (4 คะแนนหมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ จนถึง 1 คะแนน หมายถึงไม่เคยปฏิบัติ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 3) พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้ง 3 ส่วน อยู่ในระดับดีเยี่ยม (CVI = 1) และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปสอบถามกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .97 โดยพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการ

ความเครียด ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .92 .95 และ .97 ตามลำดับ

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล Ross-max รุ่น CF155f ที่ผ่านการเทียบค่ามาตรฐาน (calibration) ไม่เกิน 1 ปี ก่อนใช้ จากบริษัทผู้ผลิตและใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย

ส่วนที่ 2 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model)⁶ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory)⁸ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่าง เดือนกรกฎาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เลขที่ STIC No. 008/2017. 12-1-2017. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยและลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลและผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับการรักษาอยู่ หากเกิดอาการเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายระหว่างการศึกษาวิจัยจะได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งโรงพยาบาลทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง เตรียมการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดติดต่อนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (pre-test) ตรวจวัด

และบันทึกระดับความดันโลหิต หลังจากนั้นจัดกิจกรรมการให้ความรู้ โดยการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หัวข้อ สาเหตุ อาการและการแสดง ความรุนแรง และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ Power Point เป็นสื่อประกอบการนำเสนอ และเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง นำเสนอวิธีทัศนเรื่องอันตรายและแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และซักถามปัญหา

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม โดยการให้บุคคลตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด มาถ่ายทอดประสบการณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้วยการสอนสาธิตและฝึกทักษะปฏิบัติการเลือกอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH diet) จากชุดโมเดลอาหาร ร่วมกันกำหนดชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรคและการประเมินอาหารที่รับประทานเป็นประจำ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยรำวงผ้าขาวม้าแบบประยุกต์ และนำเสนอวิธีทัศนเรื่องการลด ละ เลิกบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ซึ่งเป็นวิธี “นั่ง ผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

(สัปดาห์ที่ 5-7) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านรายบุคคล เพื่อติดตามสังเกตผลการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ การออกกำลังกาย และวิธีจัดการความเครียดในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งสอบถามถึงปัญหา อุปสรรค ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม ตรวจวัดความดันโลหิต

และจดบันทึก โดยติดตามเยี่ยมรายละ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รวม 3 ครั้ง

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) สรุปประเมินผล ถอดบทเรียน อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการประเมินกิจกรรมโครงการ ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโครงการ ร่วมกันสรุปแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อนำไปปฏิบัติในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test) และบันทึกระดับความดันโลหิต รับฟังข้อเสนอแนะ และปิดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละและการแจกแจงความถี่ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติอ้างอิง dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

ผลการวิจัย

การติดตามหลังการเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.70 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.30 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ในระดับอ้วนโดยมีค่าเฉลี่ย 25.76 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 44.73 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.30 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 53.30

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ พบว่า

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการรับประทานอาหารภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 62.13, SD = 3.65) สูงกว่า

ก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 50.96, SD = 8.24) ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 54.46, SD = 4.33) สูงขึ้นก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 47.46, SD = 7.07) และค่าเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}$ = 43.93, SD = 2.79) สูงขึ้นก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 37.90, SD = 4.76) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร	50.96	8.24	62.13	3.65	7.37	<0.0001
ด้านการออกกำลังกาย	47.46	7.07	54.46	4.33	5.86	<0.0001
ด้านการจัดการความเครียด	37.90	4.76	43.93	2.79	6.09	<0.0001

P < .05

2.2 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยความดัน SBP เฉลี่ย ($\bar{X}$ = 134.57 mmHg, SD = 14.54) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 144.80 mmHg,

SD = 18.18) และค่าความดันโลหิต DBP เฉลี่ย ($\bar{X}$ = 75.70 mmHg, SD = 18.15) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 82.80 mmHg, SD = 11.42) เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (n = 30)

ความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
SBP	144.80	18.18	134.57	14.54	3.92	<0.0001
DBP	82.80	11.42	75.70	18.15	4.76	<0.0001

P < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁶ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดปทุมธานี สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker⁶ คือ เชื่อว่าในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบ การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความคุกคามของโรค การรับรู้นี้มีผลทำให้บุคคลนั้นลงมือกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ การรับรู้ของบุคคลนี้จะแสดงออกโดยการคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำ และความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ จึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับ Rosenstock⁷ ที่มีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Anantasaran¹⁵ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง Bandura⁹ กล่าวถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองมีบทบาทในการกำหนดกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นก็จะมีความริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพที่วางแผนไว้และปฏิบัติได้จริง สอดคล้องและเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากได้รับความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในเรื่องผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมความดันโลหิตร่วมกับการฝึกทักษะในการเลือกอาหารลดเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และผ่อนคลายความเครียดจนเกิดความเชื่อมั่นและรับรู้ความสามารถตนเองโดยใช้ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ โดยการให้บุคคลตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนและประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มาเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องซึ่งเป็นการใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและการเสริมแรงจิตใจทางบวกจากเจ้าหน้าที่ จนทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง

กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และการฝึกทักษะปฏิบัติในการเลือกอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (คือ อาหารที่มีปริมาณผักผลไม้สูง นมไขมันต่ำ โซเดียมต่ำ) และร่วมกันกำหนดชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยเน้นสัดส่วนเกลือโซเดียมในอาหารและเครื่องปรุงรสแต่ละชนิด วันละไม่เกิน 1,200 มิลลิกรัมต่อวัน หากได้รับปริมาณโซเดียมมาก โซเดียมจะคั่งในร่างกายทำให้มีการดื่มน้ำไว้ในร่างกาย ทำให้มีปริมาณของเหลวไหลเวียนในร่างกายมาก ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Craddock และคณะ¹⁶ พบว่าการรับประทานอาหาร DASH เพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคืออาหารที่มีปริมาณผักผลไม้สูง นมไขมันต่ำ โซเดียมต่ำ สามารถควบคุมและลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเชื่อมั่นในความสามารถตนเองและสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้น สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Saotto และคณะ¹⁷ พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการเสริมสร้างการ

รับรู้ความสามารถตนเองด้วยการฝึกทักษะปฏิบัติเรื่องอาหาร ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อน ทดลอง ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตที่ ถูกต้องเหมาะสมและส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมของ การวิจัยครั้งนี้ ได้ฝึกการออกกำลังกายด้วยการรำผ้าขาวม้าที่ ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาและศิลปวัฒนธรรมไทย เป็นการออก กำลังกายแบบแอโรบิกซึ่งมีการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถออกกำลังกายร่วมกันเป็นหมู่คณะ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และสนุกสนานเพลิดเพลิน และสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมกิจกรรม อย่างสม่ำเสมอทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงผลดีของการออก กำลังกายด้วยการรำผ้าขาวม้า คือ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกาย ดีขึ้นและส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของ Kaewkhen และ Tongpoon¹⁸ ที่พบว่า การออก กำลังกายด้วยการรำผ้าขาวม้า ทำให้ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกายลดลง ความยืดหยุ่นและความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อดีขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวคล่องแคล่ว ทำให้ระบบ การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น การทำงานของหัวใจและปอดดีขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการจัดการความเครียดที่ดีขึ้นและเหมาะสมทำให้คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดหลังการเข้าร่วม โปรแกรม เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้วย การทำสมาธิบำบัด (SKT) Kantradudhi¹⁹ ได้ศึกษาพบว่า การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจและควบคุมประสาท สัมผัสทางตาและหูผสมผสานกัน โดยวิธีการนั่งหรือยืนผ่อน คลายประสานกายประสานจิต เป็นการปฏิบัติสมาธิด้วยการ หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และกลั้นหายใจไว้ นับ 1-3 แล้วหายใจ ออกทางปากช้า ๆ ปฏิบัติซ้ำจนครบ 30 รอบการหายใจ สามารถ ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และการศึกษา ของ Chuenkitiyanon และ Khumros²⁰ พบว่า ผลของการ ทำสมาธิบำบัด SKT สามารถช่วยให้คลายเครียดได้ดีและส่งผล ให้ค่าเฉลี่ย SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasawang²¹ พบว่า

การทำสมาธิบำบัดแบบนั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสาน จิต ร่วมกับการรักษาแบบเดิมทำให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย SBP และ DBP ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องความ รุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความ ดันโลหิตสูง และการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า เหมาะสมกับโรคและมีการออกกำลังกายต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีการจัดการความเครียดดีขึ้น รวมถึงการได้รับการกระตุ้น เตือนและเน้นย้ำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เห็นความสำคัญ ของการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและ ต่อเนื่องจึงทำให้ประสิทธิผลของยาต่อการลดระดับความดัน โลหิตดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Puranamaneewiwan และคณะ²² พบว่า โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทำให้คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารหลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ค่าเฉลี่ยระดับ SBP และ DBP และดัชนีมวลกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำ กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Craddick และคณะ¹⁶ พบว่า การรับประทานอาหาร DASH คืออาหารที่มีปริมาณผักผลไม้สูง นมไขมันต่ำ โซเดียมต่ำ เพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมและลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตเป็น กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่ม ตัวอย่างได้ โดยทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจถึงสภาวะความ เจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น รับรู้ ตระหนัก และมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยได้ รับการสนับสนุนและกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ทำให้มีความเชื่อมั่น และมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม กับโรคที่เป็นอยู่ด้านการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ระดับความดัน โลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ควรนำกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมไปใช้ เพื่อสนับสนุนการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการศึกษาวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบและมีการติดตามความคงทนของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในระยะยาว

References

1. World Hypertension League (WHL). World hypertension day campaign substance: 2019 [Internet]. 2021[cited 2021 October 1]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>.
2. Ministry of Health. Office of policy and strategy; Health statistics A.D 2019: Bangkok: Sam Jaroenpanich;2020. Contract No: ISSN 08573093.
3. Punmung N, Yolertlob A, Lutti S. World hypertension day campaign substance 2019 [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 1]. Available from: <http://www.thaincd.com> > Hypertension Day Campaign Substance.
4. Sukontasorn A. Thai guidelines on the treatment of hypertension associate. Bangkok. Non-communicable diseases, CDC. 2020. Contract No. ISBN 9786169332008
5. Sriwanichakorn S, Kumwangsa P, Kaewta S. NCD report: diabetes, hypertension and related risk factors 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 October 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mision>
6. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A decade later view all authors and affiliations [Internet] 1984. [cited 2021 September 30]. Available from: <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>.
7. Rosenstock I M. The health belief model and preventive health behavior. Health education Monographs 1974;2(4);354-86.
8. Promyu R. Effect of hypertension care program on hypertensive patients self-care behavior [master, s thesis]. Phitsanulok:Naresuan University;2015. (in Thai).
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change [Internet] 1977. [cited 2021 October 2]. Available from: <http://www.simplypsychology.org /self-efficacy.html>
10. Srisiri S. Effect of self-efficacy and self-regulation program on health behavioral among elderly hypertensive patients, Health center 19 Wong-sawang, Bangkok Metropolitan. J: Faculty of Physical Education 2012;15:308-15.

11. Nakling Y. Effects of self-efficacy enhancement program on health behaviors among elder adults with uncontrolled hypertension. [master' s thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2012. (in Thai).
12. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, 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.
13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009; 41:1149-1160.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2013.
15. Anantasarn D. Effect of health promotion program on self-care behavior and blood pressure in hypertensive elderly with uncontrolled hypertension, Maueng Lang suan, Chumporn. Medical Journal Region 11 2016;30(4):299-311. (in Thai).
16. Craddick SR, Elmer J, Obarzanex E, Vollmer M, Svetkey P. The DASH diet and blood pressure [Internet]. 2021 [Cited 2021 September]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1452568>.
17. Sontto N, Chirapongsuwan C, Ravirakul T. Results of the pruitin pressure control Metallurgical Program in the 35-39 age group, hypertension is not controlled. Boromarajonani College of Nursing, Uttraradit Journal 2016;8(1):1-13 (in Thai).
18. Kaewkhen S, Tongpoon S. Effectiveness of white-horse exercises applied to the folk art of the elderly. Journal of Nursing Science and Health 2017;11(3):120-26. (in Thai).
19. Kantradudhi S. SKT Meditation Therapy 2011 [Internet]. 2021 [cited 2021 March 10]. Available from: <http://www.gotoknow.org/posts/439655>. (in Thai).
20. Chuenkitiyanon S, Khumros W. Effectiveness of meditation therapy (SKT) to reduce blood sugar level and blood pressure in Thai monks, at Phasi-Charoen district, Bangkok 2018 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 5]. Available from: <http://www.e-research,Siam.Edu/kb/Effectiveness of...> (in Thai).
21. Phrasawang N. Effects of meditation (SKT) to essential hypertensive patients in primary health care hospital. J of Nursing Science and Health 2020;36(1):33-42. (in Thai).
22. Puranamaneewiwat P, Danyuthasilpe C, Nusorn N, Prachanban P. Effects of health behavioral change program among essential hypertension patients. Journal of Nursing Science and Health 2020;36(1):33-42.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

Factors Associated with Depression in Nursing Students

Received: Apr 5, 2022

Revised: Jul 4, 2022

Accepted: Jul 12, 2022

ชุติกานุจน์ ฉัตรรุ่ง ส.ด. (Chutikarn Chatrung, Dr.PH)¹ทิวา มหาพรหม พยม. (Tiwa Mahaprom, M.S.N, M.Ed.)²สุวัฒนา เกิดม่วง ส.ด. (Suwattana Kerdmuang, Dr.PH)³ศักดิ์กร สุวรรณเจริญ วทม. (Sakdikorn Suwanchareon, M.Sc.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการเรียน การดำเนินชีวิต สุขภาพกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (correlational research design) ครั้งนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากประชากร ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 479 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Center for Epidemiologic Studies-Depression) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .74 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย: พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 89 คน (ร้อยละ 18.58) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 18.16) โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 5.64) รองลงมาเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 5.01) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 4.18) และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 3.76) และพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.36, p < .05$) แต่อายุ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ บุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย และจำนวนกิจกรรมเสริมหลักสูตร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ข้อสรุปและเสนอแนะ: งานวิจัยครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าเกือบร้อยละ 19 ซึ่งถือว่าความชุกค่อนข้างสูง จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการค้นหาสาเหตุเชิงลึก หาแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล

ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: Chutikarn@snc.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: Tiwa@bnc.ac.th

^{3,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: suwattana_kerd@hotmail.com

¹ Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

² Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

^{3,4} Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Introduction: Depression is a major mental health problem that could affect learning, lifestyle, and physical health problem both short-term and long-term in nursing students. It is also the main factor of suicidal ideas.

Research objectives: To examine depression and factors associated with depression in nursing students.

Research methodology: This descriptive correlational study collected data from the population (479 nursing students). Research instruments included a demographic data questionnaire and the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale. The Cronbach's alpha coefficient was .74. Demographic data were analyzed using descriptive statistics and factors associated with depression were analyzed using Pearson product-moment correlation coefficient and Chi-square test.

Results: The results showed that 89 nursing students (18.58%) had expose to depression. Most of them were females (18.16%), mainly, the third-year nursing students expose to depression (5.64%), followed by the second year, the first year, and the fourth-year nursing student (5.01%, 4.18%, 3.76%, respectively). Results from correlation analysis showed that gender was statistically significantly related to depression in nursing students ($\chi^2 = 4.365$, $p < .05$). Age, grade level, GPA, income, family members, illness history, and number of extra-curricular activities were not related to depression in nursing students.

Conclusions and Implications for practice: Findings of the study revealed that nearly 19% of nursing students have depression, which is considered a relatively high prevalence. Therefore, we should seek for root cause of depression for preventing and resolving problems attributing to depression.

Keywords: depression, nursing students

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย¹ รวมถึงในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความสุขในการเรียนรู้ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมแยกตัว ไม่สนใจเรียนจนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ส่งผลให้นักศึกษาลาออกกลางคันและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย^{2,3}

การศึกษาความชุกของปัญหาด้านอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มเกิดปัญหาด้านอารมณ์ โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องการปรับตัวให้เข้ากับการเรียน และสภาพแวดล้อมในสังคม⁴⁻⁶

นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัย ต้องปรับตัวเรื่องความเป็นอยู่ โดยนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ต้องย้ายมาอยู่ร่วมกันในหอต้องใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อนรุ่นพี่ และรุ่นน้องในหอพัก นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาล ต้อง

ปรับตัวเข้าสู่ระบบการเรียนการสอนที่ประกอบด้วยภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ การเรียนภาคทฤษฎีส่วนใหญ่เป็นกิจกรรม การเรียนที่หลากหลายในชั้นเรียน เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ พื้นฐานทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาทฤษฎีที่มีความซับซ้อน มีรายงานและงานที่ได้รับมอบหมายจึงอาจ ทำให้นักศึกษารู้สึกกดดันและมีความเครียดสูง^{7,8} และการฝึก ภาปฏิบัติที่มุ่งเน้นการนำความรู้จากภาคทฤษฎีมาปฏิบัติงาน บนหอผู้ป่วย โดยนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพ บรรยากาศของหอผู้ป่วย ต้องเผชิญกับอารมณ์และความหวัง ของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ต้องการการบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย จึงต้องปฏิบัติตามดูแลผู้ป่วยด้วยความอดทน ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างสูง หากเกิดความ ผิดพลาดระหว่างปฏิบัติงานอาจอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย และต้องพบปะกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยและบุคคลที่หลากหลาย^{7,9}

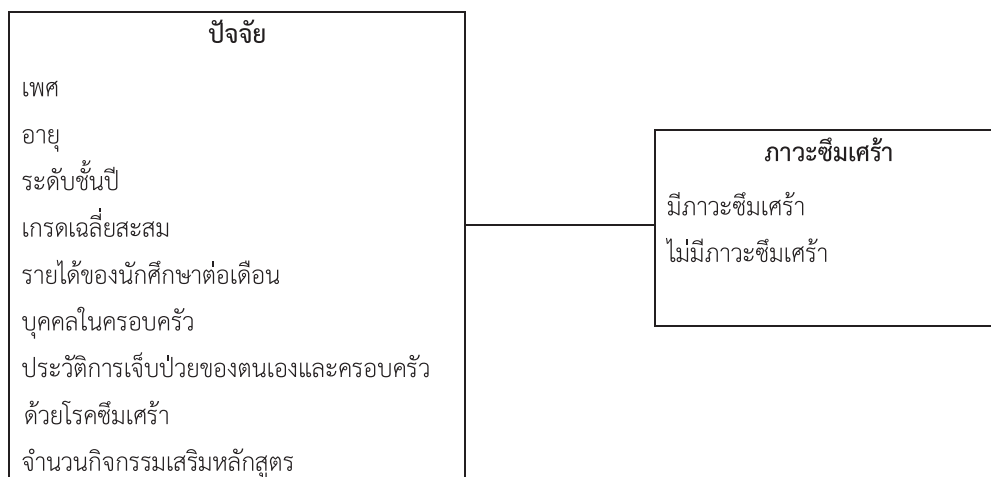
ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุ ปัจจัย กลไกการเกิด ลักษณะ อาการ และการแสดงออกที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อนนำไปสู่ ความเศร้าหมองและสิ้นหวังต่อผู้ที่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผล กระทบต่อความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และเป็นภัยคุกคามชีวิต ครอบครัว สังคม และประเทศ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางกายและการเสียชีวิต¹⁰ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีหลายปัจจัย เช่น การรับรู้ ภาวะสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพใน ครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย ความวิตกกังวล

ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง¹¹⁻¹³

การทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า มีหลายปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลแต่ยังขาด ความชัดเจน และในบางบริบทพบว่า ปัจจัยที่กล่าวมาแล้ว ข้างต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา พยาบาล¹⁴ เช่น ความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ในประเทศอินเดีย¹⁵ การเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ในขณะที่ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า¹³ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาพยาบาลในบริบทของวิทยาลัยพยาบาล เพื่อเป็น ข้อมูลพื้นฐานให้ทราบถึงภาวะซึมเศร้า และหาแนวทางป้องกัน ภาวะซึมเศร้า อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการช่วยวางแผนแก้ไข ปัญหาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่า ปัจจัยที่น่าจะมี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ของนักศึกษาต่อเดือน บุคคลใน ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวด้วย โรคซึมเศร้า จำนวนกิจกรรมเสริมหลักสูตร ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบศึกษาความสัมพันธ์ (correlational research design)

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 479 คน การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ ร่วมกับข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้นปี จำนวนกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เข้าร่วมต่อปี เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) รายได้ต่อเดือนของนักศึกษา บุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของตนเอง และประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งสถาบันสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Trangkasombat และคณะ¹⁶ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 9 10 และ 11 คำถามเชิงลบ 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 5 6 7 12 13 14 15 16 17 18 19 และ 20 โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ โดยวัยรุ่นจะถูกสอบถามว่าพฤติกรรมหรือเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแปลผลของแบบคัดกรอง CES-D โดยการรวมคะแนนของแบบคัดกรองทุกข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน ตามเกณฑ์ ดังนี้

- คะแนน 0-21 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

- คะแนนตั้งแต่ 22 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคเท่ากับ .86 แบบสอบถามฉบับแปลเป็นภาษาไทย หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .79¹⁶ การศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .88¹⁷ และผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยง ได้เท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาล เลขที่ PHS: 002/2562 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยก่อนที่จะดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานงานวิจัย แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยที่เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมในการทำวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่มีผลกระทบกับผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยและชื่อสถาบันในข้อมูลใด ๆ กรณีพบนักศึกษามีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะไม่เปิดเผยตัวตนแก่สาธารณชนและให้การช่วยเหลือนักศึกษาโดยทีมที่มีความเชี่ยวชาญ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 479 คน โดยขอความยินยอมจากนักศึกษา เก็บข้อมูลในช่วงว่างกิจกรรมนักศึกษาในช่วงเวลาที่นักศึกษาและครูสะดวก จัดที่นั่งให้มีระยะห่างเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยชี้แจงเบื้องต้น จากนั้นให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามทั่วไปและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง และส่งกลับผู้วิจัยเมื่อทำเสร็จ ใช้เวลาต่อคนประมาณ 10 นาที
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามและนำข้อมูลนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทาง

สถิติที่ได้กำหนด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ

2. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ต่อเดือน และจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อปี กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล และใช้สถิติโคสแควร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับชั้นปี บุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้า กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับชั้นปี บุคคลในครอบครัว โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (n = 479)

ปัจจัย	ค่าโคสแควร์ (X^2)	p-value	ความสัมพันธ์
เพศ	4.365	.037*	มีความสัมพันธ์
ระดับชั้นปี	2.248	.523	ไม่มีความสัมพันธ์
บุคคลในครอบครัว	4.676	.457	ไม่มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ	.179	.673	ไม่มีความสัมพันธ์

*p < .05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เกรดเฉลี่ย รายได้ต่อเดือน และจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม/ปี กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (n = 479)

ปัจจัย	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value	ความสัมพันธ์
อายุ	0.013	.781	ไม่มีความสัมพันธ์
เกรดเฉลี่ย	-0.017	.706	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือน	-0.038	.403	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมต่อ ปี	-0.005	.907	ไม่มีความสัมพันธ์

*p < .05

ร้อยละ 92.48 อายุระหว่าง 18-35 ปี (mean = 20.79, SD = 1.92) เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.12-3.88 (mean = 2.92, SD = 0.28) อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 71.82 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 97.27 มีรายได้ระหว่าง 1,000-25,000 บาทต่อเดือน (mean = 4478.91, SD = 1965.91) และส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร 1-5 ครั้งต่อปี (mean = 2.92, SD = 0.29)

2. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า 89 คน คิดเป็นร้อยละ 18.58 ซึ่งนักศึกษาปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 5.64 รองลงมาเป็นนักศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 5.01 และนักศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 4.18 โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศหญิง และอายุระหว่าง 18-23 ปี ร้อยละ 18.16

3. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 4.365$, p < .05) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า 89 คน คิดเป็นร้อยละ 18.58 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุระหว่าง 18-23 ปี จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 18.16 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.41-35.90¹⁸⁻²² และพบว่า คณะที่นักศึกษามีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ คณะพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 36¹⁸ การศึกษาของ Panyawong และคณะ²³ พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 7 และ 13 คิดเป็นร้อยละ 25.24 และ 23.90 ตามลำดับ และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีนักศึกษาที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 5.64 รองลงมา เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 24 คนคิดเป็นร้อยละ 5.01 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 4.18 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 3.76 ตามลำดับ

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อาจเนื่องจากลักษณะของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต²⁴ ชั้นปีที่ 3 นักศึกษามีการเรียนที่เกี่ยวกับวิชาชีพการพยาบาลทั้งหมด และต้องฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง 2 ภาคการศึกษา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 และ 3 วิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ซึ่งนักศึกษาต้องนำความรู้มาประยุกต์และบูรณาการในการปฏิบัติการพยาบาล และต้องปรับตัวในการฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลที่แตกต่าง จึงทำให้เกิดความเครียดและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าชั้นปี 1 2 และ 4²⁴ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจเกิดเนื่องจากต้องปรับตัวเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลในการเรียนและฝึกภาคปฏิบัติในระยะเริ่มต้น²⁴ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจเกิดจากการที่เปลี่ยนสถานะจากการนักเรียนมาเป็นนักศึกษาในระบบปิดต้องจากครอบครัวมาอยู่หอพัก ซึ่งมีระเบียบหอพักให้ปฏิบัติที่ต่างจากการอยู่กับครอบครัว ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าทุกชั้นปี อาจเนื่องจากนักศึกษาสามารถปรับตัวกับการเรียนวิชาชีพการ

พยาบาล และระเบียบการอยู่หอพักได้ แต่มีสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า คือ การเตรียมตัวเพื่อสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาแต่ละชั้นปีจะได้รับปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะเครียดที่แตกต่างกัน อีกทั้งปัจจัยภายในของนักศึกษาที่จะช่วยให้นักศึกษามีการปรับตัวและมีประสบการณ์ในการจัดการต่อความเครียดได้ จึงส่งผลให้นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีภาวะซึมเศร้าในจำนวนที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยสาเหตุทางด้านการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .206, p = .01$)¹¹

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 4.36, p = .037$) โดยนักศึกษาพยาบาลเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า (87 คน จาก 356 คน คิดเป็นร้อยละ 19.64 mean = 17.94) มากกว่านักศึกษาพยาบาลเพศชาย (2 คน จาก 36 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 mean = 14.56) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเพศชาย และนักศึกษาพยาบาลเพศหญิงพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักศึกษาพยาบาลเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewjanta และคณะ²⁰ พบว่า นักศึกษาหญิง ร้อยละ 52.04 มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักศึกษาชาย Kaewkanta และ Rungreangkulkij¹⁸ ศึกษาความชุกของ ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงรายพบว่า นักศึกษาเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.30 มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 30.90 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Muijeen²⁵ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พบว่า นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์ในนิสิตทันตแพทยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒพบว่า นิสิตทันตแพทย์เพศหญิงมีโอกาสมิปัญหาสุขภาพจิตเป็น 1.82 เท่าของเพศชาย²⁶

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกับตัวแปร ระดับชั้นปี อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม บุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้า รายได้ต่อเดือน และจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ไม่พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล หมายความว่า ปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่ปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษาซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ระดับชั้นปีและเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อาจเนื่องมาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการจัดโครงสร้างหลักสูตรที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความสมดุลในการเรียนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี ถึงแม้ว่าจะพบว่าแต่ละชั้นปีมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน

2. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปีส่วนใหญ่มีช่วงอายุ ระหว่าง 18-23 ปี และกลุ่มนี้พบว่า มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.16 ซึ่งการศึกษาของ Vatanasin และ คณะ¹⁴ พบว่า นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี อายุ 17-22 ปี ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 18 ซึ่งตามระยะพัฒนาการถือว่ามีความคาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่เริ่มมีความคิดเป็นของตนเอง ต้องการความเป็นอิสระ มีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร²⁷

3. บุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อาจเนื่องจากระหว่างการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษามายู่หอพักของวิทยาลัยตลอด 4 ปี แต่สามารถกลับบ้านได้ในวันหยุด ซึ่งนักศึกษาจะอยู่หอพักมากกว่าอยู่บ้าน จึงทำให้บุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

4. รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อาจเนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ 2,500-5,000 บาทต่อเดือน อาจไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน จึงส่งผลให้นักศึกษากลุ่มนี้มีภาวะเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท และนักศึกษาที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Vatanasin,

Sang-on และ Luecha²⁸ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Srumsiri²⁹ พบว่า ความไม่เพียงพอของรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

5. จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อาจเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรม นักศึกษาได้อยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะและกิจกรรมเสริมหลักสูตรช่วยให้นักศึกษารู้สึกผ่อนคลายจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติ ประกอบกับกิจกรรมเสริมหลักสูตรมีการวางแผน และแจ้งให้ทราบล่วงหน้า นักศึกษาจึงสามารถบริหารจัดการเวลาได้

6. ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวด้วยโรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดภาวะซึมเศร้ามีปัจจัย หรือสาเหตุหลาย ๆ อย่างร่วมกัน การที่นักศึกษามีประวัติโรคทางพันธุกรรม มีญาติสายตรง (first-degree relatives) ของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มโอกาสในการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าประชาชนทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า²⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

งานวิจัยครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าเกือบร้อยละ 19 ซึ่งถือว่าความชุกค่อนข้างสูง จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ค้นหาสาเหตุเชิงลึก หาแนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติม

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าเพื่อสามารถจำแนกเป็นกลุ่มประเภทของปัญหาสุขภาพจิตและวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการศึกษาเชิงลึก เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับใช้วางแผนจัดกิจกรรมการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมหลักสูตร และกิจกรรมพัฒนานักศึกษาต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษาในด้านต่าง ๆ ต่อไป

References

1. Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford;2011.
2. Burnard P, Rahim HT, Hayes D, Edwards D. A descriptive study of Bruneian student nurses' perception of stress. *Nurse Education Today* 2007;27:808-818.
3. Thanoi W, Phancharoenworakul K, Thompson EA, Panitrat R, Nityasuddhi D. Thai adolescent suicide risk behaviors: testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2010;14(3):187-220.
4. Nintachan P, Sangon S, Wittayasooporn L. Resilience, the negative events, and mental health among university students. *Journal of Nursing Sciences & Health* 2013;7(2):12-26. (In Thai)
5. Ross R, Zeller R, Srisaeng P, Yimmee S, Somchid S, Sawatphanit W. Depression, stress, emotional support, and self-esteem among baccalaureate nursing students in Thailand. *IJNES* 2005;2(1):1-15.
6. Jameson PR. The effects of a hardiness educational intervention on hardiness and perceived stress of junior baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today* 2014; 34(4):603-607.
7. Tantalanukul S, Wongsawat P. Stress and stress management in nursing students. *BCNUT J Nurs* 2017;9(1):81-92. (In Thai).
8. Seyedfatemi N, Tafreshi M, Hagani H. Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nursing* 2007;6(11):1-10.
9. Kaewmart N. Nursing students with depression. *JFONUBUU* 2013;21(3):14-23. (In Thai).
10. Jylha P, Melartin T, Isometsa E. Relationship of neuroticism and extraversion with axis and comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *J Affect Disord* 2009;114: 110-21.
11. Pisuttipaisan L, Tangpattanakit J. Factors affecting depression of adolescence in Chonburi province. *J SocHu UBU* 2021;12(1):45-65. (In Thai)
12. Sriwichai P, Wongchaiya P. A sense of belonging, stress and depression amongst first- year nursing science students at Boromarajonnani College of Nursing, Phayao. *JTNMC* 2012; 27(4):57-68. (In Thai)
13. Chen CJ, Chen YC, Sung TC, Hsieh TC, Lee MS, Chang CY. The prevalence and related factors of depressive symptoms among junior college nursing students: A cross-sectional study. *JPMNH* 2015;22(8):590-598.
14. Vatanasin D, Hengudomsub P, Vatanasin S, Asarath T, Chupan S, Srisopa P. Factors predicting depression among health science students. *JFONUBUU* 2015;23(4):46-62. (in Thai).
15. Chatterjee S, Saha I, Mukhopadhyay S, Misra R, Chakraborty A, Bhattacharya A. Depression among nursing students in an Indian government college. *BJN* 2014;23(6):316-20.
16. Trangkasombat U, Lapboonsap V, Havanont P. Used of The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) in adolescent. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997;42(1):2-13. (in Thai)
17. Samarksavee N, Sangon S. Factors associated with depression in nursing students. *JPNMH* 2015;29(3):11-27. (in Thai)

18. Kaewkanta P, Rungreangkulkij S. Prevalence of Depression in Higher Education Students In Chiangrai Province. *Nurs J* 2015;42(4):48-64. (in Thai).
19. Rukkhajeekul S. Depression and suicidal behaviors among Naresuan university students. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(4):359-70. (in Thai)
20. Kaewjant N, Rungreangkulk S, Kittiwatanapaisa W, Kotnara I. Predictive factors of depression among college students: Differences between male and female. *Journal of Nursing Science & Health* 2014;37(2):35-47. (in Thai)
21. Kaewmart N, Koedbangkham J, Nabkasorn C. Factors influencing depression among nursing students of Burapha university. *JFONUBUU* 2011;19(2):83-95. (in Thai)
22. Tana P, Pongsakchart. Effects of a cognitive therapy program on depression in nursing students. Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Saraburi. (2011). DOI : https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI= (In Thai)
23. Panyawong W, Santitadakul R, Pavasuthipaisit R. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020;28(2):136-49. (in Thai)
24. Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. Bachelor of Nursing Program, Revised Program B.E. 2555. Suphanburi: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;2012. (in Thai)
25. Muijeen K. The effect of psycho-education program on the depressive symptoms among nursing students at Thammasat university. *Songklanagarind J Nurs* 2017;37(3):48-60. (in Thai).
26. Kaewsutha N, Laosrisin N, Visalseth V. Mental health and associated factors in Srinakharinwirot university dental students. *Srinakharinwirot University. TJST* 2014;6(11):16-24. (in Thai)
27. Lotrakul M, Sukanich. *Ramathibodi psychiatry*. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2015. (in Thai)
28. Vatanasin D, Sang-on S, Luecha Y. Depression and factors related to depression among undergraduate nursing students. *Rama Nurs J* 2006;12(3):289-303. (in Thai)
29. Srumsiri A. Factor associated with depression in student of Rajabhat Mahasarakham university. *Mahasarakham Hospita J* 2021;18 (2): 148-158. (in Thai)

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม
ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูง
โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์
The Effects of a Stroke Prevention Program among Comorbid Hypertensive,
Diabetes Mellitus, and Hyperlipidemia Patients
by Applying Protection Motivation Theory with Telephone Follow-up

Received: Apr 7, 2022
Revised: May 31, 2022
Accepted: Jun 2, 2022

ดลพร ตันทนงศักดิ์กุล พย.ม. (Donlaporn Tunthanongsakul, M.S.N.)¹
วีณา เทียงธรรม ส.ด. (Weena Thiangtham, Dr.P.H.)²
ปาหนัน พิชญภิญโญ ปร.ด. (Panan Pichayapinyo, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงส่งผลต่อระบบหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Chi-square, Repeated measure ANOVA, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และมีระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: donladonlamay@outlook.co.th

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: weena.thi@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: panan.pic@mahidol.ac.th

^{1, 2, 3} Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

สรุปผล: โปรแกรมสามารถช่วยให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น และสามารถลดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย เป็นต้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การติดตามทางโทรศัพท์

Abstract

Introduction: Cerebrovascular disease or stroke is a major public health concern in Thailand. In particular, patients with comorbidities of hypertension, diabetes mellitus, and hyperlipidemia are at a greater risk of developing stroke given its impacts on the vessels.

Research objective: To examine the effects of a stroke prevention program on patients with comorbidities of hypertension, diabetes mellitus, and hyperlipidemia.

Research methodology: This study employed a quasi-experimental study, consisting of two groups: the experimental group and the comparison group with 32 participants in each group. Data collection consisted of three phases: pre-test, post-test at 4th week and follow-up test at 8th week. Data were analysed using descriptive statistics, Chi-square test, Repeated-measure ANOVA, Independent t-test, and Paired t-test.

Results: At 4th week post-test, and 8th week follow-up, the experimental group reported that the average score of stroke preventive behaviors was significantly higher than the pre-test phase, and that of the comparison group ($p < .001$). Moreover, the experimental group reported that at 4th week post-test, and 8th week follow-up, their blood pressure level, blood sugar level, and LDL-C level were significantly lower than the pre-test phase, and that of comparison group ($p < .05$).

Conclusion: The stroke prevention program has shown significant impact on the stroke preventive behaviors, blood pressure level, blood sugar level, and LDL-C level, particularly among patients with commodities, including hypertension, diabetes mellitus, and hyperlipidemia.

Implications: These findings could be used as a preventive guideline for healthcare providers to improve the quality of care for patients with multiple chronic health conditions, including hypertension, diabetes mellitus, and hyperlipidemia, to prevent stroke and other chronic diseases such as coronary artery disease, and renal failure.

Keywords: stroke prevention program, protection motivation theory, telephone follow-up

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ “โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต” เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรโลกอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของกลุ่มประชากรช่วงอายุ 15-59 ปี จากสถิติปัจจุบันพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกสูงถึง 80 ล้านคน เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่ถึงร้อยละ 13.7 ล้านคน ต่อปี¹ สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศรองจากโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 48.13 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559 และร้อยละ 47.1 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2561² และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) รองจากอุบัติเหตุทางถนน³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53 โรคเบาหวานร้อยละ 26 และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูงและมีระดับ LDL-C มากกว่า 100 mg/dL⁴ และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 3-7 เท่า และ 2-4 เท่าของคนปกติตามลำดับ⁵ ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเกิดความพิการ ภาวะติดเตียง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวสูญเสียรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และต้นทุนในการรักษาของประเทศ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ ดังนั้นการป้องกันโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการลดความพิการและการสูญเสีย ซึ่งสามารถทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขพบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 11.44 จังหวัดสมุทรปราการมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 15.11⁶ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้การนำโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะความสามารถของตนเอง⁷ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงในชุมชนเขตอำเภอเมืองสมุทรปราการจำนวน 10 รายพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อน และการเจ็บป่วยเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล โดยส่วนใหญ่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และทำงานเป็นกะ (Shift work) มีความเร่งรีบในการดำเนินชีวิต นิยมซื้ออาหารรับประทาน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดรับประทานยาเอง ไม่สามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้สม่ำเสมอ เพราะการลาหยุดทำให้ขาดรายได้ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่เหมาะสม และขาดการรับรู้ความสามารถในการเผชิญภาวะสุขภาพทางสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger⁸

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน สภาการพยาบาลจึงออกประกาศเรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)⁹ ซึ่งเป็นนโยบายสนับสนุนระบบบริการพยาบาลทุกรูปแบบเพื่อให้การพยาบาลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องและได้มาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง และเพื่อให้บริการสุขภาพตามความปกติในรูปแบบใหม่ (New normal) การติดตามทางโทรศัพท์ จิงระบบสื่อสารและวิธีการเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้การติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยหลายประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่าย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{10, 11}

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสนใจและออกแบบโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือความพิการตามมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers⁸ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 2 ส่วน ได้แก่ 1.) การรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) และ 2.) การรับรู้ความสามารถในการเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response efficacy) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้

ความเสี่ยง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามผลภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยกิจกรรม

1. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมปกป้องสมองด้วยสองมือ
2. กิจกรรมส่งเสริมการเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมรักษาสมองต้องลองทำดู พบแพทย์และทานยาสำคัญอย่างไร และกินอย่างไร ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง
3. การติดตามทางโทรศัพท์

1. พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. ระดับความดันโลหิต
3. ระดับน้ำตาลในเลือด
4. ระดับไขมันในเลือด

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดน้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และได้รับยาในระดับไขมันในเลือด ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ ไม่มีความบกพร่องในการสื่อสาร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยย้ายออกนอกพื้นที่เขตอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักการอำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดให้ Alpha เท่ากับ .05 และ Power เท่ากับ .80 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม¹² จากงาน

วิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹³ ในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองบางปิ้งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยศึกษาจากการวิจัยและข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบมาตราประมาณค่า 25 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่า CVI ของแบบสอบถามเท่ากับ .95 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 4 กิจกรรมได้ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ปกป้องสมองด้วยสมอง ใช้เวลา 60 นาที เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำเสนอสไลด์และรูปภาพประกอบการบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

อาการนำ การใช้สื่อวีดิทัศน์แสดงผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การอภิปรายกลุ่ม และการแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรักษาสมองต้องลองทำดูใช้เวลา 40 นาที เป็นกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำเสนอสไลด์และรูปภาพประกอบการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การนำเสนอตัวแบบด้านบวก การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การอภิปรายกลุ่ม และการแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมพบแพทย์และทนายสำคัญอย่างไร ใช้เวลา 30 นาที เป็นกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ โดยนำเสนอสไลด์และรูปภาพประกอบการบรรยายเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยา การใช้ยาที่ถูกต้อง การฝึกทักษะอ่านฉลากยาและบัตร์นัต การนำเสนอตัวแบบด้านบวก ทักษะการป้องกันการล้มรับประทานยาและลิมนัต

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมกินอย่างไร ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 50 นาที เป็นกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญภาวะคุกคามทางสุขภาพ โดยการนำเสนอสไลด์และรูปภาพประกอบการบรรยายเกี่ยวกับการเลือกซื้อและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การสาธิตการและฝึกปฏิบัติการหลักเลียงอาหารที่มีโซเดียมสูง น้ำตาลสูง และไขมันสูง ฝึกปฏิบัติการเลือกเมนูอาหารและการเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหาร เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยได้มอบเอกสารคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 การติดตามทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง สัปดาห์ละ 1 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้กำลังใจและกล่าวคำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองวัดความดันโลหิต และบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผลวัดความดันโลหิต บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าระดับไขมันในเลือดจากสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวินิจฉัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2021-067 เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2564 รวมทั้งได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมตนในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับเอกสารคู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเหมือนกันกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 (Follow-up) ในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 โดยให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสัมภาษณ์จากผู้วิจัย และอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่ม

ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.7 และร้อยละ 68.8 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.73 (S.D.=4.87) ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.75 (S.D.=5.89) ปี ทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาร้อยละ 80.0 และร้อยละ 81.2 ตามลำดับ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,223.33 (S.D.=8,107.37) บาท และ 11,675 (S.D.=16148.92) บาทในกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านภาวะสุขภาพพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 86.7 และร้อยละ 81.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกันมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 76.7 และร้อยละ 78.1 ตามลำดับ และมีค่าระดับไขมันในเลือด (LDL-C) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรร้อยละ 100.0 และร้อยละ 96.9 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย และด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

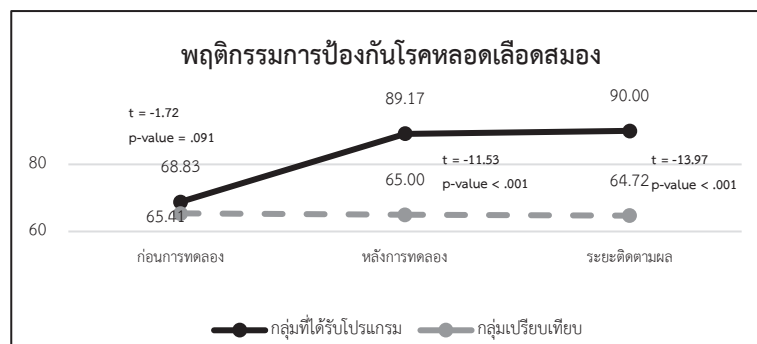
เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 91.21, p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันในช่วงเวลาการวัดที่แตกต่างกัน ($F = 220.32, p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน พบอิทธิพลทางตรงระหว่างระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปรที่ศึกษา	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	149890.73	1	14980.73	91.21	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	9854.50	60	164.24		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	4443.11	2	2221.55	220.32	< .001**
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	4938.91	2	2496.46	244.90	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	1212.02	120	10.08		

* $p\text{-value} < .05$, ** $p\text{-value} < .001$

แผนภูมิที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปรที่ศึกษา	SS	df	MS	F	p-value
ระดับความดันโลหิต					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	6735.95	1	6735.95	15.67	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	25784.61	60	429.74		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1820.99	1.56	1166.36	46.72	< .001**
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	3166.02	1.56	2027.87	81.22	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	2338.82	93.67	24.97		

* p-value < .05, ** p-value < .001

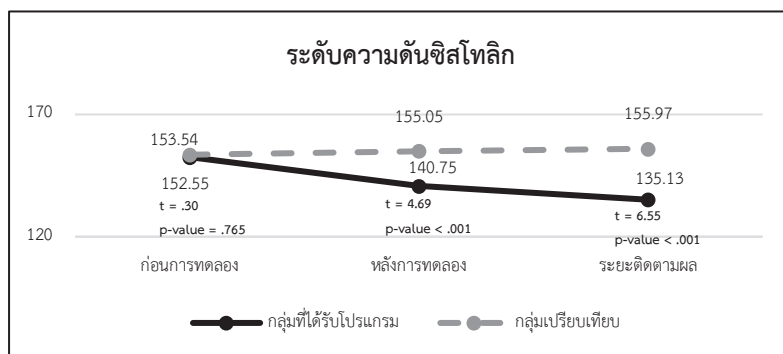
ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) (แผนภูมิที่ 2)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 15.67$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันในช่วงเวลาการวัดที่แตกต่างกัน ($F = 46.72$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกันพบอิทธิพลทางตรงระหว่างระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แสดงว่าค่าเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (ตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า

แผนภูมิที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปรที่ศึกษา	SS	df	MS	F	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	8.95	1	8.95	.01	.971
ความคลาดเคลื่อน	410317.12	60	6838.62		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	295.02	1.49	737.12	2.15	.035*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม*เวลา	12952.61	1.49	12215.14	94.464	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	8266.99	89.19	92.23		

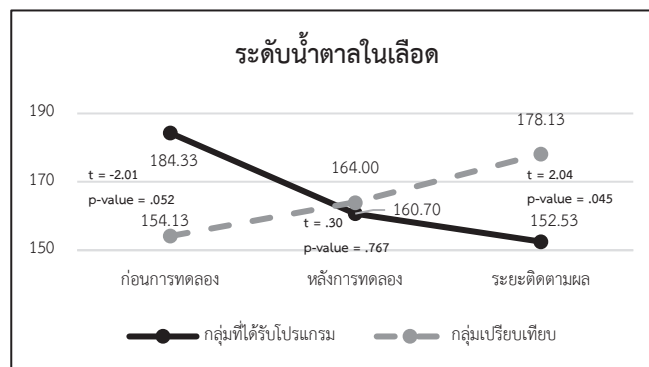
* p-value < .05, ** p-value < .001

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลน้อยกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) (แผนภูมิที่ 3)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดใน 3 ช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มและ ภายในกลุ่มด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน (F = .01, p-value = .971) เมื่อเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า

ค่าเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันในช่วงเวลาการวัดที่แตกต่างกัน (F = 2.15, p-value < .05) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ที่วัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน พบอิทธิพลทางตรงระหว่างระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) แสดงว่าค่าเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่ม เปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างในระยะ ก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง (p-value = .052)

แผนภูมิที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test

ระดับไขมันในเลือด	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม				
ก่อนการทดลอง	178.50	71.41	3.89	<.001**
ระยะติดตามผล	142.67	52.86		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	189.06	49.72	-3.75	<.001**
ระยะติดตามผล	212.22	39.38		

* p-value < .05, **p-value < .001

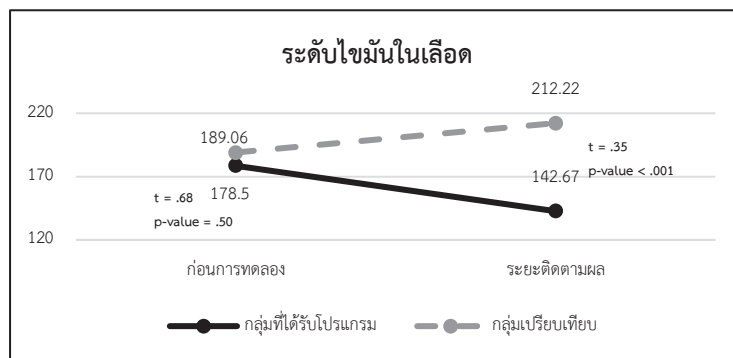
และ .767 ตามลำดับ) ในระยะติดตามผลพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) (แผนภูมิที่ 4)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

และกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดในระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนระยะการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (ตารางที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ในระยะติดตามผลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผล



อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้จากการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม โดยการใช้สไลด์และรูปภาพประกอบการบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์แสดงให้เห็นผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง การนำเสนอตัวแบบด้านบวก ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการติดตามทางโทรศัพท์ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมซักถามข้อสงสัย และอุปสรรคที่พบและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงช่วยให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อชะลอความเสี่ยงของไต ช่วยให้

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)¹⁵

2. ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความสำคัญกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร การฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติการเลือกรับประทานอาหารและการเลือกใช้เครื่องปรุงเพื่อควบคุมโซเดียม การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานยาลดความดันโลหิตครบถ้วนและตรงเวลา การออกกำลังกายเป็นประจำที่บ้าน การไปแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ การเปิดโอกาสให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมซักถามข้อสงสัยผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)¹⁶

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$

< .05) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหาร ผลไม้ และเครื่องดื่มที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัดและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ชาไข่มุก การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การใช้อาหารระดับน้ำตาลในเลือดอย่างถูกต้อง ไม่ลืมรับประทานยาก่อนและหลังรับประทานอาหาร การบรรยายเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง ให้ความสำคัญของการไปพบแพทย์ตามนัด ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ช่วยให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง¹⁷

3. ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด

ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมฝึกทักษะและการปฏิบัติในการควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันดี เช่น ไขมันจากปลา ธัญพืช การเลือกใช้น้ำมันในการปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเลว เช่น แกร่งกะทิ อาหารทอด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น คูกี้ พิซซา การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การใช้อาหารไขมันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามผ่านโทรศัพท์ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรึกษาและซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันเลวช่วยให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของระดับไขมันชนิดเลวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)¹⁸

เมื่อพิจารณาระดับความดันซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดภายในกลุ่มเปรียบเทียบในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p\text{-value} < .05$, $p\text{-value} < .001$ และ $p\text{-value} < .001$ ตามลำดับ) ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลในช่วงเทศกาลเฉลิมฉลองวันขึ้นปีใหม่ มีงานเลี้ยงสังสรรค์ รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม การเดินทางท่องเที่ยวและกลับภูมิลำเนา จึงลืมนำยาโรคประจำตัวไปด้วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้พบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดเพิ่มสูงขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูง โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ การฝึกทักษะและฝึกปฏิบัติการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด
2. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น รวมทั้งนำไปเป็นแนวทางในการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพิ่มเติมในระยะ 3 เดือนหรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองและผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ
2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อติดตามพฤติกรรมและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 การใช้แอปพลิเคชันอื่น ๆ เช่น ไลน์ เป็นอีกช่องทางในการสื่อสารจะเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารมากยิ่งขึ้น

References

1. World Stroke Organization. World stroke campaign [Internet]. 2019 [cited 2020 November 5]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign>
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health [Internet]. Public health statistic. 2019 [cited 2020 November 11]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf. (in Thai)
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Health at a glance Thailand 2017. 1st ed. Bangkok: Srimuang Printing; 2017. (in Thai)
4. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. J Stroke 2014;16(1):1-7
5. Prasat Neurological Institute, Ministry of Public Health. Stroke clinical practice guideline for nursing. Bangkok: Thana Place; 2015. (in Thai)
6. Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Ministry of Public Health [Internet]. KPI024.1: Stroke death rate (Stroke: I60-I69). 2020 [cited 2020 November 11]. Available from: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1428&kpi_year=2563. (in Thai)
7. Momala K, Kongkam P. Factors affecting to Stroke prevention behaviours of chronic disease patients at Bankao Health Promoting Hospital, Photharam District, Ratchaburi Province. HCU Journal 2020;24(2):172-85. (in Thai)
8. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo JT, Petty RE, editors. Social psychophysiology: A source book. New York: Guilford Press; 1983. p. 153-76
9. Thailand Nursing and Midwifery Council. Guideline for tele-nursing [Internet]. 2021 [cited 2021 March 12]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF. (in Thai)
10. Avery G, Cook D, Talens S. The impacts of a telephone-based chronic disease management program on medical expenditures. Population Health Management 2016;19(3):156-62
11. Kampan S, Chokchinon A, Junpanit U. Telephone call visit program for out patients receiving service from nurse anesthetist. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015;2(1):45-54. (in Thai)
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988
13. Siriket R, Sittipakorn S, Hornboonherm P. Effects of the protection motivation program on protective behavior of the high risk stroke. Srinagarind Med J 2015;30(3):299-304. (in Thai)
14. Khiawkhawo P, Thiangtham W, Boonyamaluk R. The effects of the cerebral vascular disease prevention program in high-risk group patients. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(3): 120-32. (in Thai)

15. Supanikorn C, Thiangtham W, Boonyamalik P. The application of protection motivation theory in promoting the behaviors slowing down the progression of degeneration of CKD stage 3 patients in a community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2019;29(2):165-77. (in Thai)
16. Tiparat W, Suwanweala S, Sumrit W. The effects of self-awareness development program on stroke prevention behaviors among hypertension patients in Muang District, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(2):94-107. (in Thai)
17. Intaboot K, Kalampakorn S, Pichayapinyo P. The effects of a self-management and social support program for new cases with type 2 diabetes. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(2): 11-27. (in Thai)
18. Somrit T. Effectiveness of behavior changing program to decrease low-density lipoprotein among clients at health checkup clinic in Chiangkham Hospital, Phayao Province. *Journal of the Phrae Hospital* 2020;28(2):80-91. (in Thai)

บทความวิจัย

ประสิทธิผลการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

The Effectiveness of Enhancing the Potential of Caregivers in Managing Health Care for the Dependent Older Adults

Received: Sep 18, 2022

Revised: Nov 6, 2022

Accepted: Nov 7, 2022

ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด. (Doungetre Thummakul, Ph.D.)

เรณู ขวัญเย็น ค.ด. (Renu Kwanyuen, Ph.D.)

อรนุช ชูศรี ปร.ด. (Orranuch Chusri, Ph.D.Nursing)

ณัฐพร ใจงาม วท.ม. (Natrapee Jaingam, M.Sc.)

บทคัดย่อ

บทนำ: การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดภาระส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การอบรมจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบททำให้การดูแลเกิดประสิทธิภาพที่ดีขึ้น และสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับผู้ดูแล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต.บ้านลอง ตอง อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี เดือน ม.ค.-ส.ค. 2565 จำนวน 60 คน เครื่องมือ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมผู้ดูแล แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินหลักสูตร ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00, .67-1.00 และ .67-1.00 ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินหลักสูตร ได้ .69 และ .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.ร้อยละ 89.30 เพศหญิง ร้อยละ 88.50 และผู้สูงอายุ (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 44.20 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้กลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 6.64$) และผลประเมินหลักสูตรโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับดี ($M = 4.18$, $SD = .72$) การประเมินรายด้านของหลักสูตรฯ พบว่า ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับดี ($M = 4.06, 4.17, 4.19$, และ 4.11 , $SD = .63, .52, .57$, และ $.56$ ตามลำดับ) ด้านผลผลิตอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.20$, $SD = .54$) ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตรนี้สามารถนำไปใช้ได้

สรุปผล: การเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านความรู้ จากการพัฒนาหลักสูตรอบรมฯ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรทางการพยาบาลควรจัดอบรมเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรอบรมฯ นี้ทุกปี

คำสำคัญ: ผู้ดูแล การจัดการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ได้รับทุนวิจัยเพื่อสนับสนุนงานมูลฐาน แผนปฏิบัติการด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมฯ ประเภท Fundamental Fund (FF) ปีงบประมาณ 2565

^{1,3}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต 1E-mail: doungetre_thu@dsu.ac.th 3 E-mail: Orranuch_chu@dsu.ac.th,

²Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, E-mail: renu_kwa@dsu.ac.th

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: Natrapee_jai@dsu.ac.th

¹⁴Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: In aging society, caring for older adults can pose significant burdens for caregivers yet may also have negative effects on caregivers' lifestyles. Supportive training for caregivers of the dependent older adults is needed to augment care management ability and strengthen family and community.

Research objectives: To increase the capacity of caregivers in managing health care of the dependent older adults, and to develop a curriculum for training program of caregivers of the dependent older adults.

Research methodology: The study used a quasi - experimental design. Participants were 60 community-dwelling caregivers of older adults and village health volunteers in Ban Long Tong Subdistrict, Song Phi Nong District, Suphanburi Province, Thailand. Data were collected between January to August 2022. Tools included training course for caregivers of older adults, knowledge test questionnaires, and course evaluation form. Content validity of the instruments were validated by three experts, indicating an overall good Content Validity Index (CVI) (1.00, .67-1.00, and .67-1.00). Cronbach Alpha coefficient were .69, and .98. Data analysis were performed using descriptive statistics, and paired t-test.

Results: Results indicated that most the participants (89.30%) were village health volunteers, and being female (88.50%). Nearly half of them (44.20%) had age ranged between 60 to 69 years. At follow up, mean of knowledge score was significantly higher than at baseline ($p < .05$, $t = 6.64$). The overall of course evaluation was at a good level ($M = 4.18$, $SD. = .72$). For each aspect of course evaluation, participants reported good scores for course context fits ($M = 4.06$, $SD. = .63$), preliminary factors ($M = 4.17$, $SD. = .52$), process ($M = 4.19$, $SD. = .57$), and satisfaction on suitability ($M = 4.11$, $SD. = .56$). Furthermore, the curriculum output was at a very good level ($M = 4.20$, $SD. = .54$). Therefore, capacity building of caregivers to care for the dependent older adults in this training course would be feasible.

Conclusions: In this training course, capacity building of caregivers of dependent older adults, especially knowledge improvement, is feasible.

Implication: Nursing personnel should provide the training course annually to build capacity among village health volunteers and caregivers.

Keywords: caregivers, health care management, the dependent older adults

บทนำ

จากสถานการณ์ประชากรของประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 แล้วนั้นและคาดว่าในปี 2574 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28¹ ในคนรุ่นใหม่ยังมีอายุยืนมากขึ้น จึงมีโอกาสจะเป็นผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากด้วยเช่นกัน Wankaew² ได้กล่าวในงานประชุม Long Term Care FORUM 2020 เรื่อง “ภาพหวังการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย” ไว้ว่า “ภาวะพึ่งพิงเป็นความทุกข์ ทำอย่างไรให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการร่วมทุกข์ของคนในสังคมโดยที่ทุกคนมีความสุขได้” รวมทั้งจากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทยมีขนาดเล็กลงผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรส ทำให้คนดูแลผู้สูงอายุในบ้านลดลง และผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงสูงมากขึ้น³ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้มีการร่วมกันวางนโยบายการสร้างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีส่วนร่วมในการดูแลและขยายเพื่อมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน

ระบบการดูแลระยะยาว (long term care: LTC) หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน⁴ นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง หลักการสำคัญของการพัฒนาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ได้แก่ 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม 2) การสนับสนุนการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชน 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวโดยอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพ 4) ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน⁴ ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยหลักการสำคัญ คือ PIOEH หมายความว่า P (policy) คือ นโยบายสาธารณะในด้านการส่งเสริมและพัฒนาการคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ

I (innovation & technology) คือมีนโยบายที่ส่งเสริมและพัฒนาการคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ O (green organization) คือนโยบายการจัดองค์กรที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ E (elderly) คือมีกิจกรรมทุกหมู่บ้านที่เหมาะสม H (human resource development) คือการพัฒนาศักยภาพบุคคลถึงระดับครอบครัวและชุมชนเป็นการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน ดังนั้น เพื่อเป็นการลดภาระของสมาชิกในครอบครัวและเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้หุ้นส่วนชุมชนเข้ามาทำหน้าที่ดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยได้มีมาตรการส่งเสริมให้หุ้นส่วนอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมการดูแลมากขึ้น⁵

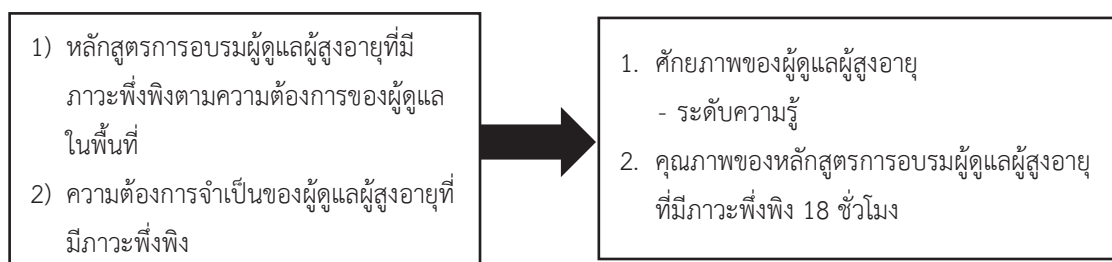
ในปีงบประมาณ 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาเพื่อยกระดับความรู้ อสม. ให้เป็น อสม. ประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนเพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล จึงมีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เข้ารับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท อสม. ได้ตามเป้าหมายที่มุ่งหวัง⁵ ประกอบด้วยเนื้อหา 6 รายวิชา 18 ชั่วโมง ได้แก่ วิชาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) และบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน วิชาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ วิชาการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ วิชาภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ วิชาเทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์โทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ และวิชาผู้นำสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม⁵ ทั้งนี้ การที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพที่เพิ่มมากขึ้นลดความเครียด รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้⁶⁻⁹ และช่วยให้ผู้ดูแลมีความเหงาลดลง ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลที่ดีขึ้นได้¹⁰ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องสนับสนุนการให้ความรู้โดยการจัดอบรมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล

จากข้อมูลดังกล่าวที่วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และตามความต้องการของบุคลากรพยาบาลรสุขภาพ สำหรับใช้จัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอดจากนโยบายเดิมของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุและบริบทในปัจจุบัน โดยคาดหวังว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง
3. เพื่อประเมินคุณภาพของหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง โดยทำการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง¹⁰ (quasi-experimental design: the one group pre-test-post-test) เพื่อให้ได้หลักสูตรที่เหมาะสมกับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 87 คน ได้ทำการสุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลองตอง 2) สามารถดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้านได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ แล้วทำการสุ่มโดยใช้ wheel name สุ่มจำนวน 60 คน (แต่เนื่องจากขณะทำการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถมาได้อย่างต่อเนื่องจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ทั้งก่อนและหลังการทดลองจำนวน 52 คน) สำหรับทดลองใช้หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมงที่ได้พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึง เดือน สิงหาคม 2565 และดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ณ โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพ ตำบลลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน 2565

มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษา วิเคราะห์สภาพ และความต้องการ การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลองตอง ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทฤษฎีผู้สูงอายุ และคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹¹ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำโครงร่าง หลักสูตร และจัดทำรายละเอียดขององค์ประกอบหลักสูตร การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง โดยได้จัดทำโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หลักการและเหตุผลแนวคิดการพัฒนาหลักสูตร การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ ของหลักสูตร หน่วยการเรียนรู้ ประกอบด้วย ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่ พบบ่อยและภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การให้ยา อาหารโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สุขภาพจิต การดูแลตนเองและผู้สูงอายุเพื่อคลายเครียด และภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุตาม รัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้/บทบาทและจริยธรรม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อการฝึกอบรม และการวัดและประเมิน ผลการอบรม ได้ดำเนินการประเมินโครงร่างหลักสูตรการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง ด้วยการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญสาขา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่า ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (item objective congruence: IOC) .33-1 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จนค่า IOC $\geq .5$ และดำเนินการสร้างเครื่องมือสำหรับใช้ในการ

ตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง ได้แก่

- แบบประเมินคุณภาพหลักสูตร ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 ข้อมูลบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิต และ ตอนที่ 3 ความ คิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับหลักสูตร ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (content validity) พิจารณาความเหมาะสมและ ความสอดคล้องของหลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อด้วยวิธี index of item-objective congruence พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1 ปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้เครื่องมือตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ในกลุ่ม อสม. จำนวน 30 คน หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .98

- แบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วย แบบวัดความรู้ การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของ หลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1 และตรวจสอบ หาค่าความเที่ยง (reliability) ในกลุ่ม อสม. จำนวน 30 ราย หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบ โดยใช้การหา ความคงที่ภายในแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .69

ระยะที่ 3 การประเมินคุณภาพของหลักสูตรการ อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง โดยการจัด กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตความดูแลของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลองตอง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัด สุพรรณบุรี จำนวน 60 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองนำ หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 18 ชั่วโมงจัดอบรม อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้การวัดความรู้ด้วยแบบ ทดสอบความรู้ก่อนการอบรม จัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติ

การหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน โดยในกิจกรรมจะให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่ม และออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน และสอบวัดความรู้หลังการอบรมด้วยแบบทดสอบความรู้ และประเมินหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง ด้วยแบบประเมินคุณภาพหลักสูตร

จากผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง ครบ 3 วัน และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลองตอง (ผู้ที่ใช้หลักสูตร) ข้อมูลตอบกลับสมบรูณ์คิดเป็นร้อยละ 86.67 (52 คน จาก 60 คน) การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการจัดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง

ครั้งที่/วัน เดือน ปี/เวลา	กิจกรรมหัวข้อการจัดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
1/14 มิ.ย. 65 8.00-12.00 น.	1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ท 1 ชม) 2. โรคที่พบบ่อยและภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ (ท 1.5 ชม., ป.1.5 ชม.)
1/14 มิ.ย. 65 13.00-16.00 น.	3. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้: ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และระบบขับถ่าย (ท 1.5 ชม/ป 1.5 ชม)
2/15 มิ.ย. 65 9.00-12.00 น.	4. การใช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดกิจกรรมนันทนาการในผู้สูงอายุ (ท 1.5 ชม/ป 1.5 ชม.)
2/15 มิ.ย. 65 13.00-16.00 น.	5. สุขภาพจิต การดูแลตนเองและผู้สูงอายุเพื่อคลายเครียด และภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ (ท 1.5 ชม/ป 1.5 ชม)
3/22 มิ.ย. 65 9.00-12.00 น.	6. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้/บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ท 2 ชม/ ป 1 ชม)
3/22 มิ.ย. 65 13.00-15.00 น.	7. การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและดูแลผู้สูงอายุ (ท 1 ชม/ป 1 ชม)
หมายเหตุ: ท=ทฤษฎี, ป=ปฏิบัติ, ชม=ชั่วโมง	

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติวิเคราะห์ pair t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ t-test คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาจากการสุ่มข้อมูลอยู่ในระดับ interval scale และมีการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RDI 2022-005 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2565 และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและทำลายข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจพร้อมลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิภาพการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการพัฒนาลัทธิสตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง พบว่า ลัทธิสตรการอบรมประกอบด้วยหน่วยการเรียนรู้ 7 หน่วย ได้แก่ ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยและภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การใช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการกรณีฉุกเฉินในผู้สูงอายุ สุขภาพจิต การดูแลตนเองและผู้สูงอายุเพื่อคลายเครียด และ ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้/บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นภาคทฤษฎีจำนวน 10 ชั่วโมง ภาคทดลอง/ปฏิบัติ จำนวน 8 ชั่วโมง

ผลศึกษาการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้หลักสูตรอบรมผู้ดูแลฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 89.30 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.50 และเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 44.20 ผลการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ดูแลฯ นำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ก่อนและหลังการอบรมด้วยหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรม ($M_{\text{หลัง}} = 17.42$, $M_{\text{ก่อน}} = 15.04$, $SD. = 2.64$, 1.29 ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.64$, $p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง (n=52 คน)

คะแนนความรู้	M	SD.	การแปลผล	t	p-value
ก่อนการอบรม	15.04	1.29		6.64	.00**
หลังการอบรม	17.42	2.64			

*p < .05

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง

ผลการประเมินความคิดเห็น 5 ด้านเกี่ยวกับหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง จากกลุ่มตัวอย่างคือผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลองตอง รวมจำนวน 58 คน พบว่า ความคิดเห็นต่อหลักสูตรโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.18$ และ $SD. = .72$)

เมื่อทำการประเมินจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ามี 4 ด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านบริบทของหลักสูตร ด้านปัจจัยเบื้องต้นของหลักสูตร ด้านกระบวนการของหลักสูตร และด้านความเหมาะสมของหลักสูตร ($M = 4.06$, 4.17 , 4.19 , 4.11 และ $SD. = .63$, $.52$, $.57$, $.56$ ตามลำดับ) และ 1 ด้านอยู่ในระดับ ดีมาก ได้แก่ ด้านผลผลิตของหลักสูตร ($M = 4.20$ และ $SD. = .54$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อการประเมินหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง (n=58)

ประเด็นการประเมิน	M	SD.	การแปลผล
1. ข้อมูลด้านบริบท	4.06	.63	ดี
2. ข้อมูลด้านปัจจัยเบื้องต้น	4.17	.52	ดี
3. ข้อมูลด้านกระบวนการ	4.19	.57	ดี
4. ด้านผลผลิต	4.20	.54	ดีมาก
5. ความเหมาะสมของหลักสูตร	4.11	.56	ดี
ความคิดเห็นต่อการใช้หลักสูตร โดยรวม	4.18	.72	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยข้อค้นพบที่น่าสนใจ จึงขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. การเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งของบุคลากร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ($M_{\text{หลัง}} = 17.42$, $M_{\text{ก่อน}} = 15.04$, $SD. = 2.64$, 1.29 ตามลำดับ) และมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมกับก่อนการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ที่ได้รับการอบรมมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแผนนโยบายด้านสาธารณสุขในการพัฒนาและยกระดับความรู้ อสม.ให้เป็นอสม.หมอบริการบ้าน^{5,12,13} เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ อสม.เพิ่มขึ้นด้วยการผ่านการอบรม และเพิ่มทักษะในการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Junpong, Dounkornong, Kulkiang, Thanakhong, Bouban, & Nilpath¹⁴ และ Nawawongsathean, & Keawkamsorn¹⁵ กล่าวไว้ในการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุว่าหลังการอบรมมีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้น และการศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้สามารถจะปรับตัวได้และดำรงชีวิตที่ดีในสังคม นอกจากนี้ การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการ

เพิ่มขีดความสามารถ ความมั่นใจ และทำให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนชนบทไทย ช่วยให้อสม.ทำการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพขึ้น¹⁶ อย่างไรก็ตามการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบ้าน/ครอบครัวมีความจำเป็นมาก เช่น การจัดกระทำให้ผู้ดูแลได้รับประโยชน์ลดภาระความยากลำบากในการดูแล ลดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁶ การมีอาสาสมัครที่มีความรู้สามารถช่วยป้องกันการลดลงของความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนได้¹⁷ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในชุมชนไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มความคล่องตัวของผู้ป่วย รวมทั้งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพและผู้ดูแล¹⁸ ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลจะช่วยให้การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตอบสนอง และส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีความรู้ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

2. การพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง หลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยและภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การใช้ยาอาหารโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สุขภาพจิต การดูแลตนเองและผู้สูงอายุเพื่อคลายเครียด และภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแล

ผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้/ บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้เทคโนโลยี ในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องและเพิ่มเติมจากคู่มือหลักสูตร เพื่อยกระดับของ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน และคู่มือ การดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับทีมหมอ ครอบครัวยุคใหม่^{5,12-15} เนื่องจากผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงมี กิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะและความดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลเพิ่ม มากขึ้น ดังนั้นการจัดโครงการเพิ่มพูนทักษะ หรืออบรมจะ ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น การพัฒนาหลักสูตรสำหรับการจัดอบรมให้สอดคล้องกับ บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพช่องปากดี ขึ้น¹⁹ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เคลื่อนที่ (mobile health applications) ที่สามารถช่วยเพิ่ม ขีดความสามารถของผู้ดูแลและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่ยังมีแอปพลิเคชันค่อนข้างจำกัด⁸ ดังนั้นการพัฒนานวัตกรรม สำหรับช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีความต้องการอยู่ ค่อนข้างสูง และการจัดการแทรกแซงช่วยเหลือ เช่น การอบรม การเพิ่มพูนความรู้ ควรได้รับการออกแบบเพื่อรองรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นความต้องการและจะช่วยให้คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น⁷ ทั้งนี้ยังมี งานวิจัยที่พบว่าการจัดกระทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ออกกำลังกาย จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพและความเป็นอยู่ ของผู้ดูแลดีขึ้นได้²⁰ รวมทั้งการจัดหลักสูตรอบรมออนไลน์ สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลได้ อย่างไรก็ตามการประเมิน ผลการจัดหลักสูตรอบรมควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็น ระยะ เพื่อประเมินและปรับปรุงหลักสูตรอบรมให้มีความทันสมัยและใช้ประโยชน์ได้²¹ นอกจากนี้หลักสูตรที่ช่วยลด ความเครียดให้กับผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล ได้⁹ และประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนาหลักสูตร

สำหรับผู้ดูแล คือเรื่องความเหงา โดดเดี่ยวของผู้ดูแล เพราะ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว จะทำให้ผู้ดูแลต้องอยู่ เพียงลำพังมากขึ้น ดังนั้นการจัดกระทำให้ผู้ดูแลมีกิจกรรมต่าง ๆ อาทิเช่น การจัดโปรแกรมในชุมชน การจัดหลักสูตรสมาธิบำบัด แอปพลิเคชันคอมพิวเตอร์ ดนตรีบำบัด การสนับสนุนจาก กลุ่มเพื่อน การขยายเครือข่ายทางสังคม เป็นต้น จะทำให้ผู้ดูแล ได้รับประโยชน์ สามารถปรับปรุงและควบคุมอารมณ์ มีความ เข้าใจในบทบาทของตนเอง และลดความรู้สึกโดดเดี่ยวลงได้²² ทั้งนี้ การพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ดูแลจึงควรมีการพัฒนาให้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล เพื่อประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ได้จริง

3. ผลการประเมินคุณภาพของหลักสูตรการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง พบว่า ความคิดเห็น ต่อหลักสูตรโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อทำการประเมินจำแนก เป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบทของหลักสูตร ด้าน ปัจจัยเบื้องต้นของหลักสูตร ด้านกระบวนการของหลักสูตร ด้านผลผลิตของหลักสูตร และด้านความเหมาะสมของหลักสูตร อยู่ในระดับดีถึงดีมาก สอดคล้องกับผลการประเมินหลักสูตร ของ Tunprapussorn²³ ที่มีการประเมินหลักสูตรเชิงระบบ ใน 3 ด้าน คือ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้าน ผลลัพธ์ และสอดคล้องกับหลักการของ Pattaphol²⁴ ในสาระการประเมินหลักสูตรเกี่ยวกับขอบเขตของหลักสูตร ความเชื่อมโยง ความสมดุล การบูรณาการ ลำดับของเนื้อหา สาระ กิจกรรม และคำถามการประเมินที่ช่วยในการประเมิน หลักสูตร แต่แตกต่างจากการประเมินของ Na Lamphun, Sukprapaporn, Pulsawad, Lebkhute, & Sukprapaporn²⁵ ที่ใช้การประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน 4 ด้าน คือ 1) มาตรฐาน การใช้ประโยชน์ (utility standards) 2) มาตรฐานความเป็น ไปได้ (feasibility standards) 3) มาตรฐานความเหมาะสม (propriety standards) 4) มาตรฐานความถูกต้อง (accuracy standards) อย่างไรก็ตามในการประเมินคุณภาพของหลักสูตร ยังมีความจำเป็น เพื่อให้หลักสูตรที่สร้างขึ้นทำให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพสำหรับผู้ดูแลให้มากที่สุด²⁰ นอกจากนี้การ ประเมินผลยังช่วยให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึง โปรแกรมที่จัดกระทำ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และปัญหาของ

ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมด้วย²⁶ ไม่ว่าจะเป็นใช้หลักการประเมินในรูปแบบใด การประเมินคุณภาพของหลักสูตรอบรมยังมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้จัดทำหลักสูตรสามารถนำผลการประเมินมาพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรการอบรมให้มีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม

สรุป

การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้หลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น และมีความคิดเห็นที่ดีต่อการจัดกิจกรรมการอบรม และต่อหลักสูตรการอบรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลควรนำหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง บรรจุไว้ในแผนการพัฒนา อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ดูแลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับทิศทางของหน่วยงานสาธารณสุข และเพิ่มเติมเนื้อหาที่ทันสมัย เสริมกิจกรรมให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

References

1. Department of Elderly Affairs. Statistics on the elderly in Thailand, 2016. [Internet]. 2017 [cited 2022 July 10]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/51> (in Thai)
2. Wankaew S. Image of hope for caring for the elderly with dependency in Thailand. LTC FORUM 2020, moving together towards sustainable long-term health services by the Health Manpower Research and Development Office (OSMEP) on November 17, 2020. (in Thai)
3. National Statistical Office. (2021). Executive summary survey of the elderly population in Thailand, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 May 9]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/.aspx>. (in Thai)
4. Sirikampeng A, Phosing P. The long term care for the elderly dependency on Thailand country 4.0 Era. Dhammathas Academic Journal 2017;17(3):235-43. (in Thai)
5. Department of Health Service Support. Manual for officers to elevate the VHVs to become VHVs. Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
6. Hsu CC, Wang YM, Huang CR, Sun FJ, Lin JP, Yip PK, et al. Sustained benefit of a psycho-educational training program for dementia caregivers in Taiwan. International Journal of Gerontology 2017;11:31-5.
7. Faronbib JO, Faronbi GO, Ayamolowo SJ, Olaogun AA. Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics 2019; 82:8-14.

8. Cabrera JL, Arques RM, Rioboo NA, Aran LR, Merino JR, Grau CF. Mobile applications for caregivers of individuals with chronic conditions and/or diseases: Quantitative content analysis. *International Journal of Medical Informatics* 2021;145:104310. (9 pages).
9. Velloze IG, Jester DJ, Jeste DV, Mausbach BT. Interventions to reduce loneliness in caregivers: An integrative review of the literature. *Psychiatry Research* 2022;311:114508.
10. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Method in Education*. 8th Edition. New York: Routledge, 2018.
11. Office of Elderly Health. Handbook of training guidelines for elderly caregivers, 70-hour course. Department of Health, Ministry of Public Health. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya Printing Press; 2015. (in Thai)
12. Working group to develop a long-term care manual. Long term care manual for family physician team. Office of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Bangkok: Cyberprint Company; 2016. (in Thai)
13. Borisut N. A study of the situation and direction of volunteer development in the Thai Era 4.0. Public Sector Health Development Group, Public Health Support Division, Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)
14. Junpong M, Doungkorng W, Kulkiang P, Thanakhoung S, Bouban N, Nilpath E. The curriculum development of elderly school for further life quality of elderly by local wisdom. *Journal of Graduate Studies Review Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Phrae Campus* 2017;3(1): 87-102. (in Thai)
15. Nawawongsathean U, Keawkamsorn N. Curriculum development of the elderly school on health promotion for the elderly, social group in Sriwilai sub-district, Sriwilai district, BuengKan Province. *Journal of Health Science and Community Public Health* 2018;1(1):70-81. (in Thai)
16. Pitchalard K, Moonpanane K, Wimolphon P, Singkhorn O, Wongsurapakit S. Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. *International Journal of Nursing Sciences* 2022;9:328-33.
17. Gupta S. Impact of volunteering on cognitive decline of the elderly. *The Journal of the Economics of Ageing* 2018;12:46-60.
18. Yasmeen I, Krewulak KD, Grant C, Stelfox HT, Fiest KM. The effect of caregiver-mediated mobility interventions in hospitalized patients on patient, caregiver, and health system outcomes: A systematic review. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation* 2020;2:100053. (11 pages)

19. Zhang J, Wang Z, Li Y, Yu P, Cao X, Xu X, et al. Effects of a caregiver training program on oral hygiene of Alzheimer's patients in institutional care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021;22(7):1429-34.
20. Baik D, Song J, Tark A, Coats H, Shive N, Jankowski C. Effects of physical activity programs on health outcomes of family caregivers of older adults with chronic diseases: A systematic review. *Geriatric Nursing* 2021;42(5):1056-69.
21. Pleasant M, Molinari V, Dobbs D, Meng H, Hyer K. Effectiveness of online dementia caregivers training programs: A systematic review. *Geriatric Nursing* 2020;41(6):921-35.
22. Velloze IG, Jester DJ, Jeste DV, Mausbach BT. Interventions to reduce loneliness in caregivers: An integrative review of the literature. *Psychiatry Research* 2022;311:114508.
23. Tunprapussorn K. The development curriculum promoting quality of life of aging: Case study of municipal city, Phitsanulok. Doctoral's thesis in curriculum and instruction, Naresuan University; 2018. (in Thai)
24. Pattaphol M. Evaluation of curriculum for learning and development. 4th edition, Bangkok; Charansanitwong Printing Co., Ltd; 2018. (in Thai)
25. Na Lamphun S, Sukprapaporn T, Pulsawad W, Lebkhute H, Sukprapaporn B. Development of integrated learning curriculum by using community based for learners in Thailand 4.0 of demonstration school, Chiang Rai Rajabhat University. *Lampang Rajabhat University Journal* 2018;7(2):180-93. (in Thai)
26. Mavandadi S, Wray LO, DiFilippo S, Streim J, Oslin D. Evaluation of a telephone-delivered, community-based collaborative care management program for caregivers of older adults with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2017;25(9):1019-28.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว ต่อความพร้อมในการเรียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

The Effectiveness of Online Team-Based Learning in a Subject of Family Health Nursing on Self-Direct Learning Readiness, Learning Outcome and Satisfaction in Nursing Students under COVID-19 Pandemic

Received: Jun 13, 2022

Revised: Aug 1, 2022

Accepted: Aug 18, 2022

ธิดา ทองวิเชียร ปร.ด. (Thida Tongvichean, Ph.D.)¹กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ ส.ด. (Kamonrat Kittipimpanon, Dr.P.H.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การระบาดของโควิด-19 ทำให้สถาบันการศึกษาต้องมีการปรับระบบการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานเป็นการจัดการเรียนรู้เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และส่งเสริมทักษะการทำงานเป็นทีม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานต่อความพร้อมในการเรียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ (ความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการทำงานเป็นทีม) และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 108 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐานและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความพร้อมในการเรียน 3) แบบทดสอบความรู้ 4) แบบสอบถามทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการทำงานเป็นทีม และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง paired t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเรียนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.69$, $SD = 0.55$) คะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ ทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ และการทำงานเป็นทีมหลังการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานสูงขึ้นก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.31$, $p < .001$; $t = 12.40$, $p < .001$; $t = 1.42$, $p < .01$) และมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.10$, $SD = 0.59$)

สรุปผล: การเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน เป็นรูปแบบที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนรู้และสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีมให้กับผู้เรียนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้: ผู้สอนสามารถนำการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานไปใช้ในการสอนออนไลน์เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม

คำสำคัญ : การเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน ความพร้อมในการเรียนรู้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ ความพึงพอใจ

ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

¹อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: thida.tog@mahidol.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: kamornrat.kit@mahidol.ac.th

^{1,2} Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand

Abstract

Introduction: The Covid-19 pandemic has caused educational institutions to change onsite teaching and learning methods to online systems. Team-based learning is a learning method that encourages students to participate in the learning process, develop critical thinking, and promote teamwork skills.

Research objective: To examine the effects of online team-based learning on learning readiness, learning outcomes (knowledge, critical thinking, and teamwork), and satisfaction among nursing students.

Research Methodology: This is a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. Sample consisted of 108 fourth-year nursing students. Research instruments were an online team-based learning program, and data collection tools including: 1) the socio-demographic questionnaire, 2) the self-direct learning readiness questionnaire, 3) the knowledge questionnaire, 4) the critical thinking and teamwork skills questionnaires, and 5) the satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The participants had a high level of self-direct learning readiness ($\bar{x} = 3.69$ SD = 0.55). Posttest mean scores of knowledge, critical thinking and teamwork skills were significantly higher than pretest scores ($t = 8.31, p < .001$; $t = 12.40, p < .001$; $t = 1.42, p < .01$). Satisfaction with the learning program was at a high level ($\bar{x} = 4.10$ SD = 0.59).

Conclusion: Online team-based learning is a learning method that helps learners to have learning readiness, increase their knowledge, and promote critical thinking and teamwork skills.

Implication: Instructors should apply the team-based learning in online class to enhance the knowledge, critical thinking skills, and teamwork skills.

Keywords: Online Team-based Learning, self-direct learning readiness, learning outcome, satisfaction

บทนำ

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาทั่วโลก ทำให้สถาบันการศึกษาต้องหาแนวทางและออกแบบนวัตกรรมจัดการเรียนการสอน โดยสถาบันการศึกษาได้มีการเปลี่ยนระบบจัดการเรียนการสอนแบบในสถานที่ (onsite learning) เป็นแบบออนไลน์ (online learning) เพื่อให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในสถานการณ์โควิด-19 อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์อาจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้เรียน เช่น การขาดสมาธิในการเรียน การไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การขาดแรงจูงใจในการเรียน เป็นต้น การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ได้ Bao¹ ได้สรุปกลยุทธ์ในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ไว้ โดยผู้สอนควรมีการเตรียมแผนการจัดการเรียนการสอนล่วงหน้า แบ่งเนื้อหาเป็นส่วนย่อย ๆ สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ ทำงานกับผู้สอนและทีมสนับสนุน สร้างการเรียนรู้นอกชั้นเรียน และบูรณาการเรียนการสอนแบบออนไลน์ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน ดังนั้น ผู้สอนจึงควรให้ความสำคัญในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน เพื่อเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนและเกิดประโยชน์สูงสุด

การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน (team-based learning) พัฒนาโดย Michaelsen และคณะ ในช่วงต้น ค.ศ. 1990²⁻⁴ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้เรียนมีโอกาสในการประยุกต์แนวคิดหลักการในเนื้อหาวิชามาใช้แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่พบได้บ่อย โดย Parmelee และคณะ⁴ ได้นำเสนอขั้นตอนการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานในวิชาชีพด้านสุขภาพ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมอบหมายงาน (advanced assignment) 2) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียนรายบุคคล (individual readiness assurance test) 3) การรับประกันความพร้อมของผู้เรียนรายกลุ่ม (team readiness assurance test) 4) การอภิปรายเหตุผลของคำตอบร่วมกัน (instructor clarification review) 5) การแก้ปัญหาโจทย์สถานการณ์โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (team application) และ 6) การอุทธรณ์ (appeal) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้เรียนมีพัฒนาการความรู้ที่นอกเหนือจากความรู้ที่มาจากข้อเท็จจริง สามารถเข้าใจอย่างลึกซึ้งจากการแก้ไขปัญหาจาก

โจทย์สถานการณ์ที่ได้รับที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองเพียงคนเดียว และสามารถมองเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองในฐานะผู้เรียนและสมาชิกในทีม³

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้⁵⁻⁶ เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง⁷ ผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้ทั้งเนื้อหาและพัฒนาทักษะต่าง ๆ จากกระบวนการกลุ่ม⁸ เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน⁷ สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้⁸ ช่วยให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้น⁹⁻¹⁰ และเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน⁸⁻⁹ รวมทั้งพัฒนาทักษะการรู้คิด การคิดอย่างมีวิจารณญาณให้ระดับสูงขึ้น ส่งเสริมทักษะทางด้านอารมณ์และสังคม (soft skill) ได้แก่ การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารระหว่างบุคคล¹¹⁻¹² อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพของการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์ที่เป็นบริบทของประเทศไทย ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ต้องมีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ การประยุกต์ใช้การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานในการสอนออนไลน์น่าจะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการทำงานเป็นทีมได้

การพยาบาลอนามัยครอบครัวเป็นหัวข้อหนึ่งในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาล และติดตามประเมินผลในระดับบุคคลและครอบครัว ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีให้สอดคล้องกับบริบทของบุคคลและครอบครัวซึ่งมีความแตกต่างกัน รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอาจต้องมีการประสานงานกับทีมสุขภาพซึ่งต้องใช้ทักษะการสื่อสารและการประสานงาน ซึ่งผู้เรียนควรมีสมรรถนะทางด้านความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม เพื่อนำความรู้และทักษะไปฝึกปฏิบัติ การพยาบาลอนามัยครอบครัวในอนาคตต่อไป ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานต่อความพร้อมในการเรียนรู้ ความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำผลการ

ศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว พัฒนามาจากขั้นตอนของ Parmelee และคณะ⁴ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม โดยผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนศึกษาเนื้อหาก่อนเข้าชั้นเรียน 2) การประเมินความพร้อมรายบุคคล โดยให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบรายบุคคล 3) การประเมินความพร้อมรายกลุ่ม โดยให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบชุดเดิมเป็นรายกลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มอภิปรายและหาคำตอบร่วมกัน มีการสะท้อนกลับคำตอบแบบทันทีว่าถูกต้องหรือไม่ ซึ่งจะให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การรับฟังความคิดเห็น การให้เหตุผล และการโน้มน้าวสมาชิกในทีม 4) การเปิดเวทีในการอภิปรายเหตุผลและสรุปร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เพื่อทำให้ผู้เรียนมีความรู้ที่ถูกต้องใน 5) การทำโจทย์สถานการณ์โดยใช้กระบวนการกลุ่ม โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มและผู้สอน ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ความรู้มาแก้ไขสถานการณ์ และ 6) การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนอุทธรณ์คำเฉลยหรือตอบข้อคำถามที่สมาชิกในทีมยังมีข้อสงสัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและเข้าใจเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้งเพิ่มขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าว จะทำให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ พัฒนาระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอน ดังแผนภาพที่ 1

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการเรียนเรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม ก่อนและหลังเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานเรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานเรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลัง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2564 จำนวน 216 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน ปีการศึกษา 2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4¹³ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมา^{10,12} ได้ค่าขนาดอิทธิพล

การเรียนออนไลน์
แบบใช้ทีมเป็นฐาน
เรื่อง การพยาบาลอนามัยครอบครัว



- ความพร้อมในการเรียน
- ผลลัพธ์การเรียนรู้เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว
 - ความรู้
 - ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - ทักษะการทำงานเป็นทีม
- ความพึงพอใจต่อการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เท่ากับ .39 กำหนดอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .80 ความเชื่อมั่นที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน และเพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวน 98 คน แต่นักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนทั้งหมดมีจำนวน 108 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลตัวอย่างทั้งหมด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน และ 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาขึ้นตามเนื้อหาของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ประกอบด้วย

1.1 คู่มือผู้สอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และขั้นตอนในการดำเนินงานสำหรับจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน

1.2 แบบทดสอบความรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

1.3 โจทย์กรณีศึกษาการพยาบาลอนามัยครอบครัว พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยผู้เรียนจะต้องตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย จัดลำดับการเยี่ยมบ้าน แผนการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลในการแก้ไขปัญหา

1.4 เอกสารประกอบการเรียน ประกอบด้วยแนวคิดและหลักการ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในงานอนามัยครอบครัว ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน หลักการจัดลำดับการเยี่ยมบ้าน การวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้เรียนเตรียมตัวอ่านและค้นคว้าด้วยตนเองก่อนเข้าเรียน

เครื่องมือทั้งหมดได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และข้อเสนอแนะมาปรับปรุงในด้านเนื้อหาคำบรรยายก่อนนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว สื่อเทคโนโลยีที่ใช้ในการค้นคว้าข้อมูล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 5 นาที

2.2 แบบวัดความพร้อมในการเรียน พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อสอบถามความพร้อมในการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง มีความพร้อมในการเรียนมาก และน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง มีความพร้อมในการเรียนน้อย การแปลผลของคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเรียน จะแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และนำไปใช้ทดลองกับนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้สัมประสิทธิ์แบบครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ .92

2.3 แบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .86 และนำไปทดลองกับนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method: KR-21) เท่ากับ .76 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ .87

2.4 แบบสอบถามทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม นำมาจากแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ของ Chantira และ Sarakshetrin¹⁴ ประกอบด้วย ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 10 ข้อ และทักษะการทำงานเป็นทีม จำนวน 8 ข้อ โดยมีคะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง มีทักษะในด้านดังกล่าวมาก และน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง มีทักษะในด้านดังกล่าวน้อย เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 นำไปทดลองกับนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย สัมประสิทธิ์แบบครอนบาคแอลฟาของทักษะการคิดอย่างมี

วิจารณ์งานเท่ากับ .92 และทักษะการทำงานเป็นทีม เท่ากับ .85 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์งานเท่ากับ .94 และทักษะการทำงานเป็นทีมเท่ากับ .92

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า ประเมินด้านรูปแบบเนื้อหา การนำไปใช้ และความพึงพอใจในภาพรวม โดยมีคะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง มีความพึงพอใจมาก และน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการเรียนการสอนแบบใช้ทีมเป็นฐาน ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย สัมประสิทธิ์แบบครอนบาคแอลฟาโดยรวมได้เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใบรับรองเลขที่ COA. MURA 2021/314 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์โดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย และให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยออนไลน์โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธเข้าร่วมและหยุดให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียน นักศึกษาที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิดและไม่ระบุตัวตนให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลจะมีการนำเสนอในภาพรวมตามความจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัยและมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารประกอบการเรียน ก่อนเข้าชั้นเรียน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะถามความสนใจในการเข้า

ร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัว โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน และหากสนใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะส่ง Link แบบสอบถามผ่าน Google form โดยกลุ่มตัวอย่างจะกดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์งาน และทักษะการทำงานเป็นทีม

2. ในชั้นเรียน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานแบบออนไลน์

3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้รายบุคคล จำนวน 10 ข้อ ผ่าน Google form ใช้เวลา 10 นาที

3.2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้ากลุ่มย่อยที่กำหนดไว้ และมอบหมายให้ทำแบบทดสอบความรู้ชุดเดียวกับแบบทดสอบรายบุคคล โดยอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่มของตนเอง แล้วให้ตัวแทนกลุ่มทำแบบทดสอบผ่าน Google form ถ้ากลุ่มเลือกคำตอบถูกต้องในครั้งแรก ได้ 4 คะแนน ถ้ากลุ่มเลือกคำตอบถูกต้องในครั้งที่ 4 ได้ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยตัวแทนกลุ่มต้องเลือกคำตอบจนกว่าจะได้คำตอบที่ถูกต้อง ทำทีละข้อ จนครบ 10 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที

3.3 เมื่อครบเวลา ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มกลับมาพบกันในห้องรวมออนไลน์ ผู้สอนเฉลยวิธีคิด วิเคราะห์ปัญหาที่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้กลุ่มที่ตอบคำถามที่ต่างจากเฉลยได้แสดงความคิดเห็น หลังจากนั้นผู้สอนสรุปประเด็นความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ผ่านทางการสอนออนไลน์ใช้เวลา 40 นาที

3.4 ผู้สอนแจกโจทย์กรณีศึกษาทางออนไลน์และให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าห้องกลุ่มย่อยที่กำหนดไว้ โดยแต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย จัดลำดับการเยี่ยมบ้าน วางแผนการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลในการแก้ไขปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถค้นข้อมูลจากตำราหรือเอกสารได้ ใช้เวลา 20 นาที หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มกลับมาห้องรวมออนไลน์ เพื่ออภิปรายวิธีคิดแก้ปัญหาของกลุ่มตนเองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม แล้วผู้สอนให้ข้อเสนอแนะสะท้อนการเรียนรู้ และให้กลุ่มตัวอย่างอุทิศตนค่าเฉลี่ยได้ใช้เวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัย ส่ง Link แบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการพยาบาลอนามัยครอบครัว ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการทำงานเป็นทีม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมด หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมหรือไม่ตอบคำถาม จะพิจารณาตัดข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนออกจากรายงานวิจัยตามเกณฑ์คัดออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมในการเรียนรู้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการทำงานเป็นทีม ก่อนและหลังเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 ราย มีอายุระหว่าง 21-23 ปี อายุเฉลี่ย 21.28 (SD = 0.62) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.29 กลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 14.81 (โรคภูมิแพ้ ไม่เกรน และไทรอยด์) และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ร้อยละ 26.85 สื่อเทคโนโลยีที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 96.29 แท็บเล็ต ร้อยละ 94.44 และคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 57.41 ตามลำดับ

2. ความพร้อมในการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน

ความพร้อมในการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเรียนด้านต่าง ๆ ในระดับปานกลางถึงสูง โดยความพร้อมในการเรียนรู้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหา

เข้าเรียนได้ 4.01 (SD = 0.65) ได้ศึกษาข้อมูลเพื่อเตรียมตัวก่อนเข้าเรียน 3.76 (SD = 0.68) และระยะเวลากับเนื้อหาที่ได้รับมอบหมายเหมาะสม 3.71 (SD = 0.72) ตามลำดับ ความพร้อมด้านการเรียนที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สามารถเข้าใจเนื้อหา ก่อนเข้าเรียน 3.51 (SD = 0.62) คิดว่าจะสามารถทำแบบทดสอบความรู้ได้ด้วยตนเอง 3.61 (SD = 0.61) และสามารถบริหารเวลาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน 3.64 (SD = 0.68) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3. ความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม ก่อนและหลังการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการเรียน 6.87 คะแนน (SD = 1.41) และหลังการเรียนมีคะแนนเฉลี่ย 8.19 คะแนน (SD = 1.08) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.31, p < .001$) ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการเรียน 33.19 คะแนน (SD = 4.78) และหลังการเรียน 39.92 คะแนน (SD = 4.91) โดยคะแนนเฉลี่ยของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังการเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.40, p < .001$) ด้านทักษะการทำงานเป็นทีมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 31.57 คะแนน (SD = 4.17) และหลังการเรียนมีคะแนนเฉลี่ย 32.99 (SD = 5.14) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการทำงานเป็นทีมหลังการเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.79, p < .01$) ดังตารางที่ 2

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยรวมเฉลี่ย 4.10 (SD = 0.59) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ด้านเนื้อหา 4.24 (SD = 0.56) ส่วนด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ บรรยากาศส่งเสริมให้มีความสุขในการเรียน 3.91 (SD = 0.83)

ตารางที่ 1 ความพร้อมในการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล (N=108)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible Range	Min-Max	Mean (SD)	แปลผล
ความพร้อมในการเรียนรู้	1-5	2-5	3.69 (.55)	สูง
- สามารถเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหาก่อนเข้าเรียน	1-5	3-5	4.01 (.65)	สูง
- ได้ศึกษาข้อมูลเพื่อเตรียมตัวก่อนเข้าเรียน	1-5	2-5	3.76 (.68)	สูง
- ระยะเวลากับเนื้อหาที่ได้รับมอบหมายเหมาะสม	1-5	2-5	3.71 (.72)	สูง
- สามารถบริหารเวลาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน	1-5	2-5	3.64 (.68)	สูง
- สามารถเข้าใจเนื้อหาก่อนเข้าเรียน	1-5	2-5	3.51 (.62)	สูง
- คิดว่าสามารถนำความรู้มาใช้ในการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานได้	1-5	3-5	3.69 (.64)	สูง
- คิดว่าจะสามารถทำแบบทดสอบความรู้ได้ด้วยตนเอง	1-5	2-5	3.61 (.61)	สูง
- คิดว่าจะสามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการเรียนได้	1-5	3-5	3.65 (.66)	สูง
- คิดว่าจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้เตรียมมาเพื่อแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม	1-5	2-5	3.68 (.64)	สูง
- มีความพร้อมในการเรียนโดยภาพรวม	1-5	3-5	3.70 (.63)	สูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม ก่อนและหลังเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน ของนักศึกษาพยาบาล (N =108)

ตัวแปร	Possible Range	Pre-test			Post-test			Mean difference	t	p-value
		Min-Max	Mean	SD	Min-Max	Mean	SD			
ความรู้	0-10	3-9	6.87	1.41	5-10	8.19	1.08	1.32	8.31	< .001
ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	10-50	20-47	33.19	4.78	30-50	39.92	4.91	6.72	12.40	< .001
ทักษะการทำงานเป็นทีม	8-40	24-40	31.57	4.17	8-40	32.99	5.14	1.42	2.79	< .01

*Mean difference = Post-test - Pre-test

การอภิปรายผล

1. ความพร้อมในการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานทำให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนโดยรวมและรายชื่ออยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานทำให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้^{5-6,12} ซึ่งอธิบายได้ว่า กระบวนการจัดการเรียนการสอน

แบบใช้ทีมเป็นฐานที่ผู้สอนมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาข้อมูลและเนื้อหาล่วงหน้า ทำให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้นอกจากนี้การเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน ทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลและมีเวลาเตรียมตัวก่อนเข้าเรียนได้มากที่สุด โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้สอนได้ใส่ข้อมูลและเนื้อหาไว้ในระบบ e-learning ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และให้ระยะเวลาในการเตรียมตัวประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงได้และเวลาที่ให้มีความเหมาะสมในการเตรียมตัว

2. ความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการทำงานเป็นทีม ก่อนและหลังเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน

ด้านความรู้พบว่า ผู้เรียนมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กระบวนการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานสามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้น⁹⁻¹⁰ และการจัดการเรียนแบบในห้องเรียนและการเรียนออนไลน์ได้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน¹⁵ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่ผู้เรียนได้รับการมอบหมายงานให้ศึกษาเนื้อหานอกชั้นเรียนทำให้มีความพร้อมในการเรียนรู้อีกขั้นตอนการทำแบบทดสอบรายกลุ่ม และการอภิปรายกับผู้สอน ช่วยแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้เรียน รวมทั้งกระบวนการกลุ่มในการแก้ไขโจทย์กรณีศึกษาทำให้ได้ประยุกต์ใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาร่วมกับสมาชิกในทีม แก้ปัญหาได้ครอบคลุมและชัดเจนมากกว่าการทำคนเดียว รวมทั้งแก้ไขความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง แสดงให้เห็นว่า การเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานเป็นกระบวนการที่สร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน¹⁰⁻¹¹

ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณพบว่า ผู้เรียนมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นหลังเรียนแบบออนไลน์โดยใช้ทีมเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน¹¹ ซึ่งอธิบายได้ว่า ในขั้นตอนการทำแบบทดสอบรายกลุ่ม ผู้เรียนจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน คิดวิเคราะห์หาเหตุผลและข้อมูลสนับสนุน เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกคำตอบที่ดีที่สุด รวมทั้งการแก้ไขโจทย์กรณีศึกษา ผู้เรียนจะต้องฝึกวิเคราะห์ เพื่อให้เข้าใจสาเหตุ ระบุปัญหา และหาแนวทางแก้ไข จากองค์ความรู้และข้อมูลที่มี โดยแลกเปลี่ยนร่วมกับสมาชิกในทีมและตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผล เพื่อสรุปแนวทางการแก้ปัญหาในโจทย์กรณีศึกษา ซึ่งทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียน

ด้านทักษะการทำงานเป็นทีมพบว่า ผู้เรียนมีทักษะการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้นหลังเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานสามารถเพิ่มความมั่นใจ ทักษะในการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมได้^{10,16-17} อธิบายได้ว่า

กระบวนการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐาน ให้ความสำคัญกับกระบวนการกลุ่ม โดยให้ผู้เรียนแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้เหตุผลระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งผู้เรียนจะต้องมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกภายในกลุ่ม สามารถสื่อสารความคิดเห็นให้สมาชิกในกลุ่มสามารถเข้าใจและยอมรับความคิดเห็น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น กระตุ้น ช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น

3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{10,12,18} ที่พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ด้านเนื้อหา รูปแบบเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน นอกจากนี้ยังพบว่า การเรียนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐานเป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร ผู้นำ ความมั่นใจในตนเอง และแสดงความคิดเห็นได้ดี¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การเรียนแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การสร้างบรรยากาศ และความน่าสนใจในการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อผู้เรียนสูงสุด

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษา

1) ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานในรูปแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนให้กับผู้เรียน รวมทั้งมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการทำงานเป็นทีม

2) การสอนออนไลน์แบบใช้ทีมเป็นฐาน ผู้สอนควรมอบหมายงานที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และมีระยะเวลาที่เหมาะสม ในชั้นเรียนผู้สอนควรเตรียมเนื้อหาและสร้างบรรยากาศในชั้นเรียนออนไลน์ให้ที่น่าสนใจ

3) การเรียนแบบออนไลน์โดยใช้ทีมเป็นฐานสามารถประยุกต์แบบทดสอบ google form แทนการใช้กระดาษคำตอบชนิดทราบผลทันที (Immediate Feedback Assessment Technique Form: IF-AT)

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเรียนแบบใช้ทีมเป็นฐานกับการเรียนแบบปกติแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างการเรียนรู้ในชั้นเรียนและการเรียนออนไลน์

References

1. Bao W. COVID-19 and online teaching in higher education: A case study of Peking university. *Human Behavior and Emerging Technologies* 2020;2(2):113-115.
2. Michaelsen LK, Knight AB, Fink LD. *Team-based learning: A transformative use of small groups in college teaching*. Sterling, VA: Stylus; 2004.
3. Michaelsen L, Sweet M. The essential elements of team-based learning. *New Directions for Teaching and Learning* 2008;2008(116):7-27.
4. Parmelee DX, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: A practical guide: AMEE guide no.65. *Med Teach* 2012;34(5):e275-87.
5. Sattapruerk S. Team-based learning for human resource development in the 21st century. *Journal of Educational Studies* 2018;12(2):197-208. (in Thai).
6. Parmelee DX, Michaelsen LK, Larry K. Twelve tips for doing effective team-based learning (TBL). *Medical Teacher* 2010;32(2):118-122.
7. Ratta CB. Flipping the classroom with team-based learning in undergraduate nursing education. *Nurse Educator* 2015;40(2):71-74.
8. Wattanachinda S, Phadung J, Noikumsin M. Effect of team-based learning on academic achievement and satisfaction of undergraduates in mass communication technology program. *Journal of Vocational and Technical Education* 2017;7(13):27-32. (in Thai).
9. Santanavanich C, Pumpuang W, Thavorn T. The evaluation of team-based learning process in nursing students: learning outcomes in accordance with Thai qualification framework, feasibility, and readiness assurance of students. *Journal of Nursing Science* 2015;suppl 1:37-47. (in Thai).
10. Yaisoon S, Rattaviboon P, Chankao C. Effects of team-based learning on knowledge and perceived learning outcomes in antenatal care of nursing students. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2015;9(2): 73-87. (in Thai).
11. Sirirat N, Chitnayee S. Effect of team-based learning in nursing care of persons with health problems 1 on achievements and critical thinking in nursing students. *Journal of Health Science* 2009;3(2): 32-40. (in Thai).

12. Punsawat M, Inchaithep S, Thinwang W, Pwasiri S, Pongkunakorn N, Thungmepon P, et.al. The effectiveness of team-based learning on learning achievement, critical thinking, team work skill and self-directed learning readiness of student nurses. *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2015;16(2):92-102. (in Thai).
13. Vorapongsathron T. Vorapongsathorn S. G*Power. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health* 2018;41(2):11-21. (in Thai).
14. Chantira R, Sarakshetrin A. Learning skills in 21st century of nursing students at boromarajonani college of nursing, Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):180-190. (in Thai).
15. Silva ECE, Lino-Neto T, Ribeiro E, Rocha M, Costa MJ. Going virtual and going wide: comparing team-based learning in-class versus online and across disciplines. *Educ Inf Technol* 2022;27(2): 2311-2329.
16. Thangthum W, Thientrongdee A. Effects of team-based learning on knowledge and teamwork perception of nursing students. *Multidisciplinary Journal for Health* 2019;1(1):1-9. (in Thai).
17. Zulkifli NF, Othman A, Abd Rahman H, Rahim NS, Abdullah NK. Team-based learning: benefits on learning and students' perception. *Education in Medicine Journal* 2019;11(4):61-69.
18. Roh YS, Lee SJ, Mennenga H. Factors influencing learner satisfaction with team-based learning among nursing students. *Nursing & Health Sciences* 2014;16(4):490-497.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

Factors Influencing Intent to Stay among Professional Nurses In Hospitals

Received: Aug 18, 2022

Revised: Oct 16, 2022

Accepted: Oct 20, 2022

บุญธิดา เทือกสุบรรณ ปร.ด. (Boontida Theucksuban, Ph.D.)

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันมีการขาดแคลนพยาบาลทั่วโลก ดังนั้นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความตั้งใจอยู่ในงานเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจอยู่ในงานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1,224 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความตั้งใจอยู่ในงาน 3) แบบสอบถามภาวะผู้นำ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน 5) แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ 6) แบบสอบถามโอกาสความก้าวหน้า 7) แบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายในงาน 8) แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน 9) แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ได้ค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามเท่ากับ .81, .98, .73, .90, .88, .85, .79 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจอยู่ในงานเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.54$, $SD. = .743$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานมากที่สุดคือปัจจัยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ($\beta = .46$, $p < .001$) รองลงมาเป็นโอกาสก้าวหน้าในงาน ($\beta = .21$, $p < .001$) ความเหนื่อยหน่ายในงาน ($\beta = -.16$, $p < .001$) ความพึงพอใจในงาน ($\beta = .14$, $p < .001$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\beta = .11$, $p < .001$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจอยู่ในงานได้ร้อยละ 29

สรุปผล: ปัจจัยด้านความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โอกาสก้าวหน้าในงาน ความเหนื่อยหน่ายในงาน ความพึงพอใจในงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ปัจจัยที่ได้จากการศึกษานี้

คำสำคัญ: ความตั้งใจคงอยู่ในงาน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

Abstract

Introduction: Nowadays, there is a global nursing shortage. Therefore, promoting nurses' intent to stay is an effective method to address this problem.

Research objectives: To examine level of intent to stay and factors influencing intent to stay among nurses in hospitals.

Research methodology: This study employed a predictive research design. Participants were 1,224 professional nurses selected using a multistage sampling method. Data were collected using questionnaires, including 1) demographic data form, 2) the Intent to Stay Scale, 3) the Leadership Practice Inventory, 4) the Social Integration Scale, 5) the Nursing Activity Scale, 6) the Promotional Opportunity Scale, 7) the Maslach Burnout Inventory, 8) the Job Satisfaction Scale, and 9) the Organizational Commitment Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient values of the questionnaires were .81, .98, .73, .90, .88, .85, .79, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and stepwise multiple regression analysis.

Results: The participants reported a high level of intent to stay ($\bar{X} = 3.54$, $SD. = .743$). Results of stepwise multiple regression analyses showed that organizational commitment, promotional opportunity, burnout, job satisfaction, and transformational leadership together explained 29% of the variance in intent to stay. Organizational commitment ($\beta = .46$, $p < .001$), promotional opportunity ($\beta = .21$, $p < .001$), burnout ($\beta = -.16$, $p < .001$), job satisfaction ($\beta = .14$, $p < .001$), and transformational leadership ($\beta = .11$, $p < .001$) were statistically significant predictors of intent to stay.

Conclusions: Organizational commitment, promotional opportunity, burnout, job satisfaction, and transformational leadership were factors influencing intent to stay among professional nurses.

Implications: Nursing administrators should develop strategies to promote intent to stay among professional nurses using factors derived from this study.

Keywords: intent to stay, professional nurses, hospitals

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีความขาดแคลนพยาบาลเป็นจำนวนมากกว่า 9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพพบว่าจะค่อย ๆ ลาออกในช่วง 5 ปีภายหลังจากการเข้าทำงานในระบบ² โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคาดการณ์การขาดแคลนพยาบาลของสภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยรายงานว่าระบบสาธารณสุขจะเผชิญกับการขาดแคลนพยาบาลจำนวน 50,000 คนในปี 2563³ ปัจจุบันมีพยาบาลทำงานในโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข 98,070 คน และพยาบาลที่ทำงานในกระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนประมาณ 24,100 คน⁴ นำไปสู่ความไม่สมดุลของอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร ปัจจุบันสัดส่วนของพยาบาลไทยต่อจำนวนประชากรเท่ากับ 1: 315 ในขณะที่ธนาคารโลกแนะนำสัดส่วนขั้นต่ำสำหรับประเทศกำลังพัฒนาควรมีค่าเท่ากับ 1: 277⁵ นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้นและการเข้าสู่การเกษียณอายุราชการของพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญของการลดจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในองค์กร ในปีงบประมาณ 2560-2564 พบว่าอัตราการเกษียณของพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวน 1,070 คนต่อปี และจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าใน 20 ปี ข้างหน้า⁴ ซึ่งนำไปสู่ภาวะการขาดแคลนพยาบาลที่มีทักษะสูงเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการให้บริการพยาบาลในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีความต้องการจำนวนพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมิโรคเรื้อรังและเป็นภาระสำคัญของความทุพพลภาพที่ต้องการดูแลสุขภาพจากพยาบาล ในปีพ.ศ. 2503-2558 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนเป็น 10.7 ล้านคน หรือ 16 % ของประชากรไทยและจะเพิ่มสูงขึ้นกว่า 20 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2578⁶

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผลลัพธ์การพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาล 90 แห่งทั่วประเทศคือ 58.82 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การที่มีชั่วโมงการทำงานยาวนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับข้อผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย การเกิดแผลกดทับ ข้อร้องเรียนของผู้ป่วย

ตลอดจนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจอยู่ในงาน ระดับความพึงพอใจในงานโดยรวมและประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร⁷ การเพิ่มความตั้งใจในงานเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล⁸ ความตั้งใจคงอยู่ในงาน (intent to stay) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีแนวโน้มที่จะอยู่ในงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน⁹ โดยที่พยาบาลมีความตั้งใจอยู่ในงานของส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การลดลงของต้นทุนการดูแลสุขภาพ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และพยาบาลมีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น¹⁰

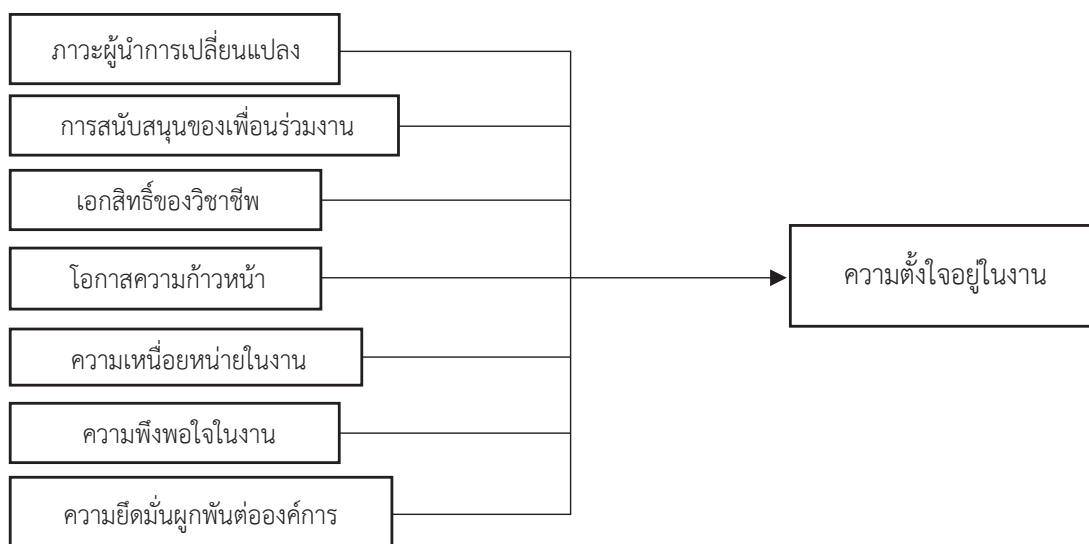
แนวคิดของความตั้งใจอยู่ในงานของ Boyle, Bott, Hansen, Woods และ Taunton¹¹ อธิบายว่าการที่พยาบาลความตั้งใจอยู่ในงานประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของผู้บริหาร ลักษณะการทำงาน ลักษณะองค์กร และลักษณะพยาบาล การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของ Boyle, Bott, Hansen, Woods และ Taunton¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจอยู่ในงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประกอบด้วยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง¹² การสนับสนุนของเพื่อนร่วมงาน¹³ เอกลักษณ์ของวิชาชีพ¹⁴ โอกาสความก้าวหน้า¹⁵ ความเหนื่อยหน่ายในงาน¹⁶ ความพึงพอใจในงาน¹⁷ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร¹⁸

ปัจจุบันถึงแม้ว่าการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลมากขึ้น แต่ด้วยบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย ที่เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1:100 ในแผนกผู้ป่วยนอก, 1:4-5 ในแผนกผู้ป่วยใน, 1:10 ในแผนกฉุกเฉิน, 1:2 ในหอผู้ป่วยหนัก และ 2:1 ในแผนกห้องผ่าตัด¹⁹ สำหรับการบริการของโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเฉพาะทางได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำการตรวจสอบและรักษาเป็นพิเศษ ทำหน้าที่เป็นศูนย์ดูแลเฉพาะทางในแต่ละภาคทั่วประเทศไทยส่งผลให้มีการใช้บริการของประชาชนเพิ่มขึ้นทั้งในหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่งผลต่อการเพิ่มภาระงานของพยาบาลวิชาชีพที่อาจเกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นเป็นเวลานาน

อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล เช่น ความผิดพลาดทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาลสูงขึ้น และความพึงพอใจในงานของพยาบาลลดลง สุดท้ายอาจจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพจะวางแผนลาจากองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ โดยการประยุกต์ปัจจัยความตั้งใจอยู่ในงานตามแนวคิดของ Boyle, Bott, Hansen, Woods และ Taunton¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารการพยาบาลที่จะมีความเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจอยู่ในงาน และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากลยุทธ์เกี่ยวกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดปัจจัยความตั้งใจอยู่ในงานของ Boyle, Bott, Hansen, Woods และ Taunton¹¹ และทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนของเพื่อนร่วมงาน เอกสิทธิ์ของวิชาชีพ โอกาสความก้าวหน้า ความเหน็ดเหนื่อยในงาน ความพึงพอใจในงาน และ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยที่พยาบาลที่มีผู้บริหารการพยาบาลแสดงภาวะผู้นำแบบการเปลี่ยนแปลง หน่วยงานมีการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในระดับสูง พยาบาลวิชาชีพมีเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ ได้รับโอกาสในความก้าวหน้า มีความเหน็ดเหนื่อยในงานต่ำ ความพึงพอใจในการทำงานสูง และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจอยู่ในงานสูง ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยปัจจัยที่คิดสรรในการศึกษานี้ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนของเพื่อนร่วมงาน เอกลักษณ์ของวิชาชีพ โอกาสความก้าวหน้า ความเหนื่อยหน่ายในงาน ความพึงพอใจในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 22,510 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 แห่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีระยะเวลาปฏิบัติงาน การพยาบาลมากกว่า 1 ปี 2) ให้การดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติงานในแผนกสูตรกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และห้องผ่าตัด เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้างาน อยู่ระหว่างการลาคลอด ลาศึกษาต่อ พักร้อน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan²⁰ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,293 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ดังนี้

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากทั้งหมด 4 ภาค ตามสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละภาค หลังจากนั้นสุ่มโรงพยาบาลแต่ละภาคด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่เป็นโรงพยาบาลในภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคกลาง 3 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง ภาคใต้ 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 9 แห่ง หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล ผลการสุ่มเป็นดังนี้ กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลในภาคเหนือจำนวน

252 คน ภาคกลางจำนวน 375 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 427 คน ภาคใต้จำนวน 239 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 9 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด⁸ ข้อเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระยะเวลาการปฏิบัติงานการพยาบาล สถานภาพสมรส บุคคลที่รับผิดชอบในครอบครัว รายได้ จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ การขึ้นปฏิบัติงาน

2. แบบสอบถามความตั้งใจอยู่ในงาน พัฒนาโดย McCloskey และ McCain⁹ เป็นการประเมินความตั้งใจอยู่ในงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ (จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .88⁷ และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .82²¹

3. แบบสอบถามภาวะผู้นำ พัฒนาโดย Kouzes และ Posner²² ซึ่งผ่านการแปลย้อนกลับโดย Chitonnorn²³ เป็นการประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมและการแสดงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งการวัดออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างกระบวนการทำงาน การสร้างแรงบันดาลใจ การทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถเป็นแบบอย่าง และการเสริมสร้างกำลังใจ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ (จาก 1 ปฏิบัติน้อยมาก ถึง 5 ปฏิบัติบ่อยมาก) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากกว่า .80²⁴ และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .97²⁵

4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน พัฒนาโดย McCloskey²⁶ เป็นการประเมินการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ (จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) พบว่ามีดัชนีความสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .77²⁶

5. แบบสอบถามความมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ พัฒนาโดย Schutzenhofer²⁷ เป็นการประเมินความมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบในมาตรวัดลิเคิร์ท 4 ระดับ (จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงปรากฏ (face validity) และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .95¹⁴

6. แบบสอบถามโอกาสความก้าวหน้า พัฒนาโดย Price และ Mueller¹⁷ เป็นการประเมินโอกาสความก้าวหน้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ ในมาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ (จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminal validity) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง -.31 ถึง .18 และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .95¹⁷

7. แบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายในงาน พัฒนาโดย Maslach และ Jackson²⁸ ซึ่งผ่านการแปลย้อนกลับโดย Summawart²⁹ เป็นการประเมินความเหนื่อยหน่ายในงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งการวัดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล โดยมีคำตอบให้เลือกตอบในมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert scale) 7 ระดับ (จาก 0 ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึง 7 มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง -.23 ถึง .17 และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ .94 ด้านการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่นเท่ากับ .98 และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ .89³⁰

8. แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน พัฒนาโดย Price และ Mueller¹⁷ เป็นการประเมินความพึงพอใจในงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบในมาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ (จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรง

เชิงเนื้อหาโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .87 และการหาความตรงเชิงจำแนก ได้ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .05 ถึง -.40¹³ และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .87¹⁷

9. แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพัฒนาโดย Mowday, Steers และ Porter³¹ เป็นการประเมินความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบในมาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ (จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การวิเคราะห์หาความตรงเชิงจำแนก ได้ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .39 ถึง .40¹⁹ และมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ .90³¹

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม ส่วนที่ 2-9 คือ 1) คะแนน 1.00-1.80 หมายถึงน้อยที่สุด 2) คะแนน 1.81-2.60 หมายถึงน้อย 3) คะแนน 2.61-3.40 หมายถึงปานกลาง 4) คะแนน 3.41-4.20 หมายถึงมาก 5) คะแนน 4.21-5.00 หมายถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หลังจากได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2,4,5,6,8,9 มาแปลย้อนกลับโดยใช้แนวคิดการแปลย้อนกลับของ Brislin³² หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ใช่โรงพยาบาลในการศึกษา จำนวน 10 คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha มีค่าเท่ากับ .81, .98, .73, .90, .88, .85, .79 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะถูกแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ การวิจัย การคุ้มครองสิทธิ รวมถึงผลประโยชน์และความเสี่ยงของการศึกษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ การไม่เปิดเผยชื่อแต่จะใช้รหัสแทนข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากงานวิจัยได้รับการตอบรับการตีพิมพ์ หลังจากกลุ่ม

ตัวอย่างมีความเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 9 แห่งๆ ละ 1 คนที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การนัดหมายส่งแบบสอบถาม กลับคืนผู้วิจัย และหากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยผู้วิจัยจะอธิบายผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติให้ดำเนินการศึกษา (study code: 2561-EXP075) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านทางคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ 9 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่งแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายพบกับผู้ช่วยวิจัยเพื่อแจกแบบสอบถามการวิจัย เอกสารคำชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้ช่วย และภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วให้ใส่ซองปิดผนึก ซึ่งผู้วิจัยจะกำหนดขอรับแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการส่งแบบสอบถามถึงผู้วิจัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นเวลา 7 เดือน (เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2562) ซึ่งผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 1,277 ฉบับ คิดเป็น 98.76% หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเป็นจำนวน 1,224 ฉบับ คิดเป็น 95.84%

และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) คะแนนของตัวแปรวิเคราะห์ด้วยสถิติ พรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงาน วิเคราะห์โดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ 1) การทดสอบ Normal distribution 2) การทดสอบ Multicollinearity 3) การทดสอบ Autocorrelation และ 4) การทดสอบ Homoscedasticity

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.57 ปี SD. 9.29 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.3 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานการพยาบาลเฉลี่ย 13.11 ปี SD. 9.60 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 51 มีบุคคลที่รับผิดชอบในครอบครัว จำนวน 1-2 คน ร้อยละ 47.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 25,001-30,000 บาท มีจำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 62.14 ชั่วโมง SD. 18.38 และส่วนใหญ่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่ายและเวรตึก ร้อยละ 87.1

2. ความตั้งใจในงานของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าความตั้งใจอยู่ในงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.54, SD. = .743; $\bar{X}$ = 3.91, SD. = .692; $\bar{X}$ = 3.50, SD. = .386; $\bar{X}$ = 3.45, SD. = .614; $\bar{X}$ = 3.41, SD. = .442 ตามลำดับ) ส่วนความมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ โอกาสความก้าวหน้า และความเหนื่อยหน่ายในงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.05, SD. = .303; $\bar{X}$ = 3.13, SD. = .726; $\bar{X}$ = 3.00, SD. = .837 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความตั้งใจอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	Possible score	Actual score	Mean	SD.	ระดับ
ความตั้งใจอยู่ในงาน	5-25	5-25	3.54	.743	สูง
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	30-150	30-150	3.91	.692	สูง
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	8-40	18-40	3.50	.386	สูง
ความมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ.	30-120	61-120	3.05	.303	ปานกลาง
โอกาสความก้าวหน้า	8-40	8-40	3.13	.726	ปานกลาง
ความเหนื่อยหน่ายในงาน	0-132	0-130	3.00	.837	ปานกลาง
ความพึงพอใจในงาน	7-35	7-35	3.45	.614	สูง
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	15-75	15-71	3.41	.442	สูง

3. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวแปรกับความตั้งใจอยู่ในงาน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($r = .29, p < .01$) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ($r = .15, p < .01$) ความมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ ($r = .18, p < .01$) โอกาสก้าวหน้าในงาน ($r = .37, p < .01$)

ความพึงพอใจในงาน ($r = .42, p < .01$) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ($r = .47, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจอยู่ในงาน ส่วนความเหนื่อยหน่ายในงาน ($r = -.30, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความตั้งใจอยู่ในงาน	1							
2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	.288**	1						
3. การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	.152**	.199**	1					
4. ความมีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ	.184**	.278**	.129**	1				
5. โอกาสก้าวหน้าในงาน	.365**	.358**	.182**	.106**	1			
6. ความเหนื่อยหน่ายในงาน	-.300**	-.134**	-.075**	-.020**	-.225**	1		
7. ความพึงพอใจในงาน	.417**	.244**	.256**	.223**	.368**	-.406**	1	
8. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	.456**	.340**	.193**	.295**	.434**	-.300**	.626**	1

**P < .01

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ($\beta = .46, p < .001$) รองลงมาเป็นด้านโอกาสก้าวหน้าในงาน ($\beta = .21, p < .001$) ความเหนื่อยหน่ายในงาน

($\beta = -.16, p < .001$) ความพึงพอใจในงาน ($\beta = .14, p < .001$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\beta = .11, p < .001$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ 29% (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายความตั้งใจอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	b	Beta	SE	t
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	.77	.46	.66	17.92**
โอกาสก้าวหน้าในงาน	.21	.21	.65	7.44**
ความเหนื่อยหน่ายในงาน	-.14	-.16	.64	-6.18**
ความพึงพอใจในงาน	.17	.14	.63	4.36**
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	.11	.11	.63	3.99**

ค่าคงที่ = 1.048, R = 0.54, R² = 0.29, F = 97.69, **p-value < .001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาระดับความตั้งใจอยู่ในงานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ระดับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของความตั้งใจอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานการพยาบาลเฉลี่ย 13.11 ปี มีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่สะสมมายาวนาน รวมทั้งได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน จึงทำให้มีความตั้งใจที่จะทำงานต่อไป นอกจากนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา รัฐบาลได้อนุมัติบรรจุตำแหน่งข้าราชการสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกจังหวัดแล้ว ทำให้พยาบาลได้รับตำแหน่งข้าราชการมีความมั่นคงในอาชีพ รวมทั้งยังได้รับสวัสดิการต่าง ๆ จึงส่งผลให้มีการคงอยู่ในงาน นอกจากนี้โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีความมั่นคงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Nasornjai, Nuysri และ Lemsawasdikul³³ พบว่าความมั่นคงในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .249, p < .001$) อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ยังได้รับโอกาสการเรียนรู้และฝึกอบรมด้านปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกที่เสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานจึงมีความตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลต่อไป

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1 ผลการศึกษาพบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .46 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chupan, Khumyu, Vatanasin และ Vatanasin³⁴ พบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ($\beta = .55, p < .001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.57 ปี และมีประสบการณ์

การทำงาน 13.11 ปี ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยมและเป้าหมายขององค์กร มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและมีความภาคภูมิใจต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบัน สอดคล้องกับ Mowday, Steers และ Porter³¹ กล่าวว่าความยึดมั่นผูกพันต่อการดำรงอยู่ของบุคคลเป็นสภาวะทางจิตวิทยาที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและองค์กร เมื่อบุคคลมีทัศนคติเชิงบวกและผูกพันกับองค์กรและเป้าหมายเพิ่มขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกขององค์กร มีความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมและความเชื่อในองค์กร รวมทั้งเต็มใจที่จะทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อสนับสนุนความสำเร็จ เป้าหมาย นโยบาย กิจกรรมและค่านิยมที่สำคัญขององค์กร

2.2 ผลการศึกษาพบว่าโอกาสก้าวหน้าในงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .21 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wantayan³⁵ พบว่าโอกาสก้าวหน้าในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราว โรงพยาบาลสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .462, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Silamom, Deoisres และ Khumyu³⁶ พบว่าโอกาสก้าวหน้าในอาชีพมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ generation Y อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .264, p < .01$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสภาวะการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยได้กำหนดบันไดวิชาชีพการพยาบาล (career path) สำหรับความก้าวหน้าในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โดยเริ่มจากพยาบาลระดับปฏิบัติการ พยาบาลระดับชำนาญการ และพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานการพยาบาลเฉลี่ย 13.11 ปี ซึ่งเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ดังนั้นพวกเขาจึงรู้ว่าตนเองจะมีโอกาสก้าวหน้าในระดับสูงขึ้นเมื่อมีอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสูงขึ้น สอดคล้องกับ Noe, Hollenbeck, Gerhart และ Wright³⁷ กล่าวว่าบันไดวิชาชีพเป็นเส้นทางในการเติบโตทางอาชีพของบุคคล โดยองค์กรที่บุคคลปฏิบัติงานอยู่จะมีการกำหนดบันไดทางอาชีพที่เกี่ยวข้องกับประเภทของงานและทักษะที่ของบุคคล นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ยังได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลเพื่อเพิ่มความ

ศักยภาพทางการพยาบาลทางคลินิก ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจและได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานและความตั้งใจในงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันเพิ่มขึ้น

2.3 ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายในงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.16 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bell และ Sheridan³⁸ พบว่าความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในงานพยาบาลในสาธารณรัฐไอร์แลนด์ ($\beta = -0.26, p = 0.000$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35.57 ปี มีประสบการณ์การพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 13.11 ปี ซึ่งสะท้อนถึงวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานรวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีโอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kakandee, Cheevakasemsook และ Iwichitkhun³⁹ พบว่าพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย มีความเหนื่อยหน่ายในงานในระดับต่ำ เนื่องจากส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 4 ปี ดังนั้นจึงสามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Maslach⁴⁰ ที่กล่าวว่าผู้ที่มีความเครียดสูงมีความมั่นคงทางอารมณ์และผู้ที่อายุมากกว่าจะสามารถรับมือและควบคุมปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานได้ดี จึงมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานลดลง

2.4 ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .14 สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumyu, Vatanasin และ Vatanasin³⁴ พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราว โรงพยาบาลสกลนครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, p < .001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสภาวะการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยได้จัดเตรียมเส้นทางอาชีพที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสก้าวหน้าในงาน อีกทั้งโรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีความมั่นคงสูง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจว่าหน่วยงานที่ทำงานมีความมั่นคงตลอดไป ส่งผลให้พยาบาล

วิชาชีพมีความพึงพอใจในงานโดยรวมดีขึ้น สอดคล้องกับ Brewer และคณะ⁴¹ กล่าวว่า การเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลจะทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะทำงานอยู่กับโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันมากขึ้น ส่งผลให้ความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

2.5 ผลการศึกษาพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .11 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanapitikon¹² พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกความตั้งใจอยู่ในงานพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในประเทศไทย ($\beta = .20, p < .01$) รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, Tao, Bowers, Brown และ Zhang⁴² พบว่าพยาบาลวิชาชีพในเชียงใหม่ มีความตั้งใจอยู่ในงานเนื่องจากผู้บริหารการพยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($\beta = .36, p = 0.000$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพพบว่าผู้บริหารการพยาบาลได้แสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในสถานที่ทำงาน และก่อนที่ผู้บริหารการพยาบาลจะเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล พวกเขาจะได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงมีเรียนรู้และเข้าใจลักษณะหรือพฤติกรรมของการเป็นผู้นำ จึงแสดงพฤติกรรมของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้บังคับบัญชา ซึ่ง Kouzes และ Posner⁴³ กล่าวถึงพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทของการให้การสนับสนุน สร้างแรงบันดาลใจแก่บุคลากรในองค์กร ส่งผลให้บุคลากรมีความตั้งใจที่จะอยู่ในงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กร ผู้บริหารการพยาบาลควรเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องสำคัญของหน่วยงาน เช่น การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ มีส่วนร่วมในการกำหนดระเบียบการปฏิบัติต่างๆ ในหน่วยงาน จัดหาสิ่งสนับสนุนในการทำงาน และสร้างความ

ผูกพันระหว่างผู้บริหารการพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน

2. ด้านโอกาสความก้าวหน้า ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพทุกคนได้พัฒนาทักษะทางคลินิก และการพยาบาลผ่านการศึกษอบรมทั้งภายในและนอกหน่วยงาน ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้โอกาสทุกคนในได้พัฒนาความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาล

3. ด้านความเหนื่อยหน่ายในงาน ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดวิธีการป้องกันความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในรูปแบบเป็นปรึกษาเมื่อพยาบาลวิชาชีพรู้สึกท้อแท้กับงานและไม่สามารถจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของตนได้ รวมทั้งส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และวิธีการทำงาน รวมทั้งเลือกใช้รูปแบบการสื่อสารสองทางเพื่อรับข้อมูลที่เป็นปัจจุบันภายในองค์กร

4. ด้านความพึงพอใจในงาน ผู้บริหารการพยาบาลสามารถรักษาความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพยาบาลวิชาชีพและเพื่อนร่วมงานอื่นๆ ในที่ทำงานด้วยการสร้างวัฒนธรรมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยและประเด็นอื่นๆ ในองค์กร

5. ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารการพยาบาลสามารถริเริ่มโครงการฝึกอบรมพยาบาลที่จะขึ้นสู่ตำแหน่งบริหาร โดยการประยุกต์ใช้พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์กรในการบริหารงาน โดยในโครงการควรมุ่งเน้นไปที่หามิติของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองด้วยการพัฒนาโปรแกรมหรือกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำตัวแปรที่ได้จากการผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นข้อมูลในการพัฒนา

References

1. World Health Organization. Nursing and Midwifery [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
2. Health focus. In another 10 years, severe crisis, nurse shortage [Internet]. 2015 [cited 2022 Nov 25]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2015/04/9830>
3. Sawaengdee K, Reynolds J, Wisaijohn T, Siriporn L, Tunglakmunkong K, Tongtanunam K, et al. Public and private nursing schools in Thailand: role and contributions in a dynamic system [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep 11]. Available from: <http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/resource>
4. Sawaengdee K. Crisis of nursing shortage in health service facilities under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health: policy recommendations. J Res Health Sci 2017;26(2):456-68. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/103/100>
5. World Bank. Nurses and midwives (per 1,000 people) [Internet]. 2022 [cited 2020 Sep 11]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=XT>
6. Knodel J, Teerawichitchainan B, Prachuabmoh V, Pothisiri W. The situation of Thailand's older population. Research Collection School of Social Sciences [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 21]. Available from: https://ink.library.smu.edu.sg/soss_research/1948
7. Kunaviktikul W, Wichaikhum O, Nantsupawat A, Nantsupawat R, Chontawan R, Klunklin A, et al. Nurses' extended work hours: patient, nurse and organizational outcomes. Int Nurs Rev 2015;62(3):386-93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12195>
8. Hollis KM. Improving Retention Strategies for Experienced Nurses. [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 25]. Available from: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations>
9. McCloskey JC, McCain B. Satisfaction, commitment and professionalism of newly employed nurses. J Nurs Scholarsh 1987;22(3):140-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644777/>
10. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurse in health care settings: a systematic review. J Nurs Manag 2014;22:1027-41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23758834/>
11. Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. Am J Crit Care 1999;8(6):361-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10553177/>
12. Rattanapitikon D. Predictive factors of professional nurses' job retention at Phyathai Hospitals [master's thesis]. Bangkok: Sukhothai Thammathirat University;2009. Available from: <https://drir.nrct.go.th/Search/SearchDetail/239617>. (in Thai)

13. Asegid A, Belachew T, Yimam E. Factors influencing job satisfaction and anticipated turnover among nurses in Sidama Zone Public Health Facilities, South Ethiopia. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 25]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1155/2014/909768>
14. Masilaca OK. Factors predicting intent to stay among nurses in divisional hospitals, the Republic of Fiji [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University;2011. Available from: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2011/nuadm20911mo_abs.pdf
15. Drennan VM, Halter M, Gale J, Harris R. Retaining nurses in metropolitan areas: insights from senior nurse and human resource managers. *J Nurs Manag* 2016;24(8):1041-48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27291829/>
16. McGilton KS, Tourangeau A, Kavcic C, Wodchis WP. Determinants of regulated nurses' intention to stay in long-term care homes. *J Nurs Manag* 2013; 21:771-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23865929/>
17. Price JL, Mueller C. Professional turnover: the case of nurses. New York: SP Medical & Scientific Books;1981. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10304293/>
18. Engeda EH, Birhanu AM, Alene KA. Intent to stay in the nursing profession and associated factors among nurses working in Amhara Regional State Referral Hospitals, Ethiopia. *BMC Nursing* 2014;13:24. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-24>
19. Thailand Nursing and Midwifery Council. The standard for service of nursing and midwifery in secondary and tertiary level [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A444.pdf>
20. Krejcie RD, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30: 607-10. Available from: https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf
21. Wantayanan N. Factors related to intention to stay at work of temporary employed registered nurses, hospitals in Sakon Nakhon Province [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2013. Available from: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921095.pdf (in Thai)
22. Kouzes JM, Posner BZ. The leadership challenge: how to keep getting extraordinary things done in organizations. California: JOSSY- BASS;1987. Available from: https://www.stevezuieback.com/pdf_leadership/leadershipchallenge.pdf
23. Chitonnorn M. Leadership of head nurses and organizational commitment of staff nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital [master's thesis]. Chiang Mai: Chaing Mai University;1999. Available from: <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/29804> (in Thai)
24. Posner BZ. Investigating the reliability and validity of the Leadership Practice Inventory. *Administrative Science* 2016;6(17):1-23. Available from: <https://mdpi.com/journal/admsci>

25. AbuAlRub RF, Nasrallah MA. Leadership behaviours, organizational culture and intention to stay amongst Jordanian nurses. *Int Nurs Rev* 2017;64:520-27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28294309/>
26. McCloskey JC. Two requirements for job contentment: autonomy and social integration *J Nurs Scholarsh* 1990;22(3):140-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2227978/>
27. Schutzenhofer KK. The measurement of professional autonomy. *Journal of Professional Nursing* 1987;3:278-83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3693743/>
28. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2:99-113. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205>
29. Summawart S. Burnout among the staff nurses in Ramathibodi Hospital [master's thesis]. Bangkok: Ramathibodi University;1989. Available from: <https://opac.kku.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00175480> (in Thai)
30. Saelor C, Puttapitukpol S. Factors affecting job burnout of professional nurses in Suratthani Hospital. *Journal of The Police Nurses* 2017;9(2):95-103. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/107959>
31. Mowday RT, Steers RM, Porter LW. The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior* 1979;14:224-47. Available from: <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/0001879179900721>
32. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology* 1970;1(3):185-216. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135910457000100301>
33. Nasornjai W, Nuysri M, Lemsawasdikul W. Factors influencing the job retention of professional nurses at community hospitals in Phetchabun Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2016;17(2):43-50. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/66800/54582> (in Thai)
34. Chupan S, Khumyu A, Vatanasin S, Vatanasin D. Factors influencing intention to stay in career among professional nurses. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017;25(4):1-10. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/download/103780/82902/262359> (in Thai)
35. Wantayanan N. Factors related to intention to stay at work of temporary employed registered nurses, hospitals in Sakon Nakhon Province [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2013. Available from: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921095.pdf (in Thai)
36. Silamom B, Deoisres W, Khumyu A. Factors influencing the retention of generation Y professional nurses at hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;3(1):62-71. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/127037>

37. Noe RA, Hollenbeck JR, Gerhart B, Wright PM. Human resource management: gaining a competitive advantage. 2nd ed. New York: Irwin/McGraw-Hill; 1996.
38. Bell M, Sheridan A. How organizational commitment influences nurses' intention to stay in nursing throughout their career. *International Journal of Nursing Studies Advances* 2020;2:100007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33073251/>
39. Kakandee N, Cheevakasemsook A, Iwichitkhun D. Job burnout of generation Y professional nurses at a government hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(1):293-301. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/241573/164288/>
40. Maslach C. Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, editor. *Job stress and burnout*. Beverly hills, CA: Sage; 1982. p. 29-41.
41. Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fatehi F, Greene W, Chacko TP, et al. Impact transformational leadership on nurse work outcomes. *J Adv Nurs* 2016;72(11):2879-93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13055>
42. Wang L, Tao H, Bowers BJ, Brown R, Zhang Y. When nurses emotional intelligence matters: how transformational leadership influences intent to stay. *J Nurs Manag* 2018;26(4):358-65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29682845/>
43. Kouzes JM, Posner BZ. *Leadership challenge*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.

บทความวิชาการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

Health Literacy and Self-Care Behaviors among Older Persons with Psoriasis

Received: Jul 21, 2022

Revised: Aug 29, 2022

Accepted: Aug 31, 2022

ภัควัฒน์ บุญเจริญชนพงษ์ พย.ม. (Pakkawat Booncharoentanapong, M.N.S.)¹เดชา ทำดี วท.ด. (Decha Tamdee, D.Sc.)²ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ ปร.ด. (Nattaya Suwankruhasn, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จะทำให้ลดโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.97 และ 0.81 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น = 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินร้อยละ 56.82 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 57.95 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .610, p < .001$)

สรุปผล: ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ: เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: Pakkawat_b@cmu.ac.th

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: Decha.t@cmu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: Nattaya.s@cmu.ac.th

¹ Gerontological Nurse Practitioner student, Faculty of Nursing, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.

² Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.

³ Department of Internal Medicine Nursing, Faculty of Nursing, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand.

Abstract

Introduction: Older persons with psoriasis vulgaris who have good health literacy and self-care behaviors can reduce disturbances or serious complications.

Research objectives: This correlational descriptive study aimed to examine health literacy, self-care behaviors, and the relationship between health literacy and self-care behaviors.

Research methodology: Participants included 88 older persons who were: (a) 60 years and over; and (b) diagnosed with psoriasis vulgaris. Data were collected using a set of questionnaires, including a health literacy questionnaire for older persons with psoriasis vulgaris, and a self-care behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and Spearman's rank correlation. The questionnaires were validated using 6 experts. Content validity index (CVI) values were 0.97, and 0.81; and the reliabilities were 0.87, and 0.85, respectively.

Result: The results revealed that 56.82% of participants had health literacy at a moderate level and 57.95% of them reported self-care behaviors at a moderate level. Furthermore, there was a moderate positive and statistically significant relationship between health literacy and self-care behavior ($r = .610$, $p < .001$).

Conclusion: The participants had health literacy and self-care behaviors at a moderate level and health literacy positively associated with self-care behaviors at a moderate level.

Implications: Results of this study provide empirical data for healthcare providers to promote the health literacy and help older persons with psoriasis to appropriately modify their self-care behavior.

Keywords: health literacy, self-care behaviors, older persons with psoriasis.

บทนำ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้มีการอักเสบร่วมกับการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังผิดปกติ มีอาการแสดงที่สำคัญคือ ผื่นแดง นูน ขอบเขตชัดเจน มีขุยหนาสีเงินปกคลุม บางรายเป็นตุ่มหนอง กระจายทั่วร่างกาย หนึ่งศีรษะ มีเล็บผิดปกติ เมื่อมีการกำเริบของโรคมักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคัน ผิวหนังอักเสบ บวมแดงทำให้เจ็บผิวหนังมาก¹ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น มีผื่นแดง นูน ขอบชัดเจน มีขุยหนาสีเงินปกคลุม บางรายเป็นตุ่มหนอง

กระจายทั่วร่างกาย มีอาการเจ็บ และคันร่วมด้วยทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้สูงอายุ ใน พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินประมาณ 125 ล้านคนทั่วโลก² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2559 โรคสะเก็ดเงินพบได้บ่อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 50-69 ปี มีข้อมูลการรายงานอัตราความชุกของการเกิดโรคสะเก็ดเงินทั่วโลก พบอัตราความชุกของการเกิดโรคสะเก็ดเงินตั้งแต่ร้อยละ 0.09-11.431 ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีผลการทะเบียนหรือรายงานเกี่ยวกับ อัตราความชุกของการเกิดที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มโรคสะเก็ดเงินมีเพียงการรายงานเฉพาะสถานพยาบาลนั้น ๆ

จากสถิติผู้ป่วยนอก ของสถาบันโรคผิวหนัง พ.ศ.

2560-2562 พบว่า พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินจำนวน 5,323 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.90 มาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดด้วยอาการกำเริบจำนวน 671 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.00 อาการกำเริบจนต้องรักษาตัวภายในโรงพยาบาลจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.63 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารักษาที่สถาบันโรคผิวหนังทั้งหมด 77,149 ราย พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินจำนวน 5,052 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.75 มาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดด้วยอาการกำเริบจำนวน 402 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.78 อาการกำเริบจนต้องรักษาตัวภายในโรงพยาบาลจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.85 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารักษาที่สถาบันโรคผิวหนังทั้งหมด 74,817 ราย และใน พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินจำนวน 5,230 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.68 มาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดด้วยอาการกำเริบจำนวน 367 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.40 อาการกำเริบจนต้องรักษาตัวภายในโรงพยาบาลจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.92 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มารักษาที่สถาบันโรคผิวหนังทั้งหมด 78,284 ราย³ และประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตด้วยโรคของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Diseases of the skin and subcutaneous tissue) เป็นจำนวน 2,388 ราย โดยแบ่งเป็นชาย 1,005 ราย และหญิง 1,383 ราย อัตรา 20.2 และ 22.2 ต่อ 100,000 ประชากร⁴ โดยที่โรคสะเก็ดเงิน คือหนึ่งในโรคที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย อีกโรคหนึ่ง จากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคสะเก็ดเงินยังเป็นโรคที่มีผู้ป่วยอายุมารับบริการตรวจรักษาในสถาบันโรคผิวหนังอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีจำนวนไม่เพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าผู้รับบริการมักจะมีอาการกำเริบหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคสะเก็ดเงินทำให้ต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดและบางรายอาจมีการเข้ารักษาตัวภายในโรงพยาบาล

การรักษาโรคสะเก็ดเงินมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการรักษาที่ใช้ยาประกอบไปด้วย 1) ยาทาภายนอก 2) ยารับประทาน 3) ยาฉีดชีวโมเลกุล ส่วนการรักษาที่ไม่ใช้ยา คือ การฉายแสงอัลตราไวโอเล็ต สิ่งสำคัญ คือผู้ป่วยจะต้องใช้ยาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมปัจจัยของการกำเริบโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ การจัดการความเครียด การพักผ่อน การงดดื่มสุรา และสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การป้องกันการเกา

และการระคายเคืองที่ผิวหนังจากสารเคมีบางชนิด⁵ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสูงอายุจะสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคสะเก็ดเงินได้ มีความเข้าใจในตัวโรค และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีที่จะสามารถเข้าใจ และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม จนสามารถเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำพฤติกรรม การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem⁶ ทั้ง 3 ระดับ คือ 1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป 2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และ 3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ มาใช้ในการศึกษาร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁷ 3 ระดับ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและมีประสิทธิภาพเมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี ดังนั้น การช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดียิ่งขึ้น ลดการกำเริบของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินได้

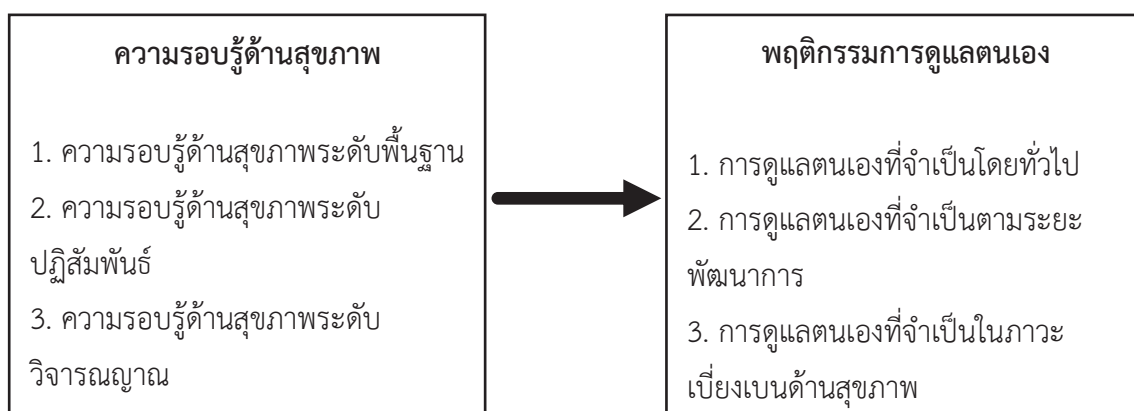
จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต่างประเทศ และในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง⁸ เป็นการศึกษาในวัยรุ่นร่วมกับวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงิน แต่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในส่วนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินทั้งใน และต่างประเทศนั้นยังมีการศึกษาแต่ยังไม่มาก พบว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ⁹ และเป็นการศึกษาในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินนั้นยังไม่มี และจากการทบทวนงานวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งใน และต่างประเทศ พบการศึกษาแต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งอาจไม่สามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคสะเก็ดเงินใน

ประเทศไทยได้ เนื่องจากบริบท และลักษณะการดูแลตนเองในต่างประเทศแตกต่างจากของคนไทย และมีลักษณะของพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างจากผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความรอบรู้ ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินให้เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้วยความซับซ้อนของโรค และการปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องได้นั้น ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จนสามารถนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประกอบกันในการดูแลตนเอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบไปด้วย

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คือความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษา 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ คือความสามารถในการค้นหา เลือกใช้ มีการสื่อสารสองทาง และปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ได้ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ คือความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพตนเองเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเหตุผลเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของตนเอง จนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม⁷ ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน หากไม่เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีก็อาจจะไม่สามารถควบคุมอาการกำเริบ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคสะเก็ดเงินได้ ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินจะต้องมีความสามารถในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประกอบกับการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านของพฤติกรรมดูแลตนเอง ตั้งแต่การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็น โรคสะเก็ดเงิน ระยะเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือนที่มารับการรักษา ณ สถาบันโรคผิวหนัง จำนวน 88 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ที่กำหนดดังต่อไปนี้ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ วิจัย (Inclusion criteria) 1) ได้รับการรักษาด้วยยารักษา โรคสะเก็ดเงิน 2) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเองประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการ ดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)¹⁰ ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้แบบ ประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)¹¹⁻¹² ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) มีความสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การ คัดเลือกผู้ป่วยออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) 1) ทุพพลภาพ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต เช่น โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โรคอารมณ์ แปรปรวนสองขั้ว (โรคไบโพลาร์) โรคจิตเภท และโรคแพนิค เป็นต้น 3) ไม่มีภาวะติดเชื้ และ 4) อยู่ในระยะของการ กำเริบของโรคสะเก็ดเงิน

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการ power analysis ที่อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.3 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง จากการ เปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน ประเภทของยา ที่ใช้ประจำชนิดรับประทาน และยาทาภายนอก แหล่งบริการ สุขภาพที่ใช้ประจำ และความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน โดย การทำเครื่องหมาย และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 13 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคสะเก็ดเงิน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ของ Noppakraw และคณะ¹⁴ โดยได้รับ อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ตามหนังสือเลขที่ อว 4393(25)/819 โดยปรับ คำว่า “ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2” เป็น “ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน” จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ความรู้ด้าน สุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ ความรู้ด้าน สุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถาม เชิงลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval)¹⁵ แบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ได้ดังนี้ ช่วงคะแนน 14.00-28.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ช่วงคะแนน 28.01-42.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 42.01-56.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

3. แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคสะเก็ดเงิน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยจะปรับเพิ่มข้อคำถามให้สอดคล้องกับแนวคิด

การดูแลตนเองของ Orem⁶ ทั้ง 3 ด้าน จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 5 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 4 ข้อ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval)¹⁵ แบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ได้ดังนี้ ช่วงคะแนน 16.00-42.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ ช่วงคะแนน 42.01-68.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 68.01-80.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงในการหาความสัมพันธ์ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์¹⁶ ดังนี้ $r = +/ -1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ในทิศทางบวกหรือลบ $r = +/ - 0.70-0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงในทิศทางบวกหรือลบ $r = +/ - 0.30-0.69$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางในทิศทางบวกหรือลบ $r = +/ - 0.01-0.29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำในทิศทางบวกหรือลบ $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ health literacy scale ของ Ishikawa และคณะ¹⁶ ฉบับภาษาไทย ของ Noppakraw และคณะ¹⁴ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไป โดยที่ Noppakraw และคณะ¹⁴ ได้นำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าข้อคำถามเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปไม่เจาะจงกับโรคใดเป็นพิเศษ ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้โดยปรับคำของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน ไม่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือเนื้อหาข้อคำถาม ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) เท่ากับ 0.97 และได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการที่งานการ

พยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลตนเองจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity Index: CVI) เท่ากับ 0.81 และนำไปตรวจสอบความคงที่ (stability) ของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ (test retest) กับผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายโดยทดสอบจำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันได้เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 064/2564 Study code: 2564-EXP053 เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันโรคผิวหนัง ตามเอกสารเลขที่ IRB 037/2564 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียด ทั้งวัตถุประสงค์ การวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเองโดยปราศจากการบังคับใด ๆ โดย

ที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการ หรือการรักษาที่ได้รับ และก่อนลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเสนอต่อผู้อำนวยการโดยผ่านคณะกรรมการวิจัยของสถาบันโรคผิวหนัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการทำวิจัยกับผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง สำหรับรายชื่อผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจากระบบเวชระเบียนที่มารับบริการในคลินิกระบบภูมิคุ้มกันที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงโครงการวิจัย จากนั้นทำการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า ขออนุญาตผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยและให้คำมั่นกับผู้เข้าร่วมวิจัยว่าคำตอบจะไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากโครงการศึกษาวิจัยจะระบุเป็นรหัสและถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ภายในห้องส่วนตัว และจะถูกทำลายหลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นโดยผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น จากนั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคสะเก็ดเงินโดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุตอบ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาทีจนได้จำนวนตรงตามที่กำหนดจำนวน 88 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการหาความสัมพันธ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 76.10) อายุเฉลี่ย 67.10 ปี ($SD = 5.69$) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.60) เป็นผู้เกษียณอายุราชการแล้ว (ร้อยละ 39.80) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 54.50) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.80) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.90) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยการเบิกจ่ายตรง (ร้อยละ 40.90) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70.50) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีจำนวนยาที่ใช้รับประทาน 1 ชนิด (ร้อยละ 97.70) จำนวนยาทาภายนอกไม่เกิน 5 ชนิด (ร้อยละ 97.70) แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำคือ โรงพยาบาลจังหวัด (ร้อยละ 59.10) และมีความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน (PASI score) อยู่ในระดับ Mild Psoriasis ($PASI < 10$) (ร้อยละ 93.18)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง

ในส่วนของข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 19 คะแนน สูงสุด 55 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 40.79 คะแนน ($SD. = 6.43$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (ร้อยละ 39.77) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.82) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.41) ส่วนคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำสุด 36 คะแนน สูงสุด 78 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเท่ากับ 64.72 คะแนน ($SD. = 8.92$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง 3 ระดับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองระดับสูง (ร้อยละ 38.64) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.95) และระดับต่ำ (ร้อยละ 3.41) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 88)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ความถี่ (ร้อยละ)	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD.)	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ระดับต่ำ	14.00-28.00	3(3.41)			
ระดับปานกลาง	28.01-42.00	50(56.82)	19.00-55.00	40.79(6.43)	ปานกลาง
ระดับสูง	42.01-56.00	35(39.77)			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ระดับต่ำ	16.00-42.00	3(3.41)			
ระดับปานกลาง	42.01-68.00	51(57.95)	36.00-78.00	64.72(8.92)	ปานกลาง
ระดับสูง	68.01-80.00	34(38.64)			

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน (n= 88)

	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	1.000		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	.610**	1.000	ปานกลาง

**p < .001

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ($r = .610$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินมีอายุน้อยที่สุด 60 ปี มากที่สุด

85 ปี อายุเฉลี่ย 67.10 ปี (SD.= 5.69) เกือบทั้งหมดอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นนั่นคือมีอายุ 60-70 ปี มากถึงร้อยละ 76.10 ถือว่าเป็นช่วงอายุที่ยังมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายอันได้แก่ความสามารถในการได้ยิน การมองเห็น และสมรรถนะทางด้านสมองยังดี จึงทำให้ยังสามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพได้อย่างหลากหลาย สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ชักถามอาการหรืออธิบายความต้องการของตนเองได้จนเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ความที่เป็นผู้สูงอายุอาจจะไม่สามารถวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ข้อมูลบางอย่างได้ เช่น การพิจารณาข้อมูล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และเหมาะสมของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับว่าสามารถนำไปใช้กับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kespichayawattana และคณะ¹⁷ พบว่าอายุมีอิทธิพลในเชิงลบต่อความรู้ด้านสุขภาพ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพลดลง ($B = -.185, R^2 = .057$) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากการมีคู่สมรส และบุตรหลานทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุ มีความรักความเข้าใจ และมีความเอาใจใส่กันภายในครอบครัว และยังเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง¹⁸ กลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุราชการมักจะมีรายได้จากเงินบำนาญ และมีรายได้เกิน 10,000 บาท/เดือน ขึ้นไป ทำให้มีกำลังทรัพย์ในการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของตน และสามารถเข้าถึงทั้งข้อมูลและสถานบริการทางสุขภาพที่ตนเองต้องการได้ทั้งจากสื่อสังคมออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ หรือสื่อทางวิทยุโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุราชการส่วนใหญ่มักจบการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้จะเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงนั้น จะทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ง่าย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการและไม่ได้ทำงานแล้ว ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองทั้งในการแสวงหาข้อมูล การนำข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ายังพอมีความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเองต่อไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินเกือบทั้งหมด มีระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในระดับน้อย (Mild psoriasis PASI < 10) กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินนั้น ยังสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ดี แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินนั้นมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ที่สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ ทำให้มีระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Larsen และคณะ¹⁹ ที่ทำการศึกษแบบตัดขวางในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอายุระหว่าง 18-83 ปี พบว่า ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินนั้น มีความสัมพันธ์ทาง

ลบกับความรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.020, p = .005$) ซึ่งหมายความว่า ถ้าระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินมากขึ้น ก็จะทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพลดลง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 (ร้อยละ 76.10) เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุไม่เกิน 70 ปี ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านั้นยังสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ยังสามารถตระหนักถึงการดูแลตนเองได้ เช่น การสังเกตอาการกำเริบของโรค การรับประทานยา การทายา การดูแลผิวหนังของตนเองให้ชุ่มชื้น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangsri และคณะ²⁰ ที่ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-65 ปี มีระดับการดูแลตนเองที่ดีที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 66-70 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ โดยที่การมีคู่สมรสและบุตรหลาน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุ มีความรักความเข้าใจ และมีความเอาใจใส่กันภายในครอบครัว และยังเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง¹⁸ ในส่วนของรายได้พบว่า ผู้ที่มีรายได้ดีมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดีก็จะสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ต่างจากคนที่ไม่มียาได้หรือรายได้น้อย ทำให้ยังต้องประกอบอาชีพ และใช้เวลาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง จึงไม่มีเวลาสนใจในการดูแลสุขภาพ หรือการดูแลตนเอง²¹ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ถือว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการป่วยด้วยโรคสะเก็ดเงินในระดับที่สูง จะเกิดการเรียนรู้สามารถปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับอาการป่วย และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ได้²² และแหล่งบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้ประจำคือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งทางด้านกาให้บริการ บุคลากร และผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์ และพยาบาลที่สามารถให้คำแนะนำ

ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และมีการส่งเสริมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้มากขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ($r = .610$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินมีทักษะทางด้านสติปัญญา และทักษะด้านสังคมนั้นอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านทำความเข้าใจในการอ่านฉลากยา แผ่นพับให้ความรู้ รวมไปถึงเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง รับฟังข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังสามารถสอบถามเพิ่มเติมในส่วนที่ตนเองไม่รู้หรือไม่เข้าใจได้ และยังสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพที่ตรงกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถสืบค้นหรือค้นหา เลือกใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์ทางสุขภาพของตนเองได้ รวมถึงมีการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อวิเคราะห์ และเปรียบเทียบกับหลักการ และเหตุผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านของพฤติกรรมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนวิถีของการดำเนินชีวิตให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตผิวหนังของตนเอง หากพบความผิดปกติ เช่น ผื่น แดง คัน แห้ง ลอก บางรายมีตุ่มหนองขึ้นตามตัวมาก ผิดปกติ สามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดได้ สามารถใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด เป็นต้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Taengmuang และคณะ²³ ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอสจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ($p < .001$) และพบการศึกษาของ Chollou และคณะ²⁴ ที่ทำการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน รวมถึงบุคคลที่สนใจได้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผน การดำเนินการเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน เพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุตอนกลาง ผู้สูงอายุตอนปลาย และผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงินที่มีระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินในระดับ Moderate to severe psoriasis (PASI score > 10) เป็นต้น

2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน หรือปัจจัยทำนายของพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคสะเก็ดเงิน

References

1. World health rrganization. Global report on PSORIASIS [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 10]. Avaliable from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>
2. Griffiths CEM, Van der Walt JM, Ashcroft DM, Flohr C, Naldi L, Nijsten T, et al. The global state of psoriasis disease epidemiology: a workshop report. Br J Dermatol 2017; 117(1), 4-7.
3. Data and statistics center, medical policy and strategy development, institute of ermatology. Outpatient statistics (new diseases) top 10 most common skin diseases. Institute of dermatology, Bangkok, 2020. (in Thai).
4. Strategy and planning deviosion, ministry of plublic health. Public health statistics A.D. 2019, strategy and planning deviosion, ministry of public health, Nonthaburi, 2019. (in Thai).
5. National clinical guideline centre [UK]. Psoriasis: assessment and management of psoriasis. London: Royal college of physicians (UK); 2012.
6. Orem ED. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Company: 2001.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-267.
8. Intichan S. Effectiveness of health education program affecting self-care behavior of psoriasis patients who received treatment at institute od dermatology. Journal of department of medical services 2013;38(6):391-397. (in Thai).
9. Larsen MH, Strumse YAS, Borge CR, Osborne R, Andesen MH, Wahl AK. Health literacy-a new piece of the puzzle in psoriasis care?. British journal of dermatology 2018; 180(6), 1506-1516.
10. Department of medical service, ministry of plublic health. Guideline for geriatric assessment. The printing office agency to assist veterans, Nonthaburi, 2014. (in Thai).
11. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of American Geriatrics Society 1975;23(10): 433-441.
12. Intarasombat P. Geriatric assessment. Rama nurs J 1996;2(3):44-57. (in Thai).
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
14. Noppakraw J, Chintanawat R, Khampolsiri T. Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. Nursing journal 2020;47(2):251-256. (in Thai).
15. Jirojkul P. Nursing research: concept principle and operation. 2nd ed. Nonthaburi: Praboromrajchanok Institute. 2005. (in Thai).
16. Ishikawa H, Takeuchi T, & Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care 2008;31(5):874-879.
17. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Wanwacha C. Health literacy of older persons participating in senior clubs ans learning centers in the bangkok metropolitan region. Journal of dermography 2020;36(2):40-57. (in Thai).

18. Pumwiset P. Self health care behaviors among elderly in nonthaburi province. *Thailand journal of health promotion and environmental health* 2015;38(2):25-34. (in Thai).
19. Larsen MH, Strumse YAS, Borge CR, Osborne R, Andesen MH, Wahl AK. Health literacy a new piece of the puzzle in psoriasis care?. *British journal of dermatology* 2018; 180(6),1506-1516.
20. Sawangsri B, Tangngam S. Self-healthcare of the elderly in samchuk district, suphanburi province. *RMUTSB Acad. J* 2013;1(2):128-137. (in Thai).
21. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health Literacy: situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT journal of nursing and health* 2020;2(1):1-19. (in Thai)
22. Suphunnakul P, Sirinual S, Noin J, Chayadom V, Singhadej O. Factors predicting self-care behaviors among the elderly with type 2 diabetes in Sukhothai province. *EAU heritage journal science and technology* 2017;11(1):211-223. (in Thai).
23. Taengmuang J, Muktabhant B. Association between health literacy and self-care of type 2 diabetic patients. *Journal of health education* 2018;41(1):103-113. (in Thai).
24. Chollou KM, Gaffari-fam S, Babazadeh T, Daemi A, Bahadori A, Heidari S. The association of health literacy level with self-care behaviors and glycemic control in a low education population with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in Iran. *Dove press journal* 2020;13: 1685-1693.

บทความวิจัย

สำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และ
แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
A Survey of Occupational Health Hazards at the Center for Primary Care and
Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

Received: Nov 18, 2021
Revised: Mar 13, 2022
Accepted: Mar 18, 2022

ภัทรภณ แจ่มมิน พบ. (Pattarapon Jammin, M.D.)¹
สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ พบ. Ph.D. (Surasak Buranatreveth, M.D., Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: บุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินั้น มีโอกาสจะสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในแต่ละฝ่ายของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ศึกษาโดยการสำรวจ (Survey research) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาฝ่ายที่ทำงานทั้งหมด 9 ฝ่ายของหน่วยงานศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลือกใช้ประชากรจากฝ่ายทั้งหมด ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสำหรับ Walkthrough survey (WTS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยตัวแปรที่ต้องการวัดคือ ประเภทของสิ่งคุกคามสุขภาพใช้สถิติรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย: สิ่งคุกคามพบว่า ลำดับหนึ่งเป็นสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ร้อยละ 27.27 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด โดยลำดับที่สองเป็นสิ่งคุกคามด้านเคมี ร้อยละ 21.21 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด ลำดับที่สามเป็นสิ่งคุกคามด้านกายภาพ และด้านจิตสังคม พบจำนวนสิ่งคุกคามเท่ากับสิ่งคุกคามด้านกายภาพ ร้อยละ 18.18 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด ลำดับสุดท้ายเป็น สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ ร้อยละ 15.15 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด

สรุปผล: สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์นั้นเป็นสิ่งคุกคามที่พบเป็นปัญหาอันดับแรกของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ: หน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรมีนโยบายในการส่งเสริมเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน (Work-Related Musculoskeletal disorder : WMSD) ที่เป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์

คำสำคัญ: สิ่งคุกคาม ศูนย์บริการระดับปฐมภูมิ บุคลากรทางการแพทย์

ทุนวิจัยสถาบันคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2563

^{1,2} อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹ E-mail: gjsmd23@gmail.com

² E-mail: sburana@yahoo.com

^{1,2} Faculty of Medicine, Thammasat University (Rangsit Campus), Pathumthani, Thailand

Abstract

Introduction: Primary healthcare workers are at risk of exposure to workplace occupational health hazards leading to occupational illness and injury.

Objective: To examine occupational health hazards at the Center for Primary Care and Applied Thai Traditional Medicine (CPCATTM), Faculty of Medicine, Thammasat University.

Methodology: This descriptive study used a survey design and conducted at nine departments of the CPCATTM, Faculty of Medicine, Thammasat University. All population from nine departments was recruited to the study. Data were collected using interview form and non-participant observation for Walkthrough survey (WTS). Data were analyzed using frequency and percentage.

Results: Major occupational health hazards at CPCATTM were ergonomic (27.27%), chemical (21.21%), physical and psychosocial (18.18%), and biological (15.15%), respectively.

Conclusion: Ergonomic health hazards (awkward posture, static posture, and repetitive motion) were the major occupational health hazards of primary health care units.

Implications for practice: Primary health care units should have a health-promotion and prevention policy, particularly work-related musculoskeletal disorder which impacts directly and indirectly on ergonomic health hazards.

Keywords: Occupational Health hazards, Primary care unit, Healthcare worker.

บทนำ

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการตั้งแต่สถานอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีการกึ่งคือการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟู ป้องกัน และรักษาโรคเบื้องต้น องค์ประกอบภายในหน่วยบริการปฐมภูมิจะประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่าย และเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ ซึ่งจากลักษณะการทำงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรง เช่น งานรักษาพยาบาล งานหัตถการ งานตรวจทางห้องปฏิบัติการ และทางอ้อม เช่น งานเวชระเบียน งานทำความสะอาด งานเทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์ ทำให้บุคลากรมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานได้ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีสุขภาพสมบูรณ์ และปลอดภัย กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จึงได้มีเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมิน

ตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม¹ สำหรับโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของบุคลากรในสถานพยาบาล ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทั่วประเทศทั้งสิ้น 2,525 หน่วย² อย่างไรก็ตามพบว่า หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์แนวทางการตรวจประเมินตามมาตรฐานนั้น ส่วนมากจะเป็นหน่วยบริการใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่³ ทำให้ยังขาดข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพในหน่วยบริการที่มุ่งเน้นการบริการปฐมภูมิเพียงอย่างเดียว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพเทศบาล และศูนย์สุขภาพชุมชน งานวิจัยนี้สำรวจสิ่งคุกคามศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทยประยุกต์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อค้นหาสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต่อไป

ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นหน่วยงาน ภายใต้การกำกับของหน่วยบริการสุขภาพคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อันเป็นหน่วยงานราชการส่วนกลาง ระดับกอง สังกัดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จัดตั้งขึ้นวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 มีหน้าที่ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก และการรับส่งต่อ มีโครงสร้างทั้งหมด 9 ฝ่าย ประกอบด้วย ฝ่ายรักษา ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายธุรการ ฝ่ายห้องปฏิบัติการ ฝ่ายงานส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายแพทย์แผนไทย ฝ่ายงานช่างและคอมพิวเตอร์ ฝ่ายเวชระเบียน และฝ่ายทำความสะอาด รวมเจ้าหน้าที่ทั้งสิ้น 31 คน⁴ โดยมีการ ดำเนินตามคู่มือการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหาร และการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม ในการทำงาน ให้สอดคล้องกับมาตรฐานแห่งพระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน พ.ศ. 2554 สำหรับหน่วยงานราชการ (ตามมาตรา 3 วรรคสอง)⁵ และมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับหัวหน้างาน ไปเรียบร้อยแล้วซึ่งยังรวมถึงหัวหน้างานของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์อีกด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

หน่วยงาน Occupational and Safety Health Administration (OSHA)⁶ ได้ให้ความหมายของบุคลากร ทางการแพทย์ หมายถึง บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการ สุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมในหลากหลายระดับตั้งแต่ โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ไปจนถึงการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนั้น การทำงานในหน่วยบริการทางการแพทย์ จึงทำให้บุคลากรมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อ สุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ สิ่งคุกคามด้านกายภาพ (Physical hazard) เช่น ความร้อน เสียงดัง แสงสว่าง⁷ สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ (Biological hazard) เช่น การติดเชื้อ โรคจากการสัมผัสเลือด การติดเชื้อโรคที่แพร่กระจายทาง

อากาศ⁸ สิ่งคุกคามทางด้านการยศาสตร์ (Ergonomic hazard) เช่น ลักษณะงานที่ทำทางการทำงานไม่เหมาะสม การอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน⁹ จนทำให้เกิดความผิดปกติทาง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน (Work-related musculoskeletal disorder : WMSD) สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ด้านจิตสังคม (Psychosocial hazard)¹⁰ เช่น ความเครียด จากการทำงาน การทำงานเป็นกะ ความรุนแรงในที่ทำงาน การใช้สารเสพติด สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านเคมี (Chemical Hazard)¹¹ เช่น ยาเสพติด สารเคมีที่ใช้ทำความสะอาดและ ฆ่าเชื้อ ยาเคมีบำบัด จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการระดับ ปฐมภูมิ มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน จนนำมาซึ่งการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยจากการทำงานได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานใน แต่ละฝ่ายของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาโดยการสำรวจ (Survey research)

ประชากรกลุ่มและตัวอย่าง

การสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในทุกฝ่ายของ หน่วยงานศูนย์แพทย์ปฐมภูมิได้แก่ 1. ฝ่ายรักษา (Patient care team) 2. ฝ่ายเภสัชกรรม (Pharmaceutical services) 3. ฝ่ายธุรการ (Office clerk) 4. ฝ่ายแพทย์แผนไทย (Applied Thai traditional care team) 5. ฝ่ายห้องปฏิบัติการ (Laboratory technician) 6. ฝ่ายงานส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion team) 7. ฝ่ายงานช่างและคอมพิวเตอร์ (Computer technician) 8. ฝ่ายเวชระเบียน (Medical record audit) 9. ฝ่ายทำความสะอาด (Housekeeper) การวิจัยครั้งนี้ เป็นการสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในฝ่ายงาน ทำให้ประชากรการศึกษาเป็นฝ่ายงานไม่ใช่บุคคล เลือกใช้ ประชากรจากฝ่ายทั้งหมด และมีการสุ่มตัวอย่างตัวแทน ฝ่ายละ 1 คนร่วมเดินสำรวจและบันทึกข้อมูลของฝ่ายงาน

ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแทนคือหัวหน้างานในแต่ละฝ่าย จำนวนฝ่ายงานที่ศึกษา 9 ฝ่าย ได้ตัวแทนแต่ละฝ่ายรวม 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสำหรับ Walkthrough survey (WTS) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. สภาพผู้ทำงาน 2. สภาพงาน (2 ส่วนและระบุอยู่ในข้อมูลทั่วไปส่วนต้น) และ 3. สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงาน แยกตามประเภทสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ 5 ประเภท คือ กายภาพ ชีวภาพ เคมี จิตสังคม และการยศาสตร์ โดยแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสำหรับ WTS เป็นแบบสำรวจปลายเปิดให้ระบุข้อมูลลงในแบบสำรวจตามลักษณะการทำงานของแต่ละหน่วยงาน โดยผู้บันทึกข้อมูลคือผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสำหรับ WTS ดัดแปลงจาก แบบบันทึกข้อมูลการเดินสำรวจสถานประกอบการสำหรับใช้ในการเดินสำรวจสถานประกอบการขนาดเล็ก ที่มีจำนวนพนักงานไม่มาก และขั้นตอนการทำงานไม่ซับซ้อน¹² ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์จำนวน 2 ท่าน ไม่ได้มีการคำนวณค่า IOC เนื่องจากเป็นการบันทึกข้อเท็จจริงที่พบสิ่งคุกคามในสถานที่ทำงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยคน ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ MTU-EC-CF-1-227/62 โดยมีการแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูลจะมีการประชุมหัวหน้าหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายงานเพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการศึกษา หลังจากนั้นจะทำการเดินสำรวจร่วมกับตัวแทนฝ่ายละ 1 คนเพื่อให้การศึกษาไม่รบกวนกระบวนการทำงานปกติ ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแทนคือหัวหน้างานในแต่ละฝ่าย ร่วมเดินสำรวจและบันทึกข้อมูลของฝ่ายงาน หน่วยงาน หน้าที่งาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจะใช้ความตรงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตัวแทนแต่ละฝ่ายและการสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยตัวแปรที่ต้องการวัดคือประเภทของสิ่งคุกคามสุขภาพใช้สถิติรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า บุคลากรของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ มีพนักงานทั้งหมด 31 คน เป็นพนักงานหญิง 27 คน และเพศชาย 4 คน อายุงานมากที่สุดที่ 17 ปี อายุงานเฉลี่ย 5 ปี ในแต่ละฝ่ายระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ไม่มีการทำงานล่วงเวลา มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) หัวหน้างาน 1 คน

การสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในแต่ละฝ่ายงานของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ จากการสำรวจทั้งหมด 9 ฝ่ายพบว่าสิ่งคุกคามด้านกายภาพ (Physical hazard) สิ่งคุกคามด้านเคมี (Chemical Hazard) สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ (Ergonomic hazard) และสิ่งคุกคามด้านจิตสังคม (Psychosocial hazard) พบจำนวน 8 ฝ่ายจากทั้งหมด 9 ฝ่ายคิดเป็นร้อยละ 88.89 จากฝ่ายทั้งหมด ขณะที่สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ (Biological hazard) พบว่า มี 6 ฝ่ายจาก 9 ฝ่ายคิดเป็นร้อยละ 66.67 จากฝ่ายทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละประเภทสิ่งคุกคามที่พบในแต่ละฝ่ายของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Health Hazards	Patient care team	Pharmaceutical Services	Office clerk	Applied Thai Traditional care team	laboratory technician	Health promotion team	Computer technician	Medical Record Audit	Housekeeper	Total	Percentage
Physical Hazard	•	•	•	•	•		•	•	•	8	88.89
Biological Hazard	•	•		•	•		•		•	6	66.67
Chemical Hazard	•	•		•	•	•	•	•	•	8	88.89
Ergonomic Hazard	•	•	•	•	•	•	•		•	8	88.89
Psychosocial Hazard	•	•	•	•	•	•	•	•		8	88.89

หมายเหตุ • แทนสิ่งคุกคามที่พบจากการสำรวจ

จากการ WTS พบสิ่งคุกคาม 66 จุด เมื่อนำมาแบ่งตามประเภทของสิ่งคุกคามพบว่า ลำดับหนึ่งเป็นสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ (Ergonomic hazard) พบทั้งหมด 18 จุด คิดเป็นร้อยละ 27.27 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด (66 จุด) โดยพบในทุกฝ่ายยกเว้นฝ่ายเวชระเบียน (Medical record audit) ฝ่ายที่พบมากที่สุดคือฝ่ายรักษา (Patient care team) ฝ่ายแพทย์แผนไทย (Applied Thai traditional care team) และฝ่ายห้องปฏิบัติการ (Laboratory technician) ลักษณะการทำงานที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพนักงานมากที่สุดคือ การยกของหนัก (Heavy-lifting) รองลงมาคือ การยืนหรือนั่งเป็นเวลานาน (Prolong static posture)

ลำดับที่สองเป็นสิ่งคุกคามด้านเคมี (Chemical hazard) พบจำนวน 14 จุด คิดเป็นร้อยละ 21.21 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด (66 จุด) โดยพบในทุกฝ่ายของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ ฝ่ายที่พบมากที่สุดคือ ฝ่ายทำความสะอาด (Housekeeper) ลักษณะของสิ่งคุกคามด้านเคมีที่พบมาก

ที่สุดคือ คือ ฝุ่นจากหมึกพิมพ์ (Printer dust) รองลงมาคือ เอธิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol)

ลำดับที่สามเป็นสิ่งคุกคามด้านกายภาพ (Physical hazard) จำนวนสิ่งคุกคาม 12 จุด คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด (66 จุด) พบในทุกฝ่ายยกเว้นฝ่ายงานส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion team) ฝ่ายที่พบมากที่สุดคือฝ่ายรักษา (Patient care team) ลักษณะของสิ่งคุกคามด้านกายภาพที่พบมากที่สุดคือพื้นที่อากาศปิดทึบไม่ถ่ายเท (Confined Space)¹³ รองลงมาคือ แสงสว่างน้อย (Poor lighting)

สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม (Psychosocial hazard) พบจำนวนสิ่งคุกคามเท่ากับสิ่งคุกคามด้านกายภาพ 12 จุด คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด (66 จุด) พบในทุกฝ่ายยกเว้นฝ่ายทำความสะอาด (Housekeeper) ฝ่ายที่พบมากที่สุดคือ ฝ่ายรักษา (Patient care team) ลักษณะสิ่งคุกคามด้านจิตใจที่พบมากที่สุดคือ ความกดดันจากเวลาและความกดดันจากอารมณ์

ลำดับสุดท้ายเป็นสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ (Biological hazard) พบจำนวน 10 จุด คิดเป็นร้อยละ 15.15 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด (66 จุด) พบในฝ่ายรักษา (Patient care team) ฝ่ายเภสัชกรรม (Pharmaceutical services) ฝ่ายห้องปฏิบัติการ (Laboratory technician) ฝ่ายงานช่างและคอมพิวเตอร์ (Computer technician) ฝ่ายเวชระเบียน

(Medical record audit) และฝ่ายทำความสะอาด (Housekeeper) โดยพบในฝ่ายรักษามากที่สุด สิ่งคุกคามที่พบมากที่สุดคือ โรคติดเชื้อจากการสัมผัสเลือด (Bloodborne Diseases) รองลงมาคือ เชื้อรา (Pathogenic fungus) ตามผนังและเครื่องระบายอากาศ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะของสิ่งคุกคามที่พบทั้งหมดใน ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์ แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Health Hazards	Patient care team	Pharmaceutical Services	office clerk	Applied Thai Traditional care team	laboratory technician	Health promotion team	Computer technician	Medical Record Audit	Housekeeper	Total (n=66)	percentage
Ergonomic Hazard											
Awkward Sitting Posture	•			•	•					3	
Heavy - Lifting	•	•		•	•	•	•		•	7	
Prolong Static Posture	•	•	•		•					4	
Repetitive Hand Movement			•			•			•	3	
Awkward Posture (Bending)				•						1	
total	3	2	2	3	3	2	1	0	2	18	27.27
Chemical Hazard											
Printer Dust	•	•				•	•	•		5	
Powder medicines		•								1	
Camphor				•						1	
Ethyl alcohol					•				•	2	
Methylene blue					•					1	
Formalin 10 %	•									1	
Disinfectant solution (Alkyl dimethyl Benzyl Ammonium chloride)			•							1	
Sodium hypochlorite									•	1	
Hydrochloric acid									•	1	
total	2	2		1	3	1	1	1	3	14	21.21

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะของสิ่งคุกคามที่พบทั้งหมดใน ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์ แผนกไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ต่อ)

Health Hazards	Patient care team	Pharmaceutical Services	office clerk	Applied Thai Traditional care team	laboratory technician	Health promotion team	Computer technician	Medical Record Audit	Housekeeper	Total (n=66)	percentage
Physical Hazard											
Confined Space	•	•	•		•		•	•		6	
motion sickness	•									1	
Poor Lighting	•			•						2	
Needlesticks and sharp injury		•								1	
Burn				•						1	
Electrical injury							•			1	
total	3	2	1	2	1		2	1		12	18.18
Psychosocial Hazard											
Heavy workload	•	•			•		•	•		5	
Harassment	•	•		•		•	•			5	
Few promotion											
Lack of autonomy	•		•							2	
total	3	2	1	1	1	1	2	1		12	18.18
Biological Hazard											
Pathogenic fungus	•	•								2	
Bloodborne Diseases	•	•			•				•	4	
Droplet Diseases	•									1	
Airborne Diseases	•										
Reptiles		•								1	
Rodents							•			1	
total	4	3			1		1		1	10	15.15

หมายเหตุ • แทนสิ่งคุกคามที่พบจากการสำรวจ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบสิ่งคุกคามทั้งสิ้น 66 จุด ลำดับหนึ่งเป็นสิ่งคุกคามด้าน การยศาสตร์พบทั้งหมด 18 จุด คิดเป็นร้อยละ 27.27 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด ลำดับถัดมาเป็นสิ่งคุกคามด้านเคมี พบจำนวน 14 จุด คิดเป็นร้อยละ 21.21 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด ลำดับที่สามเป็นสิ่งคุกคามด้านกายภาพและด้านจิตสังคมพบเท่ากัน จำนวน 12 จุด คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของสิ่งคุกคามทั้งหมด และลำดับสุดท้ายคือสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ พบจำนวน 10 จุด คิดเป็นร้อยละ 15.15

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสิ่งคุกคามสถานพยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจำนวน 3 สถานพยาบาล จากข้อมูล ศูนย์พัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัย จ.สมุทรปราการ ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2561 (โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลพระแสง โรงพยาบาลวานรนิวาส)¹⁴⁻¹⁶ พบว่า ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิฯ โรงพยาบาลพระแสง และโรงพยาบาลวานรนิวาส มีสิ่งคุกคามต่อสุขภาพอันดับ 1 เหมือนกันคือ สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ยกเว้นโรงพยาบาลกลาง ที่สิ่งคุกคามอันดับ 1 คือ สิ่งคุกคามด้านชีวภาพพบ 18 จุด ขณะที่สิ่งคุกคามอันดับ 2 คือ สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์พบ 17 จุด รองจากสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ แสดงว่าสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์นั้นเป็นสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการภายใต้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือหน่วยบริการของรัฐ

จำนวนสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิฯ ฝ่ายที่พบมากที่สุดคือฝ่ายรักษา ฝ่ายแพทย์แผนไทย และฝ่ายห้องปฏิบัติการ ลักษณะการทำงานที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก จากการทำงานของพนักงานที่พบเหมือนกันของทั้งสามฝ่าย คือลักษณะงานที่ต้องมีการยกของหนักและท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งลักษณะงานที่กล่าวมาสัมพันธ์กับการทำงาน ฝ่ายรักษา และฝ่ายแพทย์แผนไทยที่จำเป็นต้องยกหรือประคองผู้ป่วย ขณะที่ฝ่ายห้องปฏิบัติการต้องยกวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อมากขึ้น

เมื่อนำฝ่ายรักษาของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ มาเปรียบเทียบกับงานการพยาบาลตรวจโรคเวชศาสตร์ทั่วไปและครอบครัว โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ¹⁷ แม้ว่าโรงพยาบาลธรรมศาสตร์จะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ฝ่ายงานทั้งสองนั้นเป็นหน่วยงานดูแลการบริการระดับปฐมภูมิ เช่นเดียวกันพบว่า สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ของงานการพยาบาลตรวจโรคเวชศาสตร์ทั่วไปและครอบครัวนั้น มีลักษณะงานที่เสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกจากการทำงานเหมือนกัน คือการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการนั่งทำงานเป็นเวลานาน เช่นเดียวกันกับลักษณะงานที่พบในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ สรุปได้ว่า ถึงแม้หน่วยงานให้บริการจะต่างกันแต่การที่ลักษณะงานมีความเหมือนกันจึงทำให้มีสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์แบบเดียวกัน นอกจากนี้ข้อมูลจากสำนักสถิติแรงงานในประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. BUREAU OF LABOR STATISTICS) ได้มีการเก็บรวบรวมจำนวนพนักงานที่เกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกจากการทำงาน โดยเป็นผลจากงานที่ต้องหยุดงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มงานที่พบความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานมากที่สุดคือกลุ่มงานพยาบาลและสังคม จำนวน 56,360 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพผู้ช่วยพยาบาลพบการเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน จนทำให้ต้องหยุดงานจำนวน 15,630 ราย คิดเป็น ร้อยละ 52 ของการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องหยุดงานทั้งหมด¹⁸ ผลการสำรวจนี้ช่วยสนับสนุนว่าสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์เป็นสิ่งคุกคามที่พบได้บ่อยในฝ่ายงานพยาบาล ดังนั้น จึงควรที่จะกำหนดแนวทางการป้องกันสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในฝ่ายงานพยาบาลเป็นลำดับแรก

เมื่อเปรียบเทียบกับงานห้องปฏิบัติการของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ และห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์พบว่า ลักษณะงานที่ทำให้เกิดโรคในห้องปฏิบัติการของศูนย์แพทย์ปฐมภูมิฯ จะพบทั้ง ยกของหนัก ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และนั่งทำงานเป็นเวลานาน แต่การทำงานในห้องปฏิบัติการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์พบว่า มีเพียงการนั่งทำงานเป็นเวลานานเท่านั้นที่เป็นลักษณะงานที่ทำให้เกิดโรคจากโครงสร้างและกล้ามเนื้อ เนื่องจากการทำงานของทั้งสองที่นั้นมีลักษณะงานเหมือนกัน เช่น การใช้ pipette การใช้กล้องจุลทรรศน์ การใช้เครื่องนับเซลล์

การใช้งานคอมพิวเตอร์¹⁹ จึงทำให้พบลักษณะสิ่งคุกคามแบบเดียวกัน แต่สาเหตุที่แตกต่างกัน อาจเกิดจากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นมีจำนวนทรัพยากร และจำนวนคนที่มากกว่า ทำให้สามารถแบ่งบทบาทหน้าที่ทำได้หลากหลายต่างกับพนักงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ต้องทำงานหลายบทบาท เนื่องจากมีทรัพยากรบุคคลและอุปกรณ์ที่จำกัด นั้นหมายความว่าการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกจากการทำงาน อันเนื่องมาจากการที่ต้องทำงานหลากหลายเพื่อทดแทนทรัพยากรคนที่มีน้อยกว่าหน่วยบริการที่ระดับสูงกว่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อมูลการศึกษาในศูนย์แพทย์ปฐมภูมิพบว่า บุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานทั้งทางตรงและทางอ้อมในด้านการบริการทางการแพทย์นั้นมีโอกาสที่จะสัมผัสสิ่งคุกคามที่หลากหลาย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษาอื่น ๆ พบว่า สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์นั้นเป็นสิ่งคุกคามที่พบเป็นอันดับแรก ดังนั้น ทางสถานพยาบาลควรจะเพิ่มนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับงาน และจัดอบรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสัมผัสหรือป้องกันสิ่งคุกคามในสถานที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะกลุ่ม ความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ที่เป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจาก

สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ เช่น การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง การเพิ่มระยะเวลาพักเพื่อเป็นอิริยาบถระหว่างทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมเช่น โต๊ะ เก้าอี้ ให้เหมาะสมกับสภาพงาน และมีเครื่องทุ่นแรงเมื่อจำเป็นต้องแบกหาม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากผลการวิจัยพบว่า สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์เป็นสิ่งคุกคามที่พบเป็นลำดับแรก และมีโอกาสที่จะพบได้มากที่สุดใฝฝ่ายรักษาพยาบาล ดังนั้น จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการผิดปกติในระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อในบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในแผนกที่พบสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์สูง โดยเฉพาะ ฝ่ายรักษาพยาบาล
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์กับความผิดปกติระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ
3. การศึกษามาตรการและวิธีการป้องกันและลดการบาดเจ็บ และความผิดปกติระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในแผนกที่พบสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์สูง โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

References

1. Division of Occupational and Environmental Disease (DOED). Manual for Occupational Health Service Development in Primary Health Care [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/1.Samrong_implement_year62.pdf.
2. The Government Public Relations Department. The Goal of Primary Care Committee in 2022 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 23]. Available form: <https://prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/42765>
3. Division of Occupational and Environmental Disease (DOED). List of hospital with current accreditation status [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/2562/9.dataOSHupdatenov61.xlsx>

4. Jitmanee J. Center for Primary Care and Applied Thai Traditional Medicine. [Personal interview 5 Jan] Pathum Thani; 2020 (Unpublished).
5. Department of Labor Protection and Welfare. Manual for Occupational Safety, Health and Environment ACT B.E. 2554 (A.D. 2011), section 3(2) [Internet]. 2011 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://203.155.220.238/csc/images/Files/files/evaluation_annual/2560/manual2554.pdf.
6. Occupational Safety and Health Administration. Safety and Health Topics/ Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.osha.gov/healthcare/>
7. Peter DL. Injuries Caused by Physical Hazards. In: Ladou J, Harrison RJ. Current occupational and environmental medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2014:169-96.
8. Bandhukul A, Chongchitpaisan W. Occupational health for healthcare workers. In: Bandhukul A, editors. Occupational medicine 2nd ed. Bangkok: 2020 :61-86. (in Thai).
9. Occupational Safety and Health Administration. Safety and Health Topics/ ergonomics [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.osha.gov/ergonomics>.
10. Janyam K. Job Stress in terms of Job Demand-Control Model: Causes, Effects and Prevention. J Parichart 2018; 31:23-41. (in Thai).
11. Occupational Safety and Health Administration. Safety and Health Topics/chemical hazards [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.osha.gov/chemical-hazards>
12. Ekburanawat W. Form of Walkthrough Survey [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.summacheeva.org/share/form-walkthrough>.
13. Occupational Safety and Health Administration. Permit-Required Confined Spaces [Internet]. 2004 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3138.pdf>.
14. Division of Occupational and Environmental Disease (DOED). Thalang Hospital (Phuket) [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/Samutprakarn/bast_practice/Thalang-hospital.pdf.
15. Division of Occupational and Environmental Disease (DOED). Phra Saeng Hospital (Surat Thani) [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/Samutprakarn/bast_practice/ps-hospital.pdf.
16. Division of Occupational and Environmental Disease (DOED). Wanonniwat Hospital (Sakon Nakhon) [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 12]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/Samutprakarn/bast_practice/wanorn.pdf.
17. Buranatreveth S, Silanun K, Kongsupon N. A survey of occupational health hazards in Thammasat University Hospital. In press 2019. (in Thai).
18. U.S. Bureau of Labor Statistics. Occupational injuries and illnesses resulting in musculoskeletal disorders (MSDs) May 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/case/msds.htm>.

19. Meyoutam C, Sithisarankul P. Health Hazards in Clinical Laboratory. J Preventive medicine Association of Thailand 2017; 7:236-43.
20. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Occupational health and safety risks in the healthcare sector. Publications Office [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 12]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/27263>.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการรักษา และการเข้าถึงบริการ ที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลรามธิบดี

Relationships of Personal Characteristics, History of Treatment and Access to Care through Medication Adherence among Women Living with HIV in Ramathibodi Hospital

Received: Nov 28, 2021

Revised: Jan 21, 2022

Accepted: Jan 24, 2022

ละออ นาคกุล วท.ม. (Laor Nakgul, M.Sc.)¹ณัฐพร แสนมีมา ศศ.ม. (Nutaporn Sanmeema, M.A.)²วรมิณูช สุขสุวรรณ วท.ม (Worramin Sukswan, M.Sc.)³สมนึก สังขานุกาพ พ.บ. (Somnuek Sungkanuparph, M.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ : ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวี เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ตลอดจนคงไว้ซึ่งการรักษาให้ได้ผลอย่างยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี และมาตรวจรับบริการที่คลินิกอายุรกรรม อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ติดเชื้อเพศหญิงที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้วมากกว่า 6 เดือน จำนวนทั้งหมด 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการรักษา อุปสรรคการเข้าถึงบริการ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความเชื่อมั่นของแบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส 0.79 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และไครส์แควร์

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่คลินิกอายุรกรรมพบว่า มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 85.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 14.5 สำหรับ

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี E-mail: laor_chumla@hotmail.com

²พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี E-mail: aiirr@yahoo.com

³นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี E-mail: s.worramin@gmail.com

⁴ศาสตราจารย์ อาจารย์แพทย์ สถาบันการแพทย์จักรินฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

E-mail: somnuek.sun@mahidol.ac.th

^{1,2,3}Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁴Chakri Naruebodindra Medical Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยความเพียงพอของรายได้ ประวัติการผิมนัดพบแพทย์และการติดเชื้อเอชไอวีของคู่/ผู้อยู่ร่วมกัน มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.014 p -value = 0.002 และ p -value = 0.002 ตามลำดับ) ส่วนอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ในเรื่องการปิดกั้นการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน อุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปตรวจรักษาและซื้อยาต้านไวรัส และภาระงานมากจนลืมทานยาหรือไม่สามารถรับประทานยาได้ตรงเวลา มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.006, p -value = 0.035 และ p -value = 0.001) ตามลำดับ ส่วนการตรวจวัดค่าระดับไวรัสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ กับกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value=0.001

สรุปผล: ปัจจัยด้านบุคคลและอุปสรรคในการเข้ารับบริการ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ข้อเสนอแนะ: จากงานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ทีมผู้ให้การรักษาควรเพิ่มช่องทางการเข้ารับบริการที่มีความสะดวกและพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนการเริ่มยาต้านไวรัส เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ยาต้านไวรัสเอชไอวี, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส, อุปสรรคในการเข้ารับบริการ

Abstract

Introduction: Adherence to antiretroviral therapy (ART) is a key factor for managing HIV-infected patients to achieve complete viral suppression and recovery of immunity for successful long-term outcomes and better health-related quality of life.

Research objectives: The study aimed to explore the adherence to ART and factors related to ART adherence among women living with HIV.

Research methodology: This study employed a descriptive design. Participants were 200 women living with HIV receiving ART for at least six months. The study was conducted at medical clinic housed in Theppharat building of Ramathibodi hospital. A purposive sampling technique was used to recruit the participants. Research instruments included questionnaires with four sections, including personal characteristics, history of HIV treatment, barriers of access to care and adherence to ART with the reliability values of 0.79, and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation), t-test, and Chi-square test.

Results: Among women living with HIV receiving ART, adherence level was 85.5%, and 14.5% reported poor adherence. Income levels, history of missing appointment, and HIV infection of the partner had a significant association with adherence to ART (p = 0.014, p = 0.002, and p = 0.002, respectively). Additionally, barriers of access to care, HIV status closure, cost of travelling and medical care, and

workload leading to forget medication significantly related to ART adherence ($p = 0.006$, $p = 0.035$, and $p = 0.001$, respectively. This study also found significant differences in HIV viral load levels between participants with good and poor ART adherence ($p = 0.001$).

Conclusions: Among women living with HIV receiving ART, personal characteristics and barriers of access to care are crucial factors because they could affect ART adherence.

Implications: Healthcare providers should provide a convenient system for facilitating access to care and develop health education programs for patients before starting ART to promote adherence, correction, and suitability, especially among patients who are at risk for ART non-adherence.

Keywords: HIV antiretroviral therapy, ART adherence, Barriers of access to care

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคเอดส์หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขมานาน ผู้ที่ติดเชื้อในระยะแรกๆ ที่เรียกว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะไม่มีอาการ แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการแบ่งตัว ตลอดเวลาทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง หากระดับภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปมาก ผู้ติดเชื้อก็จะเข้าสู่ระยะมีอาการ เช่น น้ำหนักลด มีฝ้าขาวในปาก จากการติดเชื้อรา หรือท้องเสียเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการรักษาก็จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ระยะเอดส์¹ ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะยุติเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 ด้วยการกำหนดเป้าหมายในระดับประเทศ อันได้แก่ มีจำนวนผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่น้อยกว่า 1,000 รายต่อปี ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก²

จากการรายงานของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ในประเทศไทย ณ เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 493,859 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คน/วัน) และมีผู้เสียชีวิต

จากเอชไอวี 11,214 คน/ปี (เฉลี่ย 31 คน/วัน) 2563 ซึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้ทำการคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ ในปี 2564 จำนวน 82,045 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1,165 คน³

โรงพยาบาลรามาธิบดีมีผู้รับบริการที่ติดเชื้อเอชไอวีและเข้าสู่ระบบการรักษาโดยได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 2,736 คน เป็นเพศชาย 1,644 คน และเพศหญิง 1,092 คน ได้รับการตรวจหาระดับไวรัสในเลือด หลังได้รับยาต้านไวรัสไปแล้วประมาณ 1 ปี จำนวน 2,504 คน พบว่ามีผลระดับไวรัสในเลือดน้อยกว่า 50 copies/mL จำนวน 2,458 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 และผลระดับไวรัสในเลือดมากกว่า 1,000 copies/mL จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 2.74 มีการส่งตรวจการดื้อยาจำนวน 32 คน เพื่อวางแผนการรักษาใหม่โดยการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าที่จะสามารถวัดได้ (undetectable) (ข้อมูลจากเวชสถิติปีงบประมาณ 2563 ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2564)⁴ ซึ่งจะเห็นว่ายังคงมีผู้ติดเชื้อที่มีผลระดับไวรัสในเลือดมากกว่าเกณฑ์ที่เริ่มวัดได้ (detectable) ที่อาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นได้ตามรายงานของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 2018 พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของชาวแอฟริกันเป็นผู้หญิงร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชายที่ติดเชื้อ

เอชไอวีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และบางรายไม่ได้รับการดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่ควรจะได้รับด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ใน อนาคต⁵

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา จะมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ติดเชื้อรับประทานยาต้านไวรัส ได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่แพทย์สั่ง ก็จะทำให้ยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลงได้ในระดับที่ต้องการ ดังนั้น ความถูกต้องครบถ้วน และสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะยาว⁶

จากการศึกษาของ Srirach พบว่า เพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าเพศชาย 1.4 เท่า อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นผู้ที่มีความละเอียดอ่อน และมีความตั้งใจที่จะรักษาสุขภาพ จึงมีความใส่ใจในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี แต่ยังคงมีปัจจัยอื่นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงยังคงรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอขาดความต่อเนื่อง⁷

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มเพศหญิง และค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ส่งผลกระทบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้ทีมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำไปใช้วางแผนให้ครอบคลุมรอบในการจัดบริการ และส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ให้สอดคล้องกับพันธกิจหลักของโรงพยาบาล และการดำเนินงานตามนโยบายยุทธศาสตร์ ภายในปี 2573 ของกระทรวงสาธารณสุข² เพื่อนำสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างยั่งยืน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องค้นหาปัจจัย และอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งจะช่วยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย :

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Ickovics และ Meade ที่ได้บทวนวรรณกรรมจากผลงานวิจัยของ Srirach, Boonshuyar และ Pacheun⁸ ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากปัจจัยด้านลักษณะประชากร 2. ปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาของการ เจ็บป่วย อาการเจ็บป่วย เป็นต้น 3. ปัจจัยด้านการรักษา เช่น สูตรยา จำนวนมื้อยา จำนวนเม็ดยา อาการข้างเคียงของยา เป็นต้น 4. ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษา เช่น สัมพันธภาพกับผู้ให้การดูแลรักษา ความเชื่อถือ และความไว้วางใจผู้ให้การดูแลรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ความรู้สึกละอายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ให้การดูแลรักษา เป็นต้น และ 5. ปัจจัยด้านสถานบริการ เช่น การบริการให้คำปรึกษา ความสะดวกรวดเร็วในการบริการระยะทาง และการเดินทาง เป็นต้น

นอกจากนี้ อุปสรรคการเข้ารับบริการสุขภาพในปัจจุบันก็เป็นปัจจัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้แนวคิดของ Braveman และ Gruskin จากงานวิจัยของ Maneesriwongkul⁹ ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ให้บริการ 2. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสังคม และ 3. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะตัวแปรคัดสรรที่เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทขององค์กร และรูปแบบการให้บริการ โดยศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยด้านติดเชื้อเอชไอวี อุปสรรคการเข้าถึงบริการที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อนำไปสู่แนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแผนให้การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย :

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของค่าระดับไวรัสในเลือดระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอกับกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

กำหนดประชากรเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี และมาตรวจรับบริการที่คลินิกอายุรกรรม อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ติดเชื้อเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้วมากกว่า 6 เดือน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนดเกณฑ์การประมาณเป็นร้อยละของประชากรที่ทราบจำนวนเป็นหลัก หักเป็น 10-15% ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงทั้งหมด 1,092 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 164 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 ที่อาจจะเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งได้ศึกษาจากทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้วในการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประกอบด้วย ระยะเวลาการติดเชื้อ การรับประทานยาต้าน การติดเชื้อฉวยโอกาส และความพอใจสูตรยา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ จำนวนรวม 17 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Maneesriwongkul⁹ ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิด Braveman และ Gruskin ประกอบไปด้วย ด้านที่ 1 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ให้บริการ ด้านที่ 2 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสังคม ด้านที่ 3 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบ “ใช่” คือ 1 คะแนน หมายถึง มีอุปสรรคในรายชื่อนั้น และ ถ้าตอบ “ไม่ใช่” คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอุปสรรค ส่วนเกณฑ์ในการแปลผล หากด้านใดมีคะแนนรวมมากกว่าแสดงว่ามีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการมากกว่าด้านอื่นๆ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวนที่ลิ้มรับประทานยา และการบริหารจัดการในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมินของ Maneesriwongkul⁹ โดยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และให้กลุ่มตัวอย่างขีดเครื่องหมายบนเส้นตรง โดยเริ่มจาก 0-100 คะแนน จุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด คือ 0 หมายถึง การรับประทานยาสม่ำเสมอที่น้อยที่สุด เส้นขวาสุดคือ 100 คะแนน หมายถึงการรับประทานยาสม่ำเสมอมากที่สุด โดยไม่เคยขาดยาแม้แต่ครั้งเดียว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทุกฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้าน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยแบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.89 และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.82 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงกับประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ (try out) จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ซึ่งแบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

และ 0.84 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามอุปสรรคการเข้ารับบริการ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA-MURA2017/465 หลังได้รับการอนุมัติจึงเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจ โดยไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ หลังจากที่ได้เข้าร่วมวิจัยยินยอม จะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามระหว่างรอพบแพทย์ ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม บันทึกข้อมูลในระบบ โดยระบุเป็นเลขรหัสไม่ระบุชื่อ เพื่อป้องกันการสืบค้นไปสู่กลุ่มตัวอย่างได้ และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับอนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์แล้ว และชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที โดยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ชุดที่ 2 แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ ชุดที่ 3 แบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ 17 ข้อ และชุดที่ 4 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจำนวน 4 ข้อ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นในกระบวนการเก็บข้อมูล คือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ไม่ได้กำหนดระดับไวรัสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างว่ามีค่าระดับไวรัสในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือมากกว่าเกณฑ์ปกติ และไม่ระบุสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี เก็บข้อมูลขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์เท่านั้น โดยไม่รบกวนเวลาความเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่เป็นข้อมูลกลุ่ม ใช้สถิติ จำนวนและร้อยละ
2. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ กับกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ใช้สถิติ t -test
4. การทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปรสองกลุ่มของปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงที่มาเข้ารับรักษาที่คลินิกอายุรกรรม มีอายุตั้งแต่ 25-73 ปี อายุเฉลี่ย 47.4 ปี ร้อยละ 31.0 มีอายุต่ำกว่า 45 ปี และร้อยละ 37.5 มีอายุ 45-50 ปี ส่วนอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 31.5 ส่วนการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.5 มีประกอบอาชีพงานประจำร้อยละ 67.0 เป็น ผู้หารายได้หลักของครอบครัว ร้อยละ 64.5 ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 44.0

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี เฉลี่ย 11.8 ปี โดยระยะเวลาการติดเชื้อน้อยสุดคือ 1 ปี และมากที่สุด คือ 30 ปี ระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสหลังทราบการติดเชื้อ เฉลี่ย 10.3 ปี จำนวนเม็ดยาด้านไวรัสที่รับประทานใน 1 วัน พบว่า รับประทาน 1 เม็ด ร้อยละ 31.5 รับประทาน 2 เม็ด ร้อยละ 38.5 และรับประทานมากกว่า 2 เม็ด ร้อยละ 30.0 การรับรู้ และสามารถอธิบายลักษณะเม็ดยา และจำนวนที่รับประทานอยู่ได้ถูกต้อง ร้อยละ 94.5 มีเพียง ร้อยละ 5.5 ที่ไม่สามารถอธิบาย และจดจำจำนวนเม็ดยาได้ รับประทานยาอื่น ๆ ร่วมกับยาด้านไวรัส มีเพียง ร้อยละ 28.0 พบการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 12.0 ความพอใจในสูตรยาปัจจุบัน ร้อยละ 99.0 พอใจในระดับมาก มีประวัติการเปลี่ยนสูตรยาร้อยละ 67.5 และมีประวัติเคยผื่นคันพบแพทย์ ร้อยละ 17.5 นอกนั้นมาตรงตามนัด ร้อยละ 82.5 ส่วนสถานภาพการมีคู่/อยู่ร่วมกันพบว่า ร้อยละ 64.0 ไม่มีคู่

และมีคู่ ร้อยละ 36 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคู่แล้วพบว่า คู่มีการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.5 และไม่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 18.5

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 171 คน

คิดเป็นร้อยละ 85.5 และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตั้งแต่มาพบแพทย์จนถึงวันนัดตรวจครั้งต่อไป จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.5 ซึ่งจำนวนวันที่ขาดยาก่อนวันมาพบแพทย์ อยู่ในช่วง 1-7 วัน จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.55

ตารางที่ 1 แสดงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (n=200)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
มีความสม่ำเสมอ	29	14.5
ไม่มีความสม่ำเสมอ	171	85.5
เฉลี่ย	จำนวนวันที่ขาดยา	ร้อยละ
1-7 วัน	28	96.55
8-14 วัน	0	0
15-30 วัน	1	3.45

ความแตกต่างของระดับค่าไวรัสในเลือด พบว่า มีระดับค่าไวรัสในเลือดน้อยกว่า 40 copies/mL ร้อยละ 97.14 และพบในกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 76 ส่วนระดับค่าไวรัสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 40 copies/mL ในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 6 แต่ทั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ก็มีโอกาสตรวจพบค่าระดับไวรัสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 40 copies/mL ได้เช่นกัน ร้อยละ 2.86 อาจ

เนื่องมาจากมีภาวะดื้อยาสูตรปัจจุบันที่รับประทานอยู่ ไม่สามารถควบคุมไวรัสได้ดีเท่าที่ควร แพทย์จะพิจารณาส่งตรวจการดื้อยา และปรับเปลี่ยนสูตรยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมไวรัสได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ กับกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มีระดับค่าไวรัสในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p-value=0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของระดับค่าไวรัสในเลือด (n=200)

ความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส	ความสม่ำเสมอ (n=171)	ไม่มีความสม่ำเสมอ (n=29)	p-value
ระดับค่าไวรัสในเลือด <40 copies/mL	136 (97.14)	19 (76.0)	0.001
ระดับค่าไวรัสในเลือด >40 copies/mL	4 (2.86)	6 (24.0)	

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ปัจจัยส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยพบว่า ด้านความเพียงพอรายได้ ประวัติการผิมนัดพบแพทย์ และการติดเชื้อเอชไอวีของคู่/ผู้อยู่ร่วมกัน มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p-value = 0.014 และ p-value = 0.002) ตามลำดับ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ประเภทงาน ความเป็นผู้นำหารายได้หลักของครอบครัว และสิทธิการรักษา ไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการพบว่า ด้านที่ 1 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ให้บริการ ไม่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($p\text{-value} > 0.05$) ด้านที่ 2 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสังคมที่มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เรื่องปกปิดการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองกับเพื่อน หรือผู้ร่วมงาน มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.006$) ส่วนด้านที่ 3 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า เรื่องค่าใช้จ่ายในการไปตรวจรักษาและซื้อยาต้านไวรัส และภาระงานมากจนลืมทานยาหรือไม่สามารถรับประทานยาได้ตรงเวลา มีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.035$ และ $p\text{-value} = 0.001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอกับกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ($n=200$)

ความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส มีความสม่ำเสมอ ($n=171$) ไม่มีความสม่ำเสมอ ($n=29$) $p\text{-value}$			
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ (ปี)			
<45	50 (29.24)	12 (41.38)	0.236
45-50	68 (39.77)	7 (24.14)	
>50	53 (30.99)	10 (34.48)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	113(66.08)	18 (62.07)	0.555
ปริญญาตรี	53(30.99)	9 (31.03)	
สูงกว่าปริญญาตรี	5(2.92)	2 (6.90)	
ประเภทงาน			
งานประจำ/มีเวลาแน่นอน	112 (65.5)	22 (75.86)	0.272
ไม่มีงานทำ/ทำงานไม่ประจำ	59 (34.5)	7 (24.14)	
เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว			
ใช่	109 (63.74)	20 (68.97)	0.587
ไม่ใช่	62 (36.26)	9 (31.03)	
ความเพียงพอรายได้			
เพียงพอ	117 (68.42)	13 (44.83)	0.014
ไม่เพียงพอ	54 (31.58)	16 (55.17)	
สิทธิการรักษา			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	75 (43.86)	13 (44.83)	1.000
ประกันสังคม	19 (11.11)	3 (10.34)	
ข้าราชการ	44 (25.73)	8 (27.59)	
เงินสด	29 (16.96)	5 (17.24)	
อื่นๆ	4 (2.34)	0 (0.00)	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอกับกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ (n=200) (ต่อ)

ความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส มีความสม่ำเสมอ (n=171) ไม่มีความสม่ำเสมอ (n=29) p-value			
ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส			
ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี (ปี)	11.94 (6.91)	11.31(6.7)	1.000
ระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัส (ปี)	10.18 (6.25)	11.17(6.13)	1.000
จำนวนเม็ดยาต้านไวรัสที่รับประทานใน 1 วัน			
1 เม็ด	57 (33.33)	5 (17.24)	0.219
2 เม็ด	64 (37.43)	13 (44.83)	
มากกว่า 2 เม็ด	50 (29.24)	11 (37.93)	
ยาอื่น ๆ ที่ต้องรับประทานร่วมกับยาต้านไวรัส			
มี	45 (26.32)	11 (37.93)	0.198
ไม่มี	126 (73.68)	18 (62.07)	
ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส			
รุนแรง	21 (12.28)	3 (10.34)	1.000
ไม่มี/ไม่รุนแรง	150 (87.72)	26 (89.66)	
ระดับความพอใจในสูตรยาปัจจุบัน			
ไม่พอใจ	1 (0.58)	1 (3.45)	0.270
พอใจ	170 (99.42)	28 (96.55)	
การเปลี่ยนสูตรยา			
เคยเปลี่ยน	113 (66.08)	22 (75.86)	0.298
ไม่เคยเปลี่ยน	58 (33.92)	7 (24.14)	
ประวัติการผื่นด้นพบแพทย์			
เคย	24 (14.04)	11 (37.93)	0.002
ไม่เคย	147 (85.96)	18 (62.07)	
สถานภาพการมีคู่/ผู้อยู่ร่วมกัน			
มีคู่	60 (35.09)	12 (41.38)	0.514
ไม่มีคู่	111 (64.91)	17 (58.62)	
การติดเชื้อเอชไอวีของคู่/ผู้อยู่ร่วมกัน			
ติดเชื้อเอชไอวี	34 (56.67)	1 (8.33)	0.002
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	26 (43.33)	11 (91.67)	

อภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสที่คลินิกอายุรกรรม จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และอุปสรรคการเข้ารับบริการกับความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสพบว่า มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 85.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รับประทายาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งหมายถึงรับประทายาต้านไวรัสได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทายตามแผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.5 หากรับประทายาไม่สม่ำเสมอ เมื่อประเมินผลการรักษาในกลุ่มนี้พบว่า ค่าระดับไวรัสในเลือดผิดปกติ มีค่ามากกว่า 40 copies/mL ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทายาต้านไวรัสสม่ำเสมอกับกลุ่มตัวอย่างที่รับประทายาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ อธิบายได้ว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทายาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ก็จะทำให้ยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลงต่ำได้ในระดับที่ต้องการ หรือลดประสิทธิภาพในการกดระดับไวรัสให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดภาวะดื้อยาตามมาในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choodam¹⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง แต่ทั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่รับประทายาต้านไวรัสสม่ำเสมอก็มีโอกาสตรวจพบค่าระดับไวรัสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 40 copies/mL ได้เช่นกัน อาจเนื่องมาจากมีภาวะดื้อยาสูตรปัจจุบันที่รับประทายอยู่ ไม่สามารถควบคุมไวรัสได้ดีเท่าที่ควร แพทย์จะพิจารณาส่งตรวจการดื้อยา และปรับเปลี่ยนสูตรยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมไวรัสได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ความถูกต้องครบถ้วน และสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทายาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของการรักษาลดค่าใช้จ่ายทางด้านการดูแลสุขภาพ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดจำนวนวันกลับเข้ารับการรักษา ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลดลง ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และลดการดื้อยาต้านไวรัส รวมทั้งมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น ความรุนแรงของอาการ และการแสดงของโรคลดลง¹¹

โดยปัจจัยที่ผลมีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส ที่ประกอบไปด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และอุปสรรคการเข้ารับบริการ การอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

ลักษณะส่วนบุคคลผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอรายได้ มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสอธิบายได้ว่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถรับยาต้านไวรัสได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและข้าราชการ แต่ทั้งนี้ในการมารับการตรวจรักษาแต่ละครั้งบางรายมีค่าใช้จ่ายการเดินทาง หยุดงานขาดรายได้ หรือมีค่าตรวจบริการอื่นๆ ที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Veerakul, Prasertchai และ Praditbatuka¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพรพบว่า อายุและรายได้สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติส่วนใหญ่เดินทางมาจากต่างจังหวัด และค่าใช้จ่ายในสังคมเมืองค่อนข้างสูง ซึ่งต่างจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาข้างต้นที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางน้อยกว่า

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผลการวิจัยพบว่า ประวัติการผื่นดพบแพทย์ และการติดเชื้อ เอชไอวีของคู่/ผู้อยู่ร่วมกัน มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส อธิบายได้ว่า การผื่นดพบแพทย์ทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายขาดยาในที่สุด ต้องทำการนัดหมายแพทย์ใหม่อีกครั้ง หรือบางรายทำการนัดตรวจในวันที่ตนสะดวกซึ่งก็อาจจะไม่ตรงกับตารางแพทย์ลงตรวจทำให้ได้รับการตรวจล่าช้า ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดยาต้านไวรัสตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanawuth และ Sinarak¹³ พบว่า ผู้ที่มีประวัติการผื่นดกับแพทย์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ความเคร่งครัดต่อการนัดพบแพทย์ ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสจึงสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีพิเศษและใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อ

เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เช่น โทรศัพท์ติดตามหรือส่งข้อความเตือน และปรับเปลี่ยนคำแนะนำให้เหมาะสมในแต่ละราย

ส่วนปัจจัยของการติดเชื้อเอชไอวีของคู่/ผู้อยู่ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง สำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลกับการดูแลรักษา รวมทั้งการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งอธิบายได้ว่าหากคู่ที่ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน มีการเปิดเผยซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะส่งเสริมการดูแลรักษา และให้ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ตรงกันข้ามกับคู่ของ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดความสงสัย ปกปิด ไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีให้คู่ทราบ จึงอาจมีผลกระทบให้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีขาดการติดตามประเมินการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดการขาดยาตามมา ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Therawattanasuk, Chaiyakulwattana และ Peankhum¹⁴ ที่พบว่า การสมรสและการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับ Muangma และ Lalitanantpong¹⁵ ที่ศึกษาความยืดหยุ่น และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลถึงการลดปัญหาที่เกิดจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แม่จะพบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพกายที่ดี แต่ก็ยังมีภาวะสุขภาพจิตจากผลกระทบการถูกตีตรา หากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีความพร้อมในการรักษาและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการพบว่า อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสังคมมีผลต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ในเรื่องปกปิดการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน อธิบายได้ว่าสังคมการทำงานมีผลต่อผู้ติดเชื้อในการดูแลตนเอง เนื่องจากการมาตรวจตามนัดทำให้ต้องลางาน และเกรงว่าผู้ร่วมงานจะทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวี อาจทำให้เกิดการขาดนัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Chaichan, Maneesriwongul, และ Phanichwisutipun¹⁶ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะ

ส่วนบุคคล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และการรับรู้ทราบเกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความกังวลที่จะเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง รวมถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายในการไปตรวจรักษา และซื้อยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการเดินทางมาโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าเดินทางและค่าอาหาร ค่าตรวจรักษาอื่น ๆ ที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยไม่สามารถมาพบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัสได้ตามกำหนด บางคนมีอาชีพรับจ้าง หากขาดงานก็จะส่งผลให้ขาดรายได้ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายไม่มาตรวจตามแพทย์นัด

สรุป

จากการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง ที่คลินิกอายุรกรรม พบว่า มีร้อยละ 14.5 ที่ยังคงรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องความเพียงพอรายได้ ประวัติการนัดพบแพทย์ และการติดเชื้อเอชไอวีของคู่หรือผู้อยู่ร่วมกัน มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงอุปสรรคการเข้ารับบริการด้านสังคมในเรื่องปกปิดการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน รวมถึงทางด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพในเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปตรวจรักษาและซื้อยาต้านไวรัส พบว่ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าหญิงติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการ สถานบริการ ควรมีการจัดระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถมารับยาต้านไวรัสได้ตรงตามนัด ควรเปิดช่องทางการติดต่อเพื่อนัดตรวจ หรือรับยาต้านไวรัสได้สะดวกมากขึ้น และศึกษาปัจจัยรอบด้านของคู่ที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ฉะนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงปัญหาการเข้ารับบริการ และประเมินความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนการ เริ่มยา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ รับประทานยาไม่ต่อเนื่องมาจากการลืม ดังนั้น ควรทำวิจัย เกี่ยวกับการจัดการกระบวนการเพื่อเพิ่มความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งควรสร้าง นวัตกรรมที่สามารถช่วยเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยาต้าน ไวรัส

2. เนื่องจากเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่ได้เจาะจงใน

กลุ่มตัวอย่างที่ขาดยาและมีค่าระดับไวรัสสูงผิดปกติ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ รับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอเพื่อนำข้อมูลเชิงลึก มาใช้วางแผนการ และพัฒนารูปแบบส่งเสริมการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเป็นแนวทางการดูแล ตนเองที่เหมาะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกต่อไป

3. จากการศึกษาพบว่า อุปสรรคการเข้ารับบริการ มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จึงควร ทำวิจัยเกี่ยวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอทั้งในเชิงปริมาณ และ เชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการลดอุปสรรคที่จะ ทำให้บรรลุตามเป้าหมาย และ ประเด็นความท้าทายของการ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2560-2573

References

1. Kiertiburanakul S. Ambulatory care of HIV-infected patients. Bangkok: Beyond Enterprise Company Limited. 2013. (in Thai).
2. Siraplapasiri T. Strategic plan to end AIDS problems in Bangkok in 2017-2030. Bangkok: NC Concept Company limited 2017;36-46 (in Thai).
3. National Health Security Office (NHSO).Generation Y [Internet].2021[cited 2021].Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1531820201028023609.pdf>. (in Thai).
4. Ramathibodi. Power BI system.Statistics of services for HIV/AIDS patients.2021[cited 2021 Jun 15]. Available from: <https://app.powerbi.com/groups/me>.
5. Centers for Disease Control and Prevention [Internet].2021 [cited 2021 May 13]. Available from: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/hiv-and-women> Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
6. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis, Treatment and Prevention 2021/2022) [Internet]. 2021[cited 2021 Jun 08]. Available from: http://www.thaiaidsociety.org/images/PDF/hiv-aids-guideline-2564_2565.pdf.
7. Srirach C. Antiretroviral drug adherence by people living with human immunodeficiency virus [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
8. Srirach C, Boonshuyar C, Pacheun O. Health behaviors and adherence to antiretroviral drug among people living with human immunodeficiency virus. J nursing Siam University 2018;19(37):39-55.

9. Maneesriwongkul W. Relationships between selected factors, health behaviors and medication adherence among people living with HIV. *Journal of public health nursing* 2015;29(2). (in Thai).
10. Choodam M, Quality of life among patients with HIV/AIDS in Pa-phayom district, Phatthalung province. *Journal of Health Science*. Thaksin University 2019; 1(1). (in Thai).
11. Bureau of AIDS, TB and STIs Ministry of Public Health. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017. Bangkok: National Office of Buddhism; 2017. (in Thai).
12. Veerakul K, Prasertchai A, Praditbatuka S. Factors affecting the cooperation of treatment behavior among HIV infected/ AIDS patients attending antiretroviral therapy program at Thung Tako Hospital, Chumphon province. The 2nd STOU Graduate Research Conference 2017. (in Thai).
13. Thanawuth N and Sinarak S. Antiretroviral adherence and associated factors. *Songkla Med J* 2014;32(1). (in Thai).
14. Therawattanasuk N, Chaiyakulwattana A, Peankhum S. The relationship between social support factors and antiretroviral agent adherence in HIV/AIDS patients at Um-Najaroen province, Thailand. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2012; 8(3):1-13. (in Thai).
15. Muangma N, Lalitanantpong D. Resilience and social support in HIV/AIDS clients at the HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration, Thai Red Cross AIDS Research Centre. *Chula Med J* 2018; 62(6):947-63.
16. Chaichan M, Maneesriwongul W, Visudtibhan P. Relationships between personal characteristics, barriers to access to care and perceived stigma and medication adherence among people living with HIV. *Journal of Phrapokklao nursing nollege* 2015;26(2). (in Thai).

บทความวิจัย

การศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน:
การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง
A Study of Guidelines for Volunteer Development Being Elderly Caregiver
by Community: A Focused Ethnography

Received: Sep 30, 2021

Revised: Nov 11, 2021

Accepted: Nov 18, 2021

วนิดา ศรีพรหมษา พย.ม. (Wanida Sripromsa, M.N.S.)¹สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ป.ด. (Somporn Rungreangkulkij, Ph.D.)²ชนิษฐา นันทบุตร ป.ด. (Khanitta Nuntaboot, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุถือเป็นการจัดการของชุมชนโดยการพัฒนาผู้ที่มีจิตอาสาเข้ามามีบทบาทดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครจะช่วยพัฒนากำลังคนเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถพัฒนาอาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา แบบเจาะจง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงเป็นอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 50 คน และผู้สูงอายุและครอบครัว 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผลการศึกษา พบว่าแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนในพื้นที่ศึกษา มี 7 แนวทาง คือ 1) การสร้างโอกาสในการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 3) การสร้างทีมและเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาและใช้ข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 5) การหนุนเสริมของหน่วยงานเพื่ออำนวยความสะดวก และเสริมแรงในการทำงานของอาสาสมัคร 6) การสร้างกฎ ระเบียบ ข้อตกลง แนวปฏิบัติของพื้นที่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานกิจกรรมของอาสาสมัครและ 7) การสร้างการเรียนรู้ให้แก่อาสาสมัครในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไข ด้านคน วิธีการทำงาน งบประมาณและทรัพยากร และข้อมูล เป็นกลไกสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนและปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อสนองตอบความต้องการที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: จากการศึกษาครั้งนี้สามารถให้ข้อเสนอแนะแก่ชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยบริการสุขภาพและภาคประชาชนในการพัฒนากำลังคนด้านอาสาสมัครที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของสูงอายุในแต่ละระดับและการสร้างวัฒนธรรมความเอื้ออาทรของคนในชุมชนร่วมดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง ชุมชน

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: wanida_sri@kku.ac.th

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: somporn@kku.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Khanitta@kku.ac.th

Faculty of Nursing Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Abstract

Introduction: A volunteer development for being elderly caregivers is considered a community management by developing volunteer for the elderly care. Therefore, a study of volunteer development guidelines would be able to effectively and continually help workforce of elderly caring.

Research objective: This study aimed to explore guidelines and factors affecting volunteer development for being elderly caregivers in community.

Research methodology: The study employed a focused ethnographic design. A purposive sampling technique was used to recruit 50 elderly caring volunteers, and 20 elderly and family members. Data were collected using observations, in-depth interviews, and focus groups discussion. Data were analyzed using content analysis.

Results: Revealed that guidelines for volunteer development for being elderly caregiver by community involved 7 approaches: 1) creating volunteer opportunities for being elderly caregiver; 2) improving capacity of elderly caregiving volunteers; 3) team building and volunteer network for elderly caring; 4) developing and using elderly population data to improve elderly caregiving volunteers; 5) supporting from organization to facilitate and reinforce volunteers' work; 6) creating rules and agreement for volunteers and involved persons in the community regarding a continuum of care for elderly; and 7) creating a continuous learning for volunteers and involved persons in the community regarding a continuum of care for elderly using factors including humans, method, budget and resources, and data. These are the support mechanisms for developing caregivers of elderly people in community.

Conclusions: Findings of the study indicated guidelines and factors affecting volunteer development for being elderly caregiver by community to meet the elderly needs.

Implications: Findings of the study provide recommendations for the community to develop volunteer workforce to meet elderly needs and culture of generosity for elderly care. Stakeholders include local government officials, village headmen, health service units, and people in the community.

Keywords: elderly care, volunteers, focused ethnography, community

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2560 โลกมีประชากรสูงอายุหรือคนที่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 962 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรโลกทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2573 ประชากร ผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่ม ขึ้นเป็น 2,092 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากร โลก¹⁻²

ข้อมูลการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุและข้อ จำกัดของครอบครัวผู้สูงอายุ ดังนี้ ด้านโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายมีสมาชิกมากกว่า 2 รุ่น เป็นครอบครัวเดี่ยว มากขึ้นหรือเป็นครอบครัวข้ามรุ่น คือ ผู้สูงอายุอยู่กับหลาน เนื่องจากบิดา มารดาไปทำงานต่างจังหวัดเพื่อหารายได้ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน ขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพจากความเสื่อมลงของร่างกายเกือบครึ่ง หนึ่งมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) ประมาณร้อยละ 20 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยดูแล ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องใช้ชีวิตที่เหลื่อมกับโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังต่างๆ หรือ มีความพิการคิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด หนึ่ง ในสามเป็นผู้ที่มีความเปราะบางด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า³⁻⁴ และสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุมีสภาพไม่เหมาะสม มี โอกาสเกิดอุบัติเหตุไปสู่การบาดเจ็บอันตรายจนถึงพิการและ เสียชีวิตได้ เช่น ระดับพื้นไม่สม่ำเสมอ พื้นห้องน้ำลื่น ไม่มีราว ให้ยึดจับเกาะ ส่วนหนึ่งมีห้องนอนอยู่ชั้นบนของบ้าน สถานที่ สาธารณะขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และบางแห่งมีอุปกรณ์แต่ไม่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ในขณะที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพความพร้อมด้านร่างกาย เกือบ 2 ใน 3 เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง รวมทั้งต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง เสียโอกาสด้านการ ประกอบอาชีพ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหา การดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว แนวโน้มในอนาคตขนาดของปัญหาจะมากขึ้นตามจำนวน ประชากรผู้สูงอายุ ภาระการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวที่ เพิ่มขึ้น จึงมีความต้องการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน⁵⁻⁶ นำมาซึ่งความจำเป็นและแนวโน้มความต้องการ

การดูแลของผู้สูงอายุที่มากขึ้น

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นการสร้างสำนึก การให้คุณค่าและศักยภาพของคน โดยสร้างกระบวนการมี ส่วนร่วมของภาคีหุ้นส่วนของสมาชิกในชุมชน กลุ่ม องค์กร หน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกพื้นที่ โดยในการดูแลช่วยเหลือ ประชาชนหรือคนเจ็บป่วยในชุมชนมีอาสาสมัครด้านสุขภาพ เป็นแกนนำในการดำเนินงานเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริบาล ท้องถิ่น ผู้ดูแล อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน อาสาสมัคร กู้ชีพ กู้ภัย อาสาสมัครดูแลผู้พิการ อาสาสมัครพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบอุปสรรคการปฏิบัติ งานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจเนื่องจาก อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มีภาระต้อง เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการปฏิบัติงานอาสาสมัคร เช่น ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์ดูแล ผู้สูงอายุ เป็นต้น หรือไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ขาดขวัญกำลังใจในการ ปฏิบัติงานเนื่องจากประชาชนไม่ให้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ งานและขาดทักษะในการประเมินอาการและช่วยเหลือ รวมทั้งเข้ารับการฝึกอบรมน้อยและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ ค่อยมีเวลา ขาดการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับ ท้องถิ่น ทำให้การปฏิบัติงานล่าช้า⁷⁻¹⁰

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนางานอาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือสังคมให้มีความยั่งยืน ซึ่งบริบทชุมชนไทย การดำเนินงานและกิจกรรมของอาสาสมัครได้รับการสนับสนุน จากกระบวนการดูแลของชุมชนประกอบด้วย 4 องค์กรหลัก ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ท้องที่คือกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3) หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐและ 4) ภาคประชาชน เช่น ผู้อาวุโส ปราชญ์ชาวบ้าน และกลุ่ม ชุมชนอื่นๆ¹¹⁻¹³ ช่วยหนุนเสริมการทำงานของอาสาสมัครทั้ง ด้านความรู้ งบประมาณและทรัพยากรในพื้นที่แต่ยังขาด กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาอาสา สมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน¹⁴⁻¹⁸ มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนนโยบายและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบท สังคม วัฒนธรรม

การศึกษานี้ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่งใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้วยอาสาสมัครที่หลากหลาย รวมทั้งมีการสร้างกลไกในการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนงานโครงการ พัฒนาศักยภาพและการพัฒนานวัตกรรมสำหรับการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดสวัสดิการให้แก่อาสาสมัครส่งผลให้การดำเนินงานของอาสาสมัครและการดูแลผู้สูงอายุเด่นชัดขึ้น สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมการช่วยเหลือกันของคนในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและออกแบบการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง¹⁹ เพื่อเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้เข้าใจวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน นำสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครและจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา 1) แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนภายใต้บริบท สังคม วัฒนธรรมของพื้นที่ และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง (focused ethnography) พื้นที่ศึกษา คือ ตำบลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.56

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่าน gate keeper โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 50 คน ได้แก่ 1) อาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ คือ อสม. ผู้ดูแล อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อปพร. อาสากู้ชีพ กู้ภัย สภากาแฟและเยาวชน และกลุ่มจิตอาสา 30 คน 2) บุคลากร อปท. ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและตำแหน่งอื่นๆ 14 คน 3) กำนันและผู้ใหญ่บ้าน 3 คน 4) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ 3 คน สำหรับผู้ให้ข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 คน ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) ผู้สูงอายุและครอบครัวกลุ่มติดเตียง 4) ผู้สูงอายุพิการและครอบครัว 5) ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและครอบครัว และ 6) แกนนำกลุ่มทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 70 คน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยนักวิจัยมีการเรียนรู้ด้านแนวคิด ทฤษฎีและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน และ 3) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกภาคสนามและเทปบันทึกเสียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นเสนอต่อนายกเทศมนตรี โรงพยาบาลและผู้นำชุมชน ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และหลักจริยธรรมในมนุษย์ โดยเคารพสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อ คำนึงถึงประโยชน์และความเท่าเทียมในการเข้าร่วมการวิจัย 3) รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 60 นาที จนได้ข้อมูลอิ่มตัว สนทนากลุ่มอาสาสมัครจำนวน 3 ครั้งๆ ละ 6-8 คน รวม 22 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ ผู้นำท้องที่ จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 8 คน เพื่อเป็นการเพิ่มเติมข้อมูลและการยืนยันและศึกษาข้อมูลจากเอกสารของพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อแยกให้เห็นองค์ประกอบทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูลจำแนกประเภทของปรากฏการณ์ วิเคราะห์ที่มจำแนกประเด็นหลัก ประเด็นย่อย เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทุกประเด็น²⁰⁻²¹

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวด ของงานวิจัย²²

หลังเข้าศึกษาข้อมูลในพื้นที่โดยใช้ระยะเวลา 12 เดือนทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก มีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องด้านข้อมูล จากหลายแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (data triangulation) การตรวจสอบโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Method Triangulation) ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการศึกษาเอกสารในพื้นที่ การตรวจสอบ กับผู้ให้ข้อมูล (member checking) ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) ซึ่งนักวิจัยนำไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ 2 ส่วน ดังนี้

แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

1) การสร้างโอกาสในการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มี 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) กำหนดนโยบายโดยการจัดทำแผนงาน งบประมาณ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร การยกระดับอาสาสมัครเป็นอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ (2) การให้ข้อมูลและการสื่อสารเกี่ยวกับการเข้าเป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ โดยแจ้งลักษณะงาน ประเภทงาน ช่วยในการตัดสินใจผ่านหลายช่องทาง เช่น เอกสาร ประกาศ สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ของโรงพยาบาล เทศบาล เพชบุรี เทศบาล กลุ่มไลน์ หอกระจายข่าว ปากต่อปาก การประชุม ป้ายประชาสัมพันธ์ (3) การพัฒนาความรู้และทักษะอาสาสมัครใหม่โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผ่านการอบรม ศึกษาดูงาน และเรียนรู้จากกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่ที่มีความเชี่ยวชาญ และ (4) การสร้างคนรุ่นใหม่ โดยการรับสมัครใหม่ชักชวนผู้ที่มีใจอาสาพร้อมที่จะเป็นอาสาสมัครและอยากช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกการเป็นอาสาสมัครถือเป็นการเตรียมความพร้อมการเป็นอาสาสมัครรุ่นใหม่

“...เราเปิดโอกาสให้ประชาชนที่อยากเข้ามาเป็นอาสาสมัครร่วมดูแลผู้สูงอายุเข้ามาสมัครได้โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ อย่างตอนเรารับสมัครอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เราทำหนังสือเวียนไปทุกหมู่บ้าน ติดป้ายประกาศที่เทศบาล กลุ่มไลน์ อสม.ให้ชักชวนประชาชนมาสมัคร รวมถึงเว็บไซต์

เทศบาลด้วย ...” MP9 (50 ปี)

2) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มี 2 ลักษณะ คือ (1) ด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้เชี่ยวชาญแล้วนำความรู้มาพัฒนาและออกแบบวางแผนการทำงานของกลุ่ม จนเกิดนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น ธงสัญลักษณ์แยกกลุ่มผู้สูงอายุ กระดานเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เป็นต้น (2) ด้านการถ่ายทอดความรู้และวิทยากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่สนใจเรียนรู้ทั้งในและนอกพื้นที่

“...การพัฒนาศักยภาพปีที่ผ่านมา อปท.ร่วมกับโรงพยาบาลจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมโดยกำหนดให้ อสม. ผู้ดูแล อาสาสมัครต่างๆ แต่ละหมู่บ้านนำนวัตกรรมของตนที่ใช้การดูแลผู้สูงอายุมาโชว์ ก็มีหลายอย่างไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับ case ยกตัวอย่าง นวัตกรรมลดนิ้วล็อค ทอมหัตถ์จรรยาดีเหยียดกล้ามเนื้อ หมอนรองแผลกดทับ หมอนทราย ...” MP9 (50 ปี)

3) การสร้างทีมและเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มี 2 ลักษณะ คือ (1) มีระบบที่เลี้ยง ประกอบด้วย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยบริการสุขภาพ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้านร่วมถ่ายทอดความรู้ โดยที่เลี้ยงจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษา แนะนำ สอนงาน และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการทำงานเพื่อให้งานอาสาสมัครบรรลุตามวัตถุประสงค์ และคอยติดตามความก้าวหน้าของภารกิจ การทำงานของอาสาสมัคร (2) มีเครือข่ายอาสาสมัครที่เชื่อมโยงภายในและภายนอกพื้นที่เพื่อหนุนเสริมและเชื่อมประสานการทำงานกันในการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้แก่ เครือข่ายอาสาสมัครระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เครือข่ายตำบลสุขภาพ หรือเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและทั่วประเทศ

“...เวลามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยกลับจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลก็จะโทรประสาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หากต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น ทำแผล กายภาพบำบัด อสม.เราซึ่งมีหน้าที่ดูแลประชาชนอยู่แล้วและรู้จักผู้สูงอายุทุกคนก็จะออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลและเทศบาล อสม.ก็จะแนะนำให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ดูแลการรับประทานยา ช่วยให้ข้อมูลญาติ กรณีมีความพิการเพื่อขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาล หากพบอุปสรรคการทำงานก็มีโรงพยาบาล

และเทศบาลเป็นที่เลี้ยง ปรีक्षाได้ตลอด...เรายังได้รับการอบรมความรู้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลและเทศบาลอย่างน้อยปีละ 4-5 ครั้ง...” VT11 (57 ปี)

4) การพัฒนาและใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ (1) ระบบข้อมูลผู้สูงอายุและครอบครัว สถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ สถานะผู้สูงอายุ ซึ่งมีที่มาจากหลายแหล่ง เช่น ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาล ข้อมูลจากกองงานต่างๆ ของเทศบาล (2) ระบบข้อมูลอาสาสมัคร ทูทางสังคมและศักยภาพในพื้นที่ เพื่อสร้างวัฒนธรรมการเป็นอาสาสมัครในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ข้อมูลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มองค์กรในชุมชน หน่วยงานรัฐ เอกชน คณะกรรมการชุมชน แกนนำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนสูงวัย ผู้นำ ประชาชน ข้าราชการเกษียณ ผู้นำทางศาสนา โรงพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกันตามความเชี่ยวชาญและบทบาทหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อสร้างวัฒนธรรมการเป็นอาสาสมัครในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน

“...เรามีการจัดทำข้อมูลโดยเป็นงานในความรับผิดชอบของสำนักปลัด ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน ผู้นำชุมชน เก็บข้อมูลตลอด 1 ปี อย่างข้อมูลผู้สูงอายุ จะทำให้เรารู้เลยว่าผู้สูงอายุอยู่จริงในพื้นที่ตอนไหนเท่าไร ผู้สูงอายุมีสภาพและข้อมูลส่วนบุคคลอย่างไร เช่น ช่วยเหลือตัวเองได้ ไบโหนดมาไหนเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นอนติดเตียง เราจะเห็นกลุ่มเป้าหมายชัดเจน เวลาจะทำโครงการจะช่วยให้เราคิดว่าทำอะไรกับกลุ่มไหน...การที่เราข้อมูลมีประโยชน์จะเป็นตัวที่ใช้วางแผนทำงานได้...” MP13 (45 ปี)

5) การหนุนเสริมของหน่วยงาน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ มี 2 ลักษณะ คือ (1) การจัดกิจกรรมและทรัพยากรเอื้อให้มีความสุข และเสริมแรงในการทำงาน เช่น ด้านพัฒนาศักยภาพ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าตอบแทนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน สวัสดิการกองทุนดูแลอาสาสมัคร และ (2) การยกย่องชื่นชม ให้การยอมรับเชื่อมั่นในการทำงานจากคนในชุมชน โดยการประกาศในที่ประชุม และการให้เกียรติบัตรชื่นชมในโอกาสสำคัญ เช่น วัน อสม. เป็นต้น

“...ตอนแรกที่เป็น อสม.มาก่อน ตั้งแต่ปี 54 ตอนนั้น

ไม่มีค่าตอบแทน อะไรเลย ก็ทำงานหลายตำแหน่ง ตอนหลังมาเทศบาลชวนไปช่วยงาน เขาจะเปิดโรงเรียนสูงวัย ปี 59 เราก็ก้าวไปช่วยจนได้ใบประกาศของโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้มา 3 ใบแล้ว ตอนนั้นก็ไปช่วยเค้ารับสมัครนักเรียน...” ES3 (56 ปี)

6) การสร้างกฎ ระเบียบ ข้อตกลง แนวปฏิบัติ เพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมของอาสาสมัคร ได้แก่ การจัดทำข้อบัญญัติเพื่อสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน รวมถึงการส่งเสริมให้สังคมเห็นคุณค่าการทำงานของอาสาสมัคร ซึ่งบรรจุไว้ในแผนงบประมาณของเทศบาล และได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล

“...ในการจัดทำแผนพัฒนาเทศบาล เรามีการประชุมผู้แทนจากทุกภาคส่วน ทั้งเทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนประชาคมท้องถิ่นทุกหมู่ โรงพยาบาลเข้าร่วมเสนอปัญหาความต้องการ และจัดทำโครงการพัฒนาอาสาสมัครทุกภาคส่วน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน กิจกรรมต่างๆ ขึ้นแจ้งนโยบายของเทศบาล ขอข้อคิดเห็นในการปรับแนวทางการทำงานทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทำให้เราเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุ ...” MP2 (58 ปี)

7) การสร้างการเรียนรู้ให้แก่อาสาสมัครในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มี 4 ลักษณะ คือ (1) จัดตั้งแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่ ได้แก่ ศูนย์ฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และโรงเรียนผู้สูงอายุในนามโรงเรียนสูงวัยเทศบาลตำบล (2) การวิจัยชุมชน เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ในการสร้างเครือข่ายหรือพัฒนาอาสาสมัคร (3) ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น กลุ่มไลน์ การประชุม เป็นต้น เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ แนวทางการทำงาน หรือให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครทั้งภายในและระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร (4) การจัดการเพื่อพัฒนางานและนวัตกรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครพัฒนางาน และนวัตกรรมการทำงาน 3 รูปแบบ ได้แก่ (4.1) การปรับวิธีทำงาน โดยสร้างบทเรียนการทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการรับรู้ข้อมูล เปิดโอกาสให้อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการถอดประสบการณ์และสรุปบทเรียนการทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จนพบจุดที่จะพัฒนา เช่น การสำรวจข้อมูล

การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เป็นต้น (4.2) การแก้ไขวิธีการทำงาน เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ โดยการจัดทำแผนการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร และหนุนเสริมงบประมาณและสวัสดิการ จนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวได้ และ (4.3) การเพิ่มวิธีการทำงาน เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงานเป็นขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาและฝึกทักษะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือของกลุ่มคนในพื้นที่ การสร้างการรวมกลุ่มอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ การหนุนเสริมการทำงานในเรื่องต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และ (5) ร่วมประสานงานกับคน องค์กร หน่วยงานทั้งในและนอกพื้นที่ ส่งผลให้กลุ่มอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุมีหลากหลายประเภทและบูรณาการงานยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่

1) **ปัจจัยด้านคน** พบว่า ชุมชนมีแนวทางการจัดการปัจจัยด้านคนโดยการสร้างวัฒนธรรม การมีจิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน มีเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น วัฒนธรรมการเคารพเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกกับการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ในพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่มเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมโรงเรียนสูงวัย นำไปใช้ผู้นำ ประชาชน ช่างราชการเกษียณ ร่วมดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ที่มิจิตอาสาเข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุ โดยสร้างช่องทางให้การรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ความต้องการดูแลช่วยเหลือของผู้สูงอายุและครอบครัว งานและกิจกรรมที่ต้องการอาสาสมัครเพื่อให้คนที่อยากเป็นอาสาสมัครมีโอกาสทำงาน

2) **ปัจจัยด้านวิธีการทำงาน** มีการจัดการงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างมีระบบ ได้แก่ การกำหนดรูปแบบ การใช้เครื่องมือ แนวทางการทำงานร่วมกันของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับให้คำปรึกษาอาสาสมัคร มีศูนย์ฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และมีแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่รวมทั้งมีการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุ

3) **ปัจจัยด้านงบประมาณและทรัพยากร** สร้าง

แนวทางให้หน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมสนับสนุนงบประมาณ มีการระดมทุนที่เป็นทุนแรงงาน ทุนทรัพย์ และทุนความคิด จัดทำข้อบัญญัติตำบลเพื่อสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น และสร้างแนวทางให้หน่วยงานต่างๆ ร่วมสนับสนุนงบประมาณ อบต. เป็นผู้ดำเนินการหลักและระดมการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ²³

4) **ปัจจัยด้านข้อมูล** มีการจัดทำและนำใช้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ อาสาสมัครและความเชี่ยวชาญ การพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและสร้างความตระหนักแก่คนในชุมชน รวมทั้งนำใช้ข้อมูลในเวทีต่าง ๆ เพื่อจัดทำแผนงาน และกำหนดงบประมาณเพื่อหนุนเสริมการทำงานโดยมีโรงพยาบาลร่วมกับ อบต. เป็นผู้ดำเนินการหลัก

อภิปรายผลการวิจัย

1. **แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน** สะท้อนการจัดการตนเองของชุมชนด้วยการพัฒนาอาสาสมัครและสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ตอบสนองปัญหาและความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัคร ดังนี้ (1) การใช้ศักยภาพทุนทางสังคมในชุมชนร่วมพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่าพื้นที่ศึกษามีการใช้ศักยภาพของทุนทางสังคมในชุมชน ประกอบด้วยทุนทางสังคม 4 ภาคหลัก ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน หน่วยบริการสุขภาพ และกลุ่มองค์กรชุมชน ซึ่งเป็นโครงสร้างทางสังคมที่มีการจัดการตนเองในแต่ละกลุ่มและเชื่อมการทำงานในแต่ละกลุ่มร่วมพัฒนาอาสาสมัครโดยเปิดโอกาสให้คนมีจิตอาสาได้เข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดจิตอาสากระจายเต็มพื้นที่²³ มีการพัฒนาศักยภาพ และใช้แหล่งเรียนในชุมชนให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุและพร้อมสรุปบทเรียนตนเอง²⁴ และสร้างเครือข่ายในการทำงานโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและทั่วถึง มีการทำงานร่วมกันของอาสาสมัครรวมทั้งการสร้างอาสาสมัครรุ่นใหม่ เป็นต้น²⁵ (2) การสร้างความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย พบว่าพื้นที่ศึกษามีการสร้างความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ ดังนี้ (2.1) การสร้างความร่วมมือของประชาชนในชุมชนพบว่า 4 องค์กรหลักได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาอาสา

สมัครดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดทำแผนตำบล ระเบียบข้อตกลงชุมชนเพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครให้ยั่งยืน การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การเลือกใช้ข้อมูลในการวางแผนออกแบบดูแลผู้สูงอายุ เช่น แพ้ประวัติผู้สูงอายุการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชน^{23,26-27} เป็นต้น (2.2) สร้างความร่วมมือกับเครือข่าย พื้นที่ศึกษามีจุดเด่นเรื่องแหล่งเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ฝึกอบรมผู้ดูแล และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของจังหวัด มีการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครระดับตำบล รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มในพื้นที่และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครประชุมร่วมกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รับทราบข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ นโยบายต่างๆ และวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน²⁸⁻²⁹

2. ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถพัฒนาอาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้พบว่า ชุมชนมีการจัดการปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านคน วิธีการทำงาน งบประมาณ และทรัพยากร และข้อมูล ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกัน และกลไกการขับเคลื่อนงานของ 4 องค์กรหลักหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภายใต้วัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลของคนใน

ชุมชน เกิดอาสาสมัครที่เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานที่เอื้ออำนวยในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและยั่งยืน^{11,15}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่หน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคประชาชน ใช้เป็นแนวทางเพื่อวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความจำเป็นของการดูแลของผู้สูงอายุ และการสร้างวัฒนธรรมความเอื้ออาทรของคนในชุมชนร่วมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบเพื่อพัฒนาระบบการจัดการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมือง อาจพบแนวทางการพัฒนาที่แตกต่างหรือทางเลือกใหม่ และพัฒนาเป็นนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนงานอาสาสมัครให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

References

1. United Nations, Department of economic and social affair, population division. World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition. <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>
2. Cheewasopit W. Aging Society: The change marketing factor. Journal of MCU Nakhondhat. 2019;6(1):38-54.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2019. Nakhon Pathom: Printery Company Limited; 2020
4. Keasisom B. The Results of group process to elderly's promotion behavior in Thumbon Klongchanoun Weingsa District Suratthani Province. Community Health Development Quarterly Khonkaen University. 2019;5(2):177-93.
5. Gajanandana R. Aging society and Thailand's economy. Thailand: The secretariat of the house of representatives; 2018. (in Thai)

6. Phoochindal W, Vongchan P. Opinion of elderly on environmental management for elderly by sub-district local administrative organization. *Journal of Social Science and Humanities Research in Asia*. 2019;24(1):103-48. (in Thai)
7. Miankerd W. Role of the elderly care volunteer in elderly care process for case management: a case study of Bang Si Thong sub-district, Nonthaburi province. *Journal of Graduate Volunteer Centre*. 2018;14(1):38-76.
8. Boonsang S. Problems and obstacles among volunteering rescuers working for Chachoengsao volunteer rescue association. A Research Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Public Administration. Graduate School of Public Administration, Burapha University; 2014. (in Thai)
9. Jittasano N, Parinyasutinun U. Songkhla Provincial social development, security volunteers and community development. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*. 2017;36(6),125-33. (in Thai)
10. Saengchat S. The civil defense volunteers' participation on the prevention and mitigation mission: a case study of Sithan sub-district administrative organization, Yasothon province. Bangkok: Department of disaster prevention and mitigation. Ministry of Interior. Thailand; 2016.
11. Nuntaboot K. Development of elderly care by community and local government. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2018. (in Thai)
12. Kumsuchat S. Health problem and health care needs among Thai elderly: policy recommendations. *Journal of Health Science*. 2017;26(6).1156-64.
13. Asavanirandom C. Support exchanges between aging parents and adult children in Thailand: Situation trend and gender-age differences. *Journal of Social science & Human*. 2016;41(1),105-20.
14. Promjan S., Wiriyaongsukit S., Benarelee W., Donpan J., Boonsoh R., and Khongsin N. The development of care system for disabled people with participation of community health partnerships. *South Coll. Netw. J. Nurs. Public Health*. 2015;2(1):37-51. (in Thai)
15. Phinyo K. and Nuntaboot, K. Strengthening of the community voluntary system. *J. Nursing Sci. Health*. 2014;37(1):60-8. (in Thai)
16. Rantakokko M., Pakkala I., Ayravainen I., and Rantanen T. The effect of out-of-home activity intervention delivered by volunteers on depressive symptoms among older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial. *Aging Ment. Health*. 2015;19(3):231-8.
17. Abass K.M., Van Der Werf T.S., Phillips R.O., Sarfo F.S., Abotsi J., and Mireku S.O. Buruli ulcer control in a highly endemic district in Ghana: role of community-based surveillance volunteers. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2015;92(1):115-7.
18. Baggerman M.A., Ault M.J., Collins B.C., Spriggs A.D., and Slocum V. The effect of coaching on a faith community volunteer's use of effective teaching behaviors. *Res. Pract. Pers. Sev. D.*,2015;40(4):294-306.

19. Streubert H.L. and Carpenter D.R. *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Hong Kong, China; 2011
20. Morse J.M. and Field P.A. *Qualitative research for health professionals*. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA; 1995.
21. Polit D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. 7th ed. Lippincott & Wilkins, Philadelphia, PA, USA; 2004.
22. Holloway I., and Galvin K. *Qualitative research in nursing and healthcare* (Vol. Fourth edition). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Black well; 2017.
23. Nuntaboot K. Strengthening local communities in the development of the community health care system and using the sub-district health funds as the support mechanism. Paper presented at Prince Mahidol Award Conference 2016. Bangkok, Thailand; 2016. (in Thai)
24. Phalasuek R., Thonglert D., Thanomchayathawat B., Peawchana W., & Permpet S. Acceptability and effectiveness of the health volunteer-rehabilitation programs for older patients with post stroke. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2016;8(1),14-24. (In Thai)
25. Aussawapunnarai M. The participation of participation of public health volunteers in health care of the elderly in Ban Suan municipality Muang distruc Chonburi province. Master of Public Administration Graduate School of Public Administration, Burapha University; 2013.
26. Aruma E.O. Roles of communication in community development. *International Journal of Network and Communication Research*. 2018;5(1):1-10.
27. Siriworawatchai W. Factors influencing in-role performance of village health volunteer (VHV) on COVID-19 surveillance and prevention in Phuphiang district, Nan province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Madical Journal*. 2021;4(2):63-75.
28. Thipsungwan K, Sribenchamas N, Lamluk P. Effects of the development competency program of volunteer for taking care of the elderly in community. *Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University*. 2018; 12(1):275-91.
29. Onishi, J. Daily life support for older adults evaluated by commissioned welfare volunteers. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2016;7(3),69-71.

บทความวิจัย

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
Registered Nurses' Competencies in Nursing for Patients
with COVID-19 of Primary, Secondary, and Tertiary Care Units

ศิริวรรณ ชูกำเนิด ประ.ด. (Siriwan Chukumnird, Ph.D.)¹ผาณิต หลีเจริญ ประ.ด. (Phanit Leecharoen, Ph.D.)²ศักรินทร์ สุวรรณเวหา ประ.ด. (Sakkarin Suwanwaha, Ph.D.)³จารุณี วาระหัส พย.ม. (Jarunee Warahut, M.N.S.)⁴อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง พย.ม. (Apisit Chuakompeng, M.N.S.)⁵

Received: Jun 5, 2022
Revised: Jul 25, 2022
Accepted: Aug 19, 2022

บทคัดย่อ

บทนำ: สมรรถนะการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกคุณภาพการดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีสมรรถนะที่โดดเด่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพรองรับการระบาดของโรคโควิด 19

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระเบียบวิธี: การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative descriptive research) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้านคือ 1) การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและเฝ้าระวังโรค 2) การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย 3) การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย 4) มีความมุ่งมั่น เสียสละและทุ่มเท 5) สามารถทำงานเป็นทีม เน้นการสื่อสาร และประสานงาน 6) สามารถจัดการกับปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย และ 7) สามารถควบคุม และจัดการอารมณ์ตนเอง

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19

คำสำคัญ: สมรรถนะ การพยาบาล โรคโควิด 19 พยาบาลวิชาชีพ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: scsiriwan@gmail.com

^{2,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² E-mail: phanit34@hotmail.com ⁵ E-mail: apisit@bcns.ac.th

^{3,4} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ E-mail: thatchai@hotmail.com ⁴ E-mail: jwarahut@hotmail.com

¹⁻⁵ Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Songkhla, Thailand.

Abstract

Introduction: Nursing competency is significant and indicative of patients' quality of care. Registered nurses must have prominent competency to optimize effective health services to tackle with COVID-19 pandemic.

Objectives: To explore registered nurses' competency in nursing care for patients with COVID-19 in primary, secondary, and tertiary care units.

Methodology: This study used a qualitative descriptive design. Participants included 53 registered nurses working in all levels of health service units. Data were collected using behavioral event Interviews, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using content analysis.

Results: In all levels of health service units, registered nurses' competency in nursing care for patients with COVID-19 consisted of 7 competencies, including 1) prevention, infection control and disease surveillance; 2) screening and triage of patients; 3) effective nursing performance and safety; 4) determination, sacrifice, and devotion; 5) team working focusing on communication and coordination; 6) problem solution and patient care challenge; and 7) self-emotional control and management.

Summary: Findings of this study could be used as preliminary data and guideline for development of registered nurses' competency during the COVID-19 pandemic in primary, secondary, and tertiary care units, which aims to improve nursing care quality leading to better quality of life among clients, families, and communities.

Recommendation: Nurses could utilize the findings of this study to self-improvement and better nursing competencies delivered to patients with COVID-19.

Keywords: competency, nursing care, COVID-19, registered nurses

บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) นับเป็นโรคที่มีการระบาดเพิ่มมากขึ้นในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เริ่มจากปี 2546 และล่าสุดในปี 2562 “corona virus 2 (SARS-CoV-2)” หรือ โควิด19 ที่มีการระบาดใหญ่ออย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ปัจจุบันการระบาดของโรคยังเป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ต้องมีการติดตามและมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลล่าสุดจากองค์การอนามัยโลก วันที่ 3 มิถุนายน 2565 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด19 สะสมแล้วกว่า

528,816,317 ราย มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6,294,969 ราย อัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 1.19¹ พยาบาลวิชาชีพนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับทุกประเทศทั่วโลก ในการรับมือกับโรคโควิด 19 เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในทีมสุขภาพที่ทำงานในแนวหน้าของการดูแล และมีการติดต่อกับผู้ป่วยมากที่สุด² มีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตเพื่อช่วยชีวิต และปกป้องสุขภาพของผู้ติดเชื้อ แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการระบาด การเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดการระบาดซ้ำ และผลพวงการฟื้นตัวในระยะยาว ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ และทักษะที่เพียงพอในการจัดการ

กับภาวะวิกฤตที่เกี่ยวข้องนี้

แม้ว่าพยาบาลจะได้รับการยกย่องถึงบทบาทสำคัญในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด 19 แต่พยาบาลหลายคนกำลังตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและบางคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อ จากการศึกษพบว่าบุคคลากรทางการแพทย์มากกว่า 115,000 คน จากทั่วโลกเสียชีวิตจากการติดเชื้อระหว่างปฏิบัติหน้าที่ (ข้อมูลเดือนมกราคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2564)³ นอกจากนี้การให้การพยาบาลภายใต้ข้อจำกัดของประสบการณ์ และความรู้เกี่ยวกับโรค พยาบาลหลายคนมีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงจากการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อไปยังสมาชิกในครอบครัว การเกิดตราบาปเกี่ยวกับความเปราะบางในหน้าที่การงาน และการจำกัดเสรีภาพส่วนบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในการปฏิบัติงานซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต⁴

สมรรถนะการพยาบาล เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในด้านความปลอดภัย และคุณภาพการดูแล⁵ แม้ว่าการให้ความหมายของสมรรถนะการพยาบาลอาจจะแตกต่างกัน แต่ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักสำคัญ ได้แก่ 1) เป็นพฤติกรรมที่แสดงทักษะที่จำเป็นของแต่ละบุคคล สามารถประเมินผลได้จากผลการปฏิบัติงานโดยตรง 2) เป็นคุณลักษณะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) เป็นการนำเอาองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ลักษณะส่วนบุคคล ทักษะต่อวิชาชีพ ค่านิยม ความรู้ ทักษะและความสามารถมารวมกัน ซึ่งคุณลักษณะทั่วไปเหล่านี้ ตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน⁶ ประเทศไทย โดยสภาการพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ 8 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 8) สมรรถนะด้านสังคม⁷ อย่างไรก็ตามสภาการพยาบาลยังไม่ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากสมรรถนะพยาบาล

วิชาชีพทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ของพยาบาลวิชาชีพยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย การศึกษาที่พบภายในประเทศเป็นการศึกษาสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น การศึกษาของ สมพร สังข์แก้ว (2563)⁸ พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย สมรรถนะ 7 ด้าน 48 สมรรถนะย่อย ดังนี้ 1) ด้านการคัดกรอง 3 สมรรถนะ 2) ด้านการป้องกันและควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อ 15 สมรรถนะ 3) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว 11 สมรรถนะ 4) ด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ 5 สมรรถนะ 5) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ 3 สมรรถนะ 6) ด้านทักษะการสื่อสาร การประสานงานและการบริหารจัดการ 7 สมรรถนะ และ 7) ด้านการเรียนรู้ด้วยตนเอง 4 สมรรถนะ

และการศึกษาของ ตริยดา โตประเสริฐ (2564)⁹ ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ 2) การป้องกันและควบคุมโรค 3) การเฝ้าระวังโรค 4) การจัดการและการประเมินผลลัพธ์ 5) การพัฒนาคุณภาพการป้องกัน และควบคุมโรค และ 6) การสื่อสารประสานงาน อย่างไรก็ตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 อาจมีรายละเอียดสำคัญที่แตกต่างไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จากมุมมองของพยาบาลวิชาชีพผู้มีบทบาท หน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ครั้นนี้เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียชีวิตเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติ และทีมบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อกำหนดเป็นสมรรถนะที่จำเป็น และเป็นแนวทางในการพัฒนาเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในภาวะที่มีการระบาดหรือภายหลังการระบาดของโรคโควิด 19: กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา”

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

พื้นที่การวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่วิจัยโดยพิจารณาจากคุณลักษณะ 3 ประการ คือ 1) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีความสนใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ 2) ผู้วิจัยสามารถเข้าไปปฏิบัติงานภาคสนาม ในระยะเวลาติดต่อกันจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย โดยพิจารณาในด้านการประสานงาน การเก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน และ 3) เป็นพื้นที่ ๆ ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด 19 ได้แก่ รพ. ระดับตติยภูมิ 1 แห่ง คือ รพ.หาดใหญ่ รพ.ระดับทุติยภูมิ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1) รพ. นาหม่อม 2) รพ. จะนะ 3) รพ. สะเดา 4) รพ. ปาดังเบซาร์ และ 5) รพ. สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี รพ. ระดับปฐมภูมิ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1) รพ.สต. นาหม่อม 2) รพ.สต. คู 3) รพ.สต. ศรีประจักษ์ 4) รพ.สต. ศรีประจักษ์ และ 5) รพ.สต. บ้านใหม่ โดยผู้วิจัยทำการสำรวจบริบทของพื้นที่วิจัยเบื้องต้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในช่วงมีการระบาดในวงกว้าง และรุนแรง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2564 โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 53 คน ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 10 คน ระดับทุติยภูมิ จำนวน 31 คน และระดับตติยภูมิ จำนวน 12 คน ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน ระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 14 คน ระหว่าง 10-20 ปี จำนวน 7 คน และมากกว่า 20 ปี จำนวน 28 คน ตำแหน่งเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจำนวน 4 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 7 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย คณะผู้วิจัย ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 5 ท่าน มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

2. แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ

2.2 แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการประเมินความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำนวน 4 ข้อ

3. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เป็นแบบบันทึกผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาลักษณะของพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่เรียกว่าสมรรถนะการพยาบาลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรม (Behavioral Event Interview : BEI) เป็นการตั้งคำถามให้พยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมวิจัยได้เล่าประสบการณ์หรือพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีตในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 เป็นวิธีการสัมภาษณ์ที่สามารถทำให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมวิจัยได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจริง โดยทุกเหตุการณ์ที่อธิบายและทุกพฤติกรรมต้องสอดคล้องกัน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประเมินความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประเมินความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาสัมภาษณ์แตกต่างกันไปตั้งแต่ 45-60 นาที และสิ้นสุดเมื่อได้รับข้อมูลตามเป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความรู้ที่ชัดเจนร่วมกัน โดยใช้การสนทนากลุ่ม ขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็น อภิปราย วิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 การสนทนากลุ่มดำเนินการ 1 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ ระยะเวลาการสนทนากลุ่มไม่เกิน 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเริ่มจากการนำข้อมูลการสัมภาษณ์ที่บันทึกเทปของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายมาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์โดยการพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค ข้อมูลจะถูกอ่านซ้ำหลาย ๆ ครั้ง กรณีที่เป็นข้อมูลเดียวกัน มีความหมายคล้ายกันซ้ำ ๆ และเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาจะถูกจัดเป็นกลุ่มคำ ข้อความหรือประโยคสำคัญ¹⁰ ผู้วิจัยให้ความหมายหรือกำหนดรหัส (coding) จัดประเภทหรือหัวข้อของข้อมูล (category) และกำหนดแก่นสาระ (theme) การวิเคราะห์เนื้อหาจะดำเนินการจนกระทั่งผู้วิจัยไม่พบข้อมูลใหม่ที่จะสนับสนุนแก่นสาระที่มีอยู่ การตรวจสอบข้อมูลจะนำไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลตลอดการศึกษา จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือใช้เกณฑ์ของ Guba and Lincoln¹⁰ ดังนี้ 1) ความเชื่อมั่น (credibility) ผู้วิจัยใช้วิธียืนยันข้อมูลโดยการตรวจสอบการให้รหัสกับคณะผู้วิจัยพูดคุยให้เหตุผลในการให้รหัสจนเห็นพ้องต้องกัน ผู้วิจัยนำข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันความถูกต้อง 2) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) เพื่อให้สามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจง (purposive selection) ร่วมกับบรรยายลักษณะของข้อมูล และบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียด 3) การพึ่งพาเกณฑ์อื่น (dependability) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ พิจารณาข้อคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องและข้อมูลผลการศึกษา เพื่อดูความสอดคล้องของผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ

สงขลา BCNSK 4/2564 วันที่ 16/12/2563 -17/12/2564 และ The research Ethics Committee of Hatyai Hospital (REC-HY) 40/2564 วันที่ 02/03/2564-02/03/2565 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้รหัสเบื้องต้น (coding) ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและจะทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จแล้ว

ผลการวิจัย

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด มีรายละเอียดดังนี้

1. การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและเฝ้าระวังโรค

ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า การป้องกันควบคุมการติดเชื้อ และเฝ้าระวังโรค เป็นสมรรถนะที่จำเป็นที่พยาบาลทุกคนจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับโควิด 19 พยาบาลทุกคนต้องมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามหลัก isolation precaution ต้องป้องกันตนเองโดยการสวมใส่ และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) และเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้ถูกต้อง รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันตนเอง และการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ไม่ได้ต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ต่างกัน สำคัญมาก คือการเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การแพร่กระจายเชื้อ ความรู้เรื่อง transmission-based precaution ความสามารถในการทำลายเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ ความรู้เรื่องการใช้ชุด PPE การจัดเตรียมเลือกใช้อุปกรณ์ การเตรียมความพร้อมการระบาศของโรค ความสามารถในการทำการคัดกรองให้ถูกต้องตามขั้นตอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ความสามารถในการใช้ห้อง AIRR การจัดเตรียม cohort ward และโรงพยาบาลสนาม” (หน่วยบริการอุบัติเหตุ)

“ต้องมีความรู้เรื่องการแพร่กระจายเชื้อมีทั้ง droplet air-born และ contact ต้องมีระบบป้องกันทั้งหมด... การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ...เราอบรมหมดตั้งแต่การเก็บและการส่ง Lab...การทำ swab

การทำความสะอาดคนไข้ การช่วยใส่และถอดท่อช่วยหายใจ care of dead การอบรมที่เป็นหลักเป็นในเรื่องของการติดเชื้อ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

2. การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย

ความสามารถในการคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วยถูกระบุเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีแนวทางในการซักประวัติ อาการอาการแสดงที่สำคัญ ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น การเดินทางจากท้องที่ระบาด การแปลผลสิ่งส่งตรวจ และการวินิจฉัยแยกโรค รวมทั้งต้องจัดสถานที่รับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแยกออกจากผู้ป่วยโรคอื่น ๆ พยาบาลต้องมีทักษะดังกล่าวเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยหรือป่วยเป็นโรคโควิด 19 และสามารถประเมินอาการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“ด้านการคัดกรองคัดแยกผู้ป่วย การประเมินอาการแสดงต่าง ๆ ทักษะการซักประวัติผู้ป่วย การเดินทางจากพื้นที่เสี่ยง มีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการอาการแสดงที่สำคัญ” (หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“พยาบาลควรจะสามารถประเมินอาการ อาการแสดง คัดแยกผู้ป่วยได้ มีทักษะการซักประวัติ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคระบาดวิทยาของโรคว่ามีกำหนดค่าจำกัดความ การกำหนดแนวทางในการคัดกรองจำแนกผู้ป่วยที่ชัดเจน มีการ update แนวปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา” (หน่วยบริการทุติยภูมิ)

“เรายังเจอปัญหาการคัดกรอง...ต้องเน้นทักษะการซักประวัติ อาการ อาการแสดง เช่น การไม่ได้กลิ่น การไม่รู้รส อันนี้สำคัญ และต้องมีความรู้ทันต่อข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของพื้นที่ที่สามารถประเมินอาการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคได้ถูกต้อง แม่นยำ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

3. การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยอธิบายว่า หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว คือต้องมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม รวมถึงความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

“ต้องสามารถให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย

ประเมินผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค และให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ” (หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“ต้องสามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ประเมินอาการผู้ป่วยได้ตามความรุนแรงของโรค ตรงนี้สำคัญ เพราะต้องประเมินให้เร็วเพื่อไม่ให้ต้องใส่ tube ที่ รพ.ชุมชน ต้อง refer คนไข้ได้เร็วทันสถานการณ์ การพยาบาลแบบองค์รวมเน้นตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการวินิจฉัยทางการพยาบาล การประเมินผลการให้การพยาบาล...ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต สามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยรวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ หรือเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะอยู่ห้องแยกและมีหลายปัญหา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนลงสู่ชุมชน และที่สำคัญคือ การถอดบทเรียนการทำงานเพื่อนำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น” (หน่วยบริการทุติยภูมิ)

“หลัก ๆ การดูแลผู้ป่วยโควิดไม่ได้ต่างจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต้องใช้กระบวนการพยาบาล เน้นการดูแลแบบองค์รวม สำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด ต้องเน้นการใช้เทคโนโลยีด้วยเพราะเป็นโรคติดต่อ เราต้องไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ” (หน่วยบริการทุติยภูมิ)

“การดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ หรือองค์รวมสำหรับพยาบาล เพียงแต่เป็นโรคติดต่อต้องเน้นความปลอดภัยจากการติดเชื้อ หรือแพร่กระจายเชื้อ ต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่วางไว้ คนไข้อยู่ห้องแยกหรือห้องความดันลบ ที่สำคัญคือการใช้เทคโนโลยี ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารการรักษา อย่างที่เราใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ ECMO” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

“ถ้าอยู่หอผู้ป่วย ICU โควิด ต้องทำเป็นหมด...ไม่ใช่แค่ทำงานเป็นพยาบาลหน่วย ICU แต่ต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ติดโควิด ต้องให้ความสำคัญต้องใส่ชุดเพื่อป้องกัน คนไข้มีเครื่องมือระยะยาว เครื่องช่วยหายใจ ต้องประเมินปัญหาให้ยาที่ไม่เคยใช้มาก่อน การใช้เทคโนโลยี เครื่องมือต่าง ๆ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

4. มีความมุ่งมั่น เสียสละและทุ่มเท

ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล และพัฒนาองค์กร เพื่อการส่งมอบการดูแลที่มี คุณภาพ มีความมุ่งมั่นในการศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อก้าวทัน ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค รวมทั้งเสียสละ พร้อมที่จะดูแล ผู้ป่วยแม้จะรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังตัวอย่างคำพูด

“การทำงานต้องมีความเสียสละ และทุ่มเทเพราะ มันก็เสี่ยงที่จะติดเชื้อ ที่สำคัญเราต้องตื่นตัวหมั่นค้นคว้า อยู่เสมอเพราะโควิด 19 เป็นอะไรที่เราไม่รู้ลึกเยอะ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

“วิกฤตครั้งนี้เราพึ่งพาตนเองมาก เราภูมิใจใน ตนเองนะ ถ้าเป็นเรื่องรักษาเราโชคดีที่มีหมอทางเดินหายใจ แต่ถ้าเป็นเรื่องการปฏิบัติพยาบาล ในเรื่องของความรู้ ระบบ การดูแลป้องกันการการควบคุมการติดเชื้อจะเป็นของ พยาบาล เรามาเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันอบรม มีความรู้ใหม่ๆ เราก็อ่านและเผยแพร่ให้น้อง ๆ ทราบ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

“ตอนนี้ผู้ป่วยก็เตียงเต็มตลอด น้อง ๆ ก็ต้องอยู่ เวิร์กกันยาว บางคนก็เข้าตึกก็มาพักที่ห้องเวิร์กมี ต้องใจสู้ จริง ๆ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

5. สามารถทำงานเป็นทีม เน้นการสื่อสารและ ประสานงาน

การปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และวิกฤต ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหลากหลายสาขา และการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีการสื่อสาร ประสานงาน ความไว้วางใจ ความเคารพ และความเข้าใจในบทบาทของกัน และกัน ร่วมกับการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกหนึ่งในทีม ภายใต้ความแตกต่างของภาษาและวัฒนธรรม ดังตัวอย่าง คำพูด ดังนี้

“การทำงานเป็นทีมก็สำคัญ เราต้องทำงาน กับสหสาขาวิชาชีพ และองค์กรปกครองท้องถิ่นความสามารถ ในการประสานความร่วมมือกับบุคลากรภายนอกจำเป็น อย่างยิ่ง และทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสารต่าง ๆ เพื่อ ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงานอันนี้อาจจะเห็นได้ชัด และสามารถประสานความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย ชุมชน สามารถใช้เทคนิคการสื่อสารให้กับผู้ป่วยได้” (หน่วยบริการ ปฐมภูมิ)

“นี่เป็น key success เลย ถ้าเป็นอนามัยนี้ นักระบาด นักวิชาการเขาโอเค เราก็โอเค งานมันจะ flow ไปได้ง่าย...เหมือนส่งต่องานกันได้ แรกรับปั๊บ... สมมุติว่ามี คนไข้กลับมาจากกรุงเทพมีอาการ นักระบาดจะลงไปเลย แล้วส่งต่อมาหาเรา ทำให้งานมันทำได้ง่ายขึ้นไหล” (หน่วย บริการปฐมภูมิ)

“การสื่อสารการประสานงาน เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เราต้องทำงานเป็นทีม งานก็เครียด และเยอะอาจเกิดความ เข้าใจไม่ตรงกัน ขัดแย้งกันและกันได้ และไหนจะผู้ป่วย และญาติ คิดว่าทักษะการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง ต้องประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก และที่ ลืมไม่ได้ คือเรื่องของภาษาวัฒนธรรมความเชื่อต่าง ๆ บ้านเรา มีทั้งไทยพุทธ และไทยมุสลิม” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

6. สามารถจัดการกับปัญหาและความท้าทายใน การดูแลผู้ป่วย

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิด ผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบการดูแลสุขภาพ นอกจาก ภาระงานของพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นแล้ว การปรับระบบบริการจากความรู้ทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า อย่างก้าวกระโดดทำให้เกิดความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ในการดูแล ผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ และทักษะที่เพียงพอ ในการจัดการกับภาวะวิกฤตนี้ ดังตัวอย่างคำพูด

“ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ต้อง update ตลอด เวลา มันมีเปลี่ยนเรื่อย ๆ เรามีการสื่อสารทางไลน์หรือมี หนังสือด่วนมาจาก สสอ. เราต้องพร้อมในการเปลี่ยนแปลง แนวทางการดูแล แก้ปัญหาตลอดเวลา” (หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“พยาบาลต้องทำเป็นเพราะเราเป็นคนที่จะต้อง เข้าไปดูแลเขา ...เราใส่ชุดเข้าไปดูคนไข้ต้องทำได้ ประเมิน ให้ได้ ให้เร็ว และตัดสินใจแก้ปัญหาในกรณีฉุกเฉินได้” (หน่วย บริการตติยภูมิ)

“ต้องสามารถจัดการเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ อย่างการ รับผู้ป่วยวิกฤต เขาโทรมาให้รับผู้ป่วย ต้องเตรียมคนและของ ตัดสินใจเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

7. สามารถควบคุมและจัดการอารมณ์ตนเอง

การทำงานภายใต้สถานการณ์การระบาดใหญ่ของ โควิด 19 ความรุนแรงของโรคเป็นแรงกดดันในการทำงานเพิ่ม ขึ้น ด้วยภาระงานและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

ร่วมกับมีการปรับระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยใหม่ตลอดเวลา จากความรู้ใหม่ ๆ ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“รู้สึกแยและหดหู่เหมือนกันที่ต้องอยู่ในสถานการณ์นี้ ผู้ป่วยบางรายที่อยู่ในระยะสุดท้าย แพทย์จะคุยกับครอบครัว เพื่อร่วมตัดสินใจ และให้ข้อมูลแก่ครอบครัว แต่สงสารคนไข้ และครอบครัว มันอยู่ห่างไกลจากครอบครัว ครอบครัวไม่สามารถอด อำลา การตายเพียงลำพังเป็นอะไรที่หดหู่... เราทำได้เพียงแค่อุ้มเขาจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

“รู้สึกกังวลมากเพราะเพิ่งจบมาไม่กี่ปี ต้องมาดูแลผู้ป่วยที่อาการหนัก ต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่ไม่เคยใช้ ทำให้ไม่คุ้นเคยเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องระวัง ต้องเรียนรู้มากขึ้น ต้องใส่เครื่องป้องกัน ชุด PPE ทำให้การทำงานยากขึ้น เวลาต้องเจาะเลือดหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า แม้ว่าพยาบาลจะเผชิญกับความเสี่ยง มีความเครียด ความกลัว แต่ยังคงต้องรับผิดชอบในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และปรับตัวในสภาพ แวดล้อมใหม่ที่คุ้นเคย ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ต้องสามารถควบคุมอารมณ์ได้ สงบอารมณ์ได้ อย่างรวดเร็วเมื่อมีความโกรธ เสริมสร้างกำลังใจในการทำงานให้กับตนเอง บางครั้งเราต้องเจอกับสถานการณ์ ความกลัว กลัวติด แต่เรามีความเสียสละซึ่งมีอยู่ทุก ๆ คน ควบคุมสติตนเอง แก้ปัญหาเฉพาะหน้า บางครั้งต้องมีความเด็ดขาด” (หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“เนื่องจากเป็นโรคระบาด ทุกคนมีความกลัว กลัวติดโรคที่มีอาการรุนแรง กลัวไปหมด ดังนั้นในส่วนของการอารมณ์ก็จะเป็นเรื่องของความสามารถในการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะในเรื่องของความกลัว ความโกรธ แล้วก็มีเสริมสร้างกำลังใจในการทำงานของตนเองและครอบครัวด้วย” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ในบริบทของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ มีลำดับความสำคัญแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัยจากหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ข้อมูลถึงความสำคัญของสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ใน 2 อันดับแรกคือ สมรรถนะด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และเฝ้าระวังโรค และสมรรถนะ

ด้านการคัดกรอง และคัดแยกผู้ป่วย

“ด้านการป้องกันและควบคุมโรคจะเป็นประเด็นที่หนึ่ง จะเป็นความสามารถในการเตรียมความพร้อมเมื่อมีการระบาดของโรค ความพร้อมในที่นี้คือความพร้อมในทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 ...ลำดับที่ 2 ก็จะเป็นด้านการคัดกรองคัดแยกผู้ป่วย” (หน่วยบริการปฐมภูมิ)

“สำหรับ รพช. ที่จริงไม่ได้ต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ต่างกันที่สำคัญมากคือการเฝ้าระวังและการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อโควิด การคัดกรองและกักกันผู้ป่วย” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

“การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วย และการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและการเฝ้าระวังโรค เป็นสองสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในภาวะที่มี การระบาดของโรคโควิด” (หน่วยบริการตติยภูมิ)

อันดับรองลงมาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความสำคัญแก่สมรรถนะแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยพบว่า ในระดับปฐมภูมิ ให้ความสำคัญต่อสมรรถนะด้านความสามารถทำงานเป็นทีม เน้นการสื่อสารและประสานงาน ในขณะที่ระดับตติยภูมิ และตติยภูมิให้ความสำคัญกับสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

ผลการศึกษาพบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลว่า พยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะด้านการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อและเฝ้าระวังโรค ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ พยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันและเฝ้าระวังโรค มีการจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างปลอดภัย และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ โดยพยาบาลจะต้องทราบถึงสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ ทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์การป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม¹¹⁻¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สมรรถนะหลักที่พยาบาลต้องมุ่งเพื่อการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต ภาวะฉุกเฉินจากการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การให้ความสำคัญกับ

ความปลอดภัย¹³ การใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย¹⁴ และการป้องกันโรค¹⁵

การคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย อภิปรายได้ว่า พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรที่สุขภาพที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นด่านแรกจึงต้องมีการตื่นตัวในการเตรียมรับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ศึกษาเรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่สงสัย หรือป่วยเป็นโควิด 19 ออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และคัดแยกเพื่อนำผู้ป่วยไปอยู่ห้องแยกที่เหมาะสมต่อไป เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อลดการสูญเสียชีวิต ความพิการ สอดคล้องกับการแนวทางขององค์การอนามัยโลก¹¹ (WHO) และกระทรวงสาธารณสุข¹² ที่กำหนดให้พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อาการ อาการแสดง มีทักษะการซักประวัติ และการวินิจฉัยแยกโรค รวมทั้งสามารถประเมินอาการ อาการแสดงผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคได้ และนับเป็นสมรรถนะหลักที่พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับโรคโควิด 19¹⁶⁻¹⁷

การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย อภิปรายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ต้องมีความรอบรู้และใช้ทักษะหลาย ๆ ทักษะครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และต้องมีการประเมินและติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับภาวะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อความสำเร็จ สมรรถนะหลักของพยาบาลควรประกอบด้วย ความรู้และทักษะทางเทคนิค และวิชาชีพ การใช้อุปกรณ์ และเทคโนโลยี¹⁸ โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิกฤต พบว่าสมรรถนะการพยาบาลโรคโควิด 19 ที่พยาบาลระบุว่า มีความจำเป็น¹⁴ ได้แก่ 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม 2) การใช้อุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ 3) การใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) การใช้ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อหลอดเลือด (vasoactive)

ความมุ่งมั่น เสียสละ และทุ่มเท เป็นคุณลักษณะสำคัญของพยาบาล คือมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมถึงรับรู้ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อวิชาชีพการพยาบาลในการรับมือ และเป็นด่านหน้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เพื่อการส่งมอบการดูแลที่มีคุณภาพแก่ประชาชน จนได้รับการยกย่องว่าเป็น “นักรบ

ชุดขาว”² นอกจากนี้พบว่า พยาบาลยังได้รับการหล่อหลอม ความเป็นวิชาชีพให้เป็นผู้เสียสละพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยแม้ในยามยากลำบากตั่งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล¹⁹ ซึ่งสร้างความโดดเด่นของวิชาชีพพยาบาล นับเป็นคุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพไทยในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤต การระบาดของโรคโควิด 19

ความสามารถทำงานเป็นทีม เน้นการสื่อสารและประสานงาน เพราะการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์วิกฤต การระบาดของโรคหรือภัยพิบัติ นอกจากจะต้องมีความพร้อมเชิงลึกด้านความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพแล้ว จะต้องมีความพร้อมสำหรับการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมงานด้วย สามารถสื่อสาร และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย แผนการควบคุมอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต รวมทั้งสร้างระบบการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับการตอบสนองต่อเหตุการณ์การระบาดของโรค²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในหลายประเทศที่พบการระบาดใหญ่ของโควิด 19 โดยพยาบาลรับรู้ว่าการทำงานเป็นทีม^{13,18} และการสื่อสาร^{16,21} เป็นสมรรถนะจำเป็นอย่างยิ่ง และควรได้รับการเตรียมความพร้อมในกรณีเกิดสาธารณภัย เช่น การเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่

ความสามารถจัดการกับปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย การระบาดของโรคโควิด 19 มีผลกระทบต่อการคุกคามของชีวิตมนุษย์ในทุกด้าน ในอดีตสถานการณ์ฉุกเฉินเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย แม้จะพบการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ แต่มักจะสามารถควบคุมการระบาดให้อยู่ในพื้นที่จำกัดได้ พยาบาลส่วนใหญ่จึงไม่มีประสบการณ์จริง ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ ร่วมกับระบบการศึกษาและการฝึกอบรมทางการพยาบาลในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองความรู้ และทักษะที่จำเป็น ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ยังรู้สึกไม่พร้อมสำหรับการตอบสนองต่อเหตุการณ์การระบาดของโรคโควิด 19¹⁸ Vázquez-Calatayud และคณะ (2021)¹³ ศึกษาประสบการณ์การบริหารจัดการของพยาบาลแนวทางในระหว่างการระบาดของโควิด 19 พบว่า สมรรถนะการจัดการความไม่แน่นอน เป็นสมรรถนะหลักในการตอบสนองต่อวิกฤต สอดคล้องกับ Mao และคณะ (2020)²² พบว่า การจัดการเหตุการณ์ เป็นสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ในสถานการณ์การแพร่

ระบอบของโรคโควิด 19

ความสามารถควบคุม และจัดการอารมณ์ตนเอง เนื่องจากโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงของโรคสูง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงต้องสามารถควบคุมสติ ความกลัว ไม่ตื่นตระหนก มีสติในการหาวิธีแก้ปัญหา⁹ สอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่พบว่าภายใต้บทบาทของพยาบาลในการจัดการโรคโควิด 19 พยาบาลควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก ด้านการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ²⁰ โดยเฉพาะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดและอารมณ์¹⁸

โดยสรุป สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้านคือ 1) การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และเฝ้าระวังโรค 2) การคัดกรอง และคัดแยกผู้ป่วย 3) การปฏิบัติ การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย 4) มีความมุ่งมั่น เสียสละ และทุ่มเท 5) สามารถทำงานเป็นทีม เน้นการสื่อสาร และประสานงาน 6) สามารถจัดการกับปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วย และ 7) สามารถควบคุม และจัดการอารมณ์ตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดทำแผนการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการในการจัดการกับสถานการณ์การระบาดของโรค เช่น แผนการฝึกอบรมสมรรถนะการพยาบาลที่จำเป็น แผนการสื่อสารความมั่นใจในระบบการทำงานที่ปลอดภัย แผนการจัดการสำรองอุปกรณ์พร้อมใช้ การพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย และการใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางการแพทย์

2) ในสถานการณ์การระบาดของโรค ควรส่งเสริมบทบาทของผู้นำการพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการพัฒนาระบบการพยาบาล ให้ความรู้ และพัฒนาสมรรถนะแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า การกำหนดนโยบาย และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และการปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ

3) หน่วยงานด้านการศึกษาพยาบาล นำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19

References

1. World Health organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022. [cited 2022 June 3]. Available from: <https://covid19.who.int>
2. Chawaphanth S, Sennun P, Tanasirijiranont R. Nurses and their 'spirit of the second mile' service during Covid-19 pandemic. JTNC 2021;36(1): 5-17. (in Thai)
3. International Council of Nurses. ICN says 115,000 healthcare worker deaths from COVID-19 exposes collective failure of leaders to protect global workforce [Internet]. 2021. [cited 2022 Jan 3]. Available from: <https://www.icn.ch/news/icn-says-115000-healthcare-worker-deaths-covid-19-exposes-collective-failure-leaders-protect>
4. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020 Mar 2;3(3):e203976.

5. Cowin LS, Hengstberger-Sims C, Eagar SC, Gregory L, Andrew S, Rolley J. Competency measurements: testing convergent validity for two measures. *J Adv Nurs* 2008;64(3):272-7.
6. Garside JR, Nhemachena JZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Educ Today* 2013;33(5):541-5.
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Professional nursing and midwifery competencies. Nonthaburi: Siriord printing; 2010. (in Thai)
8. Sungkeaw S, Harnirattisai T, Srisatidnarakul B. Registered nurses' competency in caring for emerging infectious diseases. *JTNC* 2020;35(3): 69-86. (in Thai)
9. Toprasert T. Competency of nurses in emerging infectious disease care, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *J Bamrasnaradura Infect Dis In* 2021;15(1): 25-36. (in Thai)
10. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2):105-12.
11. World Health organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan [Internet]. 2020. [cited 2022 Jan 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>
12. Thailand Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Health Workers' Guide to Emergency Response case of coronavirus disease 2019 outbreak [Internet]. 2020. [cited 2020 Feb 18]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other05.pdf
13. Vázquez-Calatayud M, Regaira-Martínez E, Rumeu-Casares C, Paloma-Mora B, Esain A, Oroviogicoechea C. Experiences of frontline nurse managers during the COVID-19: A qualitative study. *J Nurs Manag* 2022;30(1):79-89.
14. Lauck SB, Bains VK, Nordby D, Iacoe E, Forman J, Polderman J, et al. Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximize competencies. *Aust Crit Care* 2022;35(1):13-21.
15. Li H, Dong S, He L, Wang R, Long S, He F, et al. Nurses' core emergency competencies for COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Int Nurs Rev* 2021;68(4):524-32.
16. Karnjuš I, Prosen M, Ličen S. Nurses' core disaster-response competencies for combating COVID-19-A cross-sectional study. *PLoS One* 2021;16(6):e0252934.
17. Chen SC, Lai YH, Tsay SL. Nursing perspectives on the impacts of COVID-19. *J Nurs Res* 2020;28(3):e85.
18. Peiró T, Lorente L, Vera M. The COVID-19 crisis: Skills that are paramount to build into nursing programs for future global health crisis. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(18):6532. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186532>
19. Chaipornjaroensri W, Sosome B, Chaowiang K. Reviews of educational research developing humanized care: A case study of Boromarajonani College of Nursing, Praputthabat. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(1): 146-59. (in Thai)

20. Gebbie KM, Qureshi K. Emergency and disaster preparedness: Core competencies for nurses. *Am J Nurs* 2002;102(1):46-51.
21. Fang Y, Nie Y, Penny M. Transmission dynamics of the COVID-19 outbreak and effectiveness of government interventions: A data-driven analysis. *J Med Virol* 2020;92(6):645-59.
22. Mao X, Loke AY, Hu X. Developing a tool for measuring the disaster resilience of healthcare rescuers: a modified Delphi study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2020;28(4).

บทความวิจัย

ภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569)
ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
The Scenario of the Bachelor of Nursing Curriculum (During 2022-2026) from
Perspectives of Nursing Students Studying in Nursing College under
the Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

Received: Mar 1, 2022
Revised: Apr 14, 2022
Accepted: Apr 20, 2022

สุกิจ ทองพิลา วท.ม. (Sukit Thongpila, M.Sc.)¹
วัยวุฒม์ อยู่โนสิล ค.ด. (Waiyawut Yoonisil, Ph.D.)²
บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร กศ.ด. (Boonjai Srisatidharakul, Ed.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การมีส่วนร่วมของผู้เรียนเพื่อให้ข้อคิดเห็น เสนอความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจะเป็นยุทธศาสตร์การจัดการศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) ในมุมมองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 11 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทป นำข้อมูลมาถอดความแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi

ผลการวิจัย: นักศึกษาพยาบาล สะท้อนมุมมองภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 6 ประเด็น คือ 1) คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ต้องเก่งทั้ง คณิต และปฏิบัติ 2) โครงสร้างหลักสูตรลดเวลาเรียนและเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ 3) เนื้อหาต้องทันสมัยและใช้ได้จริง 4) บริหารจัดการเรียนรู้จากการลงมือทำ นำวิทยากรมาใช้ ให้เวลาเรียนรู้และบูรณาการร่วมกัน 5) มีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เพียงพอ ประสิทธิภาพดี ให้บริการ 24 ชั่วโมงและ 6) มีวิธีการประเมินผลที่หลากหลาย

สรุปผล: ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดการเรียนรู้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2565-2569) โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติอย่างเต็มศักยภาพเพื่อสร้างบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

¹นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail: sukita@bcnnv.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail: wys959@gmail.com

³รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: jenjai@gmail.com

¹²Graduate school, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

³Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

ข้อเสนอแนะ: นักศึกษาพยาบาลคือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาหลักสูตร ขณะที่อาจารย์ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนมาเป็นผู้อำนวยความสะดวกและมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ สถาบันการจัดการศึกษาพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการเรียนรู้ให้ทันสมัยนำการเปลี่ยนแปลง

คำสำคัญ : ภาพอนาคต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Abstract

Introduction: Participation of learners to advised and suggested opinions for developing the Bachelor of Nursing curriculum is a strategy for effective future nursing education.

Research objectives: To examined the scenario of the Bachelor of Nursing curriculum from the perspective of nursing college students under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health (2022-2026).

Research methodology: This is a qualitative study. The key informants were 11 presidents of student clubs. Data were collected using in-depth interviews and tape-recording, and verbatim transcription. Data were analyzed using Colaizzi's method.

Results: Findings showed that the presidents of student clubs reflected their views on the scenario of the Bachelor of Nursing program from the perspective of nursing college students under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, the Ministry of Public Health (2022-2026) in 6 themes as follows: 1) Graduate's desired characteristics including being clever, positive thinking, and well practice; 2) The curriculum structure should teach less and learn more; 3) The curriculum content must be up-to-date and practicality; 4) Instructional management should focus on learning by doing, using information technology, and providing learning opportunities and integration; 5) Providing sufficient and efficient teaching material accessible for 24 hours; and 6) Having various evaluations. Conclusion: The results of this study can be used as basic information for planning the Bachelor of Nursing curriculum, Praboromarajchanok Institute, the Ministry of Public Health (2022-2026). This focuses on learners and encourages e them to naturally improve themselves with their full potential to produce quality nursing graduates.

Implications for practice: Nursing students are very important stakeholders in curriculum development. Teachers must change their roles to be facilitator as well as constant self-improvement. Institute of nursing education must change its learning method to modernization solutions.

Keywords: Scenarios, Bachelor of Nursing Curriculum, Nursing Students, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

การจัดการศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหลักสูตรจึงต้องพัฒนาให้ทันสมัยอยู่เสมอ การศึกษาการพยาบาลในประเทศไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2439 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี การเมืองและการปกครอง¹ ประกอบกับการเกิดโรคอุบัติใหม่โควิด-19 ทั่วโลกทำให้โลกเข้าสู่ยุคสังคมปกติวิถีใหม่ (New Normal) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทั่วโลกแปรเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ไม่คุ้นเคย เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม รวมไปถึงรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลที่ปรับเปลี่ยนมาใช้เทคโนโลยีมากขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสและพบปะกันโดยตรงจากการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า เป็นต้น² จึงเป็นความท้าทายของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องมาตรฐานวิชาชีพและสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ³

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งแรกของประเทศ มีภารกิจหลักในการผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการ ทักษะในวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีสำนึกต่อสังคม และมีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเองตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประเทศไทย สืบสานพระปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 โดยมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 30 แห่ง กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ และมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ 2560 เพื่อให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แก่ผู้รับบริการ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ระยะเวลากว่า 80 ปี ที่วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเป็นกำลังหลักในการ

ผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการในระบบสุขภาพของประเทศ โดยในปีการศึกษา 2562 มีบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,999 คน คิดเป็นร้อยละ 38.65 ของบัณฑิตพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย⁴

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 โดยเริ่มจากการจัดการศึกษาพยาบาลโดยใช้หลักสูตรวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยศิริราชพยาบาล ต่อมาในปี 2517 ปรับปรุงหลักสูตรเป็นประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) และพัฒนาเป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระยะเวลาในการศึกษา 4 ปี ในปัจจุบัน แต่จากผลการประเมินหลักสูตร พบว่า อาจารย์ยังยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางส่วนใหญ่ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย เนื้อหาวิชามีความซ้ำซ้อน ไม่ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลก ระบบสารสนเทศ ห้องสมุด ห้องปฏิบัติการพยาบาล ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญา ทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะภาษาอังกฤษค่อนข้างต่ำ⁵⁻⁷

แนวคิดการจัดการศึกษาตามแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 การสรรค์สร้างระบบการศึกษาที่มีคุณภาพ โดยมุ่งให้สถานศึกษาพัฒนาหลักสูตร เน้นให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา (All for Education) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาที่หลากหลาย มีความเหมาะสมกับตัวผู้เรียนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความคิดขั้นสูงที่ต้องสอดคล้องกับความสามารถของแต่ละบุคคลตามความถนัด ความต้องการ และความสนใจ⁸ หลักสูตรเปรียบเสมือนหัวใจของการจัดการศึกษาเป็นกรอบการกำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ แนวทางการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งการวัดและประเมินผลผู้เรียนที่สำคัญสำหรับผู้สอน สภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย รวมไปถึงบุคลิกลักษณะของนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันที่เกิดใน พ.ศ. 2540-2555 อายุระหว่าง 10-25 ปีเป็นกลุ่ม generation z ที่เทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต คือนอกกรอบ เป็นตัวของตัวเอง และความทะเยอทะยานสูง

ความอดทนทำให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดและผลสำเร็จของงาน⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดสูงมากกว่าสาขาอื่นและเป็นสาเหตุการเรียนรู้ช้าขึ้น การลาออก รวมไปถึงเกิดภาวะซึมเศร้าจนนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย¹⁰

การศึกษานานาชาติของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดแนวทางในการจัดการศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งในอดีตเราอาจจะพอทำนายได้ว่า อะไรจะเกิดขึ้นในอีก 10 ปี หรือ 20 ปีข้างหน้า แต่ในโลกในปัจจุบันล้วนเต็มไปด้วยความผันผวนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รุนแรงอย่างสุดขีดทั้งในสังคมไทยและสังคมโลก ประกอบกับจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาล พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าหากให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็น ความต้องการในกระบวนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในอีก 5 ปี ข้างหน้าเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์การจัดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักการเรียนรู้ด้วยตนเองสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็ม และมีความสุขในการเรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก รวมทั้งสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตามมุมมองของนักศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ

ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การตัดสินใจ ความเข้าใจถึงความหมายและระบบคุณค่า ตลอดจนวัฒนธรรมของกลุ่มคนตามคำบอกเล่าของผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง¹¹ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการสืบค้นปรากฏการณ์โดยการวิเคราะห์และพรรณนาภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2565-2569) โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจะนำมาวิเคราะห์หาสาระสำคัญ (themes) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ นายกลสมุสรนักรศึกษา วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่ได้รับการเลือกตั้งมาเป็นตัวแทนของกลุ่มในปฏิบัติหน้าที่การส่งเสริม พัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาพยาบาล โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 11 คน โดยผู้วิจัยกำหนดมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) คือ 1) ดำรงตำแหน่งนายกลสมุสรนักรศึกษา 2) ปฏิบัติหน้าที่ที่นายกลสมุสรนักรศึกษามาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 3) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะอย่างไร ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ร่วมกับการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การจดบันทึกข้อมูลระหว่างการดำเนินการสัมภาษณ์ และการบันทึกเสียง

4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-G-371/2564E ลงวันที่ 30

กันยายน 2564 โดยผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียด ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัย ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อจัดทำหนังสืออนุญาตจัดสงฆ์ให้ต้นสังกัดของผู้ให้สัมภาษณ์ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล 2) ผู้วิจัยติดต่อกับนายกสโมสรมักศึกษารายแรก ๆ ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดเพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) 3) การนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์ 4) ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลร่วมกับสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย 5) ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจง เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง 6) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองตามแนวคำถามที่สร้างขึ้นเกี่ยวกับอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะอย่างไร ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกการตอบคำถาม โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอิสระในการให้ข้อมูล และผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อทดสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล กรณีที่ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตดำเนินการสัมภาษณ์อีก 1 ครั้ง พร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์แล้วระบุให้ผู้ให้ข้อมูลใหม่โดยวิธีการบอกต่อ (Snowball sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลใหม่ต้องมีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) ศึกษา จัดกลุ่ม และสร้างข้อสรุปการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic inductive) วิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบของ Colaizzi¹² คือ 1) ถอดเทป

จากการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลแบบคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาโดยตรวจสอบข้อมูลโดยการเปรียบเทียบจากการฟังเทปการสัมภาษณ์หลาย ๆ ครั้ง 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และจากการสังเกตอ่าน ทบทวนบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วหลาย ๆ ครั้งเพื่อตีความ ประโยค หรือข้อความที่สอดคล้องกับประเด็นในการศึกษา 3) แยกแยะ จับกลุ่มตามประเด็นหลักที่ทำการศึกษาที่ให้อยู่ร่วมกัน (categorization) เป็นกลุ่ม ๆ 4) ผู้วิจัยดำเนินการข้อ 1)-3) กับผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป 5) เมื่อวิเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายตามประเด็นที่ศึกษาพอมองเห็นความคล้ายคลึงกันของข้อมูลนำกลุ่มรหัสมาพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (theme) และประเด็นย่อย (sub-theme) 6) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องข้อมูล

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบสามเส้าตามแนวคิดของ Cohen และ Manion เพื่อสะท้อนว่าข้อมูลและผลการวิจัยถูกต้อง น่าเชื่อถือ และตรงกับความเป็นจริงโดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาการสัมภาษณ์ที่เหมาะสม และตรวจสอบข้อมูลโดยการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันการให้ข้อมูล 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกตเข้าด้วยกันเพื่อเชื่อมโยงรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง 3) การตรวจสอบข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เพื่อดูว่าข้อมูลที่ได้รับความถูกต้อง เหมาะสม และตรงประเด็นคำถามการวิจัยหรือไม่¹³

ผลการวิจัย

ผลการศึกษามุมมองของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายและองค์ประกอบของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2565-2569) สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่พึงประสงค์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์** ควรมีลักษณะ ดังนี้ คือ

1.1 **เก่งดี** คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ภูมิหายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาล ภาษาอังกฤษ ปัญหาสุขภาพ โรคระบาด ภาวะสุขภาพในอนาคต มีความเข้าใจความแตกต่างทาง พหุสังคม วัฒนธรรม ใฝ่รู้แสวงหาความรู้ ค้นหาลิขิตใหม่ ๆ ความรู้ใหม่ เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีสมรรถนะเรื่องเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ

1.2 **คิดดี** คือ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความรักและเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล กล้าคิด กล้าตัดสินใจ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ควบคุมอารมณ์ที่ดี คำนึงถึงผู้อื่นตลอดจนเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้เกียรติผู้อื่นเสมอ

1.3 **ปฏิบัติดี** คือ ให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แก่ผู้รับบริการทุกช่วงวัยในทุกมิติสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ ประยุกต์เทคโนโลยีมาพัฒนานวัตกรรมมาทางการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีทักษะในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับบริการและสหสาขาวิชาชีพ มีภาวะผู้นำ กล้าคิด กล้าตัดสินใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ข้อแรกเลยมีความรู้ มีคุณธรรม ความรับผิดชอบ เพราะพยาบาลเราดูแลชีวิตคน ในอนาคต ความรู้เรื่องโรคระบาด ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทำให้ต้องมีความใฝ่รู้อยู่ตลอด สามารถควบคุมสติ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในวิชาชีพพยาบาล การมีทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ สหสาขาวิชาชีพ มีความสามารถด้านภาษาอังกฤษ การคิดวิเคราะห์การเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม”

“ความรู้ด้านการพยาบาล ภูมิหายที่เกี่ยวข้อง มีทักษะความรู้ด้านภาษาอังกฤษ ควบคู่ไปกับการมีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ รับผิดชอบต่อตัวเองและผู้อื่น สามารถคิดวิเคราะห์ ใช้เทคโนโลยีมาสร้างนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ ใฝ่รู้ เป็นผู้นำ ยอมรับความแตกต่างของวัฒนธรรม มีทักษะในการสื่อสารที่เป็นมิตร ตลอดจนสามารถปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”

2. **ด้านโครงสร้างของหลักสูตร** ควรมีลักษณะ ดังนี้

2.1 **ลดเวลาเรียน** ปรับลดหน่วยกิตตลอดหลักสูตร ต้องให้น้อยลง แยกหลักสูตรออกเป็น 2 สาขา คือ สาขาการพยาบาล และสาขาการผดุงครรภ์ ทำให้ระยะเวลาในการศึกษาตลอดหลักสูตรลดลง

2.2 **เพิ่มโอกาสรู้** โดยนักศึกษาเมื่ออิสระในการเลือกเรียนในรายวิชากลุ่มวิชาเลือกเสรี หรือสามารถเลือกทำกิจกรรมเสริมความรู้ที่ตนเองสนใจได้เอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“หลักสูตรค่อนข้างที่จะหนัก ต้องดูที่เนื้อหาเกี่ยวกับเวลาให้สัมพันธ์กัน รูปแบบของหลักสูตรที่เป็นควรแยกออกเป็น การพยาบาล และการผดุงครรภ์ รายวิชาเลือกเสรีผมว่าอยากให้มีการเลือกได้อย่างอิสระ”

“ทุกวันนี้รู้สึกว่าการเรียนมันแน่น หลักสูตรควรจะแยกเป็น 2 สาขา ใครจะสนใจเลือกสาขาการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ จบไปเราจะไปให้การพยาบาล หรือจบไปจะทำคลอด และมันน่าจะทำให้เราจบไวขึ้น ส่วนในรายวิชาเลือกเสรีอยากเลือกได้เองค่ะ”

“หลักสูตรหนักเกินไป ควรปรับลดหน่วยกิตลงมาครับ ถ้าแยกเป็นสาขาพยาบาลหรือผดุงครรภ์จะทำให้ผู้เรียนมีความสุขยิ่งขึ้น รายวิชาเลือกเสรีให้เลือกทำกิจกรรมหรือรายวิชาเสริมความรู้”

3. **ด้านเนื้อหาหลักสูตร** ควรมีลักษณะ ดังนี้

3.1 **ทันสมัย** โดยเนื้อหาที่มีความทันสมัยตามกระแสการเปลี่ยนแปลงบริบทของสุขภาพปัญหาสาธารณสุข โรคระบาด สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโลกปัจจุบันและในอนาคต ปรับลดหน่วยกิตรายวิชาการผดุงครรภ์ และในรายวิชาภาษาอังกฤษควรเป็นอาจารย์ชาวต่างชาติเป็นผู้สอน

3.2 **ใช้ได้จริง** เนื้อหาวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่มีเนื้อหาใกล้เคียง ซ้ำซ้อนกัน บูรณาการเป็นรายวิชาเดียวกัน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้จริงในอนาคต ลดเนื้อหาวิชาวิชาการผดุงครรภ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีจำนวนคนคลอดลดลง รายวิชาภาษาอังกฤษเน้นการนำภาษาอังกฤษไปใช้ในการสื่อสารและการปฏิบัติการพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“เนื้อหาควรต้องทันสมัยตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ปัญหาโรคติดต่อและโรคที่เกิดขึ้นมาใหม่ ๆ ภาค

ทฤษฎีและภาคปฏิบัติรวมกันเป็นวิชาเดียวกัน เรียนรวมกันเลย จะได้เข้าใจมากขึ้น ลดเนื้อหาวิชาการผดุงครรภ์เท่าที่นำไปใช้จริงในอนาคต รายวิชาภาษาอังกฤษเน้นการสื่อสารและการปฏิบัติการพยาบาล”

“เนื้อหาในวิชาการพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับสถานการณ์หรือปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคต ช่างหน้า ปัญหาโรคอุบัติใหม่ เนื้อหาวิชาเดียวกันในภาคทฤษฎีปฏิบัติเรียนต่อเนื่องเลยเพื่อให้เรียนและนำไปใช้ได้เลย วิชาภาษาอังกฤษอยากให้เน้นภาษาอังกฤษที่เน้นในการใช้งานจริง”

4. ด้านวิธีการจัดการเรียนการสอน ควรมีลักษณะดังนี้

4.1 ลงมือทำ เน้นให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ (active learning) กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบเพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) การเน้นปัญหาเป็นหลัก (problem-based learning) เป็นต้น โดยต้องมีการเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ในห้องสาคิการพยาบาล ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้นักศึกษามั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย

4.2 นำเทคโนโลยีมาใช้ โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในการเรียนการสอนให้มากขึ้น เช่น การเรียนการสอนแบบออนไลน์ การเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นต้น

4.3 ให้เวลาเรียนรู้ ลดการเรียนการสอนแบบบรรยาย (lecture) เปิดโอกาสให้นักศึกษาอ่านหนังสือหาความรู้เพิ่มเติม เรียนรู้นอกห้องเรียนจากสื่อออนไลน์เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

4.4 บูรณาการร่วมกัน โดยการสร้างความร่วมมือการจัดการเรียนจัดการเรียนสอนทั้งในภาควิชาทฤษฎีและปฏิบัติร่วมกันระหว่างวิทยาลัยกับโรงพยาบาลตลอดจนชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“การสอนนักศึกษาต้องได้ลงมือปฏิบัติจริง เช่น SBL ใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้มากขึ้น อาจารย์บางท่านบรรยายตามสไลด์ทำให้ไม่อยากเรียนรู้ ควรสอนแบบนี้ให้น้อยลง ในภาคปฏิบัติต้องมีการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนขึ้นไปฝึกจริง ที่พยาบาลควรจะมาร่วมสอนเรียนในชั้นเรียนและ

ในหอผู้ป่วยด้วยครับ หลักสูตรต้องเปิดโอกาสให้นักศึกษามีเวลาในการอ่านหนังสือหรือหาความรู้เพิ่มเติมบ้างครับ”

“ถ้าได้ลงไปทำจริงแบบ active Learning ร่วมกับการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีส่วนช่วยในการสอนลดการสอนบรรยายตามสไลด์เยอะๆ ลง มีการเตรียมความพร้อมนักศึกษาโดยใช้ SIM ก่อนทำให้ไม่กังวลมากค่ะ หนูคิดว่าที่พยาบาลใน ward ควรจะมาสอนทั้งในวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ และต้องลดเวลาเรียน ให้เวลานักศึกษาอ่านหนังสือต้องหาความรู้เพิ่มเติม”

5. ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ควรมีลักษณะ ดังนี้

5.1 เพียงพอ ทุนจำลองเสมือนจริง อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยจำลอง ฐานข้อมูลออนไลน์ จำนวนหนังสือในห้องสมุด สัญญาณอินเทอร์เน็ตต้องมีเพียงพอกับความต้องการของนักศึกษา

5.2 ประสิทธิภาพดี ทุนจำลองเสมือนจริง อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยจำลอง ฐานข้อมูลออนไลน์ จำนวนหนังสือในห้องสมุด และสัญญาณอินเทอร์เน็ตต้องมีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานอุปกรณ์เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน อุปกรณ์เครื่องมือต่างในห้องปฏิบัติการพยาบาลต้องทันสมัย

5.3 เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง อุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยจำลอง สัญญาณอินเทอร์เน็ตมีความครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของนักศึกษาที่เข้าใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ดังคำกล่าวที่ว่า

“พัฒนาความเพียงพอและความพร้อมของทุนจำลองห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลควรเปิด 24 ชั่วโมงทำให้เราเข้าใจได้ดีขึ้นครับ ปรับปรุง ฐานข้อมูล ห้องสมุด ต้องเพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาและทันสมัยเสมอ รวมถึงความเสถียรและความแรงของสัญญาณอินเทอร์เน็ตครับ”

“อุปกรณ์ในปฏิบัติการพยาบาลต้องใช้งานได้จริงเหมือนเวลาเราขึ้น ward ครบถ้วน สมบูรณ์และเปิดให้เข้าใช้ได้ 24 ชั่วโมง ทุนจำลองต้องเพียงพอ ครบทุกสาขานอกจากนี้เรื่องของฐานข้อมูล หนังสือในห้องสมุดจะต้องมีเพียงพอและมีการอัปเดต สุดท้ายสัญญาณอินเทอร์เน็ตต้องมีความเสถียร ครอบคลุมค่ะ”

6. ด้านการวัดและประเมินผล ควรมีลักษณะ ดังนี้

6.1 หลากหลาย การวัดผลต้องมีหลากหลายสอดคล้องกับวิธีการจัดการเรียนการสอน เช่น ในภาคทฤษฎี

การสอบแบบปรนัย การสอบแบบอัตนัย การสอบปากเปล่า การสอบโดยใช้สถานการณ์จำลอง การสาธิตย้อนกลับ ภาควิชาปฏิบัติให้มีอาจารย์ผู้สอน พยาบาลในหอผู้ป่วยเข้ามา มีส่วนร่วมเข้ามามีส่วนร่วมในการวัดผลด้วย แต่ในภาพรวมของ หลักสูตรยังต้องประเมินผลการเรียนของนักศึกษาออกมาเป็นเกรดเฉลี่ย ดังคำกล่าว

“การวัดผลผมว่าการสอบข้อเขียนยังมีความจำเป็น นะครับ แต่ควรเพิ่มสอบโดยใช้แบบสถานการณ์จำลองดีกว่าครับ หรือ oral test ภาควิชาปฏิบัติให้อาจารย์นิเทศ ที่พยาบาล บบวรธรรมาร่วมในการประเมินภาพรวมผมคิดว่าควรประเมิน ผลออกมาเป็นเกรดอยู่”

“หนูคิดว่าภาควิชาวัดผลการเรียนเป็นแบบผ่านกับไม่ผ่าน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่พยาบาลบวรธรรมาร่วมด้วย ก็ดีนะค่ะ อาจารย์นิเทศคนเดียวอาจมองไม่เห็นเวลาเราดูแล ผู้ป่วย และเป็นเกรดก็โอเคค่ะ”

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา มุมมองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมาย และองค์ประกอบของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย พยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2565-2569) สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่พึงประสงค์ สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ควร เป็นเก่งดี คิดดี และปฏิบัติดี สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ในมาตรา 23, 24, 28 และ 29 การปฏิรูปการศึกษา ต้องมุ่งเน้นผู้เรียนให้เป็นคน เก่ง-ดี-มีสุข โดยคนเก่ง คือ รู้ดี เป็นบัณฑิตที่มีความสามารถทางพุทธิปัญญา มีทักษะการเรียนรู้ ที่แจ่มแจ้ง วิเคราะห์เป็น สังเคราะห์ได้ มีคุณลักษณะและ ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และการเรียนรู้ตลอดชีวิต คนดี คือ คิดดี มีคุณธรรม จริยธรรม มีความรักและเจตคติที่ดี ต่อวิชาชีพการพยาบาล กล้าคิด กล้าตัดสินใจ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ควบคุมอารมณ์ที่ดี ตลอดจนเคารพศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ มีสุข คือ จากการปฏิบัติให้การพยาบาลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์แก่ผู้รับบริการทุกช่วงวัยในทุกมิติสุขภาพ

ตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพของผู้รับบริการในยุค VUCA World ที่มีการ เปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วรุนแรง พลิกผัน คาดไม่ถึงอย่างมี ประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และผู้รับบริการสามารถ ดูแลตนเองได้¹⁴ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ที่ “คนไทยทุกคนต้องได้รับการศึกษาและ เรียนรู้ตลอดชีวิตที่มีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขสอดคล้อง กับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการเปลี่ยนแปลงของ โลกศตวรรษที่ 21”¹⁵ และปณิธานของสถาบันพระบรมราชชนก ที่มุ่งสร้าง “ปัญญาของชุมชนเพื่อชุมชน”⁴

2. ด้านโครงสร้างของหลักสูตร ควรลดเวลาเรียน และเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวคิด teach less, learn more ที่มุ่งเน้นพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานจริง ลดเวลาเรียนรู้ด้านวิชาการลงแต่ผู้เรียนต้องเรียนรู้สาระหลัก อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ¹⁶ ประกอบกับปัจจุบันผู้เรียน เป็นกลุ่ม generation z ที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ต่างๆ ในการเรียนรู้ ดังนั้นการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (learning by doing) โดยการใช้เทคโนโลยีมาเพื่อความเข้าใจ ในประเด็นที่สำคัญให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้เรียน เปลี่ยนแปลงไปที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลาได้ ทุกที่ ทุกเวลา เพื่อพัฒนาทักษะผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21¹⁷ สอดคล้องกับการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต้นแบบสภากาชาด พ.ศ. 2564 ที่กำหนดหน่วยกิตตลอด หลักสูตรไม่น้อยกว่า 123 หน่วยกิต เน้นการบูรณาการเนื้อหา ที่สอดคล้องกันเข้าด้วยกันและกำหนดชั่วโมงการศึกษาด้วย ตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่พบประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับข้อค้นพบ คือ รูปแบบหลักสูตรแยกเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขา การผดุงครรภ์¹⁸

3. ด้านเนื้อหาหลักสูตร ต้องทันสมัยและใช้ได้จริง สอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนรู้หลักสูตรพยาบาล ศาสตร์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์โลก แห่งยุคศตวรรษที่ 21 การออกแบบบทเรียนประสบการณ์ เรียนรู้ที่สนุก ทำหายจากแหล่งเรียนรู้ชุมชนให้เชื่อมโยงกับ ชีวิตจริงของผู้เรียน ไปสู่สาระการเรียนรู้รายวิชาร่วมกับการ บูรณาการความรู้ ความเข้าใจของเนื้อหาสาระของรายวิชา เพื่อการพัฒนาทักษะการสืบค้นและการสร้างความรู้ ความเข้าใจเชิงลึก การสร้างความเชี่ยวชาญตามกรอบมาตรฐาน

วิชาชีพการพยาบาลผสมผสานการใช้เทคโนโลยี รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายในการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเพื่อพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของผู้เรียนให้มีความรู้ ทักษะความสามารถ และสมรรถนะที่นำไปใช้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต สอดคล้องกับ มติประชุมวิชาการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ พ.ศ. 2564 ที่ "ครูต้องเปลี่ยน MINDSET มาเป็นผู้ออกแบบการเรียนรู้ให้เป็นเรื่องที่สนุก ปลุกความคิด เชื่อมชีวิตไปกับการเรียนรู้"¹⁹

4. ด้านวิธีการจัดการเรียนการสอน ต้องลงมือทำ นำวิทยากรมาใช้ ให้เวลาเรียนรู้ และบูรณาการร่วมกัน สอดคล้องผลการวิจัย เรื่อง อนาคตภาพของการจัดการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในบริบทประชาคมอาเซียน พบว่า การจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรควรเน้นประสบการณ์มากกว่าเนื้อหาเพิ่ม การจัดให้มีกิจกรรมให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติเพื่อเรียนรู้นอกห้องเรียน ส่งเสริมการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ครูต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากครูห้องสี่เหลี่ยมเป็นครูจากสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นและนำเสนอความคิด สร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบเป็นกันเอง ออกแบบกิจกรรมที่สร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผสมผสานในการจัดการศึกษาพยาบาล²⁰ สอดคล้องกับ Welsh กล่าวว่า การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องตามความสนใจและความต้องการของผู้เรียน เอื้อต่อการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนมีแรงบันดาลใจและมีความรู้สึกที่ดีจนนำไปสู่การเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹ และระบบการประกันคุณภาพเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (AUN-QA) เกณฑ์ที่ 1 การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตรที่ต้องพัฒนาขึ้นตามความต้องการจำเป็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเกณฑ์ที่ 2 ต้องสื่อสารข้อมูลหลักสูตรเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานการศึกษาวิชาชีพพยาบาลให้มีคุณภาพ สามารถให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคสังคมปกติใหม่ในอนาคต²²

5. ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ต้องมีเพียงพอ ประสิทธิภาพดี และเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงสอดคล้องกับ ปัทมา ทองสม กล่าวว่า การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โสตทัศนูปกรณ์ที่เหมาะสม ห้องปฏิบัติการมีอุปกรณ์และโสตทัศนูปกรณ์ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ และการให้บริการด้านคอมพิวเตอร์เพียงพอ ทำให้ผู้เรียนมีความสุขและการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³ และผลการศึกษาของ Alshammari เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัย เช่น ห้องเรียน ห้องสมุด ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้สามารถพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ประสิทธิภาพ²⁴

6. ด้านการวัดและประเมินผล ต้องหลากหลาย สอดคล้องกับวิธีการจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุญญา คูอาริยะกุล ศึกษาการประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผู้สอนควรมีวิธีการประเมินการเรียนรู้ที่หลากหลาย ตรงจุดมุ่งหมายหรือผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการให้เกิดกับผู้เรียน ตลอดจนใช้เครื่องมือวัดที่ดีและมีคุณภาพ และกระทำอย่างต่อเนื่อง²⁵ สอดคล้องกับสภาการวิจัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา กล่าวถึงวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาแนวใหม่จะต้องเป็นการประเมินผลเชิงคุณภาพ เน้นการปฏิบัติจริง บูรณาการวิธีการประเมิน และใช้เครื่องมือวัดที่หลากหลายเหมาะสมกับวัยของผู้เรียน สอดคล้องและเหมาะสมกับพฤติกรรมที่ต้องการวัด ใช้เทคนิคการประเมินผลอย่างหลากหลาย เช่น การสังเกต การประเมินโครงงาน แฟ้มสะสมงาน แบบทดสอบ เป็นต้น ร่วมกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการวัดและประเมินผล เพื่อสะท้อนจากการปฏิบัติของผู้เรียนมาปรับปรุงแก้ไขงาน ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพ สามารถผลิตบัณฑิตให้ตอบสนองต่อความต้องการของวิชาชีพและสังคม ทำให้มั่นใจว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างมั่นใจและมีคุณภาพ²⁶

สรุป ภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ศ. 2565-2569) ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ต้องเก่งดี คิดดี และปฏิบัติดี 2) ด้านโครงสร้างของหลักสูตร ต้องลดเวลาเรียน เพิ่มโอกาสการเรียนรู้ 3) ด้านเนื้อหาหลักสูตร ต้องทันสมัย ใช้ได้จริง 4) ด้านวิธีการจัดการเรียนการสอนต้องเรียนรู้จากการลงมือทำ นำวิทยาการมาใช้ ให้เวลาเรียนรู้และบูรณาการร่วมกัน 5) ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ต้องเพียงพอ ประสิทธิภาพดี เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมงและ 6) มีวิธีการประเมินผลที่หลากหลาย ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในกระบวนการจัดการเรียนการสอน หากได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เสนอความต้องการ เนื้อหาสาระและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความสนใจจะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง สังเกตคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในอนาคต ตามปฏิธานของสถาบันพระบรมราชชนกที่จะสร้าง “ปัญญาของชุมชนเพื่อชุมชน”

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความสำคัญในการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การจัดการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางด้วยวิธีการที่หลากหลายโดยต้อง “สอนน้อยลง เพิ่มเวลาเรียนรู้ให้มากขึ้น (teach less, learn more)” ร่วมกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาการเรียนรู้ตามความสามารถและความสนใจของแต่ละบุคคลได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการและ

ความต้องการของสังคมในอนาคต

2. อาจารย์ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดการเรียนการสอนที่รองรับกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงลึกและกว้าง ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากผู้สอนมาเป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ ตลอดจนจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนใช้กระบวนการคิด ค้นหาความรู้ แก้ปัญหาด้วยตัวเอง และมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนการวัดและการประเมินผลให้สอดคล้องกับหลักสูตรตามความต้องการของผู้เรียนและความต้องการของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สถาบันการจัดการศึกษาพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการเรียนการสอน การบริหารจัดการศึกษาให้ทันและนำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตลอดจนต้องจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความปลอดภัย โดยคำนึงถึงความเพียงพอ เหมาะสม พร้อมใช้งาน และทันสมัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาภาพอนาคตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น เช่น ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้ใช้บัณฑิตเพิ่มเติมเพื่อให้ได้แนวทางการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

References

1. Wanchai A. Thai education: Trends in development of nursing profession. Journal of Nursing, Siam University 2017;18(35):106-17. (in Thai).
2. Cheevakasemsook A. Nursing teaching and learning management with blended learning in New Normal Era. Journal of Health and Nursing Research 2021;37(1):25-37. (in Thai).
3. Clayton M. Disruptive innovation: An intellectual history and directions for future research. Journal of Management Studies 2018;55(7):1043-78.
4. Nittayangkun S, Arabia N. Praboromarajchanok Institute Annual Report 2020. Nonthaburi. Phimphan Printing. 2020. (in Thai).
5. Photaworn P, Boonnua C, Saiwaree T. An evaluation of the bachelor of nursing science program (revised curriculum B.E. 2016). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021;9(1):199-212. (in Thai).
6. Kooariyakul A. The evaluation of the bachelor of nursing curriculum revised edition 2012, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit 2019;9(1):44-58. (in Thai).
7. Damruk P. Satisfaction of students and instructors on the bachelor of nursing science program management in Boromarajonani college of nursing, Yala. Al-Hikmah Journal 2019;8(16):123-134. (in Thai).
8. Ministry of Education. The National education plan B.E. 2017-2036 Bangkok: Office of the Education Council, 2017. (in Thai).
9. Gale S. What HR leaders need to know about generation Z. Workforce 2018;97(5): 10.
10. Tantalanutkul S. Stress and stress management in nursing students. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2020;9(1):81-92. (in Thai)
11. Husserl E. Phenomenology and the Crisis of Philosophy (Lauer Q. trans.). New York: Harper & Row; 1965.
12. Colaizzi, P. Psychological research as the phenomenologist views it. New York: Oxford University Press; 1978.
13. Cohen L, Manion L. Research method in education. 4th ed. New York: Routledge;1994.
14. Office of the Education Council National Education. Act B.E. 1999 and Amendments Second National Education Act.B.E. 2002. (in Thai).
15. Office of the Education Council Office of the Education Council Secretariat, National Education Plan B.E. 2017 – 2036. Bangkok. company Pigwan Graphic Co., Ltd. 2017 (in Thai).

16. Thongdee W. Teach less learn more:TLLM according Buddhist. Proceeding of the 5th Phuket Rajabhat University Conference. Developing the Quality of Thai Research to the International Standards; 2019. (in Thai).
17. Sarah B. Keating. Curriculum development and evaluation in nursing education. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.
18. Thailand Nursing and Midwifery Council. Bachelor of nursing science program 2021 [Internet] 2022 [cited 2022 Feb 25]. Available from:[http://110.164.51.228/bcnu/ attachments/ article/1280.pdf](http://110.164.51.228/bcnu/attachments/article/1280.pdf). (in Thai).
19. Chuenkongkaew W. The National Health professional education Foundation.The report on the global interprofessional education conference; GIPEC 2021"how education sector responds to VUCA health system" the 3rd webinar "Is Blended learning Effective in Health Profession Education. Bangkok; 2021. (in Thai).
20. Kotra P. A scenario of educational management of undergraduate nursing curricula in the context of ASEAN community. *Journal of Health Science Research* 2017;11(2):18-27.
21. Welsh TM. Designing environments for constructive learning. Springer Science & Business Media; 2012.
22. ASEAN University Network. The Guide to AUN-QA assessment at programme Level Version 4. 0. Bangkok; 2020.
23. Thongsom, P. The development of indicators of happiness in learning of students in nursing science undergraduate program under The Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Education* 2014;4(1):88-110. (in Thai).
24. Alshammari, L., Alshammari, F., Astodello, E., Saguban , R., & Altheban, A. Factors affecting the academic performance of student nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice* 2018;8(1):60-9.
25. Kooariyakul A. Clinical learning assessment of nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(2):179-87. (in Thai).
26. National Research Council. Assessing 21st century skills - summary of a workshop. Washington, DC: National Academies Press; 2011.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร
ต่อรอบเอวและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนลงพุงThe Effects of Diet Change Program on Waist Circumference
and Blood Pressure in Hypertensive Patients with Abdominal Obesity

Received: Apr 30, 2021

Revised: Oct 4, 2021

Accepted: Mar 3, 2022

สุนันtha ปกป้อง พย.ม. (Sunantha Pokpong, M.N.S)¹ปาหนัน พิชยภิญโญ ปร.ด. (Panan Pichayapinyo, Ph.D)²สุนีย์ ละกำป็น กศ.ด. (Sune Lagampan, Ed.D)³กรภัทร มยุระสาคร พ.บ., ส.ร.ว.พ.ค.ท. (Korapat Mayurasakorn, M.D., FRCFPT)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในประเทศไทย มักจะพบในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญของการควบคุมภาวะโรคและลดรอบเอว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนลงพุง ต่อความตระหนักในการรับประทานอาหาร ความสมดุลในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ พฤติกรรมการรับประทาน ความดันโลหิตและรอบเอว

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - มีนาคม พ.ศ. 2563 ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัดในวันจันทร์เป็นกลุ่มทดลอง (n = 28) และกลุ่มที่มาตรวจตามนัดในวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31) โปรแกรมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพตนเอง การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและอ้วนลงพุง วิเคราะห์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การตั้งเป้าหมายตนเองและฝึกทักษะการปรับอาหารและการโทรศัพท์ติดตาม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลรักษาตามปกติของคลินิก ทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามในระยก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสควร์ สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและสถิติการทดสอบ pair t-test และ Independent t-test

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: nansunantha7@gmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: panan.pic@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sune.leg@mahidol.ac.th

⁴ รองศาสตราจารย์ นพ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: korapat.may@mahidol.ac.th

^{1,4} Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

^{2,3} Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความตระหนักฯ ความสมดุลในการตัดสินใจฯ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการทดลองและมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลง ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสัปดาห์ที่ 6 กับก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 8 กับก่อนการทดลองด้านความตระหนักฯ ความสมดุลในการตัดสินใจฯ การรับรู้ความสามารถตนเองฯ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยรอบเอวและความดันซิสโตลิกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) แต่พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยค่าความดันไดแอสโตลิกของระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

สรุปผล: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนลงพุง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นได้ ส่งผลให้รอบเอวและค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานที่ให้บริการสุขภาพในชุมชนอื่นได้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความคงทนของพฤติกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรม

คำสำคัญ: อ้วนลงพุง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร โรคความดันโลหิตสูง ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง

Abstract

Introduction: Hypertension (HT) is a common public health problem in Thailand. Obesity was found as a co-existing incidence among patients with HT. Dietary consumption is recognized as an important factor to control high blood pressure (BP) and reduce waist circumference.

Objectives: The study aimed to investigate an effectiveness of diet change program among hypertensive patients with abdominal obesity to dietary consumption awareness, decisional balance in consumption, perceived self-efficacy of consumption, dietary consumption behavior, BP level, and waist circumference.

Methods: This quasi-experimental study was conducted in the primary care unit, Siriraj hospital from October 2019 to March 2020. The inclusion criteria were: aged 35 years and older, and diagnosed with HT for at least 1 year. Participants visiting the clinic on Monday were assigned into the experimental group ($n = 28$) and those who visiting on Thursday were assigned into the comparison group ($n = 31$). The 8-week program applying the Stage of Change theory included health status assessment, educational session of HT and obesity, analysis of eating behavior, goal setting, diet skill practice, and telephone monitoring. The comparison group received routine care from the clinics. Data were collected using questionnaires at baseline and at 6-, and 8-week follow-ups. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, Chi-square test, Repeated Measure ANOVA, pair t-test, and Independent t-test.

Result: At follow-up, the experimental group had significant greater mean scores of dietary consumption awareness, decisional balance in consumption, perceived self-efficacy, dietary behavior greater, lower systolic BP ($p < .001$), and lower waist circumference ($p < .05$) than those at the baseline, but no significant difference in mean of diastolic BP ($p > .05$). The experimental group had the mean difference scores between the 6th week and baseline, and those between the 8th week and baseline of dietary consumption awareness, decisional balance in consumption, perceived self-efficacy, and dietary behavior significant greater than those in the comparison group ($p < .001$). Also, the experimental group had the mean difference of waist circumference and systolic BP significant greater than those in the comparison group ($p < .05$). However, the mean difference in diastolic BP between groups was not observed ($p > .05$).

Conclusion: The diet change program can promote better eating behavior leading to lower systolic BP and lessen waist circumference among patients with HT and abdominal obesity.

Implications: This program can be applied in other community settings. Recommendations for further research include extended study duration, and large sample size to examine the sustainability of behavior and the effectiveness of the program.

Keywords: abdominal obesity, dietary consumption, hypertension, stage of change

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1.6 ล้านคน จาก พ.ศ. 2556 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีความชุกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้น 136,418 ราย² จากการศึกษาของ Ettehad และคณะ³ พบว่า การลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป้าหมายของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁴ และพบว่า การรับประทานอาหารลดความดันโลหิต (Dietary Association to Stop Hypertension; DASH) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมระดับความดันโลหิต⁴ โดยอาหาร DASH ประกอบด้วย การรับประทานอาหารไขมันต่ำ เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ และจำกัดเกลือ ซึ่งสามารถลดระดับความดันซิสโตลิกได้ถึง 8-14 มิลลิเมตรปรอท⁵ และสามารถลดรอบเอวได้เฉลี่ย 2-5 เซนติเมตร

ด้วยระยะเวลา 8-12 สัปดาห์⁶

ภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) หรือ ภาวะการมีรอบเอวเกินมาตรฐาน จากรายงานการศึกษาของ Krzesinski และคณะ⁷ ระบุว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่อ้วนลงพุง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะอ้วนลงพุงเป็นตัวชี้วัดใช้เพื่อประเมินไขมันสะสมทั้งหมดในร่างกายได้ดีกว่าการใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI)⁸⁻⁹ ยังพบว่าการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานผักผลไม้และธัญพืชไม่ขัดสีในปริมาณน้อย การมีกิจกรรมทางกายที่น้อย เป็นผลให้เกิดการสะสมไขมันส่วนเกินในช่องท้อง¹⁰ ดังนั้น การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเพื่อลดรอบเอวและความดันโลหิตด้วยอาหาร DASH ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งจำเป็น

สถิติของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง 5,354 คน มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์และสูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอทถึงร้อยละ 33.58¹¹ ผลการสำรวจประชากรไทย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมภาวะโรคได้เนื่องจากยังไม่มีความตระหนักต่อการเป็นโรค ร้อยละ 45¹² ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์พยาบาลรายกรณีในหน่วยบริการที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตไม่คำนึงถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น การสร้างเสริมความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพพระตำบลดงมะดะจะมีความจำเป็น

ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (the Stages of Change Model) พัฒนาโดย Prochaska และ DiClement¹³ ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแพร่หลาย เช่น การเลิกบุหรี่¹⁴ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย¹⁵ การควบคุมน้ำหนัก¹⁶ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม¹⁷⁻¹⁸ โดยทฤษฎีนี้ระบุว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เมื่อมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเริ่มจากระยะการไม่สนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ระยะก่อนตั้งใจ) จนพิจารณาไตร่ตรองที่จะปรับเปลี่ยน (ระยะตั้งใจ) มีความรู้สึกพร้อมที่จะปรับเปลี่ยน (ระยะพร้อมที่จะปฏิบัติ) เกิดการปฏิบัติ (ระยะปฏิบัติ) และปฏิบัติเป็นประจำในที่สุด (ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม) ซึ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้ อาจจะมีการย้อนกลับไปกลับมาระหว่างขั้นได้ ก่อนที่จะมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาอย่างถาวร¹³

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร

1. ขั้นก่อนการตั้งใจ-ขั้นตั้งใจ

- การประเมินภาวะสุขภาพตนเอง
- ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะอ้วนลงพุง DASH diet
- ฝึกเลือกอาหารจากชุดโมเดลอาหาร

2. ขั้นพร้อมปฏิบัติ

- กล่าวชมเชยหากเกิดการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร
- ตั้งเป้าหมายตนเองในการรับประทานอาหาร

3. ขั้นปฏิบัติ

- ชมวิดีโอต้นแบบด้านบวกและอภิปรายการจัดการปัญหา
- ให้กำลังใจชมเชย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงต่อ ความตระหนัก ความสมดุลในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่าความดันโลหิตและรอบเอวในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนลงพุงในผู้ป่วยที่หน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 และ 8 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยด้าน (1) ความตระหนักในการรับประทานอาหาร (2) ความสมดุลในการตัดสินใจรับประทานอาหาร (3) การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานอาหาร และ (4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มากกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 และ 8 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและรอบเอวลดลงจากก่อนการทดลอง
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีผลต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรการศึกษาระหว่างสัปดาห์ที่ 6 กับก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 8 กับก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



- ความตระหนักในการรับประทานอาหาร
- ความสมดุลในการตัดสินใจในการรับประทานอาหาร
- การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานอาหาร
- พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- ค่าความดันโลหิต
- ค่ารอบเอว

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนลงพุงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 ปีขึ้นไป มีค่าความดันซิสโตลิกเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 90-99 มิลลิเมตรปรอท มีค่ารอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ในเพศหญิงและมากกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย ประเมินว่ามีพฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในขั้นของพฤติกรรมในขั้นก่อนซังใจและซังซังใจ และมีโทรศัพท์ติดต่อดี

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ การมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้หรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น หรือเคยเข้าร่วมหรือกำลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนการเข้าร่วมการศึกษา

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำโดยกำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ $(1-\beta) = 0.80$ และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของรอบเอวเฉลี่ย 2 กลุ่มจากการวิจัยของ Siripittayakunkit และคณะ¹⁹ ได้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดเป็นค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 และคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power Version 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลหรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็น 64 คน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่ามีการสูญหายของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมี 28 คน (ขาดการติดต่อ 3 คนและถอนตัวจากการศึกษา 1 คน) และกลุ่มเปรียบเทียบมี 31 คน (ถอนตัวจากการศึกษา 1 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบเก็บรวบรวม ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล 9 ข้อ ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรักษาปัจจุบัน และโรคประจำตัวอื่นๆ

2. เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล ยี่ห้อ Bathroom scale เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล ยี่ห้อ Sekure รุ่น BP-1307 ซึ่งได้ผ่านการสอบเทียบความตรงกับอุปกรณ์อ้างอิงของโรงพยาบาลก่อนนำมาใช้ และสายวัดรอบเอว

3. แบบประเมินขั้นของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 3 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบจาก 6 ตัวเลือกตามขั้นของพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) ปัจจุบันมีพฤติกรรมกินผักและกินผลไม้ตามหลักอาหารลดความดันโลหิตอยู่ในระยะใด 2) ปัจจุบันมีพฤติกรรมกินอาหารไขมันต่ำตามหลักอาหารลดความดันโลหิตอยู่ในระยะใด และ 3) ปัจจุบันมีพฤติกรรมการจำกัดเกลือโซเดียม อยู่ในระยะใด และคำตอบมี 6 ตัวเลือกตามขั้นของพฤติกรรม ตั้งแต่ 1 = ยังไม่เคยคิดจะทำ จนถึง 6 = เคยทำได้ทุกวันแต่ตอนนี้ทำไม่ได้หรือไม่ได้ทำแล้ว ในการศึกษานี้การแปลผลขั้นของพฤติกรรมโดยรวมจากการพิจารณาขั้นที่ต่ำที่สุดข้อใดข้อหนึ่งจาก 3 ข้อ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยา เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาลดความดันโลหิตสูงในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในด้านความครบถ้วนของจำนวนยา ความสม่ำเสมอ และการรับประทานยาตามเวลา แบบวัดนี้เป็นแบบเลือกตอบได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) และปฏิบัติ (1 คะแนน) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 โดยคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารับประทานยาลดความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-21) มีความเชื่อมั่น เท่ากับ .73

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับประเภทและระยะเวลาการออกกำลังกายภายใน 1 สัปดาห์ โดยให้คะแนนเป็นตามระยะเวลาการออกกำลังกายตามแบบเลือก

ตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อวัน (0 คะแนน) 1-2 วัน (1 คะแนน) 3-4 วัน (2 คะแนน) 5-6 วัน (3 คะแนน) และ 7 วัน (4 คะแนน) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 โดยคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายสูง มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83

6. แบบสอบถามความตระหนักในการรับประทาน อาหาร เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 10 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงข้อควรระวังในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด การรับประทานอาหาร DASH แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 โดยคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการรับประทานอาหารสูง แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด เท่ากับ .91

7. แบบสอบถามความสมดุลในการตัดสินใจในการ รับประทาน อาหาร เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนลงพุง ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทาน อาหาร DASH ต่อสุขภาพของตนเอง แบบวัดนี้เป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 โดยคะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความสมดุลในการ ตัดสินใจในการรับประทานอาหารสูง แบบวัดนี้มีค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ .73

8. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการ รับประทาน อาหาร เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นการรับรู้ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่มีภาวะอ้วนลงพุงว่าตนเองมีความสามารถ ในการจัดการ ตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือเกลือโซเดียมสูง ตามการรับประทานอาหาร DASH แบบวัดนี้เป็นแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง (1 คะแนน) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองใน การรับประทานอาหารสูง แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของ แบบวัด เท่ากับ .92

9. แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นการปฏิบัติ ตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ปริมาณและสัดส่วนของชนิดอาหาร ที่รับประทาน ความถี่ ความต่อเนื่องของการปฏิบัติตัวใน การรับประทานอาหารตามหลักอาหาร DASH แบบวัดนี้ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำทุกวัน (5 คะแนน) จนถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) มีค่าคะแนน อยู่ระหว่าง 10-50 โดยคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรม การรับประทานอาหาร DASH ในระดับสูง แบบวัดนี้มีค่าความ เชื่อมั่นของแบบวัด เท่ากับ .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก กลุ่มทดลองในวันจันทร์ กลุ่มเปรียบเทียบในวันพฤหัสบดี และภายหลังได้รับการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยทำ การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามและวัดรอบเอวและค่าความ ดันโลหิต 3 ครั้ง คือ ระยะเวลาการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการปรับ เปลี่ยนการรับประทานอาหารที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับ ขึ้นของการเปลี่ยนแปลง มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มย่อย 3 ครั้งและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 4 ครั้ง ซึ่งการจัดโปรแกรมสำหรับกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 5-6 ราย โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมมุ่งเน้นที่การสร้าง ความตระหนัก (consciousness raising) การเร้าอารมณ์และ ความรู้สึก (dramatic relief) การประเมินตนเอง (self – reevaluation) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะขั้นก่อน ชั่งใจ-ขั้นชั่งใจ โดยประกอบด้วย การประเมินและวิเคราะห์ ตนเองด้วยอาหารจานโปรด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความ ดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ชมวิดีโอที่เกี่ยวกับภาวะ อ้วนลงพุง รวมทั้งความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร DASH โดยใช้ชุดโมเดลอาหาร ฝึกการ ใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร ฝึกอ่านฉลากอาหาร และวางแผนปรับพฤติกรรม 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมมุ่งเน้นที่การสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติและการทำพันธสัญญากับตนเอง (self-liberation) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะขั้นพร้อมปฏิบัติ โดยประกอบด้วยการวิเคราะห์ตนเองจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม ผู้วิจัยให้คำชมเชยหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการปรับเปลี่ยนรายการอาหารจานโปรดให้เป็นอาหาร DASH ให้เหมาะสม กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายวางแผนการรับประทานอาหารรายวันและรายสัปดาห์ 30-45 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมมุ่งเน้นที่การเสริมแรง (reinforcement management) การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationship) การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (counter-conditioning) และการควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะขั้นปฏิบัติ โดยประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้กำลังใจผู้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมและต่อเนื่อง ให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนระยะยาวในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร 35 นาที

ในสัปดาห์ที่ 2 4 5 และ 7 กลุ่มตัวอย่างได้รับการโทรศัพท์ติดตามจากผู้วิจัยเพื่อประเมินขั้นของพฤติกรรม การรับประทานอาหาร จากนั้นชมเชยและให้กำลังใจในกรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น หรือให้คำแนะนำในการแก้ไขอุปสรรคปัญหาและกระตุ้นให้เกิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในรายที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เวลาการโทรศัพท์ 10-15 นาที

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบปกติของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยได้รับความรู้โรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองจากแพทย์ผู้ให้การรักษา กรณีผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับมีปัญหาการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดยา รับประทานอาหารไม่เหมาะสม และ/หรือเริ่มมีภาวะแทรกซ้อน

เช่น โรคไตระยะเริ่มต้น จะได้รับคำปรึกษาโดยพยาบาล จัดการรายกรณีเป็นรายบุคคล 10-30 นาทีต่อครั้ง และได้รับคำแนะนำพร้อมคู่มือการรับประทานอาหารเพื่อลดอ้วนลงพุงเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ 758/2561 (EC2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการการศึกษา การเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจและการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 18 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า Chi-Squares (χ^2) ผู้วิจัยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov - Smirnov พบว่า มีการกระจายแบบปกติ ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตัวแปรการศึกษาค่าความดันโลหิตและรอบเอวระหว่างก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และ 8 ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA และทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ pair t-test และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ส่วนมากทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลในระลอกก่อนการทดลอง

คุณลักษณะและข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	7	25.00	4	12.90	.320 ^a
หญิง	21	75.00	27	87.10	
อายุ (ปี)					
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	63.00 (9.50)		64.39 (8.71)		.561 ^b
สถานภาพสมรส					
โสด	7	25.00	7	22.60	.545 ^c
คู่	17	60.70	16	51.60	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	14.30	8	25.80	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	2	7.10	1	3.20	.599 ^a
ประถมศึกษาขึ้นไป	26	92.90	30	96.80	
รายได้ส่วนบุคคล (บาท)					
Median (IQR)	5,000 (6,000)		6,500 (8,100)		.291 ^b
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)					
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	10.64 (4.98)		10.77 (8.14)		.941 ^b

^aFisher's exact test; ^bIndependent t-test; ^cChi-square

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในช่วงเวลาการวัดที่ต่างกันในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) ค่าเฉลี่ยความตระหนักในการรับประทานอาหาร ($p < .001$) (2) ค่าเฉลี่ยความสมดุลในการตัดสินใจในการรับประทานอาหาร ($p < .001$) (3) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานอาหาร ($p < .001$) (4) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p < .001$) และ (5) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ($p < .001$) แต่มีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกใน 3 ช่วงเวลา ไม่แตกต่างกัน ($p = .54$) และค่าเฉลี่ยรอบเอวใน 3 ช่วงเวลา ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .065$)

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ pair t-test พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 6 และ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองด้าน (1) ความตระหนัก ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) (2) ความสมดุลในการตัดสินใจ ($p < .001$; $< .001$

ตามลำดับ) (3) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) (4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) และ (5) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) และพบว่า สัปดาห์ที่ 8 มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสัปดาห์ที่ 6 ในด้านความสมดุลในการตัดสินใจ ($p < .05$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < .05$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p < .05$) และในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงจากก่อนการทดลอง ($p = .048$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยรอบเอวเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ($p = .035$) แต่พบว่าค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

เมื่อทำการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสัปดาห์ที่ 6 กับก่อนการทดลอง และระหว่างสัปดาห์ที่ 8 กับก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยสูง

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้าน (1) ความตระหนัก ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) (2) ความสมดุลในการตัดสินใจ ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) (3) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) และ (4) พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ($p < .001$; $< .001$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .030$; $.002$ ตามลำดับ) และรอบเอวต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .037$; $.004$

ตามลำดับ) ในขณะที่พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน ($p = .360$; $.707$ ตามลำดับ) และยังพบว่าระหว่างสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีผลต่างของค่าเฉลี่ยความสมดุลในการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .008$; $.032$ ตามลำดับ) และผลต่างของค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p = .020$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรในการศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 28) M.D (SD)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31) M.D (SD)	t	p-value
ความตระหนักในการรับประทานอาหาร				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	4.89 (5.22) ^{***a}	-0.19 (1.68)	4.92	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	6.21 (5.16) ^{***a}	0.65 (3.83)	4.66	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	1.32 (3.80)	0.84 (3.53)	0.50	.615
ความสมดุลในการตัดสินใจในการรับประทานอาหาร				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	3.14 (2.66) ^{***a}	-0.23 (1.09)	6.24	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	4.75 (2.81) ^{***a}	-0.13 (2.09)	7.49	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	1.61 (2.43) ^{*a}	0.09 (1.77)	2.73	.008 ^b
การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานอาหาร				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	3.64 (3.39) ^{***a}	-0.16 (0.52)	5.87	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	5.29 (4.14) ^{***a}	0.09 (2.21)	5.91	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	1.64 (2.52) ^{*a}	0.26 (2.31)	2.20	.032 ^b
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	6.89 (4.84) ^{***a}	-0.35 (1.88)	7.43	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	9.25 (6.36) ^{***a}	1.71 (4.80)	5.09	<.001 ^{**b}
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	2.35 (3.64) ^{*a}	2.06 (4.68)	0.27	.791
ค่าความดันซิสโตลิก				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	-9.11 (10.45) ^{***a}	-2.64 (11.65)	-2.23	.030 ^b
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	-12.96 (10.35) ^{***a}	-3.90 (10.57)	-3.32	.002 ^b
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	-3.86 (9.22)	-1.26 (9.72)	-1.05	.298
ค่าความดันไดแอสโตลิก				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	-1.89 (9.76)	0.26 (8.11)	-0.92	.360
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	-1.67 (9.87)	-0.77 (8.55)	-0.38	.707
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	0.21 (9.86)	-1.03 (7.40)	0.55	.583

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปรในการศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 28)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)	t	p-value
	M.D (SD)	M.D (SD)		
รอบเฝ้า				
สัปดาห์ที่ 6 - ก่อนการทดลอง	-1.00 (4.01)	0.87 (2.66)	-2.14	.037 ^{ab}
สัปดาห์ที่ 8 - ก่อนการทดลอง	-1.86 (4.74) ^a	2.45 (6.19) ^a	-2.98	.004 ^{ab}
สัปดาห์ที่ 8 - สัปดาห์ที่ 6	-0.86 (2.12)	1.58 (5.15)	-2.33	.020 ^{ab}

*p < .05; **p < .001; ^apair t-test; ^bIndependent t-test; M.D = ผลต่างค่าเฉลี่ย; SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสนับสนุนว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนลงพุงได้ รวมทั้งสนับสนุนทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงของ Prochaska และ Diclemente¹³ และสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ Pichayapinyo และคณะ²⁰ และ Choojal²¹

โปรแกรมการศึกษานี้ส่งเสริมความตระหนักในการรับประทานอาหารโดยใช้เทคนิคการเร้าอารมณ์และความรู้สึกให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง และการให้ข้อมูลความรู้ เพื่อเพิ่มความตระหนัก รู้ ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์ประเมินตนเองซ้ำ ด้านปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคู่มือของตัวแบบด้านบวก อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดการตัดสินใจหรือเลือกแนวทางปฏิบัติตนให้เหมาะสมขึ้น ซึ่งการที่บุคคลซึ่งนำหน้กระหว่างประโยชน์และผลเสียหรืออุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และให้น้ำหนักกับประโยชน์ (pros) มากกว่าอุปสรรค (cons) ก็จะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มาก¹³ การฝึกการอ่านฉลากอาหาร การคิดปรับเมนูอาหาร และเรียนรู้จากโมเดลอาหารแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเห็นตัวแบบด้านบวก ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น

กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากการรับประทานอาหาร DASH ที่เน้นอาหารกากใยสูง ไขมันต่ำ ลดเกลือโซเดียม ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกลดลง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มทดลองมีความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kucharska และคณะ⁶ ทั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร่วมกับเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน ส่งผลให้ผนังหัวใจและหลอดเลือดมีความแข็งและมีความยืดหยุ่นน้อยลง การคลายตัวของหัวใจจึงลดลง²² อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาที่นานขึ้น

กลุ่มทดลองมีรอบเอวลดลงก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีรอบเอวเพิ่มขึ้น อาจอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมนี้เน้นการลดอาหารที่ไขมันและเกลือโซเดียมสูงจากอาหาร DASH ส่งผลลดการบวมจากการดื่มน้ำกลับในร่างกายและการรับประทานอาหารผักและผลไม้ช่วยให้ระบบเผาผลาญในร่างกายสมดุลและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้รอบเอวลดลงในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kucharska และคณะ⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการอื่นและอาจเป็นแนวทางในการจัดที่เป็นระบบในการติดตามเยี่ยมและ

กระตุ้นผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งไม่อาจส่งผลให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของ ความดันโลหิตได้อิสโตลิก ดังนั้น ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ ผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

ข้อจำกัดการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถสนับสนุนถึงประสิทธิผลของ โปรแกรมการศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการปรับเปลี่ยน ยาลดความดันโลหิตระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งบริบทการใช้ชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

References

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Ministry of Public Health. Group report standard: illness with critical NCDs [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai).
3. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;387(10022):957-67.
4. Hypertension Society of Thailand. Guidelines for the treatment of hypertension in general practice. Bangkok: Huanamprinting; 2015. (in Thai).
5. Siervo M, Lara J, Chowdhury S, Ashor A, Oggioni C, Mathers JC. Effects of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Br J of Nutr* 2015;113(1):1-15.
6. Kucharska A, Gajewska D, Kiedrowski M, Sinska B, Juszczak G, Czerw A, et al. The impact of individualised nutritional therapy according to DASH diet on blood pressure, body mass, and selected biochemical parameters in overweight/obese patients with primary arterial hypertension: a prospective randomised study. *Kardiologia Pol* 2018;76(1):158-65.
7. Krzesinski P, Stanczyk A, Piotrowicz K, Gielerak G, Uzieblo-Zyczkowska B, Skrobowski A. Abdominal obesity and hypertension: a double burden to the heart. *Hypertens Res* 2016;39(5):349-55.
8. Savva SC, Lamnisos D, Kafatos AG. Predicting cardiometabolic risk: waist-to-height ratio or BMI. A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2013; 6:403-19.
9. Ashwell M, Gibson S. Waist to height ratio is a simple and effective obesity screening tool for cardiovascular risk factors: analysis of data from the British national diet and nutrition survey of adults aged 19–64 years. *Obes Facts* 2009;2(2):97-103.
10. Burini RC, Kano HT, Nakagaki MS, Frenhani PB, McLellan KCP. Behavioral factors of abdominal obesity and effects of lifestyle changes with fiber adequacy. *New Insights in Obes Gene Beyond* 2017; 1:14-22.

11. The primary care unit Siriraj Hospital. Statistics of hypertensive patients. Bangkok: The primary care unit Siriraj Hospital; 2017. (in Thai).
12. Aekplakorn W, editor. Report of the Thai public health survey by the 4th physical examination 2008-9. Nontaburi: The Graphic System Company; 2010. (in Thai).
13. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. Handbook of psychotherapy integration. (2nd ed.). 1992. United Kingdom: Oxford University Press; p. 1102-14.
14. Raya P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Lattanan K. Effects of the smoking cessation program applying transtheoretical model among smokers at Wongwon sub-district, Kuntung district, Trung province. *Journal of Health and Nursing Research* 2015;31(2):9-25. (in Thai).
15. Pennington CG. Applying the transtheoretical model of behavioral change to establish physical activity habits. *Journal of Education and Recreation Patterns (JERP)* 2021;2(1):11-20.
16. de Freitas PP, de Menezes MC, dos Santos LC, Pimenta AM, Ferreira AVM, Lopes ACS. The Transtheoretical model is an effective weight management intervention: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2020; 20:1-12.
17. Gordali M, Bazhan M, Ghaffari M, Omidvar N, Rashidkhani B. The effect of TTM-based nutrition education on decisional balance, self-efficacy and processes of change for fat intake. *Health Educ J* 2021;121(3):229-45.
18. Saotong T, Pichayapinyo P, Lagampan S. Effects of behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(3):19-2. (in Thai).
19. Siripitthayakhunkit A, Phakdee O, Malatham P. Promote the ability to maintain energy balance against health conditions of hospital personnel with metabolic syndrome. *Ramathibodi Nursing Journal* 2013;19(3):365-81. (in Thai).
20. Pichayapinyo P, Lagampan S, Rueangsiriwat N. Effects of a dietary modification on 2 h postprandial blood glucose in Thai population at risk of type 2 diabetes: an application of the Stages of Change Model. *Int J Nurs Pract* 2015;21(3):278-85.
21. Choojai S. Effect of dietary lifestyle adjustment program for blood pressure control of hypertensive patients in Angthong hospital. *Maharakham Hospital Journal* 2015;12(1):159-67. (in Thai).
22. Xu X, Wang B, Ren C, Hu J, Greenberg DA, Chen T, et al. Age-related impairment of vascular structure and functions. *Aging Dis* 2017;8(5):590-610.

บทความวิจัย

เจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดสระบุรี
Attitudes toward Persons with Physical Disability Among
Village Health Volunteers in Saraburi Province

Received: Jun 28, 2022
Revised: Jul 22, 2022
Accepted: Aug 17, 2022

สุภาภรณ์ เทพพานิช วท.ม. (Supaporn Teppanich, M.Sc.)¹
กันยารัตน์ อุบลวรรณ ปร.ด. (Kanyarat Ubolwan, Ph.D.)²
จิราพัชร ชัดแสน ภ.บ. (Jirapat Katsaen, B.P.T.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการฟื้นฟูคนพิการให้มีสมรรถภาพทางกายกลับคืนสู่ปกติ การมีเจตคติที่ดีทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานฟื้นฟูได้ดี ทำให้สภาพร่างกายของคนพิการดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับเจตคติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล กับเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดสระบุรี จำนวน 370 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับคนพิการ และแบบวัดเจตคติที่มีต่อคนพิการ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.791 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ t-test และ One Way ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี Least Significant Difference เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มตัวอย่างต่อคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 95.62$, $SD = 10.25$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.6) มีเจตคติระดับปานกลาง ($M = 95.19$, $SD = 9.61$) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า การมีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ ($t = -2.162$) หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ($t = 2.311$) และระดับการศึกษา ($F = 2.642$) มีคะแนนเจตคติต่อคนพิการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผล: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีเจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ สถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน และระดับการศึกษาที่ต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีเจตคติที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ: การสร้างเสริมเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ควรคำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล

คำสำคัญ: เจตคติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

¹Corresponding author: นักกายภาพบำบัดชำนาญการ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี E-mail: supaporn.teppanich@gmail.com

²อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: kanyarat@bcns.ac.th

³นักกายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี E-mail: jirapatkatsaen@gmail.com

^{1,3}Physiotherapy department, Saraburi hospital, Saraburi, Thailand

²Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of nursing, Praboromrajchanok institute, ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Introduction: Village Public Health Volunteers have a role for rehabilitating persons with physical disability to improve their physical abilities to be normal. Having a good attitude allows village health volunteers to perform well in rehabilitation, leading to improve the physical of persons with physical disability.

Research objectives: This descriptive research aimed to determine the attitude level and compare the differences of personal factors with the attitudes of VHVs toward persons with physical disability.

Research methodology: This research is a cross-sectional descriptive design. The sample consisted of 370 village health volunteers in Saraburi province using a simple random sampling method. The instruments used in this study consisted of general information questionnaire, persons with physical disability questionnaire, and attitudes towards persons with physical disability questionnaire. A Cronbach's alpha reliability Coefficient of the questionnaire was 0.791. The data were analyzed by using descriptive statistics and using t-test and One way ANOVA and using Least Significant Difference to compare paired differences.

Results: The finding showed that mean scores of the participants' attitude towards persons with physical disability were moderate level ($M = 95.62$, $SD = 10.25$). The participants about 98.6 had a moderate attitude level ($M = 95.19$, $SD = 9.61$). The comparison of personal factors revealed that having relatives or important persons with physical disabilities ($t = -2.162$), work place ($t = 2.311$), and education level ($F = 2.642$) had a statistically significant difference in attitude mean scores towards persons with physical disability at the 0.05 level.

Conclusions: The VHV's attitude towards persons with physical disability was at a moderate level. The VHV's having relatives or important persons with disabilities, different work places, and different levels of education had different attitudes.

Implication: As well as, having positive attitude, health volunteers could perform great job in giving rehabilitation program toward handicap people in community. In other word, handicap people could get benefit from health volunteers who having good knowledge and attitude in handicap rehabilitation.

Key words: attitudes, village health volunteer (VHV), persons with physical disability

บทนำ

คนพิการเป็นบุคคลที่มีความสามารถถูกจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ปัจจุบันพบว่าคนพิการในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จากสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพบว่า ในปี 2562 มีคนพิการจำนวน 2.01 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.89 ของประชากรทั้งประเทศ¹ และในปี 2563 และปี 2564 พบว่ามีจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นเป็น 2.07 ล้านคน และ 2.10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.12 และ 3.18 ของประชากรทั้งประเทศ^{2,3} ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากคนพิการพบได้มากทุกช่วงวัย โดยคนในช่วงวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป พบได้มากคิดเป็นร้อยละ 40.71 และ 55.56 ของจำนวนคนพิการทั้งหมดตามลำดับ ความพิการที่พบส่วนใหญ่เป็นความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 55.99 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.07 ของจำนวนคนพิการ^{2,3} จึงส่งผลทำให้ความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการให้บริการคนพิการในรูปแบบต่าง ๆ มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น

การให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย นอกจากแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ซึ่งมีหน้าที่หลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแล้ว ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทในการช่วยนักกายภาพบำบัดในการให้บริการฟื้นฟูคนพิการ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC), ผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care: LTC), ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care: PC) และผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกิจกรรมหลักอย่างหนึ่งในการปฏิบัติงานของอสม. ซึ่งปัจจุบัน อสม. ได้รับมอบหมายในการช่วยดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และเริ่มมีการจัดให้อสม. เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะคนพิการอีกทั้งอสม. ยังมีบทบาทที่ท้าทายในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการในชุมชน⁴ ในปัจจุบันทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด

ไม่เพียงพอ จึงมีความต้องการพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ทำให้อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการในชุมชน ทั้งยังช่วยให้คนพิการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง การฟื้นฟูคนพิการให้มีความสมรรถนะทางกายดีขึ้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ไม่เพียงแต่ผู้ฟื้นฟูต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการฟื้นฟูแล้ว ยังต้องมีความอดทน และต้องมีเจตคติที่ดีต่อคนพิการ ที่ให้การดูแลด้วย การมีเจตคติที่ดีต่อคนพิการทำให้อสม. มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้คนพิการ ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถนะทางร่างกายให้ดีขึ้น⁵ เจตคติของอสม. จึงมีความสำคัญในการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ

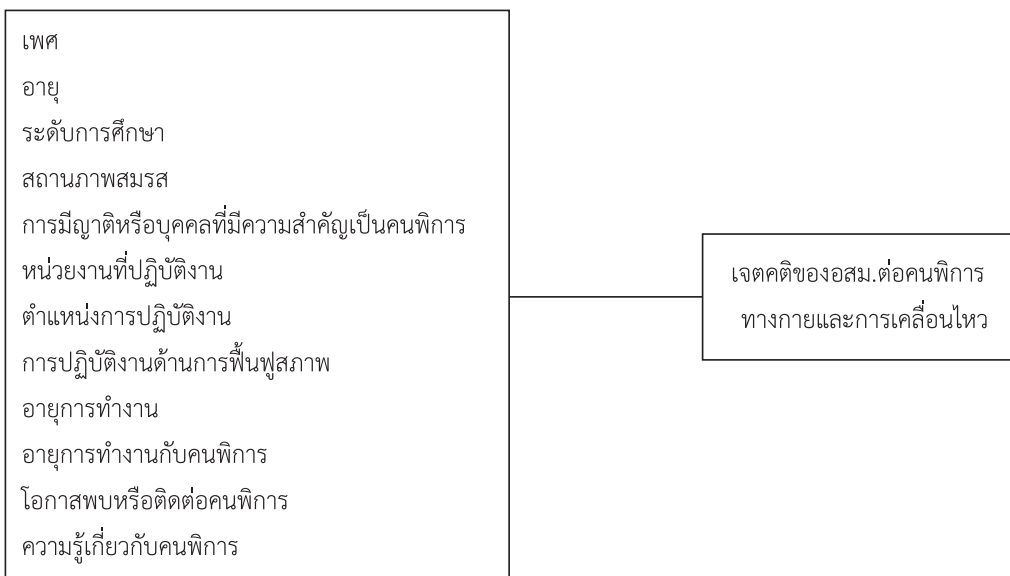
เจตคติของบุคลากรทางการแพทย์ และอสม. เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการให้บริการและการดูแลคนพิการอย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ Lauer และ Handel พบว่า ความสำเร็จของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันระหว่างนักกายภาพบำบัด คนพิการ และญาติ ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจ การปฏิสัมพันธ์ และเจตคติที่ดีต่อกัน⁶ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเจตคติของผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การให้บริการแก่คนพิการ จึงมีผู้สนใจได้ทำการศึกษาเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคนพิการเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักกิจกรรมบำบัด⁷ และนักศึกษาแพทย์⁸ มีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ และในการศึกษาของสุรเชษฐ์ ลิลาขจรกิจ และคณะ พบว่า นักกายภาพบำบัดมีทัศนคติต่อคนพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงดี⁹ ในขณะที่การศึกษาของรวัชรธรรม สุขเสถียร พบว่า นักศึกษาแพทย์และแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาแล้ว มีทัศนคติต่อคนพิการในระดับปานกลาง¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเจตคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคนพิการ จากการศึกษาของศุภศิลป์ จำปานาค พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติเชิงบวกต่อคนพิการลดลงเมื่ออายุการทำงานและอายุการทำงานกับคนพิการเพิ่มขึ้น¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อคนพิการ เช่น เพศ^{12,13} อายุ¹⁴ ความรู้^{13,14} สถานที่ทำงานและรูปแบบการปฏิบัติงาน^{15,16} โอกาสพบและติดต่อกับคนพิการ^{13,14,16} และการที่มีคนพิการอยู่ในครอบครัว^{8,13}

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดสระบุรี อสม.ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการในฐานะเป็นนักฟื้นฟูชุมชน ปฏิบัติงานที่ศูนย์ร่วมสุขหรือที่บ้านร่วมกับนักกายภาพบำบัด และทีมสหสาขาวิชาชีพของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี โดยอสม.เหล่านี้ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ และฝึกทักษะการออกกำลังกายบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้มีศักยภาพและความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้น ไม่เพียงแต่ความรู้และทักษะในการฟื้นฟูเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับเจตคติของผู้ปฏิบัติงานด้วยดังกล่าวนมาแล้วข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเจตคติของบุคลากรสาขาต่าง ๆ ต่อคนพิการเป็นจำนวนมากผ่านมานานแล้วหลายปี แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มอสม. ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเจตคติของอสม. ต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในจังหวัดสระบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติของอสม.ต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว รวมทั้งเปรียบเทียบเจตคติของอสม.ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือก อสม. เข้ามาช่วยนักกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพคนพิการ และพัฒนาเจตคติของ อสม. ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ

คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในศูนย์บริการฟื้นฟูต่าง ๆ ที่จัดตั้งไว้เพื่อรองรับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Community Based Rehabilitation : CBR) เช่น ศูนย์ร่วมสุข ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ทฤษฎีเจตคติของออลพอร์ท¹⁷ ที่กล่าวว่าเจตคติเป็นความพึงพอใจจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวกำหนดทิศทางกรมีปฏิริยาของบุคคลต่อบุคคล วัตถุ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเจตคติของบุคคลจะเกิดขึ้นได้โดยกระบวนการเรียนรู้ ประสบการณ์ส่วนตัว การเลียนแบบ และอิทธิพลของกลุ่มสังคม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเจตคติของบุคคลต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ^{12,13} อายุ¹⁴ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ^{13,14} สถานภาพสมรส การมีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ^{8,13} ตำแหน่งการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพ อายุการทำงาน อายุการทำงานกับคนพิการ โอกาสพบหรือติดต่อคนพิการ^{13,14,16} ประสบการณ์ สถานที่ทำงานและรูปแบบการปฏิบัติงาน^{15,16} ดังแสดงไว้รูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลกับเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็น อสม. ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี จากทะเบียนรายชื่อ อสม. สถิติในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 10,012 คน¹⁸

กลุ่มตัวอย่างคืออสม. ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี มีประสบการณ์เป็นอสม. 1 ปีขึ้นไปขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้การคำนวณโดยใช้สูตร¹⁹

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

$Z_{\alpha/2}$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด

σ^2 = ความแปรปรวน

d = Precision

N = จำนวนประชากร

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับเจตคติต่อผู้พิการได้ค่า SD = 11.55¹¹ ความคลาดเคลื่อน 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 488 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายจากทะเบียนรายชื่อของ อสม. 13 อำเภอ ในจังหวัดสระบุรี โดยเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าร่วมงานวิจัยดังนี้ 1) เป็น อสม. ในจังหวัดสระบุรีมาอย่างน้อย 1 ปี และ 2) สามารถสื่อสารได้เข้าใจ เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีญาติ

หรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพ อายุการทำงาน อายุการทำงานกับคนพิการ และความรู้เกี่ยวกับคนพิการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีประสบการณ์เกี่ยวกับคนพิการ เช่น โอกาสพบหรือติดต่อกับคนพิการ เวลาที่ให้บริการคนพิการ เป็นต้น มีทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติที่มีต่อคนพิการ (The Attitudes Towards Disabled Persons (ATDPs) Scale – Form A) ซึ่งพัฒนาโดย Yuker และ Block²⁰ แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยสุรเชษฐ์ ลีลาจกรกิจ⁹ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, และ 29 คำถามเชิงลบมีจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 26, 27, 28, และ 30 การตอบเป็นแบบ Likert scale 6 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (3) จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (-3) หากเป็นคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม จากนั้นรวมคะแนนที่ได้แล้วกลับ +, - แล้วบวก 90 จะได้คะแนนที่ต้องการ (เช่น รวมคะแนนจากแบบสอบถามได้ -40 เมื่อกลับ - เป็น + จะได้ + 40 + 90 เท่ากับ 130 คะแนน) โดยคะแนนสูงหมายถึงมีเจตคติดี และคะแนนต่ำหมายถึง มีเจตคติไม่ดี คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-180 คะแนน ช่วงคะแนน 0-60 หมายถึงมีเจตคติต่ำ ช่วงคะแนน 61-120 หมายถึง มีเจตคติปานกลาง และคะแนน 121-180 หมายถึง มีเจตคติสูง ในกรณีที่เป็นแบบสอบถามชุดใดมีข้อที่ไม่ได้ตอบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ข้อ จะให้ 0 คะแนนในข้อที่ไม่ได้ตอบ แต่ถ้าพบว่ามิใช่ข้อที่ไม่ได้ตอบมากกว่า 4 ข้อ แบบสอบถามชุดนั้นจะถูกตัดออก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดเจตคติที่มีต่อคนพิการได้ถูกนำไปทดสอบกับอสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.791

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่หนังสือรับรอง EC022/2563 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2563 สิ้นสุดการอนุมัติวันที่ 24 มิถุนายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์รับรองโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเข้าพบผู้รับผิดชอบงาน อสม. ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก อสม. ทั้ง 13 อำเภอ

2. ขอทะเบียนรายชื่อบุคคล อสม. ทั้ง 13 อำเภอจากผู้รับผิดชอบ และทำการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อให้ได้จำนวนตามสัดส่วนของอสม.แต่ละอำเภอ

3. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอสม. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่

4. ผู้วิจัยพบอสม. ที่ถูกสุ่มเป็นตัวอย่าง เพื่อชี้แจงจุดประสงค์การวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ทำการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นเวลา 30-45 นาที โดยแบบสอบถามทุกชุดได้แนบเอกสารการชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัยพร้อมด้วยหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

5. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม เป็นเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมดพบว่า มีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์และผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (แบบสอบถามที่ไม่ได้ตอบมากกว่า 4 ข้อ แบบสอบถามชุดนั้นจะถูกตัดออก) จำนวน 370 ฉบับ

คิดเป็นร้อยละ 75.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนเจตคติต่อผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้ t-test และ One Way ANOVA ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Least Significant Difference (LSD)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 68.9 อายุเฉลี่ย 53.97 (SD = 9.31, Min-Max = 25-84) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.7 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 39.7 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 79.2 ตำแหน่งการปฏิบัติงานเป็นประธาน อสม. ร้อยละ 54.3 ทำงานเป็น อสม. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 47.3 และทำงานกับคนพิการ 1-10 ปี ร้อยละ 57.6 ปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นครั้งคราว ร้อยละ 62.2 และส่วนใหญ่ไม่มีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ ร้อยละ 61.9 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.0 มีความสนใจเป็นนักฟื้นฟูชุมชนระดับมาก และมีโอกาสพบและติดต่อกับคนพิการระดับน้อย ร้อยละ 45.4 ได้รับการอบรมที่เกี่ยวกับคนพิการ และมีความรู้เกี่ยวกับคนพิการในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.1 ร้อยละ 65.4 ตามลำดับ

2. **เจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว** กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับปานกลาง (M = 95.62, SD = 10.25, Min-Max = 67-135) เมื่อพิจารณาเจตคติในแต่ละระดับพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.6 มีเจตติระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับเจตคติของ อสม. ต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

ระดับเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเจตคติ	
			Mean	SD
ปานกลาง	365	98.6	95.19	9.61
สูง	5	1.4	127.00	6.48

M = 95.62, SD = 10.25, Min-Max = 67-135

3. การเปรียบเทียบเจตคติต่อคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส ตำแหน่งการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ที่แตกต่างกัน มีเจตคติต่อคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่มีญาติหรือบุคคลที่มี

ความสำคัญเป็นคนพิการพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่ำกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ และกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ต่างกันพบว่า มีเจตคติต่อคนพิการต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบเจตคติของอสม. ที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส มีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ ตำแหน่งปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ($n = 370$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	%	M	SD	ระดับ	t-test	p-value
เพศ						0.439	0.662
ชาย	53	14.3	96.34	13.28	ปานกลาง		
หญิง	317	85.7	95.50	9.67	ปานกลาง		
สถานภาพสมรส						-1.048	0.295
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	112	69.7	97.78	10.45	ปานกลาง		
คู่	258	18.4	95.99	10.16	ปานกลาง		
มีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ						-2.162	0.031*
ไม่มี	229	61.9	96.52	9.82	ปานกลาง		
มี	141	38.1	94.16	10.78	ปานกลาง		
ตำแหน่งปฏิบัติงาน						1.864	0.063
อสม.	169	45.7	96.70	10.39	ปานกลาง		
ประธาน อสม.	201	54.3	94.72	10.06	ปานกลาง		
สถานที่ปฏิบัติงาน						2.311	0.021*
รพช/รพท/รพศ	77	20.8	98.01	9.90	ปานกลาง		
รพสต.	293	79.2	95.00	10.26	ปานกลาง		
การปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ						-0.036	0.972
เป็นครั้งคราว	230	62.2	95.60	10.47	ปานกลาง		
เป็นประจำ	140	37.8	95.64	10.14	ปานกลาง		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบเจตคติของ อสม. ต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำแนกตามอายุ อายุการทำงาน อายุการทำงานกับคนพิการ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ และโอกาสพบหรือติดต่อกับคนพิการ (n = 370)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	%	M	SD	ระดับ	F-test	p-value
อายุ						1.542	0.215
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 ปี	23	6.2	95.43	11.20	ปานกลาง		
40-59	255	68.9	96.22	9.88	ปานกลาง		
60 ปีขึ้นไป	92	24.9	94.03	10.95	ปานกลาง		
อายุการทำงาน						1.226	0.295
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	175	47.3	96.34	10.10	ปานกลาง		
11-20 ปี	123	33.2	94.47	10.40	ปานกลาง		
มากกว่า 20 ปี	72	19.5	95.85	10.33	ปานกลาง		
อายุการทำงานกับคนพิการ						0.434	0.729
ไม่เคยทำ	90	24.3	95.10	9.98	ปานกลาง		
1-10 ปี	213	57.6	95.89	10.08	ปานกลาง		
11-20 ปี	50	13.5	94.78	10.49	ปานกลาง		
มากกว่า 20 ปี	17	4.6	97.53	13.34	ปานกลาง		
ระดับการศึกษา						2.642	0.049*
ประถมศึกษา	88	23.8	95.00	10.26	ปานกลาง		
มัธยมศึกษาตอนต้น	77	20.8	93.88	10.60	ปานกลาง		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	147	39.7	97.40	10.43	ปานกลาง		
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	58	15.7	94.38	8.75	ปานกลาง		
ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ						1.572	0.181
ไม่มี	8	2.2	101.13	8.79	ปานกลาง		
เล็กน้อย	35	9.5	97.51	12.34	ปานกลาง		
ปานกลาง	242	65.4	94.96	9.72	ปานกลาง		
มาก	78	21.1	96.62	10.79	ปานกลาง		
มากที่สุด	7	1.9	91.71	10.63	ปานกลาง		
โอกาสพบหรือติดต่อกับคนพิการ						0.516	0.724
น้อยมาก	56	15.1	94.54	10.89	ปานกลาง		
น้อย	168	45.4	95.45	10.62	ปานกลาง		
ปานกลาง	123	33.2	96.02	9.75	ปานกลาง		
มาก	18	4.9	98.22	9.03	ปานกลาง		
มากที่สุด	5	1.4	94.60	7.27	ปานกลาง		

*p < 0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบเจตคติของ อสม. ที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว จำแนกตามระดับการศึกษา เป็นรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

ระดับการศึกษา	M	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษาตอน	สูงกว่ามัธยมศึกษา
		95.00	93.88	เทียบเท่า	ตอนปลาย
ประถมศึกษา	95.00	-	1.117	-2.401	0.621
มัธยมศึกษาตอนต้น	93.88		-	-3.518*	-0.496
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	97.40			-	3.022
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	94.38				-

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ อายุการทำงาน อายุการทำงานกับคนพิการ ความรู้เกี่ยวกับคนพิการ โอกาสพบหรือติดต่อกับคนพิการ ที่แตกต่างกันมีเจตคติต่อผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีเจตคติที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีเจตคติต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการศึกษาระดับอื่น ๆ พบว่า มีเจตคติไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเจตคติของ อสม. ในจังหวัดสระบุรีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 95.62$, $SD = 10.250$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอสม. มีความคิดว่าคนพิการไม่ได้แตกต่างจากคนทั่วไป จากการสัมภาษณ์อสม. กล่าวว่าคนพิการก็มีความต้องการเช่นเดียวกับคนปกติ จึงควรได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกับคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ สุขเสถียร¹⁰ ที่พบว่าแพทย์และนักศึกษาแพทย์มีทัศนคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของสุรเชษฐ์ ลีลาขจรจิตและคณะ⁹ พบว่า นักกายภาพบำบัดมีเจตคติต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในระดับปานกลางถึงดี นอกจากนี้การศึกษาเจตคติของนักศึกษาพยาบาล²¹ และพยาบาลวิชาชีพต่อคนพิการ¹¹

พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

เจตคติกับสถานที่ปฏิบัติงานของอสม. ที่ทำงานในสถานที่ที่แตกต่างกัน จะมีความแตกต่างของคะแนนเจตคติที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งพบว่าผู้ที่ปฏิบัติในรพ.สต. มีคะแนนเจตคติสูงสุด และผู้ที่ปฏิบัติงานในเทศบาลมีคะแนนเจตคติต่ำที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและในระดับเทศบาลมีลักษณะที่ต่างกัน อาจก่อให้เกิดความแตกต่างในประสบการณ์การทำงานกับคนพิการในฐานะเครือข่ายสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับนักกายภาพบำบัดในระดับชุมชน การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของสาวนะ พบสุข ที่พบว่า ครูและผู้บริหารสถานศึกษาระหว่างโรงเรียนอนุบาลที่มีเด็กปัญญาอ่อนเรียนร่วมกับโรงเรียนอนุบาลปกติ มีเจตคติต่อเด็กปัญญาอ่อน และการจัดการเรียนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และการศึกษาของสุรเชษฐ์ ลีลาขจรจิต และคณะ ที่ศึกษาเจตคติของนักกายภาพบำบัดในกรุงเทพมหานครพบว่า นักกายภาพบำบัดที่มีสถานที่ทำงานต่างประเภทกันจะมีทัศนคติที่แตกต่างกัน⁹

เจตคติกับการมีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการในการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการมีคะแนนเจตคติสูงกว่าคนที่ไม่มีญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญเป็นคนพิการ ทั้งนี้เนื่องจากคนพิการเป็นญาติหรือเป็นบุคคลคนที่มีความสำคัญกับกลุ่มตัวอย่าง จึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องเสียสละเวลาให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ซึ่งคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลมีความ

เหนื่อยล้า และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงจึงทำให้มีเจตคติต่อคนพิการที่ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีญาติหรือบุคคลสำคัญเป็นคนพิการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Gething ที่พบว่า เจตคติที่มีต่อคนพิการของนักกายภาพบำบัดมีความแตกต่างกัน²² เนื่องจากกลุ่มนักกายภาพบำบัดที่ได้มีการฟื้นฟูคนพิการจะเข้าใจ และมีเจตคติที่ดีกว่ากลุ่มนักกายภาพบำบัดที่ไม่มีโอกาสได้ฟื้นฟูคนพิการ

เจตคติกับระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้มีคะแนนเจตคติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายคู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนเจตคติต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า แสดงให้เห็นว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามีเจตคติต่อคนพิการดีกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นผู้ที่มีความสามารถในการศึกษาหาความรู้ได้ดีกว่าผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพราะจากการสัมภาษณ์อสม.เพิ่มเติมพบว่า อสม.ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายชอบสืบค้นหาความรู้เกี่ยวกับผู้พิการจากสื่อต่าง ๆ และมักจะขอสมัครไปรับการอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูคนพิการในชุมชนจากหน่วยงานราชการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชวรรณ สุขเสถียรพบว่า นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อคนพิการสูงกว่านักศึกษาแพทย์ชั้นพรีคลินิก¹⁰

เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อคนพิการไม่แตกต่างกัน เพราะผู้ที่เป็นอสม. ทุกเพศและทุกช่วงอายุมีโอกาสในการดูแลคนพิการในชุมชนจึงทำให้มีเจตคติต่อคนพิการที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภศิลป์ จำปานาค พบว่า เพศ และอายุไม่มีความแตกต่างของคะแนนทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อคนพิการ¹¹ และการศึกษาของ Tervo และคณะ และการศึกษาของ Mantziou และคณะ ซึ่งพบว่า เพศไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในทัศนคติที่มีต่อคนพิการเช่นกัน⁸

เมื่อจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับคนพิการพบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนนเจตคติที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของอังกูรทองสุนทร ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้พิการอยู่ในระดับปานกลางและมาก มีทัศนคติที่ดี

ต่อการทำงานร่วมกับผู้พิการทางสายตามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5²³ ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสและประสบการณ์ในการพบคนพิการที่ใกล้เคียงกัน

เมื่อจำแนกตามเจตคติกับตำแหน่งในการปฏิบัติงานพบว่า ตำแหน่งในการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างของคะแนนเจตคติที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเนื่องจากประธานอสม. และอสม.มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการการฟื้นฟูคนพิการที่ไม่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวนะ พบสุขที่พบว่า ครู และผู้บริหารสถานศึกษามีเจตคติต่อเด็กปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมเจตคติต่อผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหวให้กับกลุ่มอสม. ที่ดูแลคนพิการอย่างเป็นระบบ และมีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะอสม. กลุ่มที่มีเจตคติต่ำ และต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน โดยเน้นในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และ อสม. ที่มีญาติหรือบุคคลสำคัญที่เป็นคนพิการ เพื่อเพิ่มระดับของเจตคติในการดูแลคนพิการให้สูงขึ้น

2. ใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกอสม. เข้ามาเป็นผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดในการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพคนพิการในชุมชน ต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้พิการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน การมีญาติหรือบุคคลสำคัญที่เป็นคนพิการ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวทำให้ อสม. มีเจตคติที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกถึงเจตคติของอสม. ที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว และศึกษาเชิงปริมาณถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อเจตคติในการดูแลคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวในพื้นที่ต่าง ๆ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายเจตคติของอสม. ที่มีต่อคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

References

1. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Situation of persons with disabilities in Thailand 2021. [Internet]. [Cited 2022 April 7]. Available from [Shttps://dep.go.th/images/uploads/files/Situation_dep64.pdf](https://dep.go.th/images/uploads/files/Situation_dep64.pdf)
2. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Situation of persons with disabilities in Thailand 2019. [Internet]. [Cited 2022 April 7]. Available from https://dep.go.th/images/uploads/Downloads/pdf/25621231_1.pdf
3. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Situation of persons with disabilities in Thailand 2020. [Internet]. [Cited 2022 April 7]. Available from <https://dep.go.th/images/uploads/files/situation31dec63.pdf>
4. Rueangphut P, Jitbantad W. The village health volunteers (VHVs) in a case management role for disabled people in community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6(3):211-20. (in Thai).
5. Chueatong S. The promotion of rehabilitation of intermediate stroke patients of the Buddhist multidisciplinary teams at Saraburi Hospital, Mueang Saraburi district, Saraburi province [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkron University; 2021. (in Thai).
6. Lauer RH, Handel WH. Social psychology: the theory and application of symbolic interactionism. 2nd ed. NJ: Prentice-Hall; 1983.
7. Eberhardt K, Mayberry W. Factors influencing entry-level occupational therapists' attitudes toward persons with disabilities. Am J Occup Ther 1995; 7: 629-36.
8. Tervo R, Azuma S, Palmer G, Redinius P. Medical students' attitudes toward persons with disability: A comparative study. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83: 1537-42.
9. Leelakajornkit S, Rohitsuk W, Prasertsukdee S. Attitudes of physical therapists towards people with disabilities and mobility. Journal of Physical Therapy 2008; 30: 69-80. (in Thai).
10. Suksathien R. Attitudes of medical students and physicians towards people with physical and mobility disabilities. Rehabilitation Medicine 2011; 21(3):103-8. (in Thai).
11. Jampanak S. Attitude of registered nurses towards persons with disabilities. J Thai Rehabil Med 2018; 28(2):62-9. (in Thai).
12. Chadd EH, Panglinan PG. Disability attitudes in health care: a new scale instrument. Am J Phys Med Rehabil 2011; 90: 47-54.
13. Sahin H, Akyol AD. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. J Clin Nurs 2010; 19: 2271-9.
14. Au KW, Man DWK. Attitudes toward people with disabilities: a comparison between health care professionals and students. Int J Rehabil Res 2006; 29: 155-60.
15. Phopsuk S. Attitudes of teachers and school administrators towards mentally retarded children

- and joint learning management [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1993. (in Thai).
16. Antonak RF. Prediction of attitudes toward disabled persons: a multivariate analysis. *J Gen Psychol* 1981; 104: 119-23.
 17. Rattanakij J. Theory and practice in social psychology. Chapter 4. Attitudes and Social Motivation. Faculty of Education, Phibunsongkhram Rajabhat University [Internet]. 2011. [Cited 2022 April 7]. Available from: http://elearning.psu.ac.th/index.php?mod=Courses&op=course_detail&cid=270. (in Thai)
 18. Primary Health Care Division. Village volunteer database system report form [internet]. 2019 [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://www.thaiphc.net/new2020/>
 19. Kamonrattanakul P, Calaprawat M, Tonprayoon T. Principles for successful research. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).
 20. Yuker HE, Block JR, Campbell WJ. A scale to measure attitudes toward disabled persons. Albertson (NY): Human resources Ctr; 1960.
 21. Pittard B. Attitudes of nursing students towards people with disabilities. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;1: 168-76. (in Thai).
 22. Gething L. Attitudes toward people with disabilities of physiotherapists and members of the general population. *Aust J Physiother* 1993; 93: 291-6.
 23. Thongsunthorn A. Attitudes towards working with visually impaired employees of advance Info service public company limited's employees [master's thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2011. (in Thai).

บทความวิจัย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการส่งเสริมความตั้งใจ
ในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงตอนต้นThe Program of Theory of Planed Behavior in Promoting Intention to Abstinence
from Sexual Behavior in the Early Female Adolescents

Received: Mar 15, 2021

Revised: Jan 13, 2022

Accepted: Oct 19, 2022

สุภาวดี กุลสุวรรณ พยม. (Suphawadee Kunsuwan, MSN)¹พัชรพร เกิดมงคล ปร.ด (Patcharaporn Kerdmongkol, Ph.D.)²ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ ปร.ด. (Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D.)³อาภาพร เพ่าวัฒนา ปร.ด. (Araporn Powwattana, Ph.D.)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นอย่างยิ่ง ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นก่อนวัยอันควรก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย: งานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง ศึกษาในกลุ่มนักเรียนหญิง อายุ 11-13 ปี กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน ได้รับโปรแกรม ทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการให้ความรู้พฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่น ความเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ผลกระทบและวิธีป้องกัน อภิปรายกลุ่มหาปัญหาอุปสรรค ผลดี ผลเสีย การวางแผนและตั้งเป้าหมาย ฝึกทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา การเจรจาต่อรอง และการปฏิเสธ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สรุปผล: สามารถช่วยส่งเสริมทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ให้กับนักเรียนได้

ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Suphawadee-k@hotmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.th

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: araporn.pow@mahidol.ac.th

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ให้กับผู้ที่สนใจได้ในการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ความตั้งใจต่อพฤติกรรม พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิงตอนต้น

Abstract

Introduction: The changing social environment has impacted tremendously on adolescents leading to early and unsafe sexual intercourse which further resulted in premarital sexual relation, unsafe sex, and sexual transmitted diseases.

Research objectives: To investigate attitudes, subjective norms, and perceived self-control ability, and intention related to abstinence from sexual behaviors, and abstinence from sexual behaviors among adolescents before and after receiving the program.

Research methodology: This was a quasi-experimental study with a 2-group pre-test and post-test design. Participants included female students aged 11-13 years. Thirty-three participants were assigned to the comparison group and thirty to the experimental group. Participants in the experimental group received the program once a week for 6 weeks. Topics in the intervention focused on health education, including sexual health behaviors in adolescents, sexual risk behaviors and risk behaviors leading to premarital sex, impacts and ways to avoid premarital sex. Group discussions were conducted to explore problems and obstacles, pros and cons, and plan and target, decision making skill and problem solution, negotiations, and refusal skill to premarital sex. Data were analysed using percentage, mean and standard deviation, chi-square test, and t-test.

Results: Findings showed that at follow-up, the experimental group had a significant higher average score of attitudes toward sexual health behaviors, subjective norms, and sexual abstinence behaviors than at baseline; and also greater than the comparison group ($p < .05$). Additionally, at follow-up, the experimental group had a significant greater average score of perceived self-control ability, and intention of sexual abstinence leading to premarital sex than at baseline; and also higher than the comparison group ($p < .05$).

Conclusions: The program helps to promote the participants' attitudes, subjective norms, perceived self-control ability, intention of sexual abstinence leading to premarital sex, and sexual abstinence behavior among students.

Implications: Healthcare professions can use this program as a guideline to promote sexual healthcare service in early female adolescents to prevent inappropriate sexual behavior and lessen premarital sexual intercourse.

Keywords: intention to behavior, abstinence from sexual behavior, early female adolescents

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมและค่านิยมใหม่ๆ เรียนรู้ที่จะมีเพศสัมพันธ์กันตั้งแต่อายุน้อย และมีพฤติกรรมแสดงออกซึ่งความรักอย่างเปิดเผย วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยลง ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ยังให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่ยังขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ วุฒิภาวะ ทำให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน การออกจากโรงเรียนกลางคัน การทอดทิ้งเด็ก เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ปรากฏอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศไทย ในปี 2562 สถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹ อายุ 15-19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 169 คน โดยมีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 6 คน เปรียบเทียบกับ ปี 2543 พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 240 คน และในอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรวันละ 4 คน ทั้งนี้ในปี 2562 พบว่า จำนวนหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มีอยู่ 63,831 ราย โดยแยกหญิงคลอดอายุระหว่าง 15-19 ปี มี 61,651 ราย คิดเป็นอัตรา 31.3 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน หญิงคลอดอายุต่ำกว่า 15 ปี มี 2,180 ราย อัตรา 1.1 ต่อหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ซ้ำและคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มีถึง 5,222 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.2 แสดงให้เห็นว่ายังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขและการศึกษาของประชากรวัยรุ่นไทย ที่ต้องเร่งแก้ไขและหาแนวทางป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมอย่างมาก แม้ว่าสถานการณ์ท้องไม่พร้อมในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ปัญหายังคงมีอยู่ ตัวเลขยังคงสูงเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว และสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 การป้องกันปัญหาทางเพศต่างๆ ที่ได้ผลดีที่สุด คือ การไม่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าประเด็นในเรื่องของการส่งเสริมการ

ละเว้นเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นสิ่งที่จำเป็น และการจะเว้นเพศสัมพันธ์ได้นั้น จำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ คือ การเปิดรับสื่อลามก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเที่ยวกลางคืน การอยู่กับเพศตรงข้ามตามลำพัง และการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง² การส่งเสริมและการกระตุ้นให้วัยรุ่นมีการละเว้นและการยับยั้งพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ตั้งแต่ช่วงแรกของวัยรุ่น การสร้างค่านิยมไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การสอนให้รู้จักการปฏิเสธ สนับสนุนการสร้างปณิธานให้รักษาพรหมจรรย์ การรักษาลงสวนตัว จนถึงวัยอันควรโดยใช้ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว³ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของวัยรุ่นให้มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ครอบครัวและสังคม หลีกเลี่ยงละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ รอคอย และยืดระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งแต่งงาน เพื่อรับโอกาสที่ดีในด้านการศึกษา การงาน การได้รับเกียรติจากสังคม และการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ

จากการศึกษากิจกรรมที่ให้ความรู้ ส่งเสริมแรงจูงใจและพัฒนาทักษะ สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงตอนต้นได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดสถานการณ์ในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอนาคต⁴ และการให้ความรู้โดยนำแนวทางทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ และการเสริมแรง มีผลทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา และพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม มีทักษะชีวิต และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นการช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น⁵ การจัดกิจกรรมที่ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติ เกม การฝึกทักษะชีวิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 ครั้งๆ ละ 60 นาที มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา ความตระหนักในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะการสื่อสาร และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์⁶ การป้องกันพฤติกรรมทางเพศนั้น จำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมดังกล่าว ทฤษฎีพฤติกรรมตามแพ น⁷ ได้กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมไว้ว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล จะใช้ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมด

พิจารณาถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำของตนทั้งดีและไม่ดี ก่อนที่บุคคลจะตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำ การกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจะถูกกำหนดโดยความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น⁸

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษามูลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการส่งเสริมความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับประถมศึกษา อายุ 11-13 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นหญิงตอนต้น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน จะกังวล ทำตามใจตัวเอง อ่อนไหวง่าย จิตใจไม่มั่นคง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อยากรู้ อยากเห็น และสงสัยกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น⁹ และมักจะเข้าหาเพื่อนเพศเดียวกันเพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงนั้น และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนหรือไม่ ซึ่งการเข้าหากลุ่มเพื่อนนี้ จะช่วยให้เกิดความเป็นอิสระจากครอบครัว ในขณะที่เดียวกันก็อาจถูกเพื่อนชักจูงให้ลองทำสิ่งที่อาจก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพและอนาคต ถ้าจิตใจไม่เข้มแข็งก็容易被ชักจูงได้ง่าย การเข้าถึงของวัยรุ่นตอนต้นนี้เริ่มจะกว้างขึ้น และจะยังไม่แยกจากครอบครัวมากนัก พ่อแม่มักมีอิทธิพลต่อความคิด การแสดงออกและการตัดสินใจของวัยรุ่นด้วย ดังนั้นพ่อแม่จึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการปลูกฝังความรู้ความเชื่อ อุปนิสัยหรือมาตรฐานแห่งความประพฤติเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ถูกต้องให้กับลูกตั้งแต่เยาว์วัย ซึ่งเรื่องเพศศึกษาเป็นสิ่งที่เริ่มจากที่บ้าน³ และเพื่อให้เด็กคิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้านเพศ และเลือกค่านิยมที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับตนเองได้ เป็นการส่งเสริมสุขภาพให้บุคคล เกิดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีความเข้าใจผู้อื่น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและเกิดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมกระทำการป้องกันพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ และเพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางต่อพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บุคลากรในทีมสุขภาพ ครู บิดามารดา ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวและวางแผนส่งเสริมสุขภาพทางเพศ ป้องกันละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่ปัญหาทางเพศในนักเรียนวัยรุ่นหญิงตอนต้นในการลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษามูลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการส่งเสริมความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงตอนต้น

สมมติฐานงานวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นก่อนวัยอันควร ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มอย่างง่าย คัดเลือกนักเรียนหญิงที่ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุ 11-13 ปี ภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา สังกัดโรงเรียนของรัฐ โรงเรียน ก. เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียน ข. เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาในด้านต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน คือ การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ระดับเกรดเฉลี่ย โรงเรียนขนาดกลาง มีลักษณะทางกายภาพ บริบท สิ่งแวดล้อม

รอบๆ โรงเรียน และการเรียนการสอนในโรงเรียนที่ไม่ต่างกัน และไม่มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยเรียน คำนวณขนาดอิทธิพลค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัย ที่ใกล้เคียงกัน โดยใช้สูตรของ Glass ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ ในงานวิจัยเท่ากับ 25 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของ ข้อมูลและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง มากกว่าที่คำนวณได้ อีกไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย คือ 1) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวัยในครั้งนี้อย่าง 2) ได้รับความยินยอม จากผู้ปกครอง 3) ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างคนใดคนหนึ่ง ในบ้าน มีส่วนร่วมในกิจกรรมแผนการให้ความรู้บุคคลใกล้ชิด ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยให้ความรู้เฉพาะผู้ปกครอง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการวิจัยมากกว่า 1 ครั้งโดยไม่นับรวมสัปดาห์ที่ 1 2) นักเรียนอยู่ในฐานะการ เจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามคำวินิจฉัยแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนที่ผ่านมา การอยู่อาศัยกับผู้ปกครอง สถานภาพของบิดามารดา สัมพันธภาพของครอบครัว รายได้ ความเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เงินที่ได้รับของนักเรียน เพื่อนสนิท การใช้เวลาว่าง บุคคล ที่พูดคุยหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การมีแฟน/คู่รัก ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการละเว้น พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ วัดและประเมินความเชื่อ ความรู้สึก ที่แสดงถึงการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับทัศนคติ การละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ กับการคบ เพื่อนต่างเพศ การมีคู่รัก กรอบจารีตประเพณี สังคมและ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามมีลักษณะ การวัดเป็นมาตรจำแนกความหมาย (The Semantic Differential scaling) ของออสกูดและคณะ 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ในการละเว้น พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีลักษณะ การวัดเป็นมาตรจำแนกความหมาย (The Semantic Differential scaling) ของออสกูดและคณะ 22 ข้อ ข้อคำถาม มีลักษณะด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมตนเองเพื่อละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ครอบคลุมกับการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมตนเองต่อพฤติกรรม รวมถึงความมั่นใจที่จะสามารถ ปฏิเสธพฤติกรรมเหล่านั้นได้ มีลักษณะการวัดเป็นมาตร จำแนกความหมาย (The Semantic Differential scaling) ของออสกูดและคณะ 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจในการละเว้น พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามที่มีลักษณะการวัดเป็นมาตรจำแนกความหมาย (The Semantic Differential scaling) ของออสกูดและ คณะ 10 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการละเว้นการมี เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นก่อนวัยอันควร ประกอบไปด้วยการเปิด รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวกลางคืน การอยู่กับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตา และการคบหาเพื่อนที่มี พฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามกรอบจารีต ประเพณี เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แผนกิจกรรมส่งเสริมการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์ ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงตอนต้น โดยพัฒนาจาก แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามของ Ajzen ผ่านการจัดกิจกรรม จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที กิจกรรมในแต่ละครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเอง และมี ทีมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน ที่ผ่านการประชุม ชี้แจงหน้าที่ในการให้คำแนะนำเมื่อทำกิจกรรมกลุ่มย่อย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการ วิจัย และการนัดพบผู้ปกครองบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของ กลุ่มทดลอง โดยการแยกจัดกิจกรรม

“กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง” ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมทั้งปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ ทราบวัตถุประสงค์ กำหนดการ และข้อตกลงกลุ่ม

“กิจกรรมสำหรับผู้ปกครอง” เพื่อชี้แจงรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และการให้ความรู้เฉพาะผู้ปกครอง ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ให้ทราบถึงสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การให้ความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ปกครองในเรื่องเพศกับวัยรุ่น การพูดคุยเรื่องเพศกับวัยรุ่น และได้รับการฝึกทักษะการสื่อสารพูดคุยเรื่องเพศกับวัยรุ่น และผู้ปกครองเขียนจดหมายถึงบุตรหลาน ในสิ่งที่คาดหวังของตนเองต่อตัวบุตรหลาน และความรู้สึกที่มีต่อบุตรหลาน พับใส่ซองจดหมาย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “การสร้างทัศนคติทางบวก” โดยการให้ความรู้บรรยาย ผ่านสื่อ สถานการณ์ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบ่งกลุ่มอภิปรายและนำเสนอถึงสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่น จากใบงาน และชมวีดีโอเรื่อง “ทางเลือก” ให้แสดงความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นๆ ระดมความคิดเห็นวิเคราะห์ร่วมกันถึงปัญหา การป้องกัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และผลดีของการละเว้นเพศสัมพันธ์ แจกคู่มือเอกสารความรู้ที่ใช้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “สร้างการรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรมในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์” เรียนรู้จากตัวแบบที่ดีภายในกลุ่มเพื่อน การตั้งเป้าหมาย และแนวทางที่จะไปถึงจุดหมายตามใบงาน วิเคราะห์สถานการณ์ที่กำหนดให้ ถึงประเด็นสาเหตุ ค้นหาประโยชน์และอุปสรรค เพื่อหาแนวทางแก้ไข เพื่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ตามใบงาน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “สร้างการรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรม การละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์” โดยการให้ความรู้ของทักษะที่จำเป็นที่ต้องใช้เมื่อเจอสถานการณ์ที่เสี่ยงต่างๆ ฝึกทักษะการปฏิเสธ การเจรจาต่อรอง ทักษะการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหา สรุป แนวคิดร่วมกันตามใบงาน

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์” โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน จากแบบอย่างที่ดีภายในกลุ่ม และวิธีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ใน

วัยรุ่น พูดคุยถึงตัวแบบที่ดีที่กลุ่มตัวอย่างพบเห็น เขียนจดหมายถึงเพื่อนที่สนิท 1 คนในห้องและส่งมอบให้เพื่อนตามกิจกรรมใบงาน และทำกิจกรรมเปิดจดหมายจากเพื่อน และจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเขียนไว้ตั้งสัปดาห์แรกให้แต่ละคนอ่าน แล้วทำการอภิปรายกลุ่มย่อยตามใบงาน เกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่รักต่อพฤติกรรมทางเพศ การละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และคิดว่าควรจะทำอย่างไรให้เหมาะสมกับความคาดหวังของบุคคลเหล่านั้น

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “สรุปกิจกรรม ครั้งที่ 1-5” วิทยากรกลุ่ม “ผู้สอน” จะให้กำลังใจ ชื่นชมศักยภาพ ความร่วมมือ ที่เข้าร่วมกิจกรรม สนับสนุนให้แสดงพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไปสร้างพันธะสัญญากลุ่มร่วมกัน และเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบทดสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การดำเนินการวิจัย ในกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ จากนั้นนักเรียนได้รับการเรียนในชั้นเรียนตามปกติ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง และจัดโครงการให้ความรู้ในเรื่องเดียวกันกับที่กลุ่มทดลองได้รับใช้เวลา 4-5 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อพิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ มีการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่ทำการศึกษา 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ .71 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ .73 แบบสอบถามความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ .74 และแบบวัดพฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 145/2560 เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA. No. MUPH 2017-175 ผู้วิจัยขออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัยเอง ดำเนินการวิจัยด้วยความเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองอย่างเคร่งครัด โดยที่สามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา และข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มีใครสามารถเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ และใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา และกระทำการวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงผลการวิจัยเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิธีการทางสถิติ โดยนำเสนอข้อมูล การแจกแจงความถี่ ด้วยค่าจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกันในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 63 คน อายุ ระหว่าง 11-13 ปี โดยมีอายุมากกว่า 12 ปี ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 86.7 และ 87.9 ค่าเฉลี่ย

ผลการเรียน ร้อยละ 3.25 และ 3.33 ส่วนใหญ่ได้รับเงินค่าใช้จ่ายวันละ 41-60 บาท ร้อยละ 46.7 และ 43.4 เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวันโดยเฉลี่ย ร้อยละ 53 และ 54.85 ส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายต่อวัน มีพ่อใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 50 และ 69.7 ส่วนใหญ่ขอเงินจากผู้ปกครองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.3 และ 75.7 ในด้านสถานภาพปัจจุบันของบิดามารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50 และ 66.7 ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับแม่ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 76.6 และ 72.7 อาศัยอยู่กับพ่อ ร้อยละ 50 และ 66.7 นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีเพื่อนสนิททุกคน ร้อยละ 100 ทั้งนี้กิจกรรมยามว่างที่นักเรียนทั้งสองกลุ่มชอบทำ คือ การฟังเพลง ร้อยละ 53.3 และ 48.5 การดูหนัง/ดูทีวี ร้อยละ 50 และ 51.5 การเล่นอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 50 และ 42.4 เมื่อมีปัญหาขอคำปรึกษาจากมารดา ร้อยละ 76.7 และ 63.6 ขอคำปรึกษาจากเพื่อน ร้อยละ 50 และ 54.5 ด้านการคบเพื่อนต่างเพศ พบว่านักเรียนทั้งสองกลุ่มยังไม่ได้มีแฟน ร้อยละ 66 และ 57.6 มีแฟน/หรือเพื่อนสนิทต่างเพศ ร้อยละ 33.3 และ 42.4

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อายุ ผลการเรียนรู้ที่ผ่านมา เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน ความเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย การอยู่อาศัยกับผู้ปกครอง สถานภาพของบิดามารดา เพื่อนสนิท การใช้เวลาว่าง บุคคลที่พูดคุยหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การมีแฟน/คู่รัก พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>d</i>	t (df)	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	64.16	4.43	65.10	3.93	0.94	-2.70(29)	.011
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	144.26	10.63	147.10	9.44	2.84	-3.30(29)	.003
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง	69.80	7.43	72.76	4.27	2.96	-3.93(29)	.000
ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรม	64.96	5.85	67.53	3.78	11.61	-4.73(29)	.000
พฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์	33.38	3.26	34.63	2.94	1.25	-3.60(29)	.001

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น สูงกว่าก่อนการทดลองโดยมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน ทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t (df)	p-value
	(n = 30)		(n = 33)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ทัศนคติต่อพฤติกรรม	65.10	3.93	64.39	5.13	0.62 (61)	.545
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	147.1	9.44	143.63	9.15	1.47 (61)	.145
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตัวเอง	72.76	4.27	69.78	6.55	2.16 (61)	.039
ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรม	67.53	3.78	64.81	4.45	2.61 (61)	.012
พฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์	34.63	2.94	33.15	3.31	1.87 (61)	.067

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การ

มีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น หลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยทุกด้านทดสอบทางสถิติ พบว่าทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และพฤติกรรมการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$)

อภิปรายผล

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่ดีขึ้น จากการออกแบบกิจกรรมเน้นการสร้างทัศนคติต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ จะประกอบไปด้วย การสร้างความเชื่อว่าการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ หรือการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนนั้นเป็นผลดีแก่ตน สร้างความสามารถในการประเมินถึงผลลัพธ์จากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ขวนพุดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันที่นักเรียนพบเจอได้บ่อยๆ และแสดงความคิดเห็น แบ่งกลุ่มอภิปรายและแสดงความรู้สึกถึงสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในวัยเรียน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ก่อให้เกิดผลเสียอย่างไรบ้าง และผลดีของการละเว้นเพศสัมพันธ์ ละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นที่การมีส่วนร่วมของนักเรียน โดยให้นักเรียนเป็นศูนย์กลางสะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึกจากประสบการณ์เดิม ประสบการณ์รอบตัว มาสร้างปฏิสัมพันธ์และสร้างความรู้ใหม่ร่วมกัน¹⁰ ซึ่งถ้าเกิดมุมมองหรือทัศนคติที่ดีหรือเป็นบวกต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก็จะส่งผลต่อความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นๆ⁷ ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนน

เฉลี่ยทัศนคติ ต่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร อยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเด็กนักเรียนหญิงมีทัศนคติที่ดี ทัศนคติทางบวก และน่าจะเป็นอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่ได้รับก่อนการวิจัย เช่น ความคิด ความเชื่อของนักเรียนที่มีอยู่เดิมพื้นฐานทางครอบครัว ได้รับการกระตุ้น การปลูกฝังจากพ่อแม่หรือคุณครู สื่อทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวนักเรียน ซึ่งวัยรุ่นตอนต้นจะยังไม่แยกออกจากครอบครัวมากนัก และมีความพร้อมในการรับข้อมูลกับพ่อแม่ได้ดี อีกทั้งวัยนี้ พ่อแม่มักรับอิทธิพลต่อความคิด การแสดงออกและการตัดสินใจของวัยรุ่นด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lamchiek³ ซึ่งพ่อแม่เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการปลูกฝังความรู้ ความเชื่อและอุปนิสัย หรือมาตรฐานแห่งความประพฤติเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ถูกต้องให้ลูกตั้งแต่เยาว์วัย โดยมีผลทำให้เด็กคิดและตัดสินใจ แก้ปัญหาทางเพศ และเลือกค่านิยมที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเองได้ จากลักษณะทางความคิดของวัยรุ่นที่เห็นได้เด่นชัด คือ ชอบเรียนรู้ อยากรู้ อยากเห็น มีความคิดอย่างมีเหตุมีผล แสดงให้เห็นถึงลักษณะของการมีการวางแผนในชีวิตที่ชัดเจน มีการสร้างทัศนคติที่ดี เริ่มคิดถึงอาชีพ มีอุดมคติ และมีเป้าหมายในชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อเริ่มมีการวางแผนในชีวิตที่ชัดเจน มีการสร้างทัศนคติที่ดี เริ่มคิดถึงอาชีพ มีอุดมคติ และมีเป้าหมายในชีวิตมากขึ้น จึงทำให้วัยรุ่นหญิงตอนต้นสามารถคิดวางแผน กล้าตัดสินใจในการกระทำ เข้าใจในสิ่งที่ควรทำไม่ควรทำ รวมทั้งรับรู้ได้ว่าสิ่งใดจะทำให้ตนประสบความสำเร็จในชีวิตได้

จากกิจกรรมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจากเพื่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ปกครอง จะทำให้เห็นว่าบุคคลใกล้ชิดที่เขาให้ความสำคัญนั้นอยากให้เขามีพฤติกรรมละเว้นจากการมีเพศสัมพันธ์ และการได้รับแรงจูงใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ โดยให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง อธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ปกครองเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองสร้างแรงจูงใจกับบุตรหลานในการส่งเสริมการละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนโดยให้ผู้ปกครองเขียนจดหมายถึงบุตรหลาน เขียนสิ่งที่คาดหวังของตนเองต่อตัวลูก และความรู้สึกที่มีต่อลูก และให้นักเรียนทำกิจกรรมกลุ่มเปิดจดหมาย ที่มีข้อความที่ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเขียนไว้ตั้งแต่สัปดาห์แรกให้แต่ละคนอ่าน สรุป และ อภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับความ

คาดหวังของผู้ปกครอง และความรู้สึกของผู้ปกครองที่มีต่อนักเรียน และการยกตัวอย่างวัยรุ่น และเพื่อนที่นักเรียนในกลุ่มเลือกเป็นแบบอย่างที่ดี พูดคุยถึงตัวแบบที่ดีที่กลุ่มตัวอย่างพบเห็น การเขียนและอ่านจดหมายถึงเพื่อนสนิท แล้วทำการอภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่รักต่อพฤติกรรมทางเพศ การละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและคิดว่าควรจะปฏิบัติอย่างไรให้เหมาะสมกับความคาดหวังของบุคคลเหล่านั้น มีการสร้างพันธะสัญญากลุ่มร่วมกัน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁷ คือ ความเชื่อว่าบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง ต้องการหรือไม่ต้องการให้ทำพฤติกรรมนั้น ถ้าวัยรุ่นหญิงตอนต้นรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความใกล้ชิดหรือมีความสำคัญต่อตนเอง คิดว่าสมควรที่จะป้องกันการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ทางเพศหรือการละเว้นเพศสัมพันธ์ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์หรือการละเว้นเพศสัมพันธ์ และพบข้อสังเกตว่า คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสูงมากตั้งแต่องานทดลอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มอ้างอิงทั้งผู้ปกครองและเพื่อนมีอิทธิพลต่อความคิดของนักเรียน และวัยรุ่นตอนต้นจะยังไม่แยกออกจากครอบครัว มีความพร้อมในการรับข้อมูลกับพ่อแม่ได้ดี พ่อแม่ยังมีอิทธิพลต่อความคิด การแสดงออกและการตัดสินใจของวัยรุ่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lamchiek³ ซึ่งพ่อแม่เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการปลูกฝังความรู้ ความเชื่อและอุปนิสัย หรือมาตรฐานแห่งความประพฤติเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ถูกต้องให้ลูกตั้งแต่วัยวัย โดยมีผลทำให้เด็กคิดและตัดสินใจ แก้ปัญหาทางเพศ และเลือกค่านิยมที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanokphat⁸ และ Nongnuch, Ruwongrat และ Pornnapha¹¹ ความคาดหวังของกลุ่มบุคคลอ้างอิงได้แก่บิดา มารดา ครูอาจารย์ เพื่อน ว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้มีการสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างจะเชื่อฟังและปฏิบัติตาม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อตน มีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และจากที่คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลัง

การทดลองไม่ต่างกันทางสถิติ อธิบายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมกับผู้ปกครองเป็นเพียงการชี้แจงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยกับบุตรหลาน การให้ความรู้ผู้ปกครองในสถานการณ์ปัญหาเรื่องเพศวัยรุ่นและทักษะการพูดคุยเรื่องเพศกับวัยรุ่น มีการแสดงความรู้สึกผ่านจดหมายถึงบุตรหลาน กิจกรรมไม่ได้มีการวัดผลที่ผู้ปกครอง ในเรื่องความรู้ความเข้าใจ และการมีทักษะการพูดคุยกับบุตรหลานเรื่องเพศ และไม่ได้มีกำหนดกิจกรรมและความถี่ให้ผู้ปกครองต้องคุยกับบุตรหลาน ส่งผลต่อการพูดคุยเรื่องเพศกับนักเรียนได้

จากการออกแบบกิจกรรมที่สร้างการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมให้ตนเองละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยกิจกรรมมุ่งเน้นเพื่อสร้างการรับรู้ถึงผลลัพธ์ในการตั้งใจละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีการวางแผนและตั้งเป้าหมาย กิจกรรมเน้นให้นักเรียนมีการวางแผน การตั้งเป้าหมาย ถึงจุดมุ่งหมายความสำเร็จในชีวิต และแนวทางที่จะไปถึงจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การคิดเพื่อค้นหาตัวเอง และการอภิปรายกลุ่มถึงสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์จากสถานการณ์ปัจจุบัน และอภิปรายกลุ่มเรื่องประโยชน์และอุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขเพื่อการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะชักจูงให้เข้าไปสู่ พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เสริมสร้างทักษะการปฏิเสธ การเจรจาต่อรอง ทักษะการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหา สรุปแนวคิดร่วมกัน เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹⁰ ที่สะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึกจากประสบการณ์เดิม มาสร้างปฏิสัมพันธ์และความรู้ใหม่ร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khwanjit¹² ที่ว่าการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์ พบว่าวัยรุ่นมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอที่จะทำให้อายุรุ่นกลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศอย่างถาวร

จะเห็นว่า รูปแบบกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจในการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงตอนต้น ส่งผลต่อความตั้งใจระทำการละเว้น

พฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นความตั้งใจของวัยรุ่นหญิงที่จะกระทำการละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในรูปแบบต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Apaporn² ได้แก่ หลีกเลี่ยงการนัดพบและการไปเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การอยู่ตามลำพังกับเพื่อนต่างเพศในที่ลับตา การอ่านหนังสือหรือดูภาพเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการร่วมเพศ การแสดงความรักกับเพื่อนต่างเพศ ได้แก่ การหอมแก้ม การจูบ การลูบไล้สัมผัสร่างกาย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁷ ที่ว่าความตั้งใจที่จะพยายามละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ เพื่อการเกิดพฤติกรรมละเว้นเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การที่จะพยายามปฏิบัติตน หรือวางแผนที่จะปฏิบัติตนเพื่อละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เจตนาเป็นตัวบ่งชี้ว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงตอนต้นได้มีการทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใด ที่จะกระทำการพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลที่มีความตั้งใจแน่วแน่ และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็เป็นไปได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Nongnuch, Ruwongrat และ Pornnapha¹¹ ที่บอกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การที่นักเรียนมีเจตคติ และความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม มีการฝึกทักษะและการตั้งเป้าหมาย ทำให้เกิดการมีความแน่วแน่ที่จะมีเจตคติและความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้

ถึงแม้ว่าจะแน่วแน่พฤติกรรมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนสูงขึ้น และหลังการทดลองยังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก โดยคะแนนพฤติกรรมสูงตั้งแต่ก่อนการทดลองแล้ว อาจเป็นได้ว่า นักเรียนเป็นกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นหญิงตอนต้นที่ยังเรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ที่โดยส่วนมากจะรู้ว่าสิ่งไหนควรทำ ไม่ควรทำ โดยเด็กกลุ่มนี้ยังใกล้ชิดผู้ปกครองและพูดคุยกับผู้ปกครองเป็นส่วนมาก โดยผู้ปกครองยังมีอิทธิพลต่อเด็กวัยนี้ และยังไม่มีการมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่กว้างขึ้น และนักเรียนยังไม่มีประสบการณ์ทางเพศเป็นแค่การป้องกันยังไม่เกิดพฤติกรรม ทำให้คะแนนพฤติกรรมของเด็กนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนค่อนข้างสูงตั้งแต่ก่อนการทดลอง และการเปลี่ยนแปลงหลังการ

ทดลองไม่มากนัก เมื่อทบทวนข้อความบางข้อในแบบวัด-ผลทางพฤติกรรม คำถามบางข้ออาจทำให้ผลการตอบคำถามไม่เป็นจริงเท่าที่ควร หรืออาจเกิดการสับสนในการตอบคำถาม และอาจเนื่องจากพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และระยะการประเมินหลังกิจกรรมอาจมีระยะเวลาที่สั้นเกินไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผู้ปกครองนักเรียนที่ร่วมกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้มีความหลากหลาย ไม่ได้มีการวัดผลที่ผู้ปกครอง และไม่ได้มีการกำหนดกิจกรรมและความถี่ให้ผู้ปกครองต้องคุยกับบุตรหลาน
2. ข้อคำถามในเรื่องของพฤติกรรมการละเว้นเพศสัมพันธ์ การละเว้นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ บางข้อคำถามมีความไม่เหมาะสมกับนักเรียนในกลุ่มนี้เนื่องจากกลุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์ตรงเรื่องเพศ เป็นเพียงการมีพฤติกรรมป้องกัน
3. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในโรงเรียนเฉพาะกลุ่มนักเรียนหญิง ซึ่งต้องใช้เวลาในคาบเรียนบางช่วง และเป็นกิจกรรมต่อเนื่อง ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนและวางแผนการจัดตารางการทำการกิจกรรมร่วมกับครูประจำชั้นเรียน เพื่อให้ไม่ส่งผลกระทบต่อในชั้นเรียนระดับเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลของโปรแกรมฯสามารถนำมาใช้เป็นฐานข้อมูล สำหรับเป็นแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพทางเพศให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีความสนใจได้
2. สามารถนำมาเพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาให้ดีขึ้น โดยครอบคลุมผลทั้งระยะสั้น ระยะยาว ทั้งผลทางตรงและทางอ้อม
3. ควรมีการติดตามผลการคงอยู่ในระยะยาวของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการแสดงให้เห็น ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนารูปแบบการวิจัย โดยเพิ่มกิจกรรมกับผู้ปกครอง มีการวัดผลที่ผู้ปกครอง ใน เรื่องความรู้ ความเข้าใจ และการมีทักษะการพูดคุยกับบุตรหลานเรื่องเพศ กำหนดให้มีกิจกรรมและความถี่ให้ผู้ปกครองต้องคุยกับบุตรหลาน และ

บทความวิจัย

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายPsychosocial Factors Influencing Cyberbullying Victimization
among Upper Secondary School Students

Received: May 3, 2021
Revised: Jun 6, 2022
Accepted: Oct 19, 2022

สุภิสรา จิตต์สม พย.ม. (Supisa Jitsom, M.N.S)¹ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ Ph.D. (Pornpat Hengudomsab, Ph.D.)²พิชามณู อินทะพุม Ph.D. (Pichamon Intaput, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่มีรายงานเกี่ยวกับการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ซึ่งการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์นั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านตัวนักเรียนและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านจิตสังคม ต่อพฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ทำนาย กลุ่มตัวอย่าง 134 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 8 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง 3) พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง 6) สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน 7) สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู และ 8) การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามในส่วนที่ 2-8 เท่ากับ .83, .94, .95, .84, .93, .88 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์เท่ากับ 24.88 (SD = 4.76) ถือเป็นการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ในระดับต่ำ ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สามารถทำนายการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต ($\beta = .297, p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง ($\beta = -.167, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ได้ร้อยละ 13.30 ($R^2 = .133, p < .05$)

สรุปผล: ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สามารถทำนายการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ได้แก่ พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรด้านสุขภาพ คณะอาจารย์ด้านการศึกษ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการป้องกันและลดปัญหาการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยส่งเสริมการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์ และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง

คำสำคัญ: ปัจจัยด้านจิตสังคม การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: opap.supisa@hotmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: pompath@buu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: mouth.mind@gmail.com

Faculty of nursing, Burapha University, Chon Buri, Thailand

Abstract

Introduction: A group of upper secondary school students is one of adolescent groups who have reported being a victim of cyberbullying. Factors related to cyberbullying include student factors, and social-environmental factors.

Research objectives: This study aimed to examine cyberbullying victimization and the predictive power of psychosocial factors on cyberbullying among upper secondary school students in Muang District, Buriram Province.

Research methodology: This is a predictive correlational study. A simple random sampling technique was used to recruit 134 participants. Questionnaires were divided into 8 parts and used for data collection, including: 1) personal information; 2) self-esteem; 3) internet addiction; 4) social support; 5) interpersonal relationships between students and their guardians; 6) interpersonal relationships between students and friends; 7) interpersonal relationships between students and their teachers, and 8) cyberbullying victimization. The Cronbach's alpha coefficients of questionnaires no. 2-8 were 0.83, 0.94, 0.95, 0.84, 0.93, 0.88 and 0.89 respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were employed for data analyses.

Result: Revealed that mean score of cyberbullying victimization was 24.88 (SD = 4.76), which can be classified as a low level. Internet addiction ($\beta = .297$, $p < .001$), and interpersonal relationships between students and their parents ($\beta = -.167$, $p < .05$) were statistically significant predictors of cyberbullying victimization. These two factors together explained 13.30% ($R^2 = .133$, $p < .05$) of the variance in cyberbullying victimization.

Conclusion: Psychosocial factors predicting cyberbullying victimization included internet addiction and interpersonal relationships between students and their parents.

Implications: Nurses, healthcare providers, and educators could apply the results of this study to prevent and lessen cyberbullying victimization problems among upper secondary school students. Promoting constructive use of the internet and good relationships between students and their parents are recommended.

Keywords: psychosocial factors, cyberbullying victimization, upper secondary school students

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีด้านสารสนเทศและการใช้งานอินเทอร์เน็ต มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายดาย อินเทอร์เน็ตได้กลายเป็นส่วนสำคัญในชีวิตประจำวัน ช่วยให้สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้สะดวก ตลอดเวลา ไม่จำกัดสถานที่ และมีความสำคัญ เป็นช่องทางในการสื่อสารของคนยุคใหม่ไทยแลนด์ 4.0 เป็นช่องทางหนึ่งที่วัยรุ่นเลือกใช้กระทำความรุนแรงต่อกันรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (Cyberbullying) ซึ่งการรังแกในรูปแบบนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา อย่างนิรนาม การศึกษาสถานการณ์การรังแกผ่านโลกไซเบอร์ในต่างประเทศ พบว่า 7 ใน 10 ของเด็กและเยาวชนในประเทศสหรัฐอเมริกาเคยถูกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์¹ และในประเทศตุรกีพบว่าร้อยละ 35.7 ของนักเรียนเปิดเผยว่าเคยมีพฤติกรรมถูกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์² สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาในนักเรียนนักศึกษาในกลุ่มมัธยมตอนปลายและอาชีวศึกษาในสถานศึกษาทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ 43.1 เคยถูกผู้อื่นลั่นแกล้ง และร้อยละ 33.6 เคยกลั่นแกล้งผู้อื่นผ่านโลกไซเบอร์³ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรังแกผ่านโลกไซเบอร์มีอยู่ทั่วโลก และวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมรังแกและถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์มากที่สุด

การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ (Cyberbullying victimization) นั้นส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่ถูกรังแกเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีการแพร่กระจายในวงกว้างทำให้มีผู้คนรับรู้ถึงเหตุการณ์เป็นจำนวนมากและข้อมูลที่ส่งออกไปก็ยิ่งปรากฏอยู่ในโลกไซเบอร์ไปตลอด⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจ มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย⁵ ส่วนผลกระทบทางสังคมทำให้ผู้ที่ถูกรังแกเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ภาพลักษณ์เสียหาย เกิดการแยกตัวจากสังคม และมีปัญหาด้านการเรียน มีผลการเรียนตกต่ำและขาดเรียน⁶ ดังนั้นหากวัยรุ่นยังมีพฤติกรรมรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ ขาดความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ที่ถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อาจคิดฆ่าตัวตายได้⁷

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่มีรายงานเกี่ยวกับการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์และในกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวที่หลากหลายทั้งด้านพัฒนาการตามวัย การปรับตัวกับยุคไทยแลนด์ 4.0 การปรับตัวด้านการเรียน จากการศึกษาพบว่าปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การรังแกผ่านโลกไซเบอร์ในวัยรุ่นกลุ่มนักเรียนนักศึกษาอย่างหลากหลาย แต่พบว่านักเรียนยังคงมีพฤติกรรมการรังแกผ่านโลกไซเบอร์และตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ค่อนข้างมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ สามารถจำแนกได้เป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ถูกรังแก ได้แก่ เพศ การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ต และความฉลาดทางอารมณ์⁸ เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว³ การสนับสนุนทางสังคม และอุปกรณ์การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต⁴ เป็นต้น

โดยผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ในวัยรุ่นพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตกเป็นเหยื่อการรังแกบนโลกไซเบอร์บ่อยครั้ง⁹ นอกจากนี้พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการกระทำความรุนแรงบนโลกไซเบอร์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการรังแกผู้อื่นบนโลกไซเบอร์ของเยาวชนส่วนใหญ่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตสูงมาก¹⁰ จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรังแกบนโลกไซเบอร์ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม¹¹ พบว่า การตกเป็นเหยื่อของการถูกรังแกทางอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกภูมิใจในตนเองในระดับต่ำและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการตกเป็นเหยื่อของการถูกรังแกทางอินเทอร์เน็ตได้¹² หมายความว่าหากนักเรียนมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง เมื่อเจอเหตุการณ์ถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์จะทำให้รับรู้ความสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม สำหรับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวได้ว่าเมื่อวัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครอง เพื่อน และครู ก็จะทำให้

เพื่อนคอยช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีผู้ปกครองและครูเป็นที่ปรึกษาเมื่อพบเจอปัญหา ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาลงมือลงมือผ่านไปด้วยดี ฉะนั้นการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีจึงมีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียน⁹

ผลการวิจัยที่ศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรังแกกันบนโลกไซเบอร์ของวัยรุ่น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเจาะจงศึกษาในบริบทของผู้ถูกรังแก โดยปัจจัยด้านจิตสังคมที่ทำการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมติตอินเทอร์เนต การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานอันจะนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล การเรียนการสอน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาการรังแกผ่าน

โลกไซเบอร์ ตลอดจนการตกเป็นเหยื่อของการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura¹³ ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ปัจจัยทั้ง 3 มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันไม่อาจแยกออกจากกันได้ จากการบูรณาการแนวคิดนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมติตอินเทอร์เนต และปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน และสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู ล้วนเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้^{9-10,12} ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน และสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู ต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน และสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู สามารถทำนายการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากร คือ นักเรียนทั้งชายและหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเจาะจงศึกษาที่โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง เนื่องจากเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ มีจำนวนนักเรียนมากที่สุด จากจำนวนนักเรียนในปีการศึกษา 2563 พบว่ามีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,789 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนทั้งชายและหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ปีการศึกษา 2563 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังต่อไปนี้ 1) สัญชาติไทย 2) สื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และ 4) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ขนาด

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เพื่อหาปัจจัยทำนายที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยมีจำนวนตัวแปรทำนาย (Predictors) = 6 ตัวแปร ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 และ ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = .13 อ้างใน Polit and Beck¹⁴ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 112 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จำนวน 22 คน ดังนั้น ในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 134 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้นักเรียนตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามเป็นข้อความสั้นๆ 8 ส่วน มีคำถามรวม 120 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 45-60 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) รายละเอียดของเครื่องมือมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนภาคการเรียนครั้งล่าสุด สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยระหว่างการศึกษานักเรียน เวลาโดยเฉลี่ยในการเล่นอินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง 10 ข้อ พัฒนาโดย Rosenberg¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย Srisaeng¹⁶ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้ในการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา¹⁷ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction Test-IAT) 12 ข้อ พัฒนาโดย Young¹⁸ ฉบับภาษาไทยแปลโดย Thongkambunjong¹⁹ ซึ่ง Seangsanaoh และคณะ²⁰ นำมาดัดแปลงให้เหมาะสม

กับบริบทของวัยรุ่นไทย เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ อินเทอร์เน็ตเพื่อเป็นช่องทางผ่านการสื่อสาร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-72 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตต่ำ ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย Weinert²¹ ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Tungmephon²² 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .95 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-105 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา¹¹ มีค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .92 ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง ของ Changpradub²³ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองดี คะแนนน้อย หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองที่ไม่ดี ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน ของ Thitipanichayangkoon²⁴ 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนต่ำ ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู ของ Pongpetra²⁵ 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครูดี คะแนนน้อย หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครูไม่ดี ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ที่พัฒนาโดย Doane และคณะ²⁶ แปลเป็นภาษาไทยและใช้ในงานวิจัยของ Phaowiriya และคณะ²⁷ 21 ข้อ โดยคณะผู้วิจัยดังกล่าวได้ทำการแปลแบบสอบถามต้นฉบับเป็นภาษาไทยแล้วนำไปแปลแบบย้อนกลับ จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาความ

ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 21-55 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลต่ำ 56-90 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลปานกลาง 91-126 คะแนน หมายถึง มีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลสูง ในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2563 รหัสจริยธรรม G-HS 054/2563 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยและเพื่อดำเนินการวิจัย ลงนามโดยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล เมื่อนักเรียนมีความสนใจ สมัครใจ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา จัดสถานที่ในการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ตามแนวทางป้องกันโรคติดต่ออย่างเคร่งครัด การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.70 เพศชาย ร้อยละ 31.30 ส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี ร้อยละ 36.60 โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16.46 ปี ($SD = .97$) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 34.30 มีผลการเรียนเฉลี่ยในปีการศึกษาครั้งล่าสุดเท่ากับ 3.22 ($SD = .53$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.50 อาศัยอยู่ทั้งบิดามารดา และบิดาจริงหรือมารดาจริง โดยบิดามารดามีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 73.00 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเรียนอยู่นี้ได้พักอาศัยที่บ้านของบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 84.00 และกลุ่มตัวอย่างใช้เวลา

โดยเฉลี่ยในการเล่นอินเทอร์เน็ตมากที่สุดประมาณวันละ 1-5 ชั่วโมง ร้อยละ 64.00 ($SD = 2.85$)

2. การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลเท่ากับ 27.12 ($SD = 4.70$) จัดเป็นการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลในระดับต่ำ (Min = 22.00, Max = 46.00) เมื่อพิจารณาตามชั้นปีพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวนค่าเฉลี่ยการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลสูงสุด ($M = 28.77$, $SD = 5.54$) รองลงมาคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ($M = 27.19$, $SD = 3.75$) และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ($M = 24.66$, $SD = 3.10$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($n = 134$)

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล					
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ	M	SD	Min-Max
ม.4	46	11 (23.91)	35 (76.09)	ต่ำ	28.77	5.54	22-46
ม.5	45	21 (46.67)	24 (53.33)	ต่ำ	24.66	3.10	22-32
ม.6	43	17 (39.54)	26 (60.46)	ต่ำ	27.19	3.75	22-38
รวม	134	49 (36.57)	85 (63.43)	ต่ำ	27.12	4.70	22-46

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 28.32 ($SD = 3.98$) หมายถึง มีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตเท่ากับ 30.38 ($SD = 12.70$) หมายถึง มีพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 76.10 ($SD = 17.33$) หมายถึง มีการสนับสนุน

ทางสังคมสูง มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองเท่ากับ 54.03 ($SD = 8.88$) หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองดี มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนเท่ากับ 60.28 ($SD = 8.18$) หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนสูง และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครูเท่ากับ 83.87 ($SD = 12.33$) หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครูดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ตัวแปร	M	SD	Range	
			Possible	Actual
การเห็นคุณค่าในตนเอง	28.32	3.98	10-40	18-36
พฤติกรรมติดยินเทอร์เน็ต	30.38	12.70	12-72	12-65
การสนับสนุนทางสังคม	76.10	17.33	15-105	24-102
สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง	54.03	8.88	15-75	30-74
สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน	60.28	8.18	15-75	33-75
สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู	83.87	12.33	24-120	54-120

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษาคือ ตัวแปรพฤติกรรมติดยินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .326, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม และ

สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.254, r = -.218, p < .01, p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล	1						
2. การเห็นคุณค่าในตนเอง	-.071	1					
3. พฤติกรรมติดยินเทอร์เน็ต	.326**	-.254**	1				
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.254**	.254**	-.512**	1			
5. สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง	-.218*	.376**	-.174*	.135	1		
6. สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน	-.023	.144	-.042	.073	.299**	1	
7. สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู	-.025	.268**	-.070	.124	.551**	.209*	1

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

5. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล มี 2 ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมติดยินเทอร์เน็ตและสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง โดยสามารถทำนายการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลได้ร้อยละ 13.30 ($R^2 = .133, p < .001$) ซึ่งปัจจัยตัวแรกที่ถูกต้องคือเข้าสมการทำนายได้แก่ พฤติกรรมติดยินเทอร์เน็ต สามารถทำนายได้ร้อยละ 10.60 ($R^2 = .106, p < .001$) ปัจจัยตัวที่สองที่ถูกต้องคือเพิ่ม

เข้าในสมการทำนาย ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง โดยสามารถร่วมทำนายได้เพิ่มเป็นร้อยละ 13.30 ($R^2 = .133, p < .05$) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล ได้แก่ พฤติกรรมติดยินเทอร์เน็ต ($\beta = .297, p < .001$) และรองลงมาคือ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง ($\beta = -.167, p < .05$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ตัวแปร	R ²	b	SE _(b)	β	t	p
Constant		26.34	2.75	-	9.57	< .001
พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต	.106	.111	.031	.297	3.59	< .001
สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง	.133	-.090	.044	-.167	-2.01	< .05

$R^2 = .133$, $Adj R^2 = .120$, $F_{(2-131)} = 10.05$, $p < .001$

อภิปรายผล

1. การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ามีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลเฉลี่ยเท่ากับ 27.12 ($SD = 4.70$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากนักเรียนมีการรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบจากการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลจึงรู้จักป้องกันข้อมูลส่วนตัวและตนเองจากพฤติกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาระดับพฤติกรรมกรังแกบนโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน²⁸ พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมกรังแกบนโลกโซเชียลโดยภาพรวมในระดับต่ำ ($SD = .34$) และการศึกษาการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกโซเชียลและพฤติกรรมรังแกผู้อื่นผ่านโลกโซเชียลของเยาวชนในสถานศึกษา²⁹ พบว่านิสัยเป็นเหยื่อๆ และมีพฤติกรรมรังแกผู้อื่นๆ ในระดับต่ำถึงปานกลาง สำหรับการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาระดับการรังแก/การตกเป็นเหยื่อผ่านโลกโซเชียลในนักเรียนเกรด 8 โรงเรียนประถมศึกษาในเมืองसानียา ประเทศตุรกี พบว่านักเรียนเกรด 8 ทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมกรังแกผ่านโลกโซเชียลในระดับต่ำ³⁰

ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายพบประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการเรียนการสอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จะแตกต่างจากระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจัดการเรียนการสอนเพื่อการวางแผนในอนาคตสำหรับการศึกษาต่อในระดับชั้นอุดมศึกษาและการเลือกอาชีพในการทำงาน อีกทั้งต้องเผชิญกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนใหม่ ทำให้นักเรียนต้องปรับตัว

เป็นอย่างมาก ทั้งด้านการเรียน ด้านสังคม และด้านจิตใจซึ่งมีโอกาสทำให้ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลได้ง่ายยิ่งขึ้น

2. การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .326$, $p < .01$) การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.254$, $p < .01$) การถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = -.218$, $p < .05$)

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตและสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง สามารถร่วมทำนายการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลได้ร้อยละ 13.30 ($R^2 = .133$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต ($\beta = .297$, $p < .001$) และรองลงมา คือ สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง ($\beta = -.167$, $p < .05$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

3.1 พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ตมีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกโซเชียลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($\beta = .297$, $p < .001$) จากงานวิจัยนี้พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนมากใช้เวลาโดยเฉลี่ย ในการเล่นอินเทอร์เน็ตมากที่สุดประมาณวันละ 5 ชั่วโมง ($M = 5.28$) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมกลั่นแกล้งทางโลกออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอินเทอร์เน็ต ซึ่งเด็กไทยใช้อินเทอร์เน็ต

นานถึง 4.8 ชั่วโมงต่อวันโดยเฉลี่ย³¹ เห็นได้ว่าพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตมีความสอดคล้องกับการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตมาก และส่งผลให้ถูกรังแกบนโลกไซเบอร์ได้ นอกจากนี้การติดอินเทอร์เน็ตยังส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ สมาธิ และพฤติกรรม รวมทั้งยังส่งผลกระทบถึงครอบครัว สังคม สามารถนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย³² ดังนั้นวัยรุ่นควรมีทักษะการใช้ดิจิทัลอย่างชาญฉลาดหรือทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ซึ่งจะช่วยให้ได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์

3.2 สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($\beta = -.167, p < .05$) แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีสัมพันธภาพกับผู้ปกครองที่ดีมักมีประสบการณ์การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวชนส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมกรังแกบนโลกไซเบอร์มักเคยเห็นการกระทำความรุนแรงของบิดามารดามีต่อกัน ซึ่งลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวบ่งบอกถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ทำให้เป็นเด็กขาดความมั่นใจ มีปัญหาพฤติกรรมไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่พบได้³³ ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองสูงจะทำให้นักเรียนถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ลดลง

นอกจากนี้ในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) รัฐบาลได้มีนโยบายให้เลื่อนการเปิดภาคเรียนของโรงเรียนและสถานศึกษาต่างๆ ทั่วประเทศ และปรับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้นักเรียนได้อาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นระยะเวลานาน จากข้อมูลวิจัยพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ทั้งบิดามารดา และบิดาจริงหรือมารดาจริง ร้อยละ 87.50 บิดามารดามีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.00 ทำให้นักเรียนมีเวลาในการอยู่กับผู้ปกครองมากขึ้น อาจเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การให้ความรัก ความอบอุ่น เป็นกำลังใจ ดูแลห่วงใยกันในช่วงสถานการณ์โรคติดต่อนี้ดังกล่าว เมื่อนักเรียนพบอุปสรรคปัญหาจึงกล้าที่จะปรึกษาผู้ปกครองได้ กล่าวได้ว่านักเรียนที่มีความผูกพันในครอบครัวสูง มักรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความใกล้ชิด มีความอบอุ่น ห่วงใยและใส่ใจซึ่งกันและ

กัน ได้รับการเอาใจใส่จากบิดามารดา จึงไม่มีปัญหาสัมพันธภาพ และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม³⁴ ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครองจึงมีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จากผลการวิจัยครั้งนี้ควรศึกษาและพัฒนาวิธีป้องกันหรือลดปัญหาการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์โดยเน้นการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างสร้างสรรค์ และส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองให้กับนักเรียนมากขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อน และสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครู ไม่สามารถทำนายการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากเป็นช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ทำให้นักเรียนมุ่งเน้นความสนใจไปที่การดูแลและป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ อีกทั้งยังมีการจัดรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ การจัดห้องเรียนในรูปแบบการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ซึ่งทางโรงเรียนได้มีมาตรการจัดจำนวนนักเรียนในห้องเรียนลดลงจากเดิม จึงเป็นสาเหตุให้นักเรียนได้พบปะพูดคุยกับครูและเพื่อนได้ลดลง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 28.32 ($SD = 3.98$) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 76.10 ($SD = 17.33$) มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับเพื่อนเท่ากับ 60.28 ($SD = 8.18$) และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนกับครูเท่ากับ 83.87 ($SD = 12.33$) อยู่ในช่วงกลางของข้อมูลที่มีลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลและมีความแปรปรวนค่อนข้างน้อย เมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจึงพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมทางกายภาพ การจัดการเรียนการสอนเพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพจิต และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาการรังแกและถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนางานวิจัยในการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยด้านจิตสังคม และศึกษาแนวทางป้องกันการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย นอกจากนี้ควรทำการศึกษากลุ่มนักเรียนในระดับชั้นต่างๆ จากพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างและหลากหลาย

References

1. National Crime Prevention Council. Information and resources to curb the growing problem of cyberbullying [Internet]. 2014 [cited 2021 February 15]. Available from: <https://www.ncpc.org/resources/cyberbullying/>
2. Jones SE. Examining cyberbullying bystander behavior using a multiple goals perspective. [Master's thesis]. University of Kentucky; 2014.
3. Songsiri N. Relationship between personal characteristics family context and cyberbullying among secondary and vocational students in Bangkok. [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (in Thai).
4. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. J Archives of Suicide Research 2010;14(3):206-21.
5. Brewer G, Kerslake J. Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness. J Computer in Human Behavior 2015;48:255-60.
6. Ojedokun O, Idemudia ES. The moderating role of emotional intelligence between PEN personality factors and cyberbullying in a student population. Life Science J 2013;10(3):1924-30.
7. Tudkuea T, Laeheem K, Sittichai R. Guidelines for preventive cyber bullying behaviors among secondary school students in the three southern border provinces. J Behavioral Science for Development 2019;11(3):91-106. (in Thai).
8. Ortega RR, Nunez JC. Bullying and cyberbullying: research and intervention at school and social contexts. Psicothema 2012;24(4):603-7.
9. Alvarez GD, Nunez JC, Dobarro A, Rodriguez C. Risk factors associated with cybervictimization in adolescence. International J of Clinical and Health Psychology 2015;43(3):1-10.
10. Sittichai R, Tudkuea T. Cyberbullying behavior among youth in the three southern border provinces, Thailand. Academic Services J Prince of Songkla University 2017;28(1):86-99. (in Thai).
11. Suntornvijitr S, Hengudomsab P, Vatanasin D, Dethchaiyot P. Predicting factors of depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. Nursing J of the Ministry of Public 2017;28(2):53-66. (in Thai).
12. Olenik SD, Heiman T. Cyberbullying victimization in adolescents as related to body esteem, social support, and social self-efficacy. The J of Genetic Psychology 2017;178(1):28-43.
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New jersey: Prentice-Hall; 1989.

14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
15. Rosenberg M. Society and the adolescent self-Image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
16. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand [doctoral's thesis]. Case Western Reserve University; 2003.
17. Nuphannoi R, Thaweekoon T, Nintachan P. Self-esteem, social support, and bullying behavior among junior high school students. *The J of Psychiatric and Mental Health* 2018;32(3):13-32. (in Thai).
18. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *J Cyber Psychology & Behavior* 1998;1(3):237-44.
19. Thongkambunjong W. Causal factors of internet dependency behavior of high school students in Bangkok Metropolis [doctoral's thesis]. Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
20. Seangsanaoh S, Vatanasin D, Hengudomsub P. Influence of interpersonal factors on depression among late adolescents. [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai).
21. Weinert C. PRQ2002 [Internet]. 2002 [cited 2021 January 8]. Available from: <http://www.montana.edu/cweinert/prq2k.html>
22. Tungmephon P. Social support, caregiving preparedness and stress among mothers of autistic children [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. (in Thai).
23. Changpradub A. Factors affecting on interpersonal relationship between students and their peer group of the third level, secondary grades 1-3 student of Inburi school in Inburi District, Singburi Province [Master's thesis]. Srinakharinwirot University; 2007. (in Thai).
24. Thitipanichayangkoon T. Some factors affecting emotional stability and adversity quotient of Matthayomsuksa III students in Bangkok Educational service area III [Master's thesis]. Srinakharinwirot University; 2007. (in Thai).
25. Pongpetra S. Factors affecting on interpersonal relationship with friends of the fourth level, secondary grades 4-6 students at Sarasas Ektra School in Yannawa District, Bongkok [Master's thesis]. Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
26. Doane AN, Kelley ML, Chiang ES, Padilla MA. Development of the cyberbullying experiences survey. *Emerging Adulthood* 2013;1(3):207-18.
27. Phaowiriya H, Boonnate N, Dallas CJ, Suppaseemanont W. Cyberbullying behavior and cybervictimization among nursing students. *Nursing J* 2021;48(1):159-73. (in Thai).
28. Sanga S, Yapang P, Chanthon T. Cyber bullying behavior of senior secondary school students in Muang District, Lumphun Province. *The 13th National and International Sripatum University Conference*; 2018 Dec 20; 2018. p.1953-64. (in Thai).

29. Amaraphibal A. Cyber-bullying victimization among youths: risk factor, mental health impacts and reporting to the third person. *Research Methodology & Cognitive Science* 2016;14(1):59-73. (in Thai).
30. Kerim K, Mustafa O, Subhan E, Duygu GE, Songul Y, Dilvin E, et al. Determination of the level of being cyber bully/victim of eighth grade students of elementary schools. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015;176(2015):846-53.
31. Pornnoppadol C. Behavior use internet not safe in Thai children: Cyberbullying [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 8]. Available from: <https://today.line.me/th/v2/article/aEOgPO>
32. Nantasen P, Prasertsin U. Internet addiction behavior and depression: causes, factors, and prevention guidelines. *J of Health and Nursing Research* 2020;36(3):293-303. (in Thai).
33. Pokpong S, Musikaphan W. Factors affecting attitudes and behavior violence and cyberbullying among youth in Thai [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai).
34. Jandee P, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors influencing depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. *J of Health and Nursing Research* 2021;37(1):252-65. (in Thai).

การคัดเลือกผู้ปกครองที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ให้มีความจำเพาะ และคล้ายคลึงกันมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพูดคุยเรื่องเพศกับ นักเรียนได้

2. การวิจัยครั้งต่อไป การเลือกพื้นที่ในการศึกษา วิจัย ควรคำนึงถึงขนาดกลุ่มตัวอย่าง และมีการติดตามผล ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมิน ผลคงทนพฤติกรรมในเวลาที่ผ่านไป

References

1. Reproductive Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Reproductive health situation in adolescents and youth 2019 [Internet]. 2020 [Cited 2021 June 6]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1> (in Thai)
2. Powwattana A. Health building and disease prevention in adolescents, health promotion and prevention of disease in the community application of concepts and theories into practice. 3rd ed. Bangkok: Nana Publishing House, Klang Wittaya; 2009. p. 162-185. (in Thai)
3. Khumtorn L. "How to prevent unwanted teenage pregnancy?". Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok. 2014. 30(3):97-105. (in Thai)
4. Kingmala C, Rawiworrakul T, Powwattana A. Effect of a pregnancy program for female adolescents. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2015;31(3):25-34. (in Thai)
5. Surasathienkul P, Banchonhatkit P. (2015). Strengthening life skills in conjunction with group processes. and reinforcement to prevent premature sex in grade 6 students, Research and Development Journal Health system. Kalasin Provincial Public Health Office.8(2):17-24 (in Thai)
6. Bunnag R, Termsirikulchai L, Watthanasomboon P and Phaowatana A. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of secondary school students, Nakhon Pathom province. Journal of Public Health Vol. 2013;43(1):80-93. (in Thai)
7. Ajzen I. The theory of pland behavior organizational behavior and human descision processes [Internet]. 1991. [Cited 2018 June 2]. Available from: <http://www.people.umass.edu/aizen/obhdp.html>
8. Taikanong K. The factors influencing the intention of sexual risk behavior among high School Students. Christian University of Thailand journal 2011;17(1):168-77. (in Thai).
9. Reproductive Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Reproductive health service, handbook for health workers. Bangkok: 2015 (in Thai)
10. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Handbook for promoting student mental health for teachers .8th ed. Bangkok: The Veterans Synthesis Organization Press; 2003. (in Thai)
11. Kaweewong N, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors influencing youth's intention to seek care for sexual and reproductive health in Rayong province. Faculty of Nursing Journal Burapha University 2012; 20(4):33-45. (in Thai)
12. Tisak K. The effect of a self-efficacy promoting program by peer leaders on sexual health promoting behaviors of early adolescents. Journal of Nursing Public Health 2005;19(2):48-63. (in Thai).

บทความวิจัย

นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด: กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

The Innovative Prototype Equipment of Skin Color Screening for Neonatal Jaundice: A Case Study at Banmi Hospital, Lopburi

Received: May 7, 2022
Revised: Jul 2, 2022
Accepted: Aug 19, 2022

เสาวนีย์ หนูนาค พย.ม. (Saowanee Noonark, M.N.S.)¹
พัทยา แก้วสาร ปร.ด. (Pattaya Kaewsan, Ph.D.)²
บุญทิพย์ สิริธรรังศรี ปร.ด. (Boontip Siritarungsri, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะตัวเหลืองถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยในทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดช่วง 3-5 วันแรก ปัจจุบันการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดใช้เครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง แต่เนื่องจากเครื่องดังกล่าวเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาสูง มักมีการใช้เครื่องในโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เท่านั้น ดังนั้น เพื่อให้มีการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดด้วยสายตา ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย มีประโยชน์ในการนำไปประเมิน และดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองได้อย่างทัน่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดด้วยสายตา และศึกษาประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบที่สร้างขึ้นโดยการเปรียบเทียบผลการคัดกรองสีผิวระหว่างการคัดกรองด้วยนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบ กับการคัดกรองในบรรยากาศห้อง เมื่อเทียบกับค่าอ้างอิงและศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนดอายุไม่เกิน 48 ชั่วโมง จำนวน 42 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด คู่มือการใช้กล้องในรูปแบบลิงก์วิดีโอ แบบบันทึกการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด แบบบันทึกผลการประเมินความสอดคล้องของการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิด และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: 1) นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดประกอบด้วย ส่วนที่ 1 กล้องครอบตัวทารก มีลักษณะเป็นกล่องสี่เหลี่ยมผืนผ้าซึ่งทำจากฟิวเจอร์บอร์ดสีดำบุผนังภายในด้วยผ้าสีดำ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกบริหารการพยาบาล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: saowanee.nurse@gmail.com

² Corresponding Author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: pattayakaew22@gmail.com

³ ศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: boontip.sir@stou.ac.th

¹⁻³ School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand

ผนังด้านซ้ายเปิดเพื่อการสังเกตสีผิว ด้านบนเจาะช่องเพื่อวางโคมไฟ กล้องจะถูกนำมาวางครอบลงพอดีบน crib เด็กอ่อน และเบาะรองที่ปูด้วยผ้าขาว ส่วนที่ 2 โคมไฟส่องสีผิว หลอดแอลอีดี แสงสีขาวขนาด 3 วัตต์ 2) ประสิทธิภาพของนวัตกรรมพบว่า (1) การคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดโดยใช้ นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดมีความสอดคล้องกับค่าอ้างอิงร้อยละ 100 ในช่วงค่าระดับบิลิรูบินในซีรัม ไม่เกิน 5.85 มก./ดล. (2) ผลการเปรียบเทียบความสอดคล้องโดยรวมพบว่า การคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดโดยใช้ นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดมีความสอดคล้องกับค่าอ้างอิงเท่ากับร้อยละ 21.43 แต่การคัดกรองในบรรยากาศห้องมีความสอดคล้องกับค่าอ้างอิงเท่ากับร้อยละ 19.05 3) ผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาต่อยอดเรื่องการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้านแสง หลักเกณฑ์การประเมินภาวะตัวเหลืองทางสีผิวด้วยตาเปล่า และวัสดุของกล่องให้มีความคงทน เพื่อพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกในการทดแทนอุปกรณ์การคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดซึ่งมีราคาสูง

คำสำคัญ : นวัตกรรม การประเมินภาวะตัวเหลือง ทารกแรกเกิด

Abstract

Introduction: Jaundice in newborns is a common, but critical health problem. During the first 3-5 days of life, this is the primary cause of neonatal mortality. A skin bilirubin meter is currently used to assess newborn jaundice. However, its price is very exorbitant, and most of them are only used in private hospitals or major hospitals. As a result, developing an infant color assessment tool for the visual screening of neonatal jaundice is preferable. This allows healthcare providers to prevent and treat newborns who have jaundice in a timely manner.

Research Objectives: To develop an innovative prototype equipment that detects jaundice based on newborns' skin tone. To investigate the efficiency of innovative prototype equipment by comparing the results of skin color screening between innovative prototype devices and an environment room screening in comparison to reference values.

Research Methodology: This study is action research. Sample consisted of 2 groups: 1) 42 full-term neonates within 48 hours postnatal; and 2) 8 professional nurses. Research instruments included the Innovative Prototype Equipment of Skin Color Screening for Neonatal Jaundice (SCS-NJ box) and a user manual. In addition, skin color screening record form for neonatal jaundice, record form for evaluating consistency in neonatal skin color jaundice screening, and questionnaire to evaluate nurses' satisfaction with using the SCS-NJ box were used. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation).

Results: 1) The SCS-NJ box consisted of the following: Part 1: the case to cover the infant, it looks like a rectangular box, made of black corrugated plastic sheets, and lined with black cloth. The left side was open to observe neonate skin color and the top had an aperture for fitting the lamp. The box will be placed to cover the baby crib and the cushion was covered with white cloth. Part 2: a lamp with 3-watt white light LED. 2) The SCS-NJ box efficiency revealed that (1) the SCS-NJ box for neonatal jaundice is 100 percent consistent with reference values in the total bilirubin serum range of not more than 5.85 mg/dL. (2) The results of the overall consistency comparison revealed that screening by the SCS-NJ box for neonatal jaundice is 21.43 percent consistent with reference value, but screening in the environment room is 19.05 percent consistent with reference value. and (3) The nurses were highly satisfied with using the SCS-NJ box.

Implications: Future research should continue to control the lighting environment, observable criteria for judging skin color of jaundice and the durability of the box's material to make the SCS-NJ box more effective. It is an alternative to substitute pricey tools for detecting neonatal skin jaundice.

Keywords: innovation, jaundice screening, neonate

บทนำ

ภาวะตัวเหลือง (jaundice) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และพบบ่อยในทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดช่วง 3-5 วันแรก ในประเทศไทยอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดพบร้อยละ 25-50¹ ซึ่งภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เกิดจากการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง แล้วสลายเป็นบิลิรูบินจำนวนมาก และความสามารถในการขจัดสารสีเหลืองของตับยังไม่สมบูรณ์จึงทำให้ขจัดออกได้จำนวนน้อย เกิดการสะสมของ unconjugated bilirubin pigment ที่ผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ ทำให้มีอาการตัวเหลืองโดยมีบิลิรูบินกระจายบนผิวหนัง จนเห็นเป็นสีเหลือง² ภาวะตัวเหลืองจะขยายจากศีรษะจรดเท้า โดยเริ่มพบที่ตาขาว เมื่อค่าบิลิรูบินในเลือดอยู่ในระดับ 2-3 มก./ดล. (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ใบหน้าเหลืองเมื่อค่าบิลิรูบินอยู่ประมาณระดับ 4-5 มก./ดล. และปรากฏที่ตำแหน่งบริเวณสะดือ เมื่อค่าบิลิรูบินอยู่ประมาณ 15 มก./ดล. และจะพบภาวะเหลืองที่เท้า เมื่อค่าบิลิรูบินประมาณ 20 มก./ดล. ทั้งนี้ จากแนวปฏิบัติทั่วไปของประเทศไทย กำหนดให้มีการตรวจค่าบิลิรูบินเมื่อทารกอายุ

ครบ 48 ชั่วโมง และหากตรวจพบมีค่าสูงกว่า 15 มก./ดล. ทารกจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งโดยทั่วไปใช้วิธีการรักษาโดยการส่องไฟ แต่หากสูงมากกว่า 20 มก./ดล. จะไม่สามารถรักษาโดยการส่องไฟเพียงอย่างเดียว การรักษาจะกระทำโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือดร่วมด้วย³ นอกจากนี้ทารกแรกเกิดจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากภาวะตัวเหลืองก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางสมองอย่างฉับพลัน ทำให้ทารกมีอาการแขนขาอ่อนแรง ร้องเสียงแหลม ดูดนมได้น้อย หากเกิดภาวะดังกล่าว และทารกไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และเหมาะสม จะทำให้ทารกเกิดภาวะชักได้ ซึ่งทารกที่มีภาวะชักจากสารบิลิรูบิน อาจทำให้เกิดสมองพิการ สูญเสียการได้ยิน และเกิดความพิการด้านสติปัญญาได้⁴ ดังนั้นการประเมินหรือคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะก่อนทารกอายุครบ 48 ชั่วโมง จะช่วยให้ทารกได้รับการดูแลและรักษาได้เร็วขึ้น สามารถลดความรุนแรงของการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้

ในปัจจุบันการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ทำได้โดยการใช้เครื่องวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง

(Jaundice Meter) ซึ่งสามารถประเมินได้ก่อนทารกอายุครบ 48 ชั่วโมง เป็นเครื่องมือที่มีความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายและความเจ็บปวดแก่ทารก แต่เครื่องมือนี้มีราคาสูงมาก ส่วนใหญ่มีการใช้ในโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนยังขาดงบประมาณจัดสรรในการซื้อเครื่องมือนี้ ดังนั้นแนวปฏิบัติ การประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดนั้น จะมีขั้นตอนประกอบด้วย 1) การประเมินสีผิวของทารกด้วยตาเปล่า 2) การส่งต่ออาการโดยพยาบาลวิชาชีพด้วยวาจาในแต่ละเวร และ 3) การเจาะเลือดตรวจหาค่าบิลิรูบินในเลือดเมื่อทารกอายุครบ 48 ชั่วโมง หากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ห่างไกล และไม่มีเครื่องตรวจวัดระดับบิลิรูบินในเลือด ต้องส่งต่อเลือดไปโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งใช้เวลาเดินทางและการรอผลเลือดเป็นเวลานาน กว่าจะทราบผลก็อาจทำให้ทารกตัวเหลืองมากขึ้น และส่งผลให้เกิดอันตรายต่อทารกได้ ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองภาวะตัวเหลืองที่สามารถมองเห็นสีผิวที่เหลืองได้ชัดเจน จะทำให้สามารถคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้รวดเร็วและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น อีกทั้งหากมีการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองภาวะตัวเหลืองด้วยการมองเห็นสีผิวของทารกได้ จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในด้านการสังเกตและการทำหน้าที่คัดกรองเพื่อการดูแลทารกในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 258 เตียง มีนโยบายเรื่องการดูแลทารกแรกเกิดตามโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวโดยกรมอนามัยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยดูแลทารกแรกเกิดหลังคลอด 2 ชั่วโมง ถึง 48 ชั่วโมงทุกราย และทารกต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจคัดกรองภาวะตัวเหลือง จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ร้อยละ 15.90 15.17 และ 22.85 ตามลำดับ ซึ่งสูงขึ้นทุกปี สำหรับโรงพยาบาลแห่งนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 มีแนวปฏิบัติในการดูแลทารก เมื่อตรวจพบว่า มีค่าบิลิรูบิน (bilirubin) สูงมากกว่า 12 มก./ดล. จะได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ (phototherapy) เป็นระยะเวลา 1-4 วัน จนกว่าค่าของบิลิรูบินจะปกติ

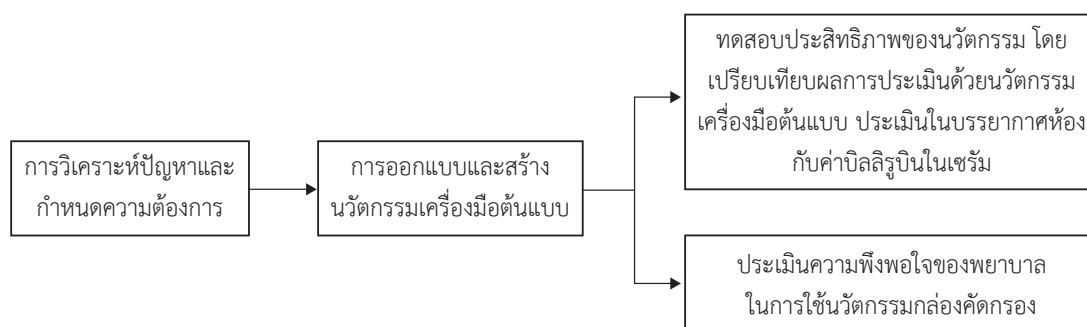
จากสถิติภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่มีเพิ่มขึ้นในแต่ละปีและยังขาดเครื่องมือคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาล ได้ให้ความสำคัญของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด ที่สามารถใช้ได้ง่าย ราคาถูก และมีความความแม่นยำ ในการคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โดยใช้การจำแนกสีผิวด้วยสายตาได้รวดเร็วและแม่นยำ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด และได้รับการรักษาที่ทันเวลาหากพบว่ามีภาวะผิดปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของการคิดเชิงออกแบบ⁶ ในการดำเนินการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลได้สังเกตเห็นว่า การประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดในบรรยากาศห้องนั้นมีแสงที่ตกกระทบผิวทารกระหว่างการประเมินไม่คงที่ ซึ่งอาจทำให้สีผิวที่แสดงออกมาเกิดการประเมินคลาดเคลื่อนได้ อีกทั้งการเจาะเลือดทารกแรกเกิดครบ 48 ชั่วโมงเพื่อวิเคราะห์ค่าบิลิรูบินในซีรัมนั้น ต้องรอผลเลือดเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องส่งเลือดไปวิเคราะห์ผลที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากเครื่องมือการวิเคราะห์นี้มีราคาแพง ซึ่งระหว่างรอผลใช้เวลานานนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตัวเหลืองได้ จึงมีความต้องการสร้างนวัตกรรมเครื่องมือต้นแบบ ช่วยในการคัดกรองสีผิวทารกให้สอดคล้องกับค่าบิลิรูบินในซีรัมเพื่อให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวะตัวเหลืองในทารกได้อย่างทันท่วงที และใช้วัสดุที่มีราคาถูกเพื่อให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือราคาแพง มีเครื่องมือช่วยในการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกในเบื้องต้นและให้การดูแลรักษาได้ โดยไม่ต้องรอผลเลือด ดังนั้นการออกแบบนวัตกรรมจึงต้องมีการควบคุมแสงในการประเมินสีผิวของทารกให้คงที่ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสว่างของแสง การสะท้อนของแสง และความสามารถในการเห็นสี มาใช้ในหลักการของแสงที่ตกกระทบสีผิวจะดูดกลืนทุกสีและแสงที่ตกกระทบสีผิวจะสะท้อนออกมาทุกสี แล้วการมองเห็นของวัตถุที่อยู่ระหว่างสีขาวและสีดำ จะทำให้สี

ของวัตถุที่อยู่ระหว่างสองสีนั้นมีความชัดเจนขึ้น จึงมีการสร้างนวัตกรรมเครื่องมือต้นแบบที่ล้อมรอบทารกแรกเกิดด้วยสีดำ และมีการส่องแสงสีขาวยที่มีความเข้มแสงคงที่ไปยังผิวหนังเพื่อประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดได้ชัดเจนขึ้น⁷ ในการทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมนั้นจะทำการเปรียบเทียบระหว่างการประเมินสีผิวในบรรยากาศห้องและประเมินสีผิวจากนวัตกรรมที่สร้าง โดยอ้างอิงกับค่าบิลิรูบินในซีรัมจากการวิเคราะห์ผลเลือดที่ได้นำมาเทียบตามเกณฑ์การประเมินสีผิวทารก Dermal Zone of Jaundice ตามกฎของ Kramer⁸ ที่ประยุกต์โดย Varughese⁹ ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์พื้นที่ผิวทารก

แรกเกิดไว้ 5 โซน และเทียบกับค่าระดับบิลิรูบินในซีรัม ดังนี้ โซน 1 บริเวณใบหน้าและลำคอ (ระดับบิลิรูบินน้อยกว่า 5.85 มก./ดล.) โซน 2 บริเวณหน้าอกและหลัง (ระดับบิลิรูบิน 5.86-8.77 มก./ดล.) โซน 3 บริเวณหน้าท้องได้สะดือถึงเข้า (ระดับบิลิรูบิน 8.78-11.70 มก./ดล.) โซน 4 บริเวณแขนและใต้เข่าถึงข้อเท้า (ระดับบิลิรูบิน 11.71-14.62 มก./ดล.) และโซน 5 บริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า (ระดับบิลิรูบินมากกว่า 14.62 มก./ดล.) และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้นวัตกรรมนั้น



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด
- 2) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรมโดยเปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดระหว่างบรรยากาศห้องและนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น กับค่าอ้างอิงของระดับบิลิรูบินในซีรัม
- 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรมการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดที่ได้พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบแล้วนำมาใช้เป็นเครื่องมือวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น

2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มทารกแรกเกิดสุขภาพดี ที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ย้ายไปรับการดูแลพร้อมมารดา ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ประชากรทั้งหมดจำนวน 198 ราย เป็น ทารกแรกเกิดสุขภาพดีที่มารดาตั้งครรรค์ครบกำหนด มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คลอดโดยวิธีการคลอดปกติ (normal labor) และคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (cesarean section) ที่วางแผนไว้ตั้งแต่ใกล้ครบกำหนดคลอด (elective cesarean section) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 2,500-4,000 กรัม และมีคะแนนประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด (APGAR score) อยู่ในช่วง 7-10 คะแนน ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2562 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power Effect Size = 0.50 (อิทธิพลปานกลาง) ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบร้อยละ 85 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 38 ราย ซึ่งจะ

เพิ่มอีกร้อยละ 10 สำหรับป้องกันการสูญหาย จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกทารกแรกเกิดสุขภาพดีทุกราย ที่ย้ายไปรับการดูแลรักษาพร้อมมารดา จนครบ 42 ราย

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบ้านหมี่ โดยศึกษาในประชากรทั้งหมดจำนวน 8 ราย

เครื่องมือที่ใช้วิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

(1) นวัตกรรมกล่องการคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิดที่ได้สร้างขึ้นโดยมีลักษณะเป็นกล่องเพื่อป้องกันการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยภายในกล่องบุผ้าสีดำในทุกด้านเพื่อดูดกลืนแสงทำให้ไม่เกิดแสงสะท้อนออกมา แล้วใช้เบาะรองสีขาวยุเพื่อให้เกิดการสะท้อนของสีผิวทารกที่เหมือนจริง และใช้แสงจากหลอดไฟแอลอีดี แสงสีขาว ขนาด 3 วัตต์ ส่องตรงกลางด้านบนซึ่งได้จากการทดสอบค่าความเข้มของแสงที่เหมาะสม มีขนาด 435-469 Lux (2) คู่มือการใช้กล่องในรูปแบบลิงค์วิดีโอ (3) แบบบันทึกการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด และข้อมูลการคัดกรองภาวะตัวเหลืองเมื่อทารกอายุครบ 24 และ 48 ชั่วโมง ซึ่งการบันทึกโชนที่ได้จากการประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดในบรรยากาศห้องและจากนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว โดยมีการบันทึกโชน ดังนี้ โชน 1 ถ้าเห็นสีเหลืองบริเวณใบหน้าและลำคอ โชน 2 ถ้าเห็นสีเหลืองบริเวณหน้าอกและหลัง โชน 3 ถ้าเห็นสีเหลืองบริเวณหน้าท้องและใต้สะดือถึงเข่า โชน 4 ถ้าเห็นสีเหลืองบริเวณแขนและได้เข้าถึงข้อเท้า โชน 5 ถ้าเห็นสีเหลืองบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า และบันทึกค่าบิลิรูบินจากการวิเคราะห์เลือดซึ่งได้นำมาเปรียบเทียบเป็นโชน โดยอ้างอิง เกณฑ์การประเมินสีผิวของ Varughese⁹ กำหนดให้ โชน 1 มีค่าบิลิรูบินน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5.85 มก./ดล. โชน 2 มีค่าบิลิรูบินเท่ากับ 5.86-8.77 มก./ดล. โชน 3 มีค่าบิลิรูบินเท่ากับ 8.78-11.70 มก./ดล. โชน 4 มีค่าบิลิรูบินเท่ากับ 11.70-14.62 มก./ดล. โชน 5 มีค่าบิลิรูบินมากกว่า 14.62 มก./ดล.

2) เครื่องมือประเมินผลการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลการประเมินความสอดคล้องของการคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เป็นตารางสำหรับบันทึกผลการคัดกรองที่ได้จากการคัดกรองด้วยบรรยากาศห้อง การคัดกรองด้วยกล่องคัดกรองสีผิวและค่าบิลิรูบินในซีรัมก่อนนำมาเปรียบเทียบความสอดคล้องของการคัดกรอง เครื่องมือดังกล่าวมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วย สูติ-นรีแพทย์ จำนวน 1 ท่าน กุมารแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชากุมารเวช จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในสถานศึกษา จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านไฟฟ้าและแสงสว่าง จำนวน 1 ท่าน ได้คำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) ของ 4 องค์ประกอบ เท่ากับ 0.96 1 1 และ 1 ตามลำดับ

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวัตกรรมการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิด จำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) เป็น 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 2563/09 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2563 และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง/ผู้แทนของทารกแรกเกิดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด

1) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบหรือเรียกว่า กล่องคัดกรองสีผิว (Jaundice Detector Box: JD Box) ประกอบด้วย ที่นอนเด็กอ่อนชนิดขึ้นได้ (crib หรือ bassinet cart) เบาะนอนหุ้มหนังเทียมหนา 5 ซม. ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิด ผ้าผ้ายสีขาว 0.5 เมตร ผ้าผ้ายสีดำ 2 เมตร ผ้าสีสวยาม 2 เมตร พิวเจอร์บอร์ดสีดำ ขนาด 50x65 ซม. จำนวน 2 ชิ้น และขนาด 25x65 ซม. จำนวน 3 ชิ้น โคมไฟ หลอดไฟแอลอีดี แสงสีขาว ขนาด 3 วัตต์

และอุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบและตัดเย็บ

2) ตัดเย็บผ้าหุ้มคลิปเตี้ยก่อนโดยให้ด้านในเป็นผ้าฝ้ายสีดำและด้านนอกเป็นผ้าสีสวอยงาม ตัดเย็บผ้ารองเบาะด้วยผ้าฝ้ายสีขาว ประกอบฟิวเจอร์บอร์ดให้มีลักษณะเป็นกล่อง โดยมีด้านหลัง ด้านข้างซ้ายขวาและด้านบนซึ่งเจาะเป็นช่องให้พอดีกับคอมพิวเตอร์ โดยบุภายในกล่องด้วยผ้าฝ้ายสีดำและบุภายนอกกล่องด้วยผ้าสีสวอยงาม เพื่อสร้างกล่องคัดกรองสีผิวที่มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้านแสง โดยใช้หลักการตกกระทบของแสง กล่าวคือ พนักของกล่องที่บุด้วยผ้าสีดำจะป้องกันการรบกวนแสงสว่างจากภายนอก ตัดกับผ้ารองเบาะสีขาวที่จะสะท้อนแสงสีเหลืองจากสีผิวของทารกเข้าสู่สายตาของผู้คัดกรอง และมีการควบคุมแสงสว่างจากหลอดไฟแอลอีดีแสงสีขาว ขนาด 3 วัตต์

3) นำโคมไฟมาตั้งไว้ให้เหมาะสมพอดีกับช่องตรงกลางด้านบนของกล่อง ซึ่งมีการทดสอบโดยการวัดค่าความสว่างของตำแหน่งการวางหลอดไฟที่พบว่า การวางโคมไฟไว้บริเวณกลางกล่องมีความสว่างที่ดีที่สุด

การเตรียมพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นวัตกรรมกล่องคัดกรอง

ผู้วิจัยได้อบรมพยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 คนให้เรียนรู้และเข้าใจส่วนประกอบและวิธีประกอบกล่องคัดกรองสีผิว หลังจากนั้นทำการสาธิตวิธีการคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิดจากการสังเกตด้วยสายตาโดยใช้การกำหนดโซนของ Kramer⁸ และให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนฝึกคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิด โดยให้พยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 8 คน ประเมินภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดสุขภาพดีที่มีอายุครบ 48 ชั่วโมง และได้เจาะเลือดตรวจหาค่าบิลิรูบินในซีรัม (micro bilirubin) แล้ว และยังไม่ทราบผลบิลิรูบิน จำนวน 3 คน โดยใช้กล่องคัดกรองสีผิวและให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคน จดบันทึกคำตอบของตัวเองไว้ในกระดาษเปล่า ว่าประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดแต่ละคนว่าได้โซนใด หลังจากนั้นติดตามผลค่าบิลิรูบินในซีรัมมาเปรียบเทียบกับค่าโซนที่พยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 คน ประเมินได้ ถ้ามีพยาบาลวิชาชีพที่ประเมินได้โซนที่ไม่อยู่ในช่วงค่าของบิลิรูบิน ให้มีการเรียนรู้ในการประเมินที่ถูกต้องร่วมกัน ผลการทดสอบพบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 คน สามารถประเมินสีผิวของทารกได้ตรงกัน และประเมินได้โซนที่อยู่ในช่วงค่าของบิลิรูบิน ร้อยละ 100

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกผลการประเมินความสอดคล้องของการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ทำการประเมินสีผิวของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกแรกเกิดที่มีอายุครบ 48 ชั่วโมง โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับ การฝึกอบรม และผ่านการทดสอบแล้ว 2 คน จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งแรกประเมินสีผิวที่บรรยากาศห้อง แล้วบันทึกโซนที่มองเห็นผิวสีเหลืองลงในแบบบันทึก และครั้งที่สองประเมินสีผิวโดยใช้กล่องคัดกรองสีผิว แล้วบันทึกโซนที่มองเห็นผิวสีเหลืองลงในแบบบันทึก ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีการประเมินสีผิวในโซนที่แตกต่างกัน ให้มีการประเมินสีผิวทารกซ้ำจนเกิดความแน่ใจของพยาบาลวิชาชีพที่ได้โซนตรงกัน

2) นำทารกแรกเกิดอายุ 48 ชั่วโมงที่ผ่านการประเมินสีผิวด้วยสายตาทั้งสองครั้ง มาเจาะเลือดเพื่อหาค่าบิลิรูบินในซีรัม เมื่อได้ผลบิลิรูบินในซีรัมของทารกแรกเกิดแต่ละคนแล้วมาเทียบกับโซนของค่าอ้างอิง แล้วนำมาบันทึกลงในแบบบันทึกให้ตรงกับทารกแรกเกิดในแต่ละคน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลการใช้นวัตกรรมการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิด

หลังจากได้มีการประเมินทารกแรกเกิดอายุ 48 ชั่วโมงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 42 คน ให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 คนที่เป็นผู้ใช้กล่องคัดกรองสีผิวประเมินความพึงพอใจนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด (กล่องคัดกรองสีผิว) จำนวน 7 ข้อและให้แสดงความคิดเห็นแบบปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 12 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

1) ค่าความถี่และค่าร้อยละ สำหรับวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลการประเมินสีผิวทารกแรกเกิดในแต่ละโซน ทั้งจากบรรยากาศห้องและจากกล่องคัดกรองสีผิว และข้อมูลการเปรียบเทียบค่าบิลิรูบินในซีรัมที่ได้ในแต่ละโซนค่าอ้างอิง

2) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัย

1) ผลการสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด ได้เป็น

นวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว (Jaundice Detection Box: JD Box) ที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินวิจัยได้ตามที่ต้องการ ดังแสดงไว้ใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 นวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว สำหรับนำไปใช้ในการประเมินสีผิวทารกแรกเกิด

จากภาพที่ 1 แสดงกล่องคัดกรองสีผิว (JD Box) โดยมีลักษณะเป็นกล่องบุผ้าสีดำ มีช่องในการวางทารกและประเมินสีผิว มีเบาะรองสีขาวยู้ง่ายใน ส่วนภายนอกบุผ้าสีสวยงาม ด้านบนตรงกลางมีการส่องไฟแอลอีดี แสงสีขาว ขนาด 3 วัตต์

2) ประสิทธิภาพของนวัตกรรมโดยเปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดระหว่างบรรยากาศห้องและกล่องคัดกรองสีผิว ที่พัฒนาขึ้น กับค่าระดับบิลิรูบินในซีรัม แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าร้อยละของความสอดคล้องระหว่างการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดที่ประเมินในบรรยากาศห้องและประเมินด้วยนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวกับช่วงค่าบิลิรูบิน

โซน	ช่วงค่าบิลิรูบิน* (มก./ดล.)	จำนวน	ความสอดคล้องของการ ประเมินในบรรยากาศห้อง**		ความสอดคล้องของการ ประเมินจาก JD Box**	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	< 5.85	4	4	100	4	100
2	5.86 – 8.77	16	1	6.25	3	18.75
3	8.78 – 11.70	15	2	13.33	1	6.67
4	11.71 – 14.62	7	1	14.29	1	14.29
5	> 14.62	0	--	--	--	--
รวม		42	8	19.05	9	21.43

* อ้างอิงจากเกณฑ์ช่วงค่าบิลิรูบินในแต่ละโซนของ Varughese⁹

** จำนวนร้อยละของความสอดคล้องในการประเมินเมื่อเทียบกับช่วงค่าบิลิรูบินในแต่ละโซนที่กำหนด

จากตารางที่ 1 พบว่า การประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดในบรรยากาศห้องมีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินที่อ้างอิงคิดเป็นร้อยละ 19.05 ส่วนการประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดด้วยกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินที่อ้างอิงคิดเป็นร้อยละ 21.43 โดยถ้าจำแนกความสอดคล้องในแต่ละโซน พบว่า โซน 1 ทั้งการประเมินสีผิวทารกแรกเกิดจากบรรยากาศห้องและประเมินด้วยนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินอ้างอิงร้อยละ 100 โซน 2 การประเมินสีผิวทารกแรกเกิดจากบรรยากาศห้องมีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินอ้างอิงร้อยละ 6.25 ส่วนการประเมินสีผิวทารกแรกเกิดด้วยนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินอ้างอิงร้อยละ 18.75 โซน 3 การประเมินสีผิวทารกแรกเกิดจากบรรยากาศห้องมีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินอ้างอิงร้อยละ 13.33 ส่วนการประเมินสีผิวทารกแรกเกิดด้วยนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินอ้างอิงร้อยละ 6.67 โซน 4 ทั้งการประเมินสีผิวทารกแรกเกิดจากบรรยากาศห้องและประเมินด้วยนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้องกับช่วงค่าบิลิรูบินอ้างอิงร้อยละ 14.29

3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้กล่องคัดกรองสีผิว รวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้ค่าเฉลี่ย 4.13 (SD = 0.27) โดยพบว่า มีความพึงพอใจในนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวที่สามารถติดตั้งและใช้งานได้ง่ายมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.50 (SD = 0.53) รองลงมา สามารถจัดเก็บได้สะดวกไม่เปลืองเนื้อที่มีรูปแบบที่สวยงาม และทำให้คุณภาพในการประเมินภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.38 (SD = 0.51) 4.25 (SD = 0.46) และ 4.13 (SD = 0.35) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1) การสร้างนวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิว (Jaundice Detector Box : JD Box) ที่นำไปใช้ประเมินสีผิวทารกแรกเกิดด้วยสายตานั้น ได้ผลลัพธ์ 3 ประการ (1) ความเหมาะสมในการควบคุมสิ่งแวดล้อมกล่องคัดกรองสีผิว การควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ดีจะทำให้เกิดประสิทธิภาพของการมองเห็นอย่างถูกต้องชัดเจน การควบคุมค่าความสว่างของแสงและการควบคุมพื้นที่ผิวที่แสงตกกระทบของวัตถุ จะทำให้การสะท้อนของแสงมี

ค่าสม่ำเสมอ ไม่เกิดการหักเหของแสง¹⁰ นอกจากนี้ การสร้างความแตกต่างของความสว่างระหว่างตัววัตถุกับผนังด้านใน (contract) จะทำให้สามารถมองเห็นความแตกต่างระหว่างสีของวัตถุจากหลังได้ดี รวมทั้งความเหมาะสมของความเข้มของแสงภายในกล่องคัดกรองสีผิว ทำให้มีความเหมาะสมในการประเมินสีผิวของทารก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา กล่องคัดกรองสีผิวขึ้น โดยมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในกล่อง ใช้ผ้าฝ้ายสีดำนุ่มด้านในของกล่องคัดกรองสีผิวเพื่อไม่ให้แสงสว่างจากสิ่งแวดล้อมภายนอกกรบกวนสายตาของพยาบาลผู้ประเมินสีผิวของทารก และการใช้เบาะที่หุ้มด้วยผ้าสีขาวสำหรับรองตัวทารก จะทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างฉากหลังกับพื้นผิวเมื่อวางทารกลงบนเบาะที่หุ้มด้วยผ้าสีขาว พื้นผิวไม่ขรุขระการจัดวางตำแหน่งของทารกที่เหมาะสมและการควบคุมแสงสว่างที่ดี จากการทดสอบความเข้มของแสงที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการวิจัยโดยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชจำนวน 3 คนนั้นได้ความเข้มของแสงเท่ากับ 435-469 Lux เทียบเท่ากับการใช้แสงจากหลอดไฟแอลอีดี แสงสีขาว ขนาด 3 วัตต์ ซึ่งจะทำให้สามารถมองเห็นสีผิวสีเหลืองของทารกได้เสมือนจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiratkulthana¹¹ ที่กล่าวว่า การมองเห็นเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้ปฏิบัติงานในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน โดยความสัมพันธ์ระหว่างแสงสว่างกับประสิทธิภาพการทำงานนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องการระดับแสงสว่างที่เหมาะสมในขณะทำงาน (2) ความเหมาะสมด้านเวลาในการสร้างและการประกอบกล่องคัดกรองสีผิว การคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิดคือระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างกล่องคัดกรองสีผิว ตลอดจนถึงการประกอบกล่องคัดกรองสีผิว ซึ่งระยะเวลาในการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การร่างรูปแบบของนวัตกรรม รวมทั้งการนำร่างรูปแบบไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในการให้คำแนะนำและพิจารณาความเหมาะสมของนวัตกรรม ตลอดจนการสรรหาอุปกรณ์การจัดทำ การตัดเย็บ การประกอบกล่องคัดกรองสีผิว การทดสอบหาตำแหน่ง และค่าความเข้มของแสง รวมถึงการทดสอบเพื่อหาขนาดของหลอดไฟที่ใช้สำหรับกล่องประเมินสีผิว ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือนจึงได้ กล่องคัดกรองสีผิวที่มีความสมบูรณ์พร้อมใช้งาน ประกอบได้ง่าย และมีความสวยงาม ในด้านวิธีการใช้งานกล่องคัดกรองสีผิว เพื่อคัดกรองสีผิวของทารก

แรกเกิด ผู้วิจัยได้จัดทำคลิปวิดีโอสาธิตการประกอบกล่อง คัดกรองสีผิว วิธีการประเมินสีผิวที่ผู้วิจัยได้บูรณาการวิธีการ ประเมินสีผิว โดยใช้เกณฑ์การประเมินสีผิว 5 โซน Dermal Zone Of Jaundice ของ Kramer⁸ ซึ่งหน่วยงานมีการใช้ กันอยู่ในปัจจุบัน และใช้เวลาในการประเมินสีผิว 2-3 นาที 3) ความเหมาะสมด้านงบประมาณในจัดหาวัตถุดิบ ค่าใช้จ่าย ในการสร้างกล่องคัดกรองสีผิว ที่ผู้วิจัยเลือกใช้วัสดุที่จัดหาได้ ในหน่วยงาน ราคาไม่แพง สามารถจัดหาและประกอบเองได้ ในราคาเพียง 1,300 บาท (จากต้นทุนการซื้ออุปกรณ์) ซึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องตรวจวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง ที่พบว่ามีการใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่สั่งซื้อจากบริษัทขาย วัสดุเครื่องมือทางการแพทย์ มีราคาสูงเครื่องละประมาณ 300,000-320,000 บาท¹² ทั้งนี้ โรงพยาบาลเหล่านั้นต้องมี งบประมาณเพียงพอในการจัดซื้อ แต่กล่องคัดกรองสีผิว ที่ผู้วิจัย ได้พัฒนาขึ้น มีขั้นตอนการผลิตที่ง่าย ราคาประหยัด และมีความคงทนแข็งแรงสามารถใช้ได้นาน ทำความสะอาดง่าย จัดเก็บได้สะดวกไม่เปลืองพื้นที่ในการจัดเก็บ เนื่องจากกล่อง สามารถพับเก็บได้ วัสดุที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อทารก แรกเกิดในขณะคัดกรอง

2) ประสิทธิภาพของนวัตกรรมกล่องคัดกรอง พบว่า การใช้วัตกรรมการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารก แรกเกิด การคัดกรองภาวะตัวเหลือง ที่โซน 1 ที่มีค่าระดับ บิลิรูบิน น้อยกว่า 5.85 มก./ดล. ซึ่งเป็นเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ พบว่า การคัดกรองทั้งบรรยากาศห้องและกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้องในการคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิดเท่ากัน ในขณะที่โซน 2 ที่มีค่าระดับบิลิรูบินเท่ากับ 5.86-8.77 มก./ดล. สำหรับการประเมินด้วยกล่องคัดกรองสีผิว มีความสอดคล้อง ในการประเมินมากกว่าการประเมินในบรรยากาศห้อง ส่วน โซน 3 ที่มีค่าบิลิรูบินเท่ากับ 8.78-11.70 มก./ดล. พบว่า การประเมินด้วยกล่องประเมินสีผิว กลับมีความสอดคล้อง ในการประเมินน้อยกว่าบรรยากาศห้อง และที่โซน 4 ค่าระดับ บิลิรูบิน เท่ากับ 11.71-14.64 มก./ดล. ถึงแม้ว่าทารกที่ศึกษา มีค่าระดับบิลิรูบินในซีรัมในระดับสูง แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ต้อง รักษาในการส่องไฟ พบว่า มีความสอดคล้องในการคัดกรอง สีผิวไม่แตกต่างกันระหว่างการคัดกรองด้วยบรรยากาศห้องกับ กล่องคัดกรองสีผิว

ดังนั้น จากผลการคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิด ระหว่างบรรยากาศห้องกับกล่องคัดกรองสีผิวของแต่ละโซน แม้ว่านวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวที่สร้างขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมในระดับแสง สีอย่างรัดกุม เพื่อให้การ คัดกรองระดับสีผิวของทารกด้วยสายตาของพยาบาลวิชาชีพมีความแม่นยำมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การนำเกณฑ์การประเมิน สีผิวของ Kramer ที่ไม่ชัดเจน และค่าบิลิรูบินมีความ เหลื่อมล้ำกัน ทำให้ได้ช่วงค่าที่ไม่แน่นอน การคัดกรองภาวะ ตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิดด้วยกล่องคัดกรองสีผิว โดยใช้เกณฑ์การประเมินสีผิวของ Kramer จึงทำให้ไม่สามารถ แยกการคัดกรองสีผิวในทุกโซนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Varughese⁹ ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดกรอง ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดด้วยเครื่อง ตรวจบิลิรูบินทาง ผิวหนังกับค่าบิลิรูบินตามโซนของ Kramer แล้วมีช่วงค่าที่ เหลื่อมกันในแต่ละโซน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thong¹³ กล่าวว่า ช่วงค่าบิลิรูบินในแต่ละโซนทับซ้อนกัน ทำให้การใช้เกณฑ์ประเมินโซนของ Kramer ไม่สามารถจำแนก โซนของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้อย่างชัดเจน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Asyraf¹⁴ ที่กล่าวว่า การประเมิน แบบดั้งเดิมโดยใช้กฎของ Kramer นั้น มีข้อจำกัดด้านความ แม่นยำและเครื่องมือวัดสีผิวทารกแรกเกิดมีราคาแพง นอกจากนี้ ความไม่แน่นอนของเกณฑ์การประเมินสีผิวของ Kramer แล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ วิธีการประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดโดย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเดียวกัน ไม่ได้ มีเกณฑ์หรือข้อกำหนดที่ชัดเจนที่ระบุให้พยาบาลคนใดคนหนึ่ง เป็นผู้ประเมิน การขึ้นซ้ำเพื่อการตัดสินใจอาจเกิดขึ้นได้ ทั้งจาก ด้านประสิทธิภาพการทำงาน ความอาวุโสในการทำงาน เช่นเดียวกับ การศึกษาที่ผ่านมาของ Pouwongsa¹⁵ กล่าวว่า วัฏ ประสิทธิภาพ ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีผลทำให้เกิดความขัดแย้ง ในการคัดกรองได้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาทำงาน มากกว่า จะใช้ประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองในการ ตัดสินใจ และ Punthawornwong¹⁶ กล่าวว่า รูปแบบปฏิบัติ ของผู้นำมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามของผู้ใต้บังคับบัญชา หากพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า ใช้วิธีขึ้นนำ ในการคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิด อาจทำให้การตัดสินใจ ร่วมกันระหว่างพยาบาล 2 คน มีความขัดแย้งภายในใจได้ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า

จะใช้วิธีลดความขัดแย้งด้วยการปรองดอง หรือประนีประนอม¹⁶ จึงมีโอกาสทำให้การคัดกรองสีผิวระหว่างพยาบาล 2 คน เกิดความคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนทำให้พยาบาลผู้ประเมิน อาจจะประเมินผิดพลาด เช่น เกิดจากสภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ของตัวผู้ประเมินเองผิดพลาด ได้แก่ ความเหนื่อยหรืออ่อนล้าจากการทำงานที่มากเกินไป พักผ่อนไม่เพียงพอ ภาระงานจำนวนมาก¹⁷

3) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อผลการใช้นวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้กล่องคัดกรองสีผิว อยู่ในระดับมาก กล่าวคือ กล่องคัดกรองสีผิวช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้ นอกจากนี้ยังระบุถึงกล่องคัดกรองสีผิวที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีความสวยงาม สร้างขึ้นอย่างง่าย ประหยัด ทนสมัย สามารถติดตั้งได้ง่าย จัดเก็บสะดวก และไม่เปลืองพื้นที่ใช้สอย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กล่องคัดกรองสีผิว แม้จะมีความสอดคล้องที่ไม่แน่นอนในบางโซน แต่ในสภาพการณ์ปัจจุบันสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่ยังมีงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการจัดซื้อเครื่องมือวัดภาวะตัวเหลืองในทารกที่มีราคาแพงมากกว่า 3 แสนบาท เมื่อเปรียบเทียบกับ กล่องคัดกรองสีผิวที่สร้างขึ้นในมูลค่า 1,300 บาท กับผลลัพธ์จากการศึกษา จึงมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชน นับเป็นอีกทางเลือกสำหรับการช่วยพยาบาลในการประเมินสีผิวทารกแรกเกิด ทั้งนี้เพื่อให้การใช้มีความแม่นยำมากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการประเมินสีผิวและฝึกทักษะการคัดกรองสีผิวของทารกแรกเกิดแก่กลุ่มพยาบาลผู้คัดกรองให้เกิดความชำนาญเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองภาวะตัวเหลืองทางสีผิวของทารกแรกเกิดในเบื้องต้นได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับปรุงคุณสมบัติของนวัตกรรมกล่องคัดกรอง ในด้านการใช้วัสดุอุปกรณ์ให้มีมาตรฐาน ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินสีผิวที่มีความน่าเชื่อถือ และเน้นวิธีการประเมินที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของการประเมินสีผิวก่อนนำไปใช้ โดยคู่มือการนำไปใช้ แบบบันทึกการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด และแบบบันทึกผลการประเมินความสอดคล้องของการคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด ควรจัดทำเป็น QR code และติดข้างกล่องเพื่อสะดวกในการใช้งาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) ควรมีการศึกษาถึงเกณฑ์ในการประเมินสีผิว และมีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดให้มีความชัดเจน และสามารถนำมาใช้ได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งควรมีการศึกษาผลการประเมินสีผิวของทารกแรกเกิดโดยใช้นวัตกรรมกล่องคัดกรองสีผิวเทียบกับค่าบิลิรูบินในซีรัมโดยตรง

2) ควรนำไปทำการวิจัยในลักษณะกึ่งทดลอง (quasi experiment) เพื่อให้เห็นผลเปรียบเทียบที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น

3) ต้องมีแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินสีผิวร่วมกัน อย่างถูกต้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4) ควรทำวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างของผู้คัดกรองที่เป็นพยาบาลคนเดียวและหาความเชื่อมั่นระหว่างพยาบาลผู้คัดกรอง (inter-rater reliability) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลที่ขาดแคลนพยาบาล

References

- 1 Ministry of Public Health. Annual report of health department 2014. Nonthaburi: Planning Division; 2014. (in Thai)
- 2 Punmetarit B. Nursing care of acute and chronically ill infants. Bangkok: Chanmuengkanpim; 2012. (in Thai)
- 3 Chanvitan P. Neonatal jaundice. In: Vejvanichsanong P, Anantasayree W. editors. General pediatrics. Songkhla: Chan Mueang Printing; 2007. p.447-77.
- 4 Chaisawan K, Yaemsuda T. Factors related to hyperbilirubinemia in newborn. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(2):235-49. (in Thai)
- 5 Kaewprapai S, Kitcharoen S, Sithithaworn J. Evaluation of guideline for assessment of jaundice in newborns at Khlong Luang hospital, Pathum Thani province. Journal of Science and Technology 2016;24(1):149-53. (in Thai)
- 6 Kidjawan N. Design thinking process: New perspective in Thai healthcare system. Thai Journal of Nursing Council 2018;33(1):5-14. (in Thai)
- 7 Apaipipat C. Lighting system design techniques. Bangkok: Technology Promotion Association (Thailand-Japan) Press; 2002. (in Thai)
- 8 Kramer LI. Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. Am J Dis Child 1969;118(3):454-8.
- 9 Varughese PM. Kramer's scale or transcutaneous bilirubinometry: the ideal choice of a pediatrician? Can we trust our eyes? Int J Contemp Pediatrics 2019;6(5):1794-801.
- 10 Atthakorn S. Daylighting in semi-open atrium for sustainability: Case studies of educational buildings in Bangkok Suburbs. Journal of Architectural/Planning Research and Studies 2021;18(1):153-69. (in Thai)
- 11 Jiratkulthana S. Lighting and Human Behavior. PSRU Journal of Science and Technology 2020;5(1):13-22. (in Thai)
- 12 T.S.M. Science Limited. Quotation for Maternal and Child Hospital [Internet]. 2018. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://apps.hpc.go.th/publish/web/publish/2018/121011-20181221095036/8f9d7be893d1dc19ba2872ebb4f9b92b.pdf>.
- 13 Thong YH, Rahman AA, Choo M, Tor ST, Robinson MJ. Dermal icteric zones and serum bilirubin levels in neonatal jaundice. Singapore Med J 1976;17(3):184-5.
- 14 Bakar AHA, Hassan NM, Zakaria A, Halim KHA, Halim AAA. Jaundice (Hyperbilirubinemia) detection and prediction system using color card technique. 2017 IEEE 13th International Colloquium on Signal Processing & its Applications (CSPA). 2017:208-13.
- 15 Pouwongsa S. Conflict and conflict management of professional nurses at The Crown Prince Hospitals Sawangdandin. North-Eastern Primary Health Care Journal 2008;22(Special):45-56. (in Thai)

- 16 Punthawornwong S, Boonyoung N, Tongsook P. Head nurses' shared vision and adoption process of vision for implementation of registered nurses as perceived by registered nurses in general hospitals, Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015; 35(3):141-56. (in Thai)
- 17 Kittiban K, Cheevakasemsook A, Phuangsomjit C. Occupational fatigue management in professional nurses at Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2021; 32(1):121-36. (in Thai)

บทความวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์

Capacity Development and Standardization Implementation of Buddhist Health Insurance Coordination Mechanism to Increase its Perception of Universal Health Coverage of Monks

Received: Jun 6, 2022

Revised: Aug 30, 2022

Accepted: Sep 22, 2022

อติญาณ์ ศรีเกษตริน กศ.ด (Atiya Sarakshetrin, Ed.D)¹พัชรี ชูกันหอม พย.ม. (Phatcharee Chookanhom, M.N.S)²วรวุฒิ แสงทอง พย.ม. (Worawut Saengthong, M.N.S)³สุธานันท์ กัลละ พย.ม. (Suthanan Kunlaka, M.N.S)⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกการประกันสุขภาพวิถีพุทธให้แก่พระสงฆ์ จะทำให้พระสงฆ์มีการรับรู้ และเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธของพระสงฆ์ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ประกอบด้วย 1) พระสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 108 รูป และ 2) พระสงฆ์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบและคู่มือศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ แบบสอบถาม การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired samples t-test

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
E-mail: atiya_s@hotmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
E-mail: Phatcharees@pckpb.ac.th

³Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข Email: worawutsaengthong@gmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
E-mail: suthanan.k@bcn.ac.th

¹²Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

³Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

⁴Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

ผลการวิจัย: จากผลการวิจัยพบว่า 1) พระสงฆ์มีความต้องการรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน กลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธของศูนย์ประสานงานวิถีพุทธ ประกอบด้วย การถวญความรู้แก่พระสงฆ์ เรื่องการใช้สิทธิการรักษาด้านสุขภาพและความรู้ในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาสาระการเรียนรู้ การคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพ และการสร้างเครือข่ายพระสงฆ์ด้านหลักประกันสุขภาพ 2) รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ มี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนา ศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรมการอบรมด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองสุขภาพ และขั้นตอนที่ 4 การสร้างเครือข่ายด้านหลักประกันสุขภาพ 3) คะแนนระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ หลังการอบรมด้านหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับดี (Mean = 3.80, SD = 0.10) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรมด้านหลักประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.57, p = .005$)

สรุปผล: รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบ การจัดกิจกรรมการอบรมด้านหลักประกันสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพ และการสร้างเครือข่ายด้านหลักประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธไปใช้ในพื้นที่โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: พระสงฆ์ หลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ

Abstract

Introduction: Capacity development and standardized implementation of Buddhist health insurance for monks enabled them to gain a greater perception and accessibility of universal health coverage leading to better quality of life.

Research objectives: To develop and evaluate the capacity development and standardized implementation of the Buddhist health insurance coordination mechanism for monks. This is to increase the perception of the right for the monk's health insurance.

Research methodology: This is an action research. A purposive sampling method was used to recruit participants from 4 regions (northern, central, north-eastern, and southern regions). The participants were: 1) 108 monks who related to the perception of Buddhist health insurance for monks; and 2) 15 responsible monks and officers. Data were collected using questionnaires and focus groups. Research instruments consisted of the module and a handbook for the Buddhist Health Security Coordination Center, questionnaire about the perception of the right regarding Buddhist health insurance, and the satisfaction assessment. Content validity was acceptable (IOC = 0.6-1.00). Content analysis was used to analyze qualitative data. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, content analysis, and paired sample t-tests.

Results: 1) Offering knowledge, and module contents, screening health problems, developing a health database, and reinforcing networking were requested for the monks to develop their capacity and implementation of standardization of the Buddhist health insurance coordination mechanism.

2) The module for developing the potential mentioned above consisted of 4 steps; step 1 sharing proposals, step 2 organizing workshop activities, step 3 health screening, and step 4 networking building.

3) The score level of the perception to access health service for the monk was high (Mean = 3.80, SD = 0.10). At follow-up, the score of perception to access health service for the monk was statistically significantly higher than at baseline ($t = 14.57, p = .005$).

Conclusions: The module for capacity development and standardized implementation of coordinating mechanisms for Buddhist health insurance composed of sharing proposals to develop the module first and then organizing an operational meeting workshop for working together. In addition, screening health problems and networking building were also utilized to develop the monk's competency as well.

Implications: The module should be utilized to develop the monk's capacity and standardized implementation of Buddhist health insurance. However, the module might be modified to fit its context and followed up in the long-term.

Keywords: monk, Buddhist health insurance, perception of health insurance

บทนำ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (equity) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ (efficiency) สำหรับประเทศไทยได้มีการผลักดันนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนภายใต้ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 จนถึงปัจจุบันในประชากรทุกกลุ่มโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรหลักที่มีบทบาทในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับคนไทยทุกคนอย่างต่อเนื่องตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545¹ เพื่อดูแลประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น ทั้งในหน่วยบริการ ในชุมชน หรือที่บ้าน โดยครอบคลุมทั้งบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น²

พระสงฆ์และสามเณรเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งของประเทศไทยที่มีสิทธิ์ในหลักประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่ภาพรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรพบว่า ประเทศไทยมีวัดกว่า 3.9 หมื่นแห่ง มีพระสงฆ์และสามเณรประมาณ 3.4 แสนรูป³ ซึ่งหลังจากการมีพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระสงฆ์รักษาฟรีแต่มีเงื่อนไขว่าต้องไปลงทะเบียนกับสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามพระสงฆ์ไม่มีบัตรประชาชน ประกอบกับในหนังสือสุทธิยังไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก จึงทำให้มีการขับเคลื่อนในการเพิ่มเลข 13 หลัก เกิดข้อจำกัดในการรับการรักษาเนื่องจากต้องมีการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล³ จากการศึกษาในพระสงฆ์ที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ มีเพียงร้อยละ 33 ทราบว่า ประเทศไทยมีระบบสวัสดิการรักษายาบาล และเมื่อถามว่าหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิตามกฎหมายหรือโครงการสงเคราะห์ ส่วนใหญ่ตอบว่าเป็นโครงการสงเคราะห์ นอกจากนี้ ยังมีอีกกว่าร้อยละ 80 ที่ไม่รู้จักสายด่วน 1330

และมีเพียงร้อยละ 7 ที่รู้จักกองทุนสุขภาพตำบล พระบางรูป มีสวัสดิการข้าราชการเนื่องจากเป็นข้าราชการเกษียณแล้ว มาบวช บางส่วนมีสิทธิประกันสังคมเพราะประกันตนไว้ตั้งแต่ ก่อนบวช แต่ทั้ง 2 สิทธินี้มีสัดส่วนจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในจำนวนนี้มี พระสงฆ์ร้อยละ 32 ไปใช้สิทธิในการรักษา⁴

สถานการณ์ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินโครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 มุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึง บริการของกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยการจัดถวายการ อบรมให้ความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแล ตนเอง การเข้าใช้สิทธิรักษาพยาบาล ตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560-2564 กำหนดเป้าหมายกลยุทธ์ด้านที่ 1 เพื่อสร้าง ความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ ยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รับรู้และเข้าใจวิธีการใช้สิทธิ และไปใช้บริการเมื่อจำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ สอดคล้อง กับยุทธศาสตร์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่ให้ ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและเพิ่มการเข้าถึง โดยส่งเสริม ให้พระสงฆ์ รับรู้สิทธิ เข้าถึงสิทธิ และไปใช้สิทธิหลักประกัน สุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำ ด้านสุขภาพในสังคมและชุมชน นอกจากนี้มีมหาเถรสมาคม มีมติเห็นชอบให้ประกาศใช้ "ธรรมนูญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560" ให้หน่วยงานต่าง ๆ สร้างแนวทางการส่งเสริม สุขภาพพระสงฆ์ในทุกระดับ ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของ พระสงฆ์ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนสังคม⁴

แม้จะมีการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงสิทธิการรับรู้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ยังพบว่า พระสงฆ์บางรูปไม่ทราบว่า จะเข้ารับบริการได้ที่ไหน ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาต้องดำเนินการอย่างไร โรคใด ที่สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ทำให้มีการเข้ารับการรักษาล่าช้า เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้นพระสงฆ์บางรูปเกิดการเสียชีวิตจากการที่ไม่รู้สิทธิ การรักษาของตน ซึ่งการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ ถือเป็นหัวใจสำคัญในหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลในสาขาต่าง ๆ สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การ สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็น ความสำคัญของการศึกษา ซึ่งทำให้ทราบความต้องการในการ พัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสาน งานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบ การพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไก ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ที่จะทำให้พระสงฆ์ มีการรับรู้และเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ พระสงฆ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการ พัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสาน งานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธของพระสงฆ์ เพื่อเพิ่มการรับรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน กลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้เกิด สุขภาพที่ดีของพระสงฆ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ศึกษาสภาพและความต้องการ การสร้างรูปแบบ การประเมิน ผลรูปแบบ และการยืนยันรูปแบบเพื่อให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร่วมคิด ตัดสินใจ ใช้ความคิด สร้างสรรค์ เน้นการมีส่วนร่วม และใช้ความชำนาญในการแก้ไขปัญหา⁶ ดังแผนภาพที่ 1

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐาน
การดำเนินงานกลไกประสานงาน
หลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ
- ศึกษาสภาพและความต้องการรูปแบบ
- สร้างรูปแบบ
- ประเมินผลรูปแบบ

- การรับรู้สิทธิหลักประกัน
สุขภาพของพระสงฆ์

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและความต้องการ
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน
กลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการ
รับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์

ประชากร ประกอบด้วย 1) พระสงฆ์ที่รับผิดชอบศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ จำนวน 540 รูป 2) เจ้าหน้าที่สถานบริการผู้รับผิดชอบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ จำนวน 54 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพระสงฆ์ จำนวน 10 รูป และเจ้าหน้าที่สถานบริการผู้รับผิดชอบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มพระสงฆ์ จำนวน 5 คน ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ซึ่งถูกคัดเลือกอย่างเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจาก พระสงฆ์และเจ้าหน้าที่ที่เป็นแกนนำในการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ โดยดำเนินการการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธเพื่อการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์

นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน

กลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ มาจัดทำคู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ และนำรูปแบบที่สร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 3 ท่าน

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ

ประชากร เป็นพระสงฆ์ที่รับผิดชอบศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ จำนวน 540 รูป ที่เป็นประชากรกลุ่มเดียวกับประชากรในระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพระสงฆ์ที่รับผิดชอบศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธแห่งละ 2 รูป จาก 54 ศูนย์รวม 108 รูป ซึ่งถูกคัดเลือกอย่างเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจากวัดที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธอย่างน้อย 5 ปี จากนั้นทำการเลือกตามสะดวก (convenience sampling) จากพระคิลาณุปัฏฐากหรือพระสงฆ์อาสาสมัครสุขภาพประจำวัด (อสว.)

จัดประชุมและอบรมตามกิจกรรมในระยะที่ 2 ในสถานที่ต่าง ๆ ที่เป็นตัวแทนของภาคในประเทศไทย คือ กรุงเทพมหานคร สุรินทร์ พิษณุโลก และสุราษฎร์ธานี โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้เข้าถึงบริการสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนการอบรมและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ทันทีเมื่อสิ้นสุดการอบรม

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย มีรายละเอียดตามระยะการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและต้องการรูปแบบ ได้แก่ แนวทางสนทนากลุ่ม เป็นแบบสนทนากลุ่มพระสงฆ์และผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น โดยมีคำถามในประเด็น สถานการณ์ปัญหา และรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ เครื่องมือนี้ผ่านการประเมินความเหมาะสมของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) นายแพทย์ด้านอายุรกรรม 2) พระสงฆ์ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) นักกฎหมายด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำเครื่องมือรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพไปให้พระสงฆ์ จำนวน 15 รูปแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและรูปแบบและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบ ได้แก่ คู่มือพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญหลังการพัฒนา คู่มือเรียบร้อยแล้ว ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อการประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น หน่วยบริการ สิทธิการรับบริการ สิทธิประโยชน์ ข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยมีคะแนน 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ การแปลผล หากค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50 -5.00 แสดงว่าการรับรู้สิทธิหลักประกันอยู่ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 แสดงว่าการรับรู้สิทธิหลักประกันอยู่ระดับ

ดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 แสดงว่าการรับรู้สิทธิหลักประกันอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 แสดงว่าการรับรู้สิทธิหลักประกันอยู่ระดับน้อย และค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 แสดงว่าการรับรู้สิทธิหลักประกันอยู่ระดับน้อยมาก ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีดัชนีความสอดคล้องอยู่ที่ 1 ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาเท่ากับ .83 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของสหสัมพันธ์เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC No. 15/2564 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนและหลังเข้าร่วมการอบรมใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ ใช้การวิเคราะห์ Paired Samples t-test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพและต้องการการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า

1. ปัญหาการรับรู้และเข้าถึงสิทธิหลักประกัน

สุขภาพของพระสงฆ์ โดยบางวัดมีพระสงฆ์หรือสามเณรที่ไม่มีบัตรประชาชน ไม่เข้าใจเรื่องกองทุนสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือบางรูปมีการจำพรรษาหลายวัด ทำให้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องจ่ายเงินเอง ได้รับการรักษาที่ล่าช้า เพราะไม่เข้าใจสิทธิกันดังกล่าว

“โรงเรียนพระปริยัติธรรมที่พระนิสิตมาเรียนหรือจำพรรษา ต้องจ่ายเงินเองเวลาป่วยไปโรงพยาบาล”

“วัดที่อาตมาอยู่เคยมีพระมาจำพรรษาแล้วไม่ได้เอาใบสุทธิมาด้วย อาพาทก็ต้องจ่ายเงินเอง ดีหน่อยญาติโยมก็อนุเคราะห์ให้”

“มีครั้งหนึ่งที่อาตมาไปตรวจที่โรงพยาบาล อาตมาต้องไปต่อแถวรอ ไม่มีแถวเฉพาะสำหรับพระ”

2. ปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่และความต้องการในการพัฒนา

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพพระดับเขตบางพื้นที่ยังไม่เข้าใจการทำงานของศูนย์ประสานงานวิถียุทธ มีการบูรณาการหลายฝ่าย เกิดปัญหาและอุปสรรคระหว่างการทำงาน ดังคำพูด

“พื้นที่ที่อาตมาอยู่ มีคนรับผิดชอบหลายงานหลายฝ่าย บางครั้งพื้นที่เองก็ยังไม่เข้าใจว่าต้องทำอะไร จะขออะไรก็ยาก ติดขัด”

“ถ้า สปสช. มีการประสาน มีการเปิดเวทีของ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับฟังในมุมมองจากคณะสงฆ์ จะช่วยให้ลดอุปสรรค ความคับข้องใจช่วยให้การดำเนินงานได้”

“พระที่รับผิดชอบงาน บางรูปก็ยังไม่เข้าใจว่าต้องทำอะไรยังไปบ้าง บทบาทของพระคืออะไร เวลาพระในวัดอาพาทต้องทำยังงี้ ต้องติดต่อใคร”

จากสถานการณ์ข้างต้น จึงมีความต้องการให้ถวายความรู้พระสงฆ์และสามเณร เกี่ยวกับการรับรู้สิทธิการรักษา และการย้ายสิทธิ การคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของพระคิลาณุปุญญา สร้างคู่มือพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธสำหรับพระสงฆ์ และสร้างเครือข่ายทำงานแบบบูรณาการของพื้นที่สำหรับทีมสุขภาพในพื้นที่

2. สร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธ

เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อเสนอการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลา 1 วัน ผู้เข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ พระสงฆ์ และผู้ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธ โดยมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถวายเป็นความรู้ ดำเนินการเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ สิทธิการรักษา การย้ายสิทธิ การใช้สายด่วน 1330 และการลงทะเบียนเปลี่ยนหน่วยบริการผ่าน application สปสช.บนโทรศัพท์เคลื่อนที่ (mobile phone) ใน 4 ภูมิภาคของประเทศ รวมจำนวน 4 ครั้ง พร้อมกับให้คู่มือพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับพระสงฆ์

ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองสุขภาพ การคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงโรคเรื้อรังในกลุ่มพระสงฆ์สามเณร โดยการชั่งน้ำหนัก เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจวัดสายตา ตรวจวัดค่า BMI

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างเครือข่าย จากการประสานเครือข่าย การชี้แจงให้เครือข่ายเห็นความสำคัญและสร้างพันธมิตรร่วมกัน ทำให้มีหน่วยงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 เขต 6 เขต 9 เขต 11 และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเข้าร่วมกิจกรรม

3. ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถียุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ โดยก่อนการพัฒนา ศักยภาพมีระดับการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.92, SD = 0.03) ภายหลังการพัฒนา ศักยภาพมีระดับการรับรู้โดยรวมอยู่ใน

ระดับดี (Mean = 3.80, SD = 0.10) ดังตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า ค่ะคะแนนเฉลี่ยการรับรู้หลังการพัฒนาศักยภาพ

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.57, p = .005$) ดังตารางที่ 2

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังจำแนกตามภูมิภาค (n = 108)

การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ	การรับรู้ก่อน			การรับรู้หลัง		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
ภาคเหนือ	2.99	0.34	ปานกลาง	3.56	0.50	ดี
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.89	0.37	ปานกลาง	3.58	0.56	ดี
ภาคกลาง	2.97	0.34	ปานกลาง	4.53	0.68	ดีมาก
ภาคใต้	2.40	0.41	น้อย	3.52	0.73	ดี
การรับรู้โดยรวม	2.92	0.03	ปานกลาง	3.80	0.10	ดี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (n = 108)

ระดับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนาศักยภาพ	4.28	2.16	14.572	29	<.005*
หลังการพัฒนาศักยภาพ	6.56	2.56			

* $p < .005$

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เป็นการวิจัยโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินความต้องการในการพัฒนา

1. ความต้องการรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า ความต้องการของพระสงฆ์คือ เรื่องพัฒนาศักยภาพของศูนย์ประสานงานวิถีพุทธโดยการถวายความรู้พระสงฆ์เรื่องการใช้สิทธิการรักษาด้านสุขภาพและความรู้ในการดูแลสุขภาพการพัฒนาสาระการเรียนรู้ การคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์

และการพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพ และการสร้างเครือข่าย ซึ่งอาจเป็นผลจากพระสงฆ์ส่วนใหญ่ ยังไม่รู้เกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพที่สามารถใช้บริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พระสงฆ์ยังเข้าไม่ถึงบริการเท่าที่ควร ทำให้เวลาที่เจ็บป่วยพระสงฆ์จะไปซื้อยาฉันทเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน และพระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี^๘ นอกจากนี้ความต้องการดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 ที่พบประเด็นการเข้าถึงและใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 31 โดยให้เหตุผลว่า ร้อยละ 26 ใช้เวลานานในการรอ เจ็บป่วยเล็กน้อย และส่วนใหญ่พระภิกษุสูงอายุจะมีอาการอาพาธด้วยปัญหาโรคประจำตัว เช่น โรคไขมัน ความดัน

โลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอด⁹ และการศึกษาพบว่า พระสงฆ์มีความรู้ประมาณหนึ่ง เวลาป่วยก็ไปหาหมอเอง ควรมีการให้ความรู้อย่างน้อยปีละครั้ง มีการตรวจเช็คสุขภาพ และพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) มีรูปเดียวดูแลไม่ทั่วถึง ควรอบรมให้มีพระ อสว. เพิ่ม หรืออบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่พระทั้งตำบล¹⁰ ซึ่งแนวคิดจากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ พ.ศ. 2560 โดยยึดหลักพระธรรมวินัยและข้อมูลทางวิชาการเป็นฐาน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมและการเปิดช่องทางการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนเพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ยึดหลักการสำคัญ คือ การใช้ทางธรรมนำทางโลก และมาตรการสำคัญในการดำเนินการ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัยที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม¹¹ และพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมวด 1 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น¹

2. สร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ได้แก่รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ มี 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 3 การคัดกรองสุขภาพ และขั้นตอนที่ 4 การสร้างเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาจากความต้องการผ่านกระบวนการออกแบบวิจัยและได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดสถานบริการเพื่อสนับสนุนการบริการของพระสงฆ์ ควรออกนโยบายในการบริหารจัดการภายในเพื่ออำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ เช่น จัดสรรช่วงเวลาสำหรับสถานที่ บุคลากร และ

ออกหน่วยตรวจเยี่ยมพระสงฆ์ รวมถึงสนับสนุนให้จัดทำบัญชีระบุด่วนของพระสงฆ์ที่มาจากวัด และให้ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบการบริการสุขภาพของพระสงฆ์ ในรูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ให้ห่างจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจในเขตจังหวัดชลบุรี โดยให้บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์¹³ และการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์อาพาธโดยให้อาสาสมัครประจำวัดในการดูแลและพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผ่านระบบไลน์ และระบบการดูแลรายวันแบบ Care, Communication, Continuity, Team, Human Resource, Environment, and Record (C3THER)¹⁴ ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย⁸

3. ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธ เพื่อเพิ่มการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า คะแนนการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ หลังการพัฒนาศักยภาพมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นเป็นการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมีการทบทวนจากสถานการณ์ มีการนำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิดตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนติดตามการปฏิบัติงาน⁶ รวมถึงรูปแบบการพัฒนามีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์ ส่งผลให้พระสงฆ์มีการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพและความพึงพอใจในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการบูรณาการแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการพระพุทธศาสนา สอดรับเหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ และเมื่อติดตามไป

6 เดือน พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ดีขึ้น⁸ และ การศึกษาในจังหวัดลำปางที่พัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง สุขภาวะของพระสงฆ์ตามแนววิถีพุทธโดยบูรณาการสาธารณสุข ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระบวนการบริหารจัดการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ร่วมกับภาคีทำให้พระสงฆ์ มีสุขภาพทางกายและจิตที่ดี¹⁵

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

ส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพและ มาตรฐานการดำเนินงานกลไกประสานงานหลักประกันสุขภาพ วิถีพุทธ ไปใช้กับพระสงฆ์ในพื้นที่ให้ประสบความสำเร็จ โดย พิจารณาปรับให้สอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลการรับรู้สิทธิ หลักประกันสุขภาพของพระสงฆ์ในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานการดำเนินงานกลไก ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธสำหรับพระสงฆ์ โดย กระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะยาวเพื่อการ พัฒนาที่ยั่งยืน

References

1. National Health Security Board. National health security system development strategy, Vol. 4 (2017-2021), Review Edition, B.E. 2019 [Internet]. Available from: [http://stream.nhso.go.th/assets/portals/1/fileups/\(26\)%203_Goals_CSG_2562_Final_Upload.pdf](http://stream.nhso.go.th/assets/portals/1/fileups/(26)%203_Goals_CSG_2562_Final_Upload.pdf) (in Thai).
2. Phra Thammanoon, Phosing P. Public policy healthy insurance. Thammasat 2016;16(2):2-10. (in Thai).
3. Hfocus. Monks and the health insurance system are a big problem that still needs a lot of driving [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/09/16305> (in Thai).
4. Prachatai. Monks and the health insurance system are a big problem that still needs a lot of driving 2018 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://prachatai.com/journal/2018/09/78607> (in Thai).
5. National Health Security Office. Manual for the use of national health security benefits for monks and novices [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 17]. Available from: <http://chrome-extension://efaidnbmninnnigpcjgclcfndmkaj/http://kbphpp.nationalhealth.or.th/bitstream/handle/123456789/21343/UC.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai).
6. Ratchathawan R, Kaewkrajok T, Jongkatekit W, Phromkaew P, Sumdangsan D, Thonglert D. The community participation process in well-being development. Journal of Southern Technology 2018;11(1):231-238. (in Thai).
7. Chotiksathit S, Phongphueng S. Health status and self-health behaviors of monks in the district, Muang district, Ranong province. Journal of Lanna Public Health 2020;6(3):1-11. (in Thai)

8. PraKru Suvithanpatthanabandi, Daengharn T, Vapuchavitee S. Model developm ent of monk's holistic health care in Khon Kaen province. Journal of the Office o PC 6 Khon Kaen 2015;22(2): 117-29. (in Thai)
9. Office of Policy and Planning National Health Security Office. Support for monks has access to public health services. Bangkok: Usa Printing Press; 2011. (in Thai)
10. Singham P, Nitirat P. Health care for monks in a Muang district, Nakon Ratchasima: What are the health needs of monks. Journal of Health and Nursing Research 2022;38(1):122-135. (in Thai).
11. National Health Security Office. National health security fund management manual fiscal year 2020. Bangkok: J.J. Sang Chan Printing; 2019. (in Thai).
12. Hengcharoen S, Wirunraj B. Guidelines for the management of government hospitals to support the service of monks. Journal of Graduate School of Commerce Burapha Review 2017;12(1):17-27. (in Thai)
13. Talayrat P. Development of monk's health care model to away from diabetes, hypertension and heart disease in Chonburi province [master's degree]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai)
14. Jai-aree C, Buacharoen H. Development of a health service system for sick monks in Nakhon Pathom province. Journal of Cardiovascular-Thoracic Nursing 2020;31(2):112-126. (in Thai)
15. Jirapakpong C, Suwannapa C, Mongkongpipatphon P, Attawong P. Buddhist monk's well-being: A development of well-being promotion model on buddhist way by community public health integration for good life quality in Lampang province. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2019; 12(6):1227-1247. (in Thai)

บทความวิจัย

สุขภาวะทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
ในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย
Mental Health Status and Related Factors among Migrant Workers in Special
Economic Zones, Chiang Rai

Received: Jul 22, 2022

Revised: Nov 2, 2022

Accepted: Nov 7, 2022

สุภาพร อุตสาหะ ศษ.ม. (Suphaphorn Utsaha, M.Ed.)¹นิชาร์ศม์ ปัญจโพธิวัฒน์ วท.ม. (Nicharuch Panjaphothiawat, M.S.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: แรงงานต่างด้าวเป็นกลุ่มเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากต้องเผชิญหน้ากับการปรับตัวในสภาพสังคม วัฒนธรรม ภาษา และสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานต่างด้าว

ระเบียบวิธี: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวางดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิต ด้วยแบบสอบถามที่มีโครงสร้างประเมินระดับสุขภาวะทางจิตโดยใช้แบบทดสอบดัชนีชี้วัดทางสุขภาพจิตคนไทย-15 (TMHI-15) และใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple Logistic Regression วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.53) มีอายุเฉลี่ย 32 ปี เป็นชาวพม่า (ร้อยละ 97.28) แต่งงานแล้ว (ร้อยละ 75.80) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 3.83) ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในประเทศไทยเฉลี่ย 6 ปี รายจ่ายต่อเดือน 10,001 บาท (ร้อยละ 66.22) ไม่มีทักษะภาษาไทยในการฟัง พูด อ่าน เขียน (ร้อยละ 77.78 50.40 58.55 และ 78.03 ตามลำดับ) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 5 ปี และสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.25) ผลการทดสอบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในประเทศไทย การสูบบุหรี่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน ประสบการณ์การทำงาน และทักษะการพูดภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ $\alpha < .05$

สรุปผล: แรงงานต่างด้าวเผชิญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตทั้งจากตัวบุคคลและสังคม ดังนั้นการวางแผนและการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจและคำนึงถึงปัจจัยเหล่านั้นด้วย

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการป้องกัน ดูแล และติดตาม ปัญหาทางสุขภาพจิตของแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้เกิดการดำเนินการทางด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สุขภาวะทางจิต แรงงานต่างด้าว เขตเศรษฐกิจพิเศษ

^{1,2}อาจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

¹E-mail: suphaphorn.utsa@mfu.ac.th, ²E-mail: nicharuch.pan@mfu.ac.th

²Corresponding author อาจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย E-mail: nicharuch.pan@mfu.ac.th

^{1,2}School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

Abstract

Introduction: Migrant workers are a vulnerable population with regard to mental health problems because they are frequently forced to adapt to a new community, a new culture, a new language, and an environment that differs from the one in which they grew up.

Objective: The objective of this study was to survey and determine the factors associated with mental health status among migrant workers.

Research Methodology: This study is a cross-sectional study. Demographic and factors associated with mental health problems were collected by a structured questionnaire, mental health was assessed by using the Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) and Multiple Linear Regression was used to analyze associations between the variables.

Results: The population was 405 participants, the majority of whom were female (57.5%), with an average age of 32 years, Burmese (97.28%), married (75.80%), and who had completed primary school (53.83%). The average number of years of residency in Thailand was 6, the average monthly expenditure was 10,001 baht (66.22%). The participants could not listen, speak, read and write the Thai language were 77.78%, 50.40%, 58.55% and 78.03% respectively. The average work experience was 5 years, and 40.2% had poor mental health. The study results revealed that mental health status was significantly associated with age, educational level, year of residence in Thailand, smoking, working hours, and Thai language speaking skills at $\alpha \leq .05$.

Conclusions: Migrant workers are exposed to factors that affect their mental health, both from individuals and socialization. Therefore, when planning and organizing an effective mental health promotion program, health care providers need to understand and recognize the above mentioned factors.

Implications: The study's findings can be applied on programs for mental health prevention, care, and follow-up, in order to develop and improve public health management.

Keywords: mental health, migrant worker, Special Economic Zones

Introduction

Mental health refers to an individual's state of well-being in which they realize their abilities, can manage stress and/or their abilities to live a normal life happily in society.¹ There are two determinants of mental health: 1) personal characteristics factors, such as conceptions, emotions, behaviors, and interaction with others and 2) social, cultural, economic, political, and environmental factors, such as national policies, social protections, quality of life, subsistence, working environments and community support. According to the Global Situation of Mental Health Report, in 2017 there are 947.27 million people with mental illness. In 2018, the number of people with mental illnesses increased to 970 million people. 284 million people suffered from anxiety disorders and 264 million people suffered from major depressive disorder.² The consequences of mental health affect the individual's feelings, lead to unhappiness, boredom, less social interactions, which might lead to severe consequences such as suicide.³

Previous studies revealed that migrant workers are more vulnerable to mental health problems than non-migrant workers^{3,4} because they are exposed to many challenges, including language and cultural differences⁴, difficulties in adjusting to a new environment or society, and adverse experiences.⁵ In addition, other factors such as type of job, length of stay⁶, work conditions, and lack of social support⁷ can also affect the mental health of migrant workers. All these factors are the determinants of mental health. Furthermore, migrant workers are often treated as being inferior, which can lead to inequitable discrimination and exploitation.⁸ Banerjee¹⁰ explains that no one wants to work far from the hometown because people

have a profound relationship with their hometown where they have grown up. Although at the hometown, they are poor and have a lack of economic opportunity, they still do not want to move out. So, the main factor which makes people decide to move out of the hometown and away from their country is a dangerous situation such as internal conflict and war. Thus, they leave with uncomfortable feelings, which include stress and anxiety. Therefore, migrant workers who cannot cope with unfamiliar situations and being far from their hometown face mental health problems such as sleeping disorders, stress, anxiety, and major depressive disorder.⁹

In the literature review, many studies revealed factors associated with the mental health problems of migrant workers in different regions. He and Wong¹⁰, whose studies of migrant workers in four provinces of China found that age, education level, salary, and working hours had a relationship with mental health problems, which was supported by Lu.¹¹ In addition, Lu discovered that other factors such as living alone, low income, poor living conditions, and limited access to health and insurance information are also associated with mental health problems. Moreover, a study of Laotian migrant workers in Thailand by Nilvarangkool et al.¹² reported that significant stressors were non-standard income, having restricted choices, work-related stress, lack of social support, and financial concerns. Similarly, Zhong¹³ revealed that migrant workers who had low education, poor living conditions, migrated before being mature, having various jobs, and poor self-perceived physical health were all risk factors for mental health problems.

The policy of organizing migrant workers who work in Thailand in 2014 and the policy of

establishing Special Economic Zones phase 2 (2015-2016) led to an increase in the number of labor migrants to Chiang Rai from 9,457 people in 2016 to 23,179 people in 2018.¹⁴ This leads Chiang Rai to be in the third rank in the average number of labor migration following Chiang Mai and Tak provinces. Although previous studies have shown that migrant workers from the Shan State are of the Thai Yai ethnicity, which has a culture and language similar to those of Chiang Rai, they still face social and work condition challenges, such as receiving lower wages than the legal requirement/the standard minimum wage.¹⁵ Therefore, creating a policy or program to promote good mental health and prevent mental health problems among migrant workers will be able to support them to live and work happily in Thailand. However, at present, there is no study about mental health problems and factors that affect mental health among migrant workers in the border area, especially in the Chiang Rai Special Economic Zone. This study fills a gap in knowledge and provides guidelines which propose policy recommendations for further assessment, prevention, and surveillance of mental health problems among migrant workers who work in the Special Economic Zone.

Methods

Study design

A cross-sectional, correlational study design was conducted between February 2019 to August 2020.

Study population

The study was conducted among migrant workers who worked at enterprises in the Special Economic Zone of Chiang Rai province in Chiang Saen district, Mae Sai district, and Chiang Khong district,

according to the Immigration Act, 2522 B.E. (1979 A.D.).¹⁶ 8,579 migrant workers had received work permitted from Department of Labour Protection and Welfare, Chiangrai. A total of 61 workplaces in three districts' special economic zones were selected, and 12 workplaces were willing to participate in this study.

Study sample and sample size calculation

The study sample size was calculated for 368 people based on the Krejcie and Morgan calculation formula¹⁷, with a statistical error protection value of 10 percent, obtaining a total sample size of 405 people. The study sample was selected by purposive sampling following the inclusion criteria as follows, male or female migrant workers aged at least 20 years old, having worked in Chiang Saen, Mae Sai, or Chiang Khong districts for at least 3 months before collecting the data and willing to participate in the study. Unwillingness to participate in the study and not giving complete answers were exclusion criteria.

Research instruments

Two questionnaires were used in this study. The first questionnaire was used to collect the demographic characteristics, health history, health behavior, and occupational information. It was developed by reviewing different literature sources of information, and its validity and reliability were assessed before used. The second questionnaire was the standardized test for mental health status using the Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) for mental health status. It classified into 3 groups; poor (score less than 43), fair or normal (44-50), and good (more than 51).

The questionnaires were used in the Thai language and collected by the researcher assistants, who had interview training and could communicate in the Myanmar language.

Statistical analyses

Descriptive statistics were used to present the data values as percentages, frequency, mean, and standard deviations to describe the participants' general characteristics, occupational information, and mental health status. Inferential statistics were used to determine the factors associated with mental health status by multivariate logistic regression.

Ethical considerations

The Mae Fah Luang University Research Ethics Committee on Human Research authorized this study for human research ethics (No. REH-62052). All participants were given an information sheet regarding the study before it began, and a consent form was collected voluntarily.

Results

The total of 405 participants in this study were 57.53% female, 44.90% were aged 20-29 years old, the average age was 32 years old, 97.28% were of Myanmar nationality, 75.80% were married, 53.83% had graduated from primary school, the

average years of residency in Thailand was 6 years, 82.22% earned less than 10,000 baht per month, and 66.22% spent more than 10,001 baht per month. Participants who could not listen, speak, read, and write the Thai language were 77.78%, 50.40%, 58.55 and 78.03%, respectively. 90.12% had no underlying disease, 60.74% had a sleeping hours average of 6-8 hours, 71.36% did not smoke, 79.26% did not drink alcohol, and 66.42% did not exercise. 82.72% were contract workers in the manufacturing industry, and the rest were housekeepers and drivers, with 10.62% and 6.67%, respectively. 77.54% had working hours less than or equal to 8 hours, 55.31% had 5 working days per week, 71.60% had no shift work, and the average number of years of working experience was 5 years.

The mental health assessment found that 40.25% of participants had a poor level of mental health, 39.50% had a fair level of mental health, and 20.25% had a good level of mental health. (Table 1.)

Table 1 Mental Health level of participants (n=405)

level	n	%
Poor mental health	163	40.25
Fair mental health	160	39.50
Good mental health	82	20.25

In the multiple logistic regression analysis, seven variables were found to be associated with mental health problems in migrant workers at $p < .05$. The migrant workers aged between 30-39 years old had 1.88 times (95% CI = 1.03-3.42) greater odds of mental health problems than the migrant workers who were aged less than 30 years old. The migrant workers who were more than 39 years old had 0.33 times (95% CI = 0.12-0.76) fewer odds of mental health problems than the migrant workers who were aged less than 30 years old. Those with lower odds of mental health problems than migrant workers did not complete primary school. The migrant workers who had a residency in Thailand between 7-12 years and more than 12 years had 0.42 times (95% CI = 0.19-0.91) and 0.24 times (95% CI = 0.08-0.74) had fewer odds of mental health problems than the migrant workers who had a residency in Thailand less than 7 years.

The migrant workers who smoked had 4.27 times (95% CI = 1.72-10.55) greater odds of mental health problems than the migrant workers who did not smoke. The migrant workers who worked more than 8 hours per day had 0.24 (95% CI = 0.74-0.83) fewer odds of mental health problems than the migrant workers who worked less than 8 hours per day. The migrant workers who had work experience between 6-10 years had 1.90 times (95% CI = 0.94-3.87) greater odds of mental health problems than the migrant workers who had more than 10 years work experience had 0.10 times (95% CI = 0.02-0.43) fewer odds of mental health problems than the migrant workers who had work experience of less than 5 years. The migrant workers who could speak the Thai language had 0.63 times (95% CI = 0.42-0.96) fewer odds of mental health problems than the migrant workers who could not speak the Thai language. (Table 2)

Table 2 Univariate and multivariate analyses of the factors associated with mental health among migrant workers (n = 405)

Variables	Mental health status				OR	95%CI	p-value	OR _{adj}	95%CI	p-value
	Low		Normal/High							
	n	%	n	%						
Gender										
Male	114	66.3	58	33.7	1					
Female	128	54.9	105	45.1	1.61	1.07-2.42	0.022			
Age (Year)										
< 30	109	59.9	73	40.1				1		
30-39	116	72.5	44	27.5	4.04	2.15-7.58	<0.001	1.88	1.03-3.42	0.038
> 39	17	27.0	46	73.0	7.13	3.70-13.74	<0.001	0.30	0.12-0.76	0.012
Marital status										
Single	44	44.9	54	55.1	1					
Married	198	64.5	109	35.5	2.23	1.40-3.53	0.001			

Table 2 Univariate and multivariate analyses of the factors associated with mental health among migrant workers (n = 405)

Variables	Mental health status				OR	95%CI	p-value	OR _{adj}	95%CI	p-value
	Low		Normal/High							
	n	%	n	%						
Education level										
< Primary	77	77.0	23	23.0	1			1		
Primary	128	41.3	90	58.7	0.43	0.25-0.73	0.002	0.239	0.075-0.760	0.015
Secondary	37	42.5	50	57.5	0.22	0.12-0.42	<0.001	0.119	0.029-0.485	0.003
Residency year (Year)										
<7	156	67.8	74	32.2	1			1		
7-12	79	60.3	52	39.7	0.64	0.42-1.00	0.002	0.424	0.197-0.913	0.028
>12	7	15.9	37	84.1	0.22	0.04-0.19	<0.001	0.245	0.081-0.745	0.013
Income (Baht/ month)										
≤10,000	203	61.0	130	39.0	1					
>10,001	39	54.2	33	45.8	0.76	0.45-1.26	0.281			
Expenditure (Baht/ month)										
≤10,000	94	69.1	42	30.9	1					
≤10,000	148	55.0	121	45.0	0.55	0.35-0.85	0.007			
Underlying disease										
No	225	61.6	140	38.4	1					
Yes	17	42.5	23	57.5	0.46	0.24-0.81	0.021			
Sleeping hour (hour/ day)										
<6	25	49.0	26	51.0	1					
6-8	130	52.8	116	47.2	1.17	0.64-2.13	0.619			
>8	87	19.4	21	19.4	4.31	2.08-8.91	<0.001			
Smoking										
No	159	55.0	130	45.0	1			1		
Yes	83	71.6	33	28.4	2.06	1.29-3.27	0.002	4.272	1.729-10.557	0.002
Alcohol use										
No	192	59.8	129	40.2	1					
Yes	50	59.5	34	40.5	0.99	0.61-1.61	0.962			
Exercise										
No	164	61.0	105	39.0	1					
Yes	78	57.4	58	42.6	0.86	0.57-1.30	0.484			

Table 2 Univariate and multivariate analyses of the factors associated with mental health among migrant workers (n = 405)

	Mental health status									
Variables	Low		Normal/High		OR	95%CI	p-value	OR _{adj}	95%CI	p-value
	n	%	n	%						
Work position										
Housekeeper	15	55.6	12	44.4	1					
Driver	21	48.8	22	51.2	0.76	0.29-2.01	0.584			
Operation	206	61.5	129	38.5	1.28	0.58-2.82	0.544			
Working hour										
≤8	196	62.4	118	37.6	1			1		
>8	46	50.5	45	49.5	0.62	0.38-0.99	0.043	0.249	0.07-0.83	0.024
Working day (day/week)										
5	142	63.4	118	37.6	1					
6	100	55.2	45	49.5	0.71	0.48-1.06	0.097			
Shift work										
No	187	64.5	103	35.5	1					
Yes	55	47.8	60	52.2	0.59	0.38-0.91	0.017			
Work experience (Year)										
≤ 5	135	60.3	89	39.7	1			1		
6-10	103	72.5	39	27.5	1.74	1.10-2.75	0.017	1.908	0.94-3.87	0.074
>10	4	10.3	35	89.7	0.08	0.03-0.22	<0.001	0.106	0.03-0.43	0.002
Listening Thai Language skill										
Yes	196	62.4	118	37.6	1					
No	46	50.5	81	49.5	0.62	0.39-0.99	0.043			
Speaking Thai Language skill										
Yes	142	63.4	82	36.6	1			1		
No	100	55.2	81	44.8	0.71	0.48-1.06	0.097	0.638	0.40-0.97	0.034
Reading Thai Language skill										
Yes	54	65.9	28	34.1	1					
No	188	58.2	135	41.8	0.72	0.44-1.1.20	0.208			
Writing Thai Language skill										
Yes	91	53.8	78	46.2	1					
No	151	64.0	85	36.0	1.52	1.02-2.28	0.041			

Discussion

This study was conducted to investigate the prevalence of mental health problems among migrant workers on the Thailand–Myanmar border in Chiang Rai Province, and to determine the contributing factors to the risk of mental health problems. Overall, the present study found that 40.25% of migrant workers had poor mental health, which was a higher prevalence than in the previous studies²¹ which reported the prevalence was between 29.40% and 36.50%.

Study findings argue that personal factors, including age, educational level, year of residence, and language skills, were associated with migrant workers' mental health, which supported both the studies in Thailand and international studies.^{18,19} Similarly, Zhong et al.²⁰ demonstrated the association between young adults and mental health problems of migrant workers in Shenzhen, China.

Previous research has found that education level is related to mental health problems.^{18,19} Loret De Mola et al.²¹ found the prevalence of mental health problems was 39.40% in migrants with a low education level because low education might lead people to miscommunicate with others and misunderstand safety procedures and safety policy. It can also lead to poor health or self-care¹⁸, as well as a lack of awareness of mental health.³ Moreover, Zhong et al.¹³ studies showed that one of the risk factors for long-term mental anguish is a low level of education. Furthermore, this factor is well related to the health or health behaviors of migrant workers, as supported by Sirida et al.,¹⁸ who assumed that migrant workers with low education tend to show poor health behaviors such as smoking.

These studies found an association between smoking and mental health problems, which is consistent with the study by Hua Yang et al.²² People with mental health problems often became dependent on smoking²³ because they believed it could help them relax and relieve stress symptoms. The previous study revealed that work-related stress and language barriers contribute to migrant mental health problems and unhealthy lifestyles.³ Therefore, these factors should be considered by related organizations and the government in order to promote good health behaviors and enhance mental health in those groups.

In addition, the amount of time that migrant workers spend in Thailand and their work experience are also associated with mental health. This is directly attributable to their ability to learn and adapt to new environments and societies. Zhong et al.²⁴ found that new migrants and people who migrate alone have more health problems than migrants who have lived longer in the country because they have fewer social networks. For example, they lack friends who speak the same language and worker networks in the same community as those who have worked or stayed for a long time, which is supported by Phoenix K.H. Mo et al.²⁵ Similarly, Lu Yao et al.²⁶ revealed that the prevalent causes of mental health problems are lack of social support in the family and workplace. Moreover, lack of social support causes mental health problems of the migrant workers and also affects their ability to work. Therefore, we can assume that social support from family and friends or social connections can reduce the severity of mental health problems and improve quality of life.^{27,28}

The present study showed that occupational factors or work-related stress, such as long working hours, were associated with the mental health of migrant workers. Similarly, Lu¹¹ found that working hours affect the mental health of rural-urban migrants in Indonesia. Yang et al.⁶ and Wong¹⁰ also supported this perspective. Many previous studies revealed workloads cause mental health problems such as depression, insomnia, and suicide attempts.²⁹ Winkelman et al.³⁰ showed that long working hours without a break cause musculoskeletal disorders among Latino migrants and seasonal farmworkers. For example, they can cause head tension, which may lead to stress.

Consistent with the findings of Hridaya et al.³¹ and Laurence et al.⁴ the research showed that skills in the language of the destination country were a significant factor that affected the mental health of migrant workers. Culture influences the ability to adapt socially. If people cannot adapt to the new community, they will face mental health problems. Similarly, previous studies revealed that cultural differences are a risk factor for the mental health problems of migrants.³² Furthermore, language is a necessary skill for living: communicating what they want and how they live, for work: assigning a job, teaching or explaining how to accomplish tasks, informing when they encounter a health hazard or when an emergency occurs, and especially,

for making relationships with others or receiving social support which is an essential factor of good mental health.

Implications for practice

1. Agencies in charge of migrant workers need to create a policy for evaluating the migrant workers' mental health prior to employment and to conduct annual follow-ups. They also need to be aware of the dynamic elements affecting mental health status.

2. The study's findings can be applied to programs that prevent, care, and monitor mental health issues in order to maintain good public health management.

Implication for future research

1. Future research needs to examine the different types of mental health issues that migrant workers experience in order to prioritize issues, assess their severity, and use that information as a basis for developing appropriate mental health care plans.

2. Future research needs to utilize qualitative or mixed-method research when gathering in-depth data and information that may be used to understand the causes or other factors that contribute to the mental health problem.

References

1. World Health Organization. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 2]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
2. Dattani S, Ritchie H, Roser M, Mental health [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15] Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
3. Devkota HR, Bhandari B, Adhikary P. Perceived mental health, wellbeing and associated factors among Nepali male migrant and non-migrant workers: A qualitative study. *Journal of Migration and Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 7]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100013>
4. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Hassan G, Rousseau C, Pottie K. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal* 2011;183(12):E959-67.
5. HG, Kumar A, Nirmala BP. Migration, and mental health: An interface. *J Nat Sci Biol Med* 2014;5(2): 233-9.
6. Yang T, Xu X, Li M, Rockett I RH, Zhu W, Ellison-Barnes A. Mental health status and related characteristics of Chinese male rural–urban migrant workers. *Community Ment Health J* 2012;48(3):342-51.
7. Meyer SR, Decker MR, Tol WA, Abshir N, Mar AA, Robinson WC. Workplace and security stressors and mental health among migrant workers on the Thailand-Myanmar border. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2016;51(5):713–723.
8. Veena S, Shoba G, Arshi K, Bhardwaj U. Mental health risk assessment in a selected urban slum of Delhi a survey report. *Journal of Nursing Science and Practice* 2012;2(1):116-22.
9. Brown JP, Martin D, Nagaria Z, Verceles AC, Jobe SL, Wickwire EM. Mental health consequences of shift work: an updated review. *Cutt Psychiatry Rep* 2020;22(2):7.
10. He X, Wong DF. A comparison of female migrant workers' mental health in four cities in China. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(2):114-22.
11. Lu Y, Mental health and risk behaviours of rural-urban migrants: Longitudinal evidence from Indonesia. *Popul Stud (Camb)* 2010;64(2):147-63.
12. Nilvarangkul K, Rungreangkulkij S, Wongprom J. Perception of stress in Laotian migrant workers in Thailand. *J Immigr Minor Health* 2010;12(5):678-82.
13. Zhong BL, Liu TB, Chan SS, Jin D, Hu CY, Dai J, Chiu HF. Prevalence and correlates of major depressive disorder among rural-to-urban migrant workers in Shenzhen, China. *J. Affect. Disord* 2015;183:1–9.
14. Office of Foreign Workers Administration. Work statistics of foreigners [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov2]. Available from: <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label> (in Thai).

15. Somdech M. Migrant workers management: Case study in Chiang Rai province (The foreign workers management: A case study in Chiang Rai province) School of Social Chiang Rai Rajabhat University Academic Journal Year 7th Issue 2nd February-May 2014 [In Thai].
16. Immigration Act. Immigrant Bureau, 1979 [Internet]. 1979 [cited 2020 November 11] Available from: http://web.krisdika.go.th/data/outsitedata/outside21/file/Immigration_Act_B.E._2522.pdf
17. Robert KV, Daryle MW. Determining sample size for research. 607-610, Duluth: Educational and psychological measurement 1970; 30:607-10 [internet]. 1970 [cited 2018 August 18]. Available from: doi.org/10.1177/001316447003000308
18. Kesornsri S, Sitthimongkol Y, Hegadoren KM. Mental health problems among migrant workers: Challenges for nurses in Thailand. Nursing Science Journal of Thailand 2014;32(3):9-19.
19. Mucci N, Traversini V, Giorgi G, Tommasi E, De Sio S, Arcangeli G. Migrant workers and psychological health: A systematic review. Sustainability 2020;12(1):120.
20. Zhong BL, Liu TB, Chan SS M, Jin D, Hu CY, Dai J, Chiu HFK. Common mental health problems in rural-to-urban migrant workers in Shenzhen, China: prevalence and risk factors. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2018;27(3):256-65.
21. Mucci N, Traversini V, Giorgi G, Tommasi E, De Sio S, Arcangeli G. Migrant workers, and psychological health: A systematic review. Sustainability 2020;12(1):120.
22. Mola L D, Stanojevic C, Ruiz S, Gilman, RH, Smeeth L, Miranda JJ. The effect of rural-to-urban migration on social capital and common mental disorders: PERU MIGRANT study. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:967-973.
23. Yang H, Gao J, Wang T, Yang L, Liu Y, Shen Y, Gomh J, et al. Association between adverse mental health and an unhealthy lifestyle in rural to urban migrant workers in Shanghai. Journal of the Formosan Medical Association 2017;116(2):90-8.
24. Ferreira V, Jardim R, Sousa A, Rosa B, Jardim P. Smoking, alcohol consumption and mental health: data from the Brazilian study of cardiovascular risks in adolescents. Addictive Behaviors Reports [Internet] 2018. [cited 2021 Nov 12]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.100147>
25. Zhong BL, Chan SSM, Liu TB, Jin D, Hu CY, Chiu HFK. Mental health of the old- and new-generation migrant workers in China: Who are at greater risk for psychological distress? Oncotarget 2017;8: 59791-59799.
26. Mo P, Cheng Y, Lau J. Work-related factors on mental health among migrant factory workers in china: Application of the Demand-Control and Effort-Reward Imbalance Model. Health & Social Care in The Community 2022;30(2):656-667.
27. Lu H, Leiyu S, Liming L, Li L. Work ability of Chinese migrant workers: The influence of migration characteristics. BMC Public Health 2014;14(353).

28. Mendoza B, Mordeno G, Latkin C, Hall B. Evidence of the paradoxical effect of social network support: A study among Filipino domestic workers in China. *Psychiatry Res* 2017;255:263–271.
29. Anjara G, Nellums B, Bonetto C, Van T. Stress, health, and quality of life of female migrant domestic workers in Singapore: A cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2017;17(98).
30. Mou, J, Griffiths S, Fong H, Dawes G. Health of China's rural-urban migrants and their families: A review of literature from 2000 to 2012. *Br Med Bull* 2013;106:19–43.
31. Winkelman SB, Chaney H, Bethel W. Stress, depression and coping among Latino migrant and seasonal farmworkers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013;10:1815–1830.
32. Lau T, Cheng Y, Gu J, Zhou R, Yu C, Holroyd E, Yeung C, Suicides in a mega-size factory in China: Poor mental health among young migrant workers in China. *Occup. Environ. Med* 2012;69:526.
33. Callum M. What is the Culture [Internet]. 2022 [cited 2022 September 30] Available from: <https://www.livescience.com/21478-what-is-culture-definition-of-culture.html>
34. Phaowiriya H, Thungpankham P, Sripichayakorn K. Mental health status and related factors in migrant women workers. *Journal Nurse* 2017;44:12-120. (in Thai).
35. Mongkol A, Wongpiromsan Y, Tangseree T, Hattaphanom W, Romsai P, Jutha W. Research report development and testing of Thai mental health indicators. Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand; 2013.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>