



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566 Vol.39 No.1 January - April 2023

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

บทความวิชาการ

ปัจจัยเชิงเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19
พัชราภา ถนอมสมบัติ ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ มาสรีน ศุภลปักษ์ จักรกฤษณ์ พลราชาม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาาระงับความรู้สึก
จารูวรรณ ก้านศรี สว่างจิตต์ วสุวัต ชุติมา มาลัย ศศิวิมล บุรณะเวช

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 5
กมลพร แพทย์ชีพ กันตภณ เชื้ออ้อ ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง นงนุช วงศ์สว่าง

การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล

ทิลกร บัวชู ทัญญิ ศรีวิสัย เสนห์ ขุนแก้ว ยุวดี แตรประสิทธิ์ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ สุวารี โพธิ์ศรี

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการใช้จ่ายสมเหตุสมผลในนักศึกษาพยาบาล
นฤมล อังศิริศักดิ์ สมฤดี ชื่นกิติยานนท์ อัมพร คงจิระ

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลป้องกันกันเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประภาพร สุวรรณภูมิ ศิริรัตน์ จุมจะนะ วรรณิ ตปนิยากร สุภาพร นันทศักดิ์

ผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง

พีรวิชญ์ สุวรรณเวลา สายฝน เอกวารงกูร นัยนา หนูนิล

ผลของโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

วรรรัตน์ มากเทพพงษ์ อุไร นิโรธนันท์ นปภัช ทองคำวงศ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19

สุกฤตา ตระการีย์ อรทิพา ส่องศิริ สุสารี ประคินกิจ รัตนาภรณ์ นิเวศานนท์ พางณา ดวงจันทร์

สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ สุภัตรา จันทร์สุวรรณ ปวีดา โพธิ์ทอง สุนทรี ชะชาตย์ อุษณียาภรณ์ จันทร์

สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภัทรภณ แจ่มมิน สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์

ประสบการณ์การใช้เครื่องฟุ้งชีพที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้าย : การวิจัยเชิงคุณภาพ

รติมา อองอาจอิทธิชัย เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ ทิมพวัลย์ บุญมงคล

ผลของการให้ความรู้โดยการใช้สังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลราชวิถี

อรวรรณ วงศ์ษา กลีบแก้ว จันทร์หรั่ง

ผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา ประไพ กิตติบุญญวัฒน์ ญาณินี โคตสกุล

วิจัยผสมวิธี: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด- 19

อรอุมา แก้วเกิด ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ เนตรฤทัย ภูนาภรณ์ นานุภา อารยะศิลป์ปร รติยา ทองอ่อน

การรับรู้และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปาริชาติ แวนไวศาสตร์ เมทณี ระดาบุตร มาสรีน ศุภลปักษ์

การพัฒนาองค์การพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติพญาไท

รัชนิบูลย์ เงินวิสัย ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ เบญจมาศ ทศนะสุภาพ นพรัตน์ ละครเชต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ช การคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ

มกรพันธ์ จุฑะรสก วิษี อมรโรจน์วรวัฒน์ แสงดาว จันทร์ดา อัจฉรา ชนะบุญ กาญจนา ดาวประเสริฐ อณิษฐา จุฑะรสก รุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์

แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: วิจัยแบบผสมผสาน

ปานัสรา ส่งวัฒนายุทธ สรวิรัตน์ พลอินทร์ ชนาภา สมใจ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ตำบลเดิมบาง อำเภอบางบาล จังหวัดสุพรรณบุรี
อรวรรณ อยู่สุวรรณ นภาเพ็ญ จันทร์ขิมมา มุกดา หนูศรี



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566

Vol. 39 No. 1 January– April 2023

บรรณาธิการ ดร.ขวัญตา บุญวาต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.กุลธิดา พาณิชกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์

อ.ศศิวิมล บุรณะเรข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

รศ. ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล

นายสภาคณบดีพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ประเทศไทย

รศ. ดร.ศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย

ผศ. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธานุสรณ์ ประเทศไทย

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย

กรมการบริหรวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง

Prof. Dr. Henrik Eriksson

แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย

Department of Health Sciences, The Swedish Red Cross University College and

Assoc. Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

Department of Health Sciences, University West, Sweden

Department of Nursing, College of Medicine

National Cheng Kung University, Taiwan

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ประเทศไทย

ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย

ดร.พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ดร.ปฐมภรณ์ ทองเดิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ดร.ปัญญาดี ทองแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-8241 ต่อ 3405 โทรสาร 0-2354-8251

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข

นางสาวสุวิมล อินทร์วิเศษ

นางสาวรุ่งกานดา ภูมรา

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. 39 No. 1 January – April 2023

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 Silapasuwan		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 Wisawatapnimit		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 Inwised

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 39 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566 Vol. 39 No. 1 January – April 2023

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

1. พ.ต.หญิง ผศ.ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
2. ดร.พรเลิศ ชุ่มชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3. ดร.กสิบแก้ว จันทร์หงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
4. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ดร.อดิพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. ดร.สนธยา มณีรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
7. ดร.กุลธิดา พานิชกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
8. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
9. ดร.สมจิตต์ สีนรุชชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
10. ผศ.ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11. ดร.อุไร นิโรจน์ันท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
12. ดร.กมลพรรณณ วัฒนการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
13. ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
14. ดร.นุสราน นามเดช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
15. ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
16. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
17. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
18. ผศ.ดร.สมนึก สกฤษสงส์โสภณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
19. ผ.ศ.ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
20. ผศ.ดร.พิมสุภาว จันทนะโสดี๊ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
21. รศ.ดร.วิริมณี กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
22. ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
23. รศ.ดร.จินตนา อาจสันทีเยะ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

- | | |
|------------------------------------|---|
| 24. ดร.สุดคณิง ฤทธิฤชัย | วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข |
| 25. รศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 26. รศ.ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 27. ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 28. พันเอกหญิง ผศ.ดร.ปราณี อ่อนศรี | สำนักงานปฏิบัติการกิจรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก |
| 29. ผศ.ดร.อนนท์ วิสุทธิธนานนท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 30. ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 31. ดร.ภาศิษฎา อ่อนดี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 32. รศ.ดร.กรภัทร เสงอุตมทรัพย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 33. ผศ.ดร.วิไล นาป่า | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 34. ผศ.ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 35. ดร.พัชรภา กาญจนอุดม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 36. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 37. ดร.ธัญญาศิริ โสมคำ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |

สารบัญ

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

บทความวิชาการ

- ปัจจัยเชิงเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 1
พัชราภา ถนอมสมบัติ ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ มาสรีน ศุกลักษณ์ จักรกฤษณ์ พลราชม
บทบาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก 11
จารุวรรณ ก้านศรี สว่างจิตต์ วสุวัต ชุตินา มาลัย ศศิวิมล บุรณะเรข

บทความวิจัย

- ปัจจัยทำนายการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 5 23
กมลพร แพทย์ชีพ กันตภณ เชื้อฮ้อ ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง นงนุช วงศ์สว่าง
การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล 34
ทินกร บัวชู ทิภูสิริ ศรีวิสัย เสน่ห์ ขุนแก้ว ยุวดี แตรประสิทธิ์ ญัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ สุวาริ โพธิ์ศรี
ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุสมผลในนักศึกษาพยาบาล 46
นฤมล อังศิริศักดิ์ สมฤดี ชื่นกิติญาณนท์ อัมพร คงจรัส
ผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพ 58
และพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
ประภาพร สุวรรณภูฏ ศิริรัตน์ จุมจะนะ วรณิ ตปนิยากร สุภาพร นันทศักดิ์
ผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง 68
พีรวิชัย สุวรรณเวลา สายฝน เอกวรางกูร นัยนา หนูนิล
ผลของโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง 78
และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้
วรรัตน์ มากเทพพงษ์ อุไร นิโรชนันท์ นปภัช ทองคำวงศ์
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 89
สุกฤตา ตะการีย์ อรทิพา ส่องศิริ สุสารี ประคินกิจ รัตนาภรณ์ นิवासานนท์ พางณา ดวงจันทร์
สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี 100
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ ปวีดา โพธิ์ทอง สุนทรี ชะชาติย์ อุษณียาภรณ์ จันทร์
สิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 111
ภัทรภณ แจ่มมิน สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์
ประสบการณ์การใช้เครื่องพองซีพีที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้าย : การวิจัยเชิงคุณภาพ 122
รติมา งามอาจอิทธิชัย เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ พิมพัลย์ บุญมงคล
ผลของการให้ความรู้โดยใช้สังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลราชวิถี 134
อรรวรรณ วงศ์ษา กลีบแก้ว จันทร์หงษ์
ผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภค และการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน 147
ตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
ศุภลักษณ์ ศรีธิญา ประไพ กิตติบุญถวัลย์ ญาณินิ โดตสกุล
วิจัยผสานวิธี: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด- 19 159
อรอุมา แก้วเกิด ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ เนตรฤทัย ภูนาภรณ์ นาฏนภา อารยะศิลป์ธรร รัตติยา ทองอ่อน

สารบัญ
ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

การรับรู้และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ปาริชาติ แฉ่นไวศาสตร์ เมทนี ระดาบุตร มาสรีน ศุกลปักษ์	170
การพัฒนาองค์การพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รัชนิบูลย์ เงินวิลัย ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ เบญจมาศ ทศนะสุภาพ นพรัตน์ ละครเขต	182
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ช การคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ มกรพันธ์ จุฑะรสก วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ แสงดาว จันทร์ดา อัจฉรา ชนะบุญ กาญจนา ดาวประเสริฐ อณิษฐา จุฑะรสก รุ่งอรุณ กระทบกาญจน์	193
แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: วิจัยแบบผสมผสาน ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ สรีรัตน์ พลอินทร์ ชนาภา สมใจ	206
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ตำบลเดิมบาง อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี อรรวรรณ อยู่สุวรรณ นภาพิณ จันทร์ขัมมา มุกดา หนุ่ยศรี	219

Content
Volume 39 Number 1 January – April 2023

Articles

- Causal Factors and Effects of Health Literacy on The New Normal toward Covid-19 Prevention 1
 Patcharapa Tanomsombut Prawech Chumkesornkulkit Masarin Sukolpuk Chakkrit Ponrachom
- The Role of Nurse in nursing Care for Schizophrenia Patients with Modified Electroconvulsive Therapy 11
 Jaruwan Kansri Sawangjit Wasuwat Chutima Malai Sasiwimom Booranarak

Research Articles

- Predictors of Decision-Making to Get the Covid-19 Vaccines among People in the Fifth Health Region 23
 Kamonporn Patcheep Kantaphon Chueahor Parinyaporn Thanabunpuang
 Nongnuch Wongsawang
- Development in Health Assessment for Practical Nurses 34
 Thinnakorn Buachu Thitdhi Srivisai Saneh khunkhaw Yuwadee Traprasit Nattanun Kumpiriyapong
 Suwaree Posri
- Effects of Teaching Method by Using Case Studies to Enhance Rational Drug Use Competency in
 Nursing Students 46
 Naruemol Angsirisak Somrudee Chuenkitiyanon Amporn Khongjeera,
- The Effect of Family Members' Health Literacy Development Program on Knowledge, Health Literacy
 and Stroke Prevention Behavior for Hypertensive Patients in the Community 58
 Papaporn Suvarnakuta Sirirat Joomjana Wannee Tapaneeyakorn Supaporn Nantasak
- Effects of Music Therapy Program on Depression among Older Adults in Community, Trang Province. 68
 Perawit Suwanvala Saifon Aekwarangkoon Naiyana Noonil
- The Effect of an Information Technology Integrated Multicomponent Program on Knowledge,
 Self- Care Behavior and Blood Pressure Level among Elderly with Uncontrolled Hypertension 78
 Worarat Magteppong Urai Nitrotnun Napapat Thongkamwong
- Factors associated with Anxiety related to the uptake of Covid-19 Vaccine 89
 Sukrita Takaree Orntipa Songsiri Susaree Prakinkit Rattanaporn Niwasanon
 Phachana Dungchanthr
- Mental health and Mental Health Self-Care for the Elderly in the Situation of COVID-19 at Sam Chuk,
 Suphanburi Province 100
 Saowalak Sripho Supattra Chansuvarn Prawida Photong Soontaree Khachat
 Ausaniyaphon Chantorn
- Occupational Health Hazards in Faculty of Medicine, Thammasat University 111
 Pattarapon Jammin Surasak Buranatreveth
- The Experiences of Using Life Support Machine at Home among End of Life Patients: A Qualitative Study 122
 Ratima Ongarjitthichai Penchan Pradubmook Sherer Pimpawun Boonmongkon
- Outcomes of Education by Using Social Media in Cancer Patients at Rajavithi Hospital 134
 Orawon Wongsa Kleebkaew Janhong

Content
Volume 39 Number 1 January – April 2023

The Effects of Using Line Application Program on The Eating Behavior and Physical Activity of Overweight Late Primary School-Aged Children Supalux Srithanya Prapai Kittiboontawam Yaninee Dodsakul	147
Mixed method design: Factors Affecting Quality of Life of the Elderly During the COVID -19 Pandemic Onuma Kaewkerd Yuttachai Chaiyasit Nedruetai Punaglom Nadnapa Arayasinlapathon RattiyaThong-on	159
Perceptions and Experiences on Mental Health Promotion of the Elderly Thai People: Phenomenological Research Parichart Wanwaisart Matanee Radabutr Masarin Sukolpuk	170
Development of Health Literate Nursing Organization for Breastfeeding Promotion at Queen Sirikit National Institute of Child Health Rachaneeboon Ngoenwilai Siriluck Thavonvattana Benjamas Thussanasupap Nopparat Lakornket	182
Factors Related to Creative Systematic Thinking Coaching Performance of Health Professionals Makarapan Jutarosaga Wacharee Amornrojanavaravutti Saengdao Janda Atchara Chanaboon Kanchana Daoprasert Anittha Jutarosaga Rungaroon Kramutkant	193
Guideline for Identity Development to The Graduate of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province: Mixed Methods Research Panisara Songwatthanayuth Sarunrattana Polin Chanapa Somjai	206
The Development of a Chronic Renal Failure Prevention Model for Hypertensive Patients at Risk in Rural Communities in Doem Bang Subdistrict, Doem Bang Nang Buat District Suphanburi Province Orawan Yusuwan Napaphen Jantacumma Mukda Nulsri	219

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ซึ่งดำเนินการจัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร (วพก.) มาอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566 วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากหลากหลายสถาบัน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทุกท่านได้เพิ่มพูนความรู้และมุมมองต่าง ๆ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ เนื้อหาในทั้ง บทความวิชาการ และบทความวิจัย บทความวิชาการในฉบับนี้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนบทความวิจัย มีทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ และวิจัยแบบผสมผสาน โดยศึกษาการรับรู้ ปัจจัย ความรอบรู้ ผลของพัฒนาโปรแกรม การพัฒนาแบบประเมิน และการจัดการเรียนการสอน ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างมีทั้งในกลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิต โรคมะเร็ง ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มปกติในช่วงวัยต่าง ๆ ทั้งในคลินิกและชุมชน

ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อการสืบค้น และนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์และสามารถอ้างอิงทางวิชาการจากวารสารบนฐานข้อมูลใน website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ตลอดจนผู้นิพนธ์บทความ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านดูแลสุขภาพตนเอง สวมหน้ากากอนามัย ก่อนออกจากบ้าน ลดกิจกรรมออกนอกบ้าน ไม่เผาป่า เฝ้าชยะกลางแจ้ง และตามปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และลด เลี่ยง ฝุ่น PM 2.5 ที่ เพื่อสุขภาพที่ดีแล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

ดร. ขวัญตา บุญवास
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

Causal Factors and Effects of Health Literacy
on The New Normal toward Covid-19 Prevention

Received: Nov 4, 2022
Revised: Dec 20, 2022
Accepted: Jan 7, 2023

Patcharapa Tanomsombut, B.P.H.¹
Prawech Chumkesornkulkit, Ph.D.²
Masarin Sukolpak, Ph.D.³
Chakkrit Ponrachom, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: To prevent COVID-19 infection, living in a new normal is important issue for people in post-Covid era. Therefore, health literacy is an important factor to enable people to live with new normal and prevent themselves from COVID-19 infection.

Objective: To propose causal factors and effects of health literacy on the new normal towards COVID-19 prevention among people.

Key issues: Significant causal factors of health literacy towards new normal in COVID-19 prevention among people are multiple factors, including perceived threat, and social support from families, public health agencies, and communities. Output factors of health literacy towards new normal in COVID-19 prevention were maintaining physical distancing, wearing surgical mask, hand hygiene, and staying safe during COVID-19 pandemic.

Conclusions: To prevent COVID-19 infection, people should be encouraged to live with new normal. Particularly, the development of health literacy should be promoted together with causal factors, including perceived threat, and social support from families, public health agencies, and communities.

Implications: Researchers can bring causal factors and results to develop or further study, especially in a structural equation model and verified with empirical data. Therefore, results of the study might serve academic benefits and can be implemented in a tangible approach.

Keywords: coronavirus disease 2019, new normal, health literacy, perceived threat, social support

¹Student in Master of Public Health Program Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalemphrakiat Sakon Nakhon Province Campus, Sakon Nakhon, Thailand E-mail: patcharapa4dph@gmail.com

²Assistant Professor, College of Industrial Technology, King Mongkut's University Technology North Bangkok, Bangkok, Thailand E-mail: prawechc@kmutnb.ac.th

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromrajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand E-mail: massarin@bcnon.ac.th

⁴Corresponding author : Lecturer, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand, E-mail: feduckp@ku.ac.th

ปัจจัยเชิงเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19

Received: Nov 4, 2022
Revised: Dec 20, 2022
Accepted: Jan 7, 2023

พัชราภา ถนอมสมบัติ ส.บ.¹
ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ ปร.ด.²
มาสริน ศุกลปักษ์ ปร.ด.³
จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ของประชาชนในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) เป็นประเด็นสำคัญในยุคหลังการแพร่ระบาด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเข้ามาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ได้

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอปัจจัยเชิงสาเหตุและผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของประชาชน

ประเด็นสำคัญ: ปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 เป็นสหปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน พร้อมทั้งปัจจัยเชิงผลลัพธ์ที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขอนามัยมือ และการใช้ชีวิตให้ปลอดภัย

สรุป: การส่งเสริมให้ประชาชนมีการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ที่พึงประสงค์ต้องคำนึงถึงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชน

ข้อเสนอแนะ: นักวิจัยสามารถนำปัจจัยเชิงเหตุและผลที่นำเสนอไปพัฒนาหรือศึกษาวิจัยต่อยอดโดยการศึกษาในรูปแบบโมเดลสมการโครงสร้างและตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการศึกษาไปสู่การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการและการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมต่อไป

คำสำคัญ: โรคโควิด 19 การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร สกลนคร ประเทศไทย
E-mail: patcharapa4dph@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพฯ ประเทศไทย E-mail: prawechc@kmutnb.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย
E-mail: massarin@bcnonn.ac.th

⁴ Corresponding author อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย E-mail: feduckp@ku.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อมากกว่า 600 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 6 ล้านคน¹ แม้หายป่วยแล้วยังสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ รวมถึงยังมีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติระยะยาวหลังการติดเชื้อ (Post-COVID conditions) หรือ Long COVID โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา ประกาศให้ภาวะนี้เป็นความทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ² เนื่องจากร่างกายอาจสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานขึ้น โจมตีเซลล์ที่มีสุขภาพดีในร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจ เกิดภาวะอักเสบของอวัยวะหลายระบบ ทำให้มีอาการไข้ ถ่ายเหลว ซีด และไตวาย ซึ่งมักพบอาการหลังหายป่วยแล้วประมาณ 2-4 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยหนัก อาจเกิดภาวะหลัง ICU หรือ Post-Intensive Care Syndrome (PICS) ที่อาจส่งผลให้เกิด กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัญหาเกี่ยวกับการคิดและการตัดสินใจ รวมถึงภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเยียวยาและฟื้นฟู³ โดยมีการคาดการณ์ว่าจำนวนคนที่ประสบกับภาวะ Long COVID ในระยะยาวจะมีมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตรงต่อสมรรถนะในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยนั้นหมายถึงครอบครัวและประเทศชาติมีแนวโน้มที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาภาวะดังกล่าวด้วย⁴ โดยระหว่างปี พ.ศ. 2563-2564 รัฐบาลไทยได้จัดสรรเงินงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ไปแล้วทั้งสิ้น จำนวน 87,862 ล้านบาท นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยมีสัดส่วนนี้ครัวเรือนต่อรายได้ครัวเรือน เพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ร้อยละ 158.80 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในรอบ 18 ปี⁵ โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มประชาชนผู้มีรายได้น้อย เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และคนเจ็บป่วยเนื่องจากขาดรายได้ ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ต้องการได้

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง⁶ แต่จากการต่อสู้กับโรคโควิด 19 มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีการระบาด ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมโรคด้วยมาตรการทาง

สังคม ทั้งการปิดประเทศ หยุดกิจการห้างร้าน ออกกฎหมายควบคุมพฤติกรรมทางสังคม รวมทั้งการระดมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้ประชาชนด้วยการฉีดวัคซีน ก็ยังไม่สามารถหยุดการแพร่ระบาดของโรคได้ทั้งหมด บางประเทศมีแนวโน้มตัวเลขผู้ติดเชื้อพุ่งสูงขึ้นเป็นช่วง ๆ เนื่องจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นและการป้องกันตนเองลดลง รวมถึงการผันแปรทางพันธุกรรมของไวรัสที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ทำให้เกิดการระบาดซ้ำแม้ในพื้นที่ที่ประชาชนมีภูมิคุ้มกันหมู่ระดับสูงแล้วก็ตาม⁷ ดังนั้นความปกติในอดีตจึงไม่ใช่ความปกติที่จะกลับมาได้ในสภาวะที่ยังมีการระบาดของโรคอยู่เช่นนี้ “ความปกติ” ที่เป็นไปได้ในระยะถัดจากนี้ไป จึงจำเป็นต้องเป็น “ความปกติวิธีใหม่ที่ปลอดภัยและดีกว่าเดิม”

ในการนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการลดความกลัวเกี่ยวกับโรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น⁸ นอกจากนั้นยังเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งสุขภาพดี⁹ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเองและผู้อื่นต่อไป¹⁰ โดยรัฐบาลได้กำหนดให้การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านสาธารณสุข) ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีกรอบแนวคิดให้ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรากฐานของระบบสุขภาพ”¹¹ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิจัยภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19¹²⁻¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีปัจจัยที่มีผลหรือเป็นตัวกำหนดที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ซึ่งเหล่านี้อาจเรียกได้ว่าปัจจัยเชิงสาเหตุ กล่าวคือความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยคั่นกลางของปัจจัยเชิงสาเหตุที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั่นเอง ซึ่งในการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ต้องเข้าใจถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา¹⁵ บทความนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้าน

สุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ของคน เพื่อจะนำไปสู่การสนับสนุนให้ประชาชนปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อไป

การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของประชาชน

คำว่า new normal เป็นวลีซึ่ง oxford dictionary ได้ให้คำนิยามว่า “สถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่แต่เดิมเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ ผู้คนไม่คุ้นเคย ไม่ใช่มาตรฐาน ต่อมาเมื่อเกิดหรือเกิดวิกฤตบางอย่าง จึงมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้สถานการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นกลายเป็นสิ่งที่ปกติและเป็นมาตรฐาน” ราชบัณฑิตยสภาจึงได้บัญญัติศัพท์ “new normal” ให้หมายถึง ความปกติใหม่ ฐานวิถีชีวิตใหม่¹⁶ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (ศบค.) ได้มีการกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนหลังเกิดโรคระบาด โดยขอความร่วมมือให้ประชาชนดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เพื่อหลีกเลี่ยงโรคระบาดที่เรียกว่ารูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ หรือ “new normal”¹⁷ แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ได้มีการสื่อสารและปรับเปลี่ยนตามองค์ความรู้และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคมาอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การใช้คำขวัญ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ในช่วงแรกที่มีการระบาดของโรค ต่อมาเนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น มีการประกาศล็อกดาวน์ทั้งประเทศอย่างเต็มรูปแบบ จึงมีการรณรงค์ให้จำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้แนวคิด “อยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ”¹⁸ ต่อมาในช่วงที่เริ่มมีการระบาดระลอกที่ 2 มีการประกาศข้อสั่งการจาก ศบค. ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ยึดหลัก “D-M-H-T-T-A” ตามมาด้วยมาตรการ “universal prevention” หรือมาตรการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล¹⁹ และ “VUCA” ถูกนำมาพูดถึงในช่วงการพบเชื้อไวรัสสายพันธุ์โอมิครอน²⁰

การทบทวนแนวคิดพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตวิถีใหม่

ด้านสาธารณสุขในประเทศไทยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดถูกปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์การระบาดของโรค และองค์ความรู้ใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา จึงได้สรุปและจัดกลุ่มแนวคิดเพื่อให้เกิดความครอบคลุมตามสถานการณ์ โดยการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของประชาชน ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 4 กลุ่ม คือ

- 1) การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (D: distancing) คือ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น การออกจากบ้านเท่าที่จำเป็นโดยใช้เวลาให้สั้นที่สุด ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านทางออนไลน์แทนการไปพบปะกัน โดยตรง
- 2) การสวมหน้ากากอนามัย (M: mask wearing) คือ การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนรวมตัวกันเป็นจำนวนมาก โดยสวมให้ปิดปาก จมูก และคาง กดแถบลวดให้แนบสนิท จมูก ควรเปลี่ยนหน้ากากทุก 6 - 8 ชั่วโมง หรือเมื่อหน้ากากเปียกชื้น สกปรก หรือเมื่อออกจากสถานที่แออัด โดยหน้ากากอนามัยควรใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง
- 3) การรักษาสุขอนามัยมือ (H: hand hygiene) คือ การล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือถ้าไม่มีสบู่ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เข้มข้น อย่างน้อยร้อยละ 70 ขึ้นไป ควรล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหาร นอกจากนั้นยังต้องหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้ากากอนามัยที่สวมใส่อยู่ หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัส ตา ปาก จมูกของตนเองโดยไม่จำเป็น รวมถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีการสัมผัสร่วมกันบ่อย ๆ เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู เป็นต้น หรือหากจำเป็นต้องสัมผัส ควรล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์โดยเร็ว และ
- 4) การใช้ชีวิตให้ปลอดภัย (C: COVID safe living) คือ การดำรงชีวิตโดยหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ตนเองติดเชื้อ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก รับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาด เน้นการแยกรับประทานอาหารคนเดียว หรือหากต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ควรใช้ช้อนกลางส่วนตัวทุกครั้ง และไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวทุกชนิดร่วมกับผู้อื่น นอกจากนั้นเมื่อสงสัยว่าตนเองมีความเสี่ยง ควรตรวจหาเชื้อเบื้องต้นด้วยชุดตรวจ ATK หรือเข้ารับการตรวจหาเชื้อที่สถานพยาบาล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ⁹ อันจะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเองและผู้อื่นต่อไป¹⁰ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลา นานกว่า 3 ปี ทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยสามารถแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เป็น 3 ระดับ¹¹ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือ การที่บุคคลรู้จักโรคและอาการของโรคโควิด 19 ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง และวิธีการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อ ตลอดจนทราบวิธีการจัดการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อติดเชื้อ และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) คือ การที่บุคคลมีสมรรถนะในการใช้ความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาสังเคราะห์ความรู้ใหม่ และนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเผชิญมาก่อนได้ รวมทั้งการใช้ทักษะทางสังคม ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสามารถประเมินและตัดสินใจเลือกทางเลือกได้อย่างเหมาะสม พินิจเวลา และเข้ากับสถานการณ์ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) คือ การที่บุคคลมีสมรรถนะในการเชื่อมโยงข้อมูล บูรณาการทั้งมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อีกทั้งยังสามารถที่จะชี้นำสังคมได้ โดยนักวิชาการและบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยได้กล่าวไว้ว่า ประชาชนไทยจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างน้อยในระดับพื้นฐาน และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นต่อไป²²

ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่จะนำไปสู่การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ของประชาชน โดยอ้างอิงจากองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam²¹ ร่วมกับคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³

จึงได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึง (access skill) คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยรู้วิธีการค้นหาและรู้จักเลือกแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการป้องกันตนเอง 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) คือ ความสามารถในการจำและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) คือ ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ต้องการ และสามารถสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้นกับผู้อื่นได้อย่างมีเหตุผล 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) คือ ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ และสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลเหล่านั้นเพื่อเลือกรับและนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) คือ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่นำไปสู่การป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสม และสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยมีการศึกษาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าความสับสนในการตัดสินใจเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ¹² และยังมีการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการล้างมือและพฤติกรรมการล้างมือที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำถึง 1.05 เท่า¹³ และการศึกษาในประเทศไทย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่¹⁴ และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยเช่นกัน²⁴

ปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลมีความหลากหลายเป็นสหปัจจัย (multi-factors) โดยสามารถจัดกลุ่มของปัจจัยได้เป็น 3 กลุ่ม²⁵⁻²⁹ คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม (demographic and social factors) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความสามารถทางภาษาอังกฤษ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคล (individual perception factors) ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามด้านสุขภาพ และ 3) ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ (cues to action factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นในบริบทที่ต้องการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลและปัจจัยชักนำการปฏิบัติจึงมีความสำคัญ

ปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่บนพื้นฐานการรู้หนังสือ ที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ³⁰ แรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลรู้จักค้นหาข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่จะทำให้เข้าใจถึงหลักวิธีการปฏิบัติตนและยอมรับปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง คือการที่บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีความเสี่ยงในการเป็นโรคจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวก็จะนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคที่พึงประสงค์ได้²⁷ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้อาการเตือนความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะเป็นสัญญาณเตือนให้ต้องใส่ใจสุขภาพ โดยมีการค้นคว้าหาข้อมูล ชักถามจากคนรอบข้าง หรือเข้ารับการตรวจสุขภาพ เพื่อหาข้อมูลว่า ตนเองป่วยเป็นอะไร และควรจะทำปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรให้ถูกต้อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ 2) ความตระหนักด้านผลลัพธ์สุขภาพ เกิดจากการพบเห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ผลเสียและความรุนแรงจากการเกิดโรค จะเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ได้ถึงความทุกข์ที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกกลัว และอยากดูแลสุขภาพตนเองให้ดี จึงมีความมุ่งมั่นที่จะ

ดูแลสุขภาพของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างจริงจัง²⁸

ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้นั้น จึงหมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat) คือ การที่บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค อันจะมีผลทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดแรงจูงใจที่จะค้นหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ทำความเข้าใจเนื้อหา ประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และนำไปสู่การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากการเกิดโรคนั้น โดยการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ³⁰ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรค เป็นโรคซ้ำ หรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ และ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งที่มีต่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน รวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง และสถานะทางสังคม

ปัจจัยชักนำการปฏิบัติ นอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นความสามารถของบุคคลที่จะสามารถเข้าถึง เข้าใจ และประเมินคุณภาพข้อมูล ยังเป็นทักษะทางสังคมที่จะนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิดหรือชุมชน เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย โดยผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยด้านการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และอายุสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ได้ร้อยละ 58.60³¹ โดย House³³ ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้คำแนะนำ การซักถาม การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เป็นต้น 3) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินผล (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูล ป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรองผลการปฏิบัติ หรือ การบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้ตามลักษณะของบุคคลผู้ให้แรงสนับสนุน ได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (family support) ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เป็นหลักสำคัญที่สุดของสังคมไทย จึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตของคนไทยทุกคน การที่คนไทยจะรอบรู้ในเรื่องสุขภาพนั้น จึงต้องการการใส่ใจ ความร่วมมือ ในการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวสามารถที่จะเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติได้²⁹ เป็นไปตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Manganello ที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัวในการช่วยกระตุ้นส่งเสริม และให้ข้อมูลทางสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น³² ผลการศึกษาในประเทศที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายว่า เมื่อบุคคลทราบว่าคุณมีความเสี่ยง จะเลือกขอความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว เช่น การขอคำแนะนำ การขอคำปรึกษา การขอรับสนับสนุนด้านการเงินหรือสิ่งของ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มบุคคลสามารถค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือได้รับข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวจนสามารถสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับตนเองได้²⁷ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวนั้นสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงขึ้น เนื่องจากคนในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร กล่าวพูดคุยสื่อสารและถ่ายทอดประสบการณ์ด้านสุขภาพระหว่างกัน²⁸

2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานสาธารณสุข (public health agency support) เนื่องจากความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐานที่สำคัญของทักษะการดำรงชีวิต และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถด้านอื่น ๆ ด้วย ดังนั้นในประเด็นของการรักษาสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ประชาชนสามารถพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติได้³¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เช่น ข้อมูลทางการแพทย์และระบบการดูแลทางสุขภาพจะสามารถทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเพิ่มสูงขึ้นได้³⁴ โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขที่มีการปรับระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การให้บริการเชิงรุก การเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารในหลากหลายรูปแบบ ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนั้น การกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้บุคคลสามารถตรวจสอบวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและได้รับข้อมูลเพิ่มเติม อันจะทำให้มีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง²⁸

3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน (community support) การสนับสนุนจากคนในชุมชน สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในเชิงของแหล่งประโยชน์หรือการมีสิ่งแวดล้อมที่มีกระแสของข้อมูลข่าวสาร จะชักนำให้บุคคลรับข้อมูลข่าวสารและนำข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติได้ดี กล่าวคือการได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนจะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้³¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนจะทำให้บุคคลมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้แนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันโรคได้³⁵

บทสรุป (Conclusions)

ปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นสหปัจจัย อันได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานสาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน อีกทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ซึ่งได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขอนามัยมือ และการใช้ชีวิตให้ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implications for practice)

นักวิจัยสามารถนำปัจจัยเชิงสาเหตุและผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำเสนอเหล่านี้ มาสร้างโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 โดยการศึกษาในรูปแบบของโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) ภายใต้การตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อผลการศึกษาจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์ทางวิชาการ และดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นทักษะต่างๆ ของบุคคลที่เป็นคุณลักษณะพื้นฐานอันจะทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. U.S. Department of Health & Human Services. Guidance on Long COVID as a disability under the ADA [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-providers>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Long COVID or Post-COVID conditions [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>
4. Woratanarat T. Four processes for causing Long COVID [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://workpointtoday.com/covid19-404/>. (in Thai)
5. The International Health Policy Program. Economic and social impacts of the COVID-19 pandemic in the global and Thai contexts [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>. (in Thai)
6. Royal Thai Government. The ministry of public health announcement: Remove COVID-19 from being a dangerous communicable disease [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/59491>. (in Thai)
7. The Guardian. Delta variant causes more than 90% of new COVID cases in UK [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2021/jun/11/delta-variant-is-linked-to-90-of-covid-cases-in-uk>

8. Pappas G, Kiriaze I, Giannakis P, Falagas MJ. Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical microbiology and infection* 2009;15(8):743-7.
9. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: WHO Publications; 1998.
10. Keawsamrit A. Health literacy and health communication. Bangkok: Public Health Department, Ministry of public health; 2017. (in Thai)
11. Aurairueakkul C. Health literacy in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=444>. (in Thai)
12. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(15):1-20.
13. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjornsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PloS one* 2020;15(8):1-13.
14. Luevanich C, Sungthong J, Jitjamnong A, Pichaikan S, Tantiwiboonchai N, Sianglam A, et al. Health literacy and new normal among Phuket province residents towards COVID-19 prevention. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2020;4(3):73-88. (in Thai)
15. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health* 2012;12(1):1-3.
16. Royal Society of Thailand. Definition of the word "new normal" [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://royalsociety.go.th>. (in Thai)
17. Boonsiripunth M. "New Normal" in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/292126>. (in Thai)
18. Chailek C. D-M-H-T-T-A prevention measure in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://thestandard.co/dmhtta-disease-prevention-measure/>. (in Thai)
19. Khachintorn U. Universal prevention measure [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.niems.go.th/1/News/Detail/8232?group=21>. (in Thai)
20. Siraprapasiri T. 4 Measure of VUCA [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/50078>. (in Thai)
21. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
22. Satavatin P. The academic literature review analyzed and synthesized to discover a solution for developing and driving a strategic policy about "health literacy". Bangkok: National Health Commission Office; 2020. Faculty of Communication Arts. Bangkok University. (in Thai)
23. Kaewdumkoeng K, Triphetsriaurai N. Health literacy. Bangkok: New Thammasat press; 2011. (in Thai)

24. Chaitiang N, Tienthavorn V. Relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among university students. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* 2021;4(2):122-32. (in Thai)
25. Chuaysrinuan J, Chaimay B, Woradet S. Factors associated with health literacy towards obesity prevention among primary school students in Cha-Uat district, Nakhon Si Thammarat province. *Academic Journal of Community Public Health* 2020;6(1):22-35. (in Thai)
26. Nilnate W, Rungchutiphopan W. Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Law Journal* 2019;15(2):1-18. (in Thai)
27. Tanak L, Koshakri R, Jewpattanakul Y. Factors related to health literacy among high-risk hypertension population in Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(3):140-50. (in Thai)
28. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of UthaiThani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University* 2016;3(6):67-85. (in Thai)
29. Wanitchakul N, Pattaramongkolruek S. Health literacy of Thai people. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2013. (in Thai)
30. Elling R, Whittemore R, Green M. Patient participation in a pediatric program. *Journal of Health and Human Behavior* 1960;1(3):183-91.
31. Sangkhaphong A. Factors influencing health literacy among family caregivers of chronic disease patients in community [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
32. Israel BA. Social networks and social support: implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quarterly* 1985;12(1):65-80.
33. Manganello JA. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research* 2008;23(5):840-7.
34. Lee S, Colditz GA, Berkman LF, Kawachi I. Caregiving and risk of coronary heart disease in US women: A prospective study. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(2):113-9.
35. Chantra R, Heetaksorn C, Kunlaka S, Sarakshetrin A, Rongmuang D. Health literacy of the population at risk for diabetes and hypertension. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2020;30(2):177-89. (in Thai)

บทความวิชาการ

The Role of Nurse in Nursing Care for Schizophrenia Patients with Modified Electroconvulsive Therapy

Received: Nov 23, 2022
Revised: Feb, 2, 2023
Accepted: Feb 24, 2023

Jaruwan Kansri, Ph.D.¹
Sawangjit Wasuwat, M.N.S.²
Chutima Malai, Ph.D.³
Sasiwimom Booranarak, M.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective treatment for schizophrenia. However, a literature review shows that ECT has been associated with both physical and psychological health complications.

Objective: To present concepts and roles of nurses in caring for schizophrenia patients receiving the Modified electroconvulsive therapy (m-ECT).

Key issue: Among schizophrenia patients treated by modified ECT, the short-term and long-term complications were different. Nurses need to take care of schizophrenia patients treated by modified ECT with a standard nursing process before, during, and after ECT done.

Conclusion: Nurses can use nursing process to take care of schizophrenia patients during and after modified ECT for their safety.

Recommendations: The presented nursing care can be applied to patients with other mental health problems who receive the modified ECT

Keywords: nurse, schizophrenia patient, Modified Electroconvulsive Therapy

¹Corresponding Author: Registered nurse, Senior professional level (Knowledge Worker Position) E-mail: jaruwan_kansri@hotmail.com

²Registered nurse, Experienced level, E-mail: jitconc33i@hotmail.com

³Director of Boromarajonani College of Nursing, E-mail: chutimali55@gmail.com

⁴Registered nurse, Senior professional level (Knowledge Worker Position) E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

^{1,2}Boromarajonani College of Nursing Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

²Srithanya Hospital, Nontaburi, Thailand

⁴Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึก

Received: Nov 23, 2022
Revised: Feb, 2, 2023
Accepted: Feb 24, 2023

จารุวรรณ ก้านศรี ปร.ด.¹
สว่างจิตต์ วสุวัต พย.ม.²
ชุตินา มาลัย ปร.ด.³
ศศิวิมล บุรณะเรข พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การรักษาไฟฟ้าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาไฟฟ้ายังคงมีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวคิดและบทบาทพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

ประเด็นสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกมีความแตกต่างกัน พยาบาลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามกระบวนการพยาบาล ทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างมีมาตรฐาน

สรุป: พยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

ข้อเสนอแนะ: การพยาบาลนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: พยาบาล ผู้ป่วยจิตเภท การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

¹Corresponding Author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: jaruwan_kansri@hotmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ E-mail: jitconc33i@hotmail.com

³ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท E-mail: chutimali55@gmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: sasiwimon.b@bncn.ac.th

^{1,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

²โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย

⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) เป็นวิธีการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าในปริมาณที่เหมาะสม ผ่านเข้าไปในสมองผู้ป่วยอยู่ในช่วงระหว่าง 70-150 โวลท์ ส่งผลให้เกิดการชักประมาณ 30-60 วินาที โดยการชักเกร็งของฝ่าเท้าและกล้ามเนื้อมัดใหญ่ประมาณ 10-15 วินาที จึงจะส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ¹ จากการศึกษาสถานการณ์การรักษาด้วยไฟฟ้าในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้ามากที่สุดวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 44.44² สำหรับการรักษาโรคจิตเภทได้รับการพิสูจน์แล้วว่า การรักษาด้วยไฟฟ้า ยังคงเป็นทางเลือกในการรักษา และได้รับการแนะนำให้เป็นการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย เดิมทีการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เป็นแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า มีการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์รุนแรงหลายประการ เช่น กระดูกหัก อวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บ และการสำลัก ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเป็นแบบใช้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้อาตมสลบแบบ Generalized Anesthesia ร่วมกับยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้งทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวดศีรษะและปวดตึงกล้ามเนื้อ ระบบประสาทอัตโนมัติถูกรบกวนจากการปล่อยกระแสไฟฟ้า ส่วนผลจากการชักและการได้รับยาตมสลบ อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติทั้งแบบ Arrhythmia หรือ Tachycardia เกิดความผิดปกติของการหายใจแบบ Hypoventilation ภาวะเพ้อสับสน (delirium) และทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความกลัวและความวิตกกังวล³ จากรายงานการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะมีความกลัวและวิตกกังวลถึงร้อยละ 14-75⁴

บทความนี้ มุ่งนำเสนอแนวคิดการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าและบทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้งการประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การให้ข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติหรือกำหนดแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานทั้งก่อน ขณะ และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการ

รักษาด้วยไฟฟ้าดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bastick และ Shrimpton⁵ ที่พบว่า พยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่มีประสิทธิภาพ จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยจิตเวชและญาติ รู้สึกถึงความปลอดภัย เกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยไฟฟ้าได้อย่างดี

ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด¹ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยความผิดปกติชนิดนี้ได้ จึงต้องอาศัยอาการและอาการแสดงเป็นหลักและต้องอาศัยอาการหลาย ๆ อาการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน มากกว่าจะใช้อาการใดอาการหนึ่งเพียงอย่างเดียว⁶

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 อาการดังนี้^{1,7}

1. อาการเริ่มต้น มีลักษณะของอาการป่วยดังนี้ พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ชอบแยกตัว อยู่ตามลำพัง พูดน้อยลง พูดคนเดียว ไม่สนใจตนเอง แต่งกายสกปรก การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สีหน้าเฉยเมย ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจการเรียน การทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

2. อาการป่วย มีอาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ มีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณะของตน ตลอดจนบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตน มีลักษณะของอาการป่วยดังนี้

2.1 ความผิดปกติของความคิด โดยขาดการเชื่อมโยงกับสิ่งที่จริงและเหตุผล ผู้ป่วยจะมีความคิดเข้าหาตนเอง (autism) ไม่มองสิ่งแวดล้อม จนในที่สุดมีอาการหลงผิด (delusion) ซึ่งมีลักษณะอาการเช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย (delusion of persecution) หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน ว่าร้าย นินทา (delusion of reference) หลงผิดคิดว่ากรกระทำของตน ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก (delusion of being controlled)

หลงผิดคิดว่าตนเจ็บป่วยทางร่างกาย (delusion of somatic) หลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่ (delusion of grandeur) หลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป (delusion of nihilistic) หลงผิดว่าบุคคลอื่นหลงรักตนหรือเป็นคู่รักของตน (delusion of erotomania) หลงผิดว่าคู่ของตนนอกใจ (delusion of jealousy) หลงผิดคิดว่าตนเองถูกผู้อื่นเอาความคิดมาใส่ เช่น ถูกฝังชิปไว้ในร่างกาย (delusion of thought insertion) เป็นต้น

2.2 ความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก ได้แก่ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) อาการประสาทหลอนทางการเห็น (visual hallucination) อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination) อาการประสาทหลอนทางการรับรส รุ้สึกรสแปลก ๆ (gustatory hallucination) นอกจากนี้ ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ ที่ปรากฏ ได้แก่ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่า illusion

2.3 ความผิดปกติด้านอารมณ์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะทางอารมณ์ผิดปกติ 2 ชนิด คือ Apathy คือมีอารมณ์เฉยเฉย ไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ และ Inappropriate mood คือ การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

2.4 ความสับสนเกี่ยวกับตน ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความสับสนเกี่ยวกับตนเอง เอกลักษณ์ของตน ตลอดจนบทบาทหรือในบทบาทหน้าที่ของตน

3. อาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท ได้แบ่งอาการของโรคจิตเภทไว้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

3.1 อาการระดับต้น (primary symptoms) มีลักษณะ 4 A ดังนี้ Association disturbance or loosening of association (มีความผิดปกติในการติดต่อเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ ทั้งตนเอง บุคคล และครอบครัว) Affective disturbance or inappropriate mood (มีความผิดปกติด้านอารมณ์ มีอารมณ์และการแสดงออกไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์) Autism (มีความคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง) และ Ambivalence (มีความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจเล็ดลอดเวลา)

3.2 อาการระดับที่สอง (secondary symptoms) เป็นอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าระดับต้น ผู้ป่วยจะมีอาการเด่น ดังนี้ Delusion มีอาการหลงผิด (false belief) Illusion การแปลภาพผิดไปจากความจริง (false interpretation) Hallucination การรับรู้ผิด (false perception)

3.3 อาการอื่น ๆ คือ สูญเสียความเป็นตนเอง และเอกลักษณ์ของตน (loss of ego boundaries or loss of owns' identity) ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ เสีย (inadequate ability) สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ มีอาการเจ็บป่วยทางกาย และความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทเกิดได้จากหลายปัจจัย^{1,7} ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors)

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า หมายถึง การใช้กระแสไฟฟ้าตามจำนวนที่ต้องการขนาดต่าง ๆ จากเครื่องผ่านแผ่นอิเล็กโทรด (electrode) ซึ่งวางตรงบริเวณขมับ (temporal) เข้าสู่สมองของผู้ป่วยในเวลาที่กำหนด เพื่อไปกระตุ้นสมองทำให้เกิดการชักเกร็งทั่วร่างกาย ที่เรียกว่า Generalized Seizure หรือ Grand mal seizure หรือ Tonic-clonic convulsion คือ การชักแบบโรคลมชัก มีอาการเกร็ง กระตุกไปทั้งตัว เป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ทั้งเพิ่มมากขึ้นและลดน้อยลง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางกายวิภาคของสมอง ทำให้อาการทางจิตบางอย่างดีขึ้น ปริมาณกระแสไฟฟ้าที่ผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับการกำหนดของเครื่องทำ ECT ที่นำมาใช้

ร่วมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย โดยทั่วไปอยู่ในช่วงระหว่าง 70-150 โวลต์ เวลาที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าประมาณ 0.1-0.5 วินาทีและมีผลทำให้ชักประมาณ 30-60 วินาที จึงมีผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ^{1,7}

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า มีดังต่อไปนี้⁶

1. อาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นชั่วคราว ได้แก่

1) หยุดหายใจนาน (prolong apnea) พบได้บ่อย มักพบในรายที่หย่าให้หลับและยาคลายกล้ามเนื้อมากเกินไป

2) หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ Ventricular fibrillation, Cardiac arrhythmia, Dysrhythmia หรือบางครั้งหัวใจเต้นเร็ว พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจในผู้สูงอายุ ประมาณ 50 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะหายไปเอง ถ้าเป็นอยู่นาน ควรปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ

3) อาการสับสน งุนงง (confusion) มักเกิดขึ้นหลังชัก เป็นอยู่นานประมาณ 15 นาที

4) อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งพบในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก หลังการรักษาด้วยไฟฟ้าอาการดังกล่าวจะหายไปเอง

5) กระตุกชัก ข้อเคลื่อนและที่พบบ่อย คือปวดฟัน ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดบั้นเอว เจ็บกระดูกสันหลัง กระตุกขา กรรไกรเคลื่อน ลิ้นเป็นแผล ปากเป็นแผล ปัจจุบันมักไม่พบในผู้ป่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

6) การหดเกร็งของกล้ามเนื้อรอบกล่องเสียง (laryngeal spasm) อาจเกิดขึ้นหลังฉีดยา Pentothal sodium หรือมีการระคายเคืองของเสมหะบริเวณลำคอ

7) Amenorrhea พบผู้หญิงบางรายไม่มีประจำเดือนหรือมาช้ากว่าเดิม

8) อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอาการระบบประสาทชั่วคราว (transient neurological abnormality)

อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระยะยาว ได้แก่

1) ความกลัว ตื่นตระหนก วิตกกังวล (fear, panic, anxiety) มักพบในผู้ป่วยที่กลัวการรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่แล้ว

2) ความจำเสื่อมและหลงลืม (amnesia) ความจำเสื่อมทั้งระยะสั้นและความจำระยะยาว (short term

memory and long term memory) และความจำทั้งก่อนและหลัง (anterograde amnesia & retrograde amnesia) ก็เสียไปด้วย มักเกิดขึ้นภายหลังการรักษาประมาณ 3-4 ครั้ง หลังจากจบคอร์สหลังการรักษา ความจำจะกลับมาภายในประมาณ 2-6 เดือน ความจำจะเสียมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่ทำการรักษา อาการหลงลืมคล้ายลักษณะอาการ Acute brain syndrome ผู้ป่วยจะมีการ Disorientation แต่จะมีอาการช่วงสั้น ๆ แล้วจะคืนสู่ปกติ ในกรณีผู้สูงอายุจะมีการคงอยู่นาน

บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

ในที่นี้จะกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล⁷ ดังนี้

1. การประเมินทางการพยาบาล โดยการตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจทางร่างกาย ครบหรือไม่ เช่น การตรวจหัวใจ ผลเลือด ปัสสาวะ และ x-ray ปอด นอกจากนั้นพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในเรื่องต่าง ๆ เช่น อารมณ์ของผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความคิดและการวางแผนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวล ความกลัวที่จะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วย วิตกกังวลต่อชีวิต ซิงเจอร์ การหายใจ และความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่สามารถพบได้ เช่น วิตกกังวลเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พร่องความรู้เกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า เสี่ยงที่จะสำคัญเนื่องจากได้รับการดมยาสลบ ความคิดแปรปรวนเนื่องจากอาการข้างเคียง/สูญเสียความจำ และการดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากมีการสูญเสียความจำ

3. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล มีดังต่อไปนี้

3.1 การพยาบาลก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1.1 การเตรียมทางด้านร่างกายก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ดังนี้

ก. ชักประวัติการเจ็บป่วย เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ข. ตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อให้ทราบถึงภาวะของร่างกายในปัจจุบัน โดยเฉพาะ สมอง หัวใจ ปอด ความดันโลหิต

ค. แจ้งญาติผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทราบ และลงนามในเอกสารยินยอมให้การรักษาด้วยไฟฟ้า

ง. เอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นหัวใจ

จ. งดอาหารและน้ำ ผู้ป่วยควรได้รับการงดน้ำและอาหาร 6 ชั่วโมงก่อนทำ ส่วนใหญ่จะให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน จนกว่าจะทำการรักษาเรียบร้อยแล้ว

ฉ. ให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อป้องกันปัสสาวะราดขณะทำ

ช. ถ้ามียีนปลอมต้องถอดออก เพื่อป้องกันฟันปลอมหักหรือหลุดร่วงลงไปในคอ หรืออุดกั้นทางเดินหายใจ

ซ. ตรวจสอบและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจของผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

3.1.2 การเตรียมทางด้านจิตใจก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องรักษาด้วยไฟฟ้า จะมีความรู้สึกกลัว วิดกกังวลอย่างมาก โดยกลัวว่าตนเองจะมีความจำเสื่อม กลัวไม่ฟื้น ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบดังนี้

ก. อธิบายถึงสาเหตุที่ต้องรักษาด้วยไฟฟ้า วิธีการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา

ข. บอกขั้นตอนในการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยสรุป คือ ขณะทำผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดจะหลับไปชั่วคราว แล้วรู้สึกตัวขึ้นมา ระหว่างทำจะมีแพทย์และพยาบาลอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

ค. ใช้คำว่า “รักษาด้วยไฟฟ้า” ไม่ใช่คำว่า “ช็อคไฟฟ้า” เพราะฟังดูน่ากลัว

ง. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการงุนงงและลึมจะเป็นอยู่ชั่วคราวและความจำจะค่อย ๆ กลับมา ให้โอกาสผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลและอยู่กับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความกลัวของผู้ป่วย

จ. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลวิสัญญีและทีมสหวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า

ฉ. บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น ประเด็นสำคัญ ภาวะเสี่ยงที่พบ

3.2 การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า มีดังนี้

3.2.1 แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักทีมที่ทำการรักษาว่าแต่ละคนมีบทบาททำอะไรอย่างสั้น ๆ

3.2.2 ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง ตรวจสอบความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ

3.2.3 วิสัญญีฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยหลับ ต่อจากนั้นฉีดยาคลายกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันการหดตัวของกล้ามเนื้อรุนแรงในระหว่างที่ผู้ป่วยชัก ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 10 ลิตร/นาที ตลอดเวลา ในระหว่างทำการรักษา และหลังทำการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า จนกระทั่งการหายใจกลับคืนมา

3.2.4 ใส่ยางกันกัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจสะดวกในขณะที่ชัก ควรระบอคงคางของผู้ป่วยให้คงที่ ระวังไม่ให้ขากรรไกรเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันหรือลดแรงกัดในขณะที่ชัก เพราะอาจทำให้ฟันหักและลิ้นฉีกขาดได้

3.2.5 ทาเจลบนแผ่นอิเล็กโทรดและวางบริเวณขมับทั้งสองข้าง (bilateral ECT)

3.2.6 ให้ผู้ช่วย 2 คน ประคองบริเวณไหล่และข้อมือของผู้ป่วยข้างละ 1 คนและผู้ช่วยอีก 2 คน จับประคองบริเวณสะโพกและหัวเข่าข้างละคน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ เมื่อกระแสไฟฟ้าผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วย จะทำให้มีการชัก ให้สังเกตและบันทึกชนิดและเวลาในการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการชัก ซึ่งระยะเวลาการชัก Tonic-Clonic ประมาณ 30-60 วินาที ในระยะ Tonic จะเห็น Plantar flexion ในระยะ Clonic ให้คลายมือที่จับส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้แต่ละส่วนเคลื่อนไหวได้บ้าง การเคลื่อนไหวจะเห็นจังหวะการกระตุกที่นิ้วเท้า และในระยะ Clonic ต่ออีกระยะ Sleep ให้ระวังการหยุดหายใจที่นานเกินไป เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยหายใจได้ดีแล้ว ให้จับศีรษะของผู้ป่วยตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก

3.2.7 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายออกจากห้องทำการรักษาด้วยแบบประเมินการฟื้นตัวหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต และความอึดตัวของออกซิเจน คะแนน 9-10 คะแนน จึงสามารถย้ายออกจากห้องพักฟื้นได้

3.2.8 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ยา อุปกรณ์ สภาวะเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวลงในแบบฟอร์มการรักษาด้วยไฟฟ้าตามที่แต่ละโรงพยาบาลกำหนดอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

3.3 การพยาบาลหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า มีดังนี้

ดำเนินการติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ผู้ป่วยตื่นหลังทำ 1 ชั่วโมง จะมีอาการง่วง สับสน ผู้ป่วยบางคนกระสับกระส่าย เอะอะ รุนวาย ในระหว่างนี้พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยอาจได้รับบาดเจ็บจากการตกเตียงได้ นอกจากนี้ ต้องสังเกตชีพจร การหายใจ ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รู้สึกสดชื่น พยาบาลควรให้ผู้ป่วยนอนพักประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมตนเองได้ และไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือมึนงง จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยลุกทำธุระส่วนตัวและรับประทานอาหารได้ พยาบาลควรให้กำลังใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นว่าจะค่อยๆ หายไป และความจำจะกลับมาเหมือนเดิม อาการปวดศีรษะจะหายไป นอกจากนี้ พยาบาลควรช่วยทบทวนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดถึงความกลัวและวิตกกังวลที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พยาบาลไม่ควรซักถามประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจจำไม่ได้ บางคนมีปวดศีรษะ ส่งผลให้ผู้ป่วยกังวลใจมากขึ้น ทั้งนี้ถึงเรื่องราวต่างๆ ของตนเองไม่ได้ หลังจากนั้นบันทึกรายงานการปฏิบัติการพยาบาลในแบบบันทึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และส่งต่อข้อมูล การรักษาในรายที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.4 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้ เช่น ความวิตกกังวลหรือความกลัวลดลง

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึก เป็นการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนระยะทำการรักษา และระยะหลังการรักษา โดยประสานงานกับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้า ความเสี่ยง และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา และมีทักษะความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังจากรับการรักษา รวมทั้งติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลได้ไม่ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และไม่ครบทุกขั้นตอนการดูแลตั้งแต่ระยะก่อน ระยะทำการรักษา และระยะหลังการรักษา อาจส่งผลให้ขาดการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามหรือระบายความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวล ไม่อยากทำการรักษาด้วยไฟฟ้า³ จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของเพลบลาว (Peplau' Theory) ร่วมกับการสัมผัสและการห่มผ้าห่มถ่วงน้ำหนัก มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล^{3,7} ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ การพูดคุยให้กำลังใจด้วยความเข้าใจ จะช่วยลดความกลัว หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงได้ในที่สุด^{8,9} ส่งผลให้เกิดความอบอุ่น ปลอดภัยและเกิดความร่วมมือในการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล^{10,11} ดังนี้

ขั้นที่	กระบวนการพยาบาล	สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เทคนิค/อุปกรณ์
1	<p>ประเมินภาวะสุขภาพ เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ - ประเมินภาวะสุขภาพ 	<p>กิจกรรมที่ 1 ดำเนินการในครั้งที่ 1 ของการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <p>ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย 2. บอกวัตถุประสงค์การสนทนา เพื่อประเมินภาวะสุขภาพก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง เมื่อทราบว่าต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก 3. พยาบาลให้ผู้ป่วยประเมินโดยการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจทางร่างกาย ครบหรือไม่ เช่น การตรวจหัวใจ ผลเลือด ปัสสาวะ และ x-ray ปอด นอกจากนั้นพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 อารมณ์ของผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 3.2 ความคิดและการวางแผนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย 3.3 ระดับความวิตกกังวล ความกลัวที่จะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 3.4 แบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วย 3.5 วิตความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ 3.6 ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน 4. พยาบาลแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบ และรอดูปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อผลการประเมิน <p>“...จากการประเมินความกลัวและความกังวลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่า คุณมีระดับความกลัว..... และระดับความกังวล.....”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด - แบบประเมินความกลัวและความวิตกกังวล - เครื่องวัดชีพจรและความดันโลหิต
2	<p>การวางแผนการพยาบาล เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ การพยาบาล 	<p>ระยะที่ 2 ระบุปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการประเมินเนื้อหาความกลัว และวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกเช่น <ul style="list-style-type: none"> “...อะไรที่ทำให้คุณกลัว หรือ กังวล...” “...คุณคิดว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าจะส่งผลกระทบต่ออะไรกับคุณ...” “...อะไรที่ยังทำให้ไม่มั่นใจในการรักษาด้วยไฟฟ้า...” “...นอกจากความกลัวและกังวลแล้วยังมีความรู้สึกอื่นอีกไหมคะ...” “ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลืออะไรเพิ่มเติมอีกไหม...” 2. พยาบาลสรุปปัญหาทางการพยาบาลที่สามารถพบได้ให้เข้าใจตรงกันในทีมผู้ดูแล เช่น <ol style="list-style-type: none"> 2.1 หวาดกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 2.2 พร่องความรู้เกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า 2.3 เสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึก 2.4 ความคิดแปรปรวนเนื่องจากอาการข้างเคียง/สูญเสียความจำ 2.5 การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากการสูญเสียความจำ 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

ชั้นที่	กระบวนการพยาบาล	สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด	เทคนิค/อุปกรณ์
3	<p>ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>เวลา 10 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อผ่อนคลาย อารมณ์/ความรู้สึกกลัว กังวล</p>	<p>ระยะที่ 3 ดำเนินการแก้ปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการสนับสนุนด้านอารมณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกกลัวและกังวล 2. พยาบาลให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จากการประเมินปัญหาในกิจกรรมที่ 2 3. พยาบาลให้ข้อมูลและพาชมสถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์ และทีมบุคลากรผู้ให้การรักษา 4. ให้นอนพักบนเตียง ทมผ้าห่มถ่วงน้ำหนักตั้งแต่ขึ้นนอนบนเตียงตามอารมณ์ ความรู้สึก ขณะนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง และให้การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าขณะก่อนและหลังปล่อยกระแสไฟฟ้า 5. สนทนาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าปลอดภัย พร้อมกับสัมผัสโดยการจับแขนหรือตบเบา ๆ ที่หลังมือ 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด - ข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ระยะจับความรู้สึก - สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ - เตียงและผ้าห่มถ่วงน้ำหนัก
4	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อประเมินผลการพยาบาล</p>	<p>ระยะที่ 4 ยุติปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลประเมินความกลัว วิตซีพจร ความดันโลหิต ความปลอดภัย และความสบายกายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น 3. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย จากการรักษาด้วยไฟฟ้า 4. พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า กิจกรรมที่ 2-3 ดำเนินการในครั้งที่ 2-3 ของการรักษาด้วยไฟฟ้า 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความกลัวและความวิตกกังวล - เครื่องวัดซีพจรและความดันโลหิต - เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด
1	<p>ประเมินภาวะสุขภาพ</p> <p>เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ - ประเมินภาวะสุขภาพ 	<p>ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย “วันนี้ทำการรักษาเป็นครั้งที่ 2 แล้ว...เป็นอย่างไรบ้าง...” 2. บอกวัตถุประสงค์การสนทนา เพื่อประเมินภาวะสุขภาพก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ระยะจับความรู้สึก “วันนี้ก่อนการรักษา พยาบาลจะประเมินความกลัว ความกังวลก่อนการรักษา...” เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง เมื่อทราบว่าจะต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ระยะจับความรู้สึก 3. พยาบาลประเมินผู้ป่วยก่อนการทำกรักษาด้วยไฟฟ้าในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 อารมณ์ของผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 3.2 ความคิดและการวางแผนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย 3.3 ระดับความวิตกกังวล ความกลัวที่จะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 3.4 แบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วย 3.5 วิตความดันโลหิต ซีพจร การหายใจ 3.6 ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน 4. พยาบาลแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบ และรอคูปฏิบัติกิจของผู้ป่วยต่อผลการประเมิน 	<ul style="list-style-type: none"> - เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด - แบบประเมินความกลัว - เครื่องวัดซีพจร ความดันโลหิต - แบบประเมินความวิตกกังวล
		<p>“...จากการประเมินความกลัวและความกังวลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่า คุณมีระดับความกลัว..... และระดับความกังวล.....”</p>	

ชั้นที่	กระบวนการพยาบาล	สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เทคนิค/อุปกรณ์
2	<p>การวางแผนการพยาบาล</p> <p>เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อระบุปัญหา และทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>ระยะที่ 2 ระบุปัญหา</p> <p>1. พยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการประเมินเนื้อหาความกลัว และวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึกเช่น</p> <p>“...วันนี้รักษาครั้งที่2แล้ว ยังมีอะไรที่ทำให้คุณกลัว หรือ กังวล...”</p> <p>“อะไรที่ยังทำให้ไม่มั่นใจในการรักษาด้วยไฟฟ้า.”</p> <p>“...นอกจากความกลัวและกังวลแล้วยังมีความรู้สึกอื่นอีกไหมคะ...”</p> <p>“ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลืออะไรเพิ่มเติมอีกไหม...”</p> <p>2. พยาบาลสรุปปัญหาทางการพยาบาลให้เข้าใจตรงกัน</p>	<p>- เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด</p>
3	<p>ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>เวลา 10 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อผ่อนคลาย อารมณ์/ความรู้สึกกลัว กังวล</p>	<p>ระยะที่ 3 ดำเนินการแก้ปัญหา</p> <p>1. พยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการสนับสนุนด้านอารมณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกกลัวและกังวล</p> <p>2. พยาบาลให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยจากการประเมินปัญหาในกิจกรรมที่ 2</p> <p>3. ให้นอนพักบนเตียง ทมผ้าห่มถ่วงน้ำหนักตั้งแต่ขึ้นนอนบนเตียงถามอารมณ์ ความรู้สึก ขณะนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง และให้การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อนและหลังปล่อยกระแสไฟฟ้า</p> <p>4. สนทนาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าปลอดภัย พร้อมกับสัมผัส โดยการจับแขนหรือตบเบา ๆ ที่หลังมือ</p>	<p>- เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด</p> <p>- ข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>- ผ้าห่มถ่วงน้ำหนักและเตียง</p>
4	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อประเมินผลการพยาบาล</p>	<p>ระยะที่ 4 ยุติปัญหา</p> <p>1. พยาบาลประเมินความกลัว วิตซีพจร ความดันโลหิต ประเมินความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น</p> <p>3. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย จากการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <p>4. พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า</p>	<p>- แบบประเมินความกลัวและความวิตกกังวล</p> <p>- เครื่องวัดซีพจรและความดันโลหิต</p> <p>- เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด</p>
1	<p>เวลา 15-20 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อผ่อนคลาย อารมณ์/ความรู้สึกกลัว กังวล</p>	<p>กิจกรรมที่ 4-5 ดำเนินการใน ครั้งที่ 4-5 ของการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <p>1. พยาบาลใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการสนับสนุนด้านอารมณ์กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกกลัวและกังวล เพื่อประเมินปัญหาความต้องการ</p> <p>2. พยาบาลให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>3. ให้นอนพักบนเตียง ทมผ้าห่มถ่วงน้ำหนักตั้งแต่ขึ้นนอนบนเตียงถามอารมณ์ ความรู้สึก ขณะนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง และให้การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าก่อนและหลังปล่อยกระแสไฟฟ้า</p> <p>4. สนทนาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าปลอดภัย พร้อมกับสัมผัสโดยการจับแขนหรือตบเบา ๆ ที่หลังมือ</p>	<p>- เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด</p> <p>- ข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>- เตียง และผ้าห่มถ่วงน้ำหนัก</p>

ชั้นที่	กระบวนการพยาบาล	สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	เทคนิค/อุปกรณ์
1	<p>ประเมินผลการพยาบาล เวลา 3-5 นาที</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อยุติสัมพันธภาพ และประเมินผลการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา</p>	<p>กิจกรรมที่ 6 ดำเนินการในครั้งที่ 6 ของการรักษาด้วยไฟฟ้า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพและแจ้งวัตถุประสงค์การพยาบาล 2. พยาบาลให้ผู้ป่วยประเมินความกลัว วัดชีพจร ความดันโลหิต ประเมินความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น 4. กรณี มีความกลัวและกังวล ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาด้วยไฟฟ้า 5. ให้นอนพักบนเตียง ห่มผ้าห่มถ่วงน้ำหนักตั้งแต่ขึ้นนอนบนเตียงตามอารมณ์ ความรู้สึก ขณะนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง และให้การพยาบาลขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าขณะก่อนและหลังปล่อยกระแสไฟฟ้า 6. สนทนาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าปลอดภัย พร้อมกับสัมผัสโดยการจับแขนหรือตบเบา ๆ ที่หลังมือ 7. พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนจนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินความกลัว - แบบประเมินความวิตกกังวล - เครื่องวัดชีพจรและความดันโลหิต - เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

บทสรุป

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการขั้นตอนการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา เผื่อระวังสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังจากได้รับการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ตลอดจนเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด และการสัมผัสที่อบอุ่นใจ การพูดคุยให้กำลังใจด้วยความเข้าใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำกระบวนการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก และแนวปฏิบัติในการออกแบบโปรแกรม การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกไปใช้เป็นแนวทางต่อไป

References

1. Chaiudomsom K, Phaholapak P, Wattanawitkit P, Phaholapak P. Psychiatry. Khon Kaen: Nana Wittaya;2016. (in Thai)
2. Subedi S, Aich TK, Sharma N. Use of ECT in Nepal: A one year study from the country's largest psychiatric facility. *J Clin Diagn Res* 2016;10(2):VC01-VC04.
3. Wasuwat S, Kansri J, Puangladda S. The development of a psychiatric nursing model in schizophrenia patients with modified electroconvulsive therapy. *J of The Royal Thai Army Nurse* 2021;(23):408-16.
4. Obbels J, Verwijk E, Bouckaert F, Sienaert P. ECT-related anxiety: A systematic review. *The Journal of ECT* 2017;33(4):229–36.
5. Bastick, L, Shrimpton, T. Reflections on advanced practice of nurse administered ECT as a treatment resource during the Covid19 pandemic. *Open Journal of Nursing* 2021;11:909-19.
6. Wuttiliuk P. Nursing for patients with schizophrenia: Roles and processes. 2nd ed. Chiang Mai: Design Print; 2018. (In Thai).
7. Seeherunwong, A, Yuttatri P, Kaesornsamut P, Thanoi W. Psychiatric nursing. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2014. (In Thai).
8. Pinho LGD, Pereira A, Chaves C. Nursing interventions in schizophrenia: The importance of therapeutic relationship. *Nurse Care Open Acces J* 2017;3(6):331-3.
9. Akanit L, Pikul N. Evidence-based review of anxiety reduction in patients undergoing open-heart surgery. *Nurse Pract* 2015;42(Supplement):61-72. (in Thai).
10. Ebrahimi H, Navidian A, Keykha R. Effect of supportive nursing care on self esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: A randomized controlled Clinical Trial. *J of Caring Sciences* 2014;3(2):149-56.
11. Keykha R, mahmoodi N, keykha M. Effect of nursing supportive care on state anxiety of patients receiving ECT: A controlled randomized clinical trial. *International J of Pharmaceutical Research & Allied Sciences* 2016;5(3):412-7.

บทความวิจัย

Predictors of Decision-Making to Get the Covid-19 Vaccines among People in the Fifth Health Region

Received: Oct 10, 2022
Revised: Dec 27, 2022
Accepted: Jan 19, 2023

Kamonporn Patcheep, Ph.D¹
Kantaphon Chueahor, Ph.D²
Parinyaporn Thanabunpuang, Ph.D³
Nongnuch Wongsawang, D.P.H.⁴

Abstract

Introduction: Even though getting COVID-19 vaccines minimises complications and mortality rate of COVID-19 infections, most people still deny getting the vaccine.

Research Objective: To examine predictors of decision-making to get COVID-19 vaccines among people in the fifth Health Region.

Research Methodology: In this predictive study, 1,159 participants over the age of 18 from the Fifth Health Region voluntarily completed questionnaires based on the Health Belief Model using online survey conducted from July to August 2021.

Results: Most respondents were female (82.14%), aged 19-59 years old (81.02%), not graduated (60.83%) and employed (88.09%). The mean scores of the perceived benefits ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0.77$), the perceived severity ($\bar{x} = 3.93$, $SD = 0.68$), the perceived risks ($\bar{x} = 3.65$, $SD = 1.06$), and the perceived barriers of getting Covid-19 vaccines ($\bar{x} = 3.53$, $SD = 0.89$) were at a "good" level. In addition, the results showed that employed status, the perceived benefits and the perceived barriers were statistically significantly associated with the decision-making of getting Covid-19 vaccines ($p < .05$).

Conclusion: Employed people were more likely recognised to get the vaccines than unemployed people 2.05 times ($p = .009$, 95% CI; 1.11-3.78). People with a higher level of perceived benefits were more likely to get the vaccines than those with a lower level. 2.39 times ($p = .007$, 95% CI; 0.68-8.39). Consequently, people with a higher level of perceived barriers were less likely to intend to get the vaccines than those with a lower level 0.21 times ($p = .009$, 95% CI; 0.50-0.86).

Implications: The benefits of COVID-19 vaccination should be propagated, whereas the barriers of getting the vaccines should be decreased. These factors could result in the expansion of COVID-19 vaccination in the future.

Keywords predictors, decision-making, COVID-19 vaccines

Funding: Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Praboromarajchanok Institute

² Corresponding author: Registered nurse, Experienced level (General Position) E-mail: kantaphon.chu@bcnr.ac.th

^{1,3,4} Registered nurse, Senior professional level (Knowledge Worker Position) ¹E-mail: kamon_dao@hotmail.com

³E-mail: Parinyaporn.th@bcnr.ac.th ⁴E-mail: Nongnuch_w@bcnr.ac.th

¹⁻⁴ Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Ratchaburi, Thailand

ปัจจัยทำนายการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 5

Received: Oct 10, 2022
Revised: Dec 27, 2022
Accepted: Jan 19, 2023

กมลพร แพทย์ชีพ ปร.ด.¹
กันตภณ เชื้อฮ้อ ปร.ด.²
ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง ค.ด.³
นงนุช วงศ์สว่าง ส.ด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 สามารถลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังคงปฏิเสธการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 1,159 คน สมครใจตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ผ่านระบบออนไลน์

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.14 อายุ 19-59 ปี ร้อยละ 81.02 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 60.83 และประกอบอาชีพร้อยละ 88.09 มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.77$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.68$) การรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด 19 ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 1.06$) และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.89$) อยู่ในระดับมาก การประกอบอาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีน และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: ผู้ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสตัดสินใจไปรับวัคซีนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณ 2.05 เท่า ($p = .009$, 95% CI; 1.11-3.78) อีกทั้งหากประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 อยู่ในระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจไปรับฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น 2.39 เท่า ($p = .007$, 95% CI; 0.68-8.39) ในขณะที่หากการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนอยู่ในระดับสูงก็จะมีผลต่อการตัดสินใจไปรับวัคซีนลดลงเหลือเพียง 0.21 เท่า ($p = .009$, 95% CI; 0.50-0.86)

ข้อเสนอแนะ: ประชาชนควรได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และลดปัจจัยอุปสรรคของการรับวัคซีนให้มากขึ้นเพื่อส่งเสริมความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนโควิด 19

คำสำคัญ ปัจจัยทำนาย การตัดสินใจ วัคซีนโควิด 19

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี E-mail: kantaphon.chu@bcnr.ac.th

^{1,3,4}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ¹Email: kamon_dao@hotmail.com

³Email: Parinyaporn.th@bcnr.ac.th ⁴Email: Nongnuch_w@bcnr.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ราชบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (emerging infectious disease) พบรายงานครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนในปี ค.ศ. 2019 และได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก (pandemic) ณ วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ยืนยัน 612 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโควิด 19 จำนวน 6.5 ล้านรายทั่วโลก¹ ในขณะที่รายงานสถานการณ์โรคโควิด 19 สำหรับประเทศไทย ณ วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ยืนยัน 4,679,833 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโควิด 19 จำนวน 32,745 ราย² โรคโควิด 19 เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโควิด 19 อย่างเคร่งครัด เช่น การสวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง ล้างมือให้บ่อย หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมในพื้นที่แออัด ซึ่งการรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนเป็นมาตรการหนึ่งที่ทุกประเทศทั่วโลกใช้ในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคโควิด 19 โดยได้รับการยืนยันจากองค์การอนามัยโลกว่าการได้รับวัคซีนจะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 ได้³ วัคซีนโควิด 19 ถูกคิดค้นและพัฒนาโดยหลายบริษัทผู้ผลิต และหลากหลายรูปแบบวิธีการ ซึ่งรูปแบบของวัคซีนโควิด 19 ที่ถูกผลิตขึ้นในปัจจุบันและใช้กันโดยทั่วไป ได้แก่ วัคซีนที่มีส่วนที่กำกับการสร้างโปรตีนของไวรัส SARS-CoV-2 ที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (messenger RNA (mRNA) vaccines) วัคซีนที่ตัดต่อพันธุกรรมของไวรัส SARS-CoV-2 ใส่เข้าไปในไวรัสชนิดอื่นที่ไม่ก่อโรค (viral vector) วัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated virus vaccines) และวัคซีนที่ผลิตมาจากโปรตีนส่วนหนึ่งของไวรัส SARS-CoV-2 (protein subunit vaccines)³

ข้อมูลรายงานสถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประเทศไทย ณ วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2565 พบว่า 54 ใน 77 จังหวัดทั่วประเทศไทย มีผู้ที่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็มแล้วมากกว่า ร้อยละ 70 ของประชาชนในจังหวัด โดยพบว่าจังหวัดสุราษฎร์ธานีและปัตตานีเป็นสองจังหวัดที่มีรายงานการฉีดวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็มน้อยกว่า ร้อยละ 50 ของประชาชนในจังหวัด² จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม และ

สมุทรสาคร ยอดสะสมตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2565 พบว่า ประชาชนที่ได้รับวัคซีนจำนวน 3 เข็ม มีจำนวน 2,183,925 คน คิดเป็นร้อยละ 36.91 ที่ได้รับวัคซีน 2 เข็มมีจำนวน 4,210,229 คน คิดเป็นร้อยละ 71.16 และได้รับวัคซีน 1 เข็มจำนวน 4,395,288 คน คิดเป็นร้อยละ 74.29 ซึ่งในจำนวนนี้มีประชาชนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนแม้แต่เข็มเดียวมากถึง 1,521,567 คน คิดเป็นร้อยละ 25.71 จากจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งสิ้น 5,916,555 คน⁴ โดยพบว่าจังหวัดที่มีผลการฉีดวัคซีนรวมทุกเข็ม (โดส) มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 5 คือ จังหวัดสมุทรสาคร (2,384,922 โดส) อันอาจมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของระลอกใหม่ในวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ที่พบบุคคลที่มีการติดเชื้อโควิด 19 ในตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมืองสมุทรสาคร จึงทำให้มีการรณรงค์การฉีดวัคซีนที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งประชาชนเริ่มตระหนักต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ในขณะที่จังหวัดที่มีผลการฉีดวัคซีนรวมทุกเข็ม (โดส) น้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 5 คือ จังหวัดสมุทรสงคราม (339,299 โดส) ซึ่งสัมพันธ์กับยอดประชากรที่มีเพียง 188,775 คน เท่านั้น⁴ เหตุการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนที่มีอยู่ ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการฉีดวัคซีน การบริหารจัดการวัคซีนของภาครัฐ การไม่สามารถเข้าถึงวัคซีนได้ เป็นต้น

การศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 ครั้งนี้อาจมีประโยชน์โดยช่วยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิเคราะห์เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการกำหนดยุทธศาสตร์ พัฒนากิจกรรมหรือกระบวนการ และรูปแบบบริการสุขภาพในการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้มากขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5
2. ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของ

การเข้ารับวัคซีนโควิด 19 และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5

3. ศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5

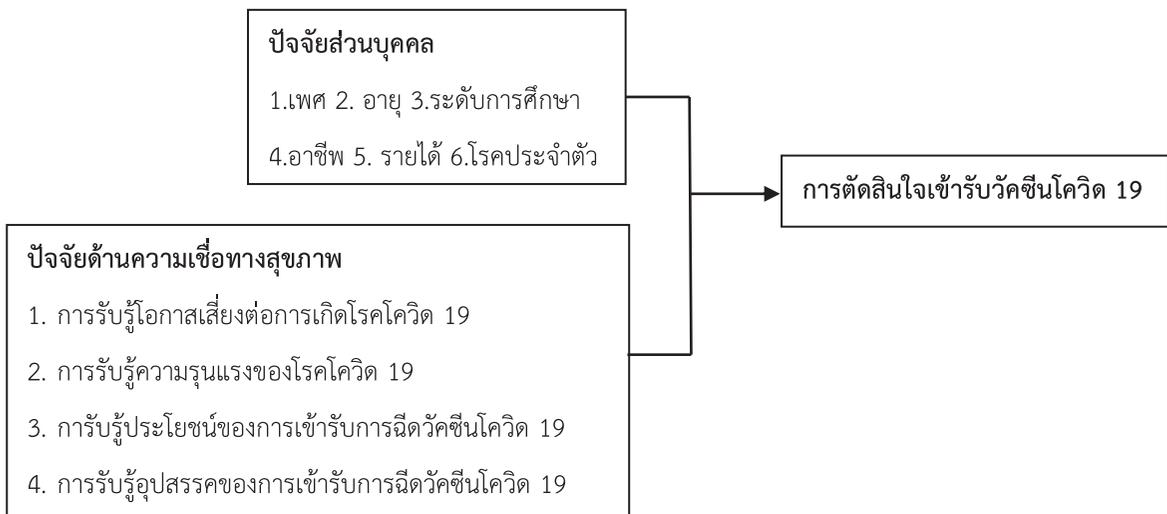
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker⁵ ทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity factors) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อชีวิต ทำให้เกิดการพิจารณา การเจ็บป่วย เสียชีวิต เกิดผลกระทบต่อการศึกษาเล่าเรียน การทำงาน เศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรมป้องกัน (perceived benefit factors) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (perceived barriers factors) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย และปัจจัยส่วนบุคคล (individual factors) เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว เป็นต้น มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชน ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายไว้ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การเจ็บป่วยใดหรือไม่ปฏิบัติขึ้นขึ้นอยู่กับความเชื่อ (belief) และการรับรู้ (perception) ที่ต่างกันซึ่งส่งผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน⁵

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยภายใต้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁵

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยเชิงพยากรณ์ (predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวนประชากรประมาณ

5 ล้านคน⁶

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1 โดยใช้ Odd Ratio ของการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอ

วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี⁷ เป็นฐานในการกำหนดค่าตัวแปร Odds ratio = 1.60307, α err prob = 0.05, Power (1- β prob) = 0.95

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากคำนวณเท่ากับ 1,052 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายและไม่สมบูรณ์ของข้อมูล คณะผู้วิจัย

จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 5 (เท่ากับ 53 คน) รวมต้องเก็บข้อมูลทั้งหมด 1,105 คน ซึ่งกำหนดสัดส่วนการเก็บข้อมูลด้วยการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (สุ่มแบบสะดวก) ในแต่ละจังหวัดเพื่อให้ได้จำนวนตามความต้องการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนร้อยละของประชากรในแต่ละจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5⁶

จังหวัด	จำนวนประชากร*	ร้อยละของประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
กาญจนบุรี	848,454	16.54	183
นครปฐม	1,125,350	21.93	242
ประจวบคีรีขันธ์	578,094	11.27	125
เพชรบุรี	502,827	9.80	108
ราชบุรี	918,674	17.91	198
สมุทรสงคราม	204,018	3.98	44
สมุทรสาคร	953,167	18.58	205
รวม	5,130,584	100	1,105

* จำนวนประชากร ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 2) สนใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และ 3) สามารถเข้าถึงระบบการให้ข้อมูลรูปแบบออนไลน์ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 2) มีข้อจำกัดที่ส่งผลให้ไม่สามารถรับวัคซีนโควิด 19 ตามเกณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ตั้งครรภ์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นภายใต้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 การตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน จำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 3 ความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการฉีดวัคซีน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 จำนวน 15 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 จำนวน

11 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) กำหนดการให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อย 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด

และกำหนดการแปลความหมายค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเป็นระดับการรับรู้ในแต่ละด้าน ดังนี้ 1-2.33 คะแนน หมายถึง รับรู้ระดับต่ำ 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง รับรู้ระดับปานกลาง และ 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง รับรู้ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนการนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้มีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูก

ต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งได้ผลค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และมีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 46 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ผลเท่ากับ 0.95

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสแกน QR Code หรือกด Link เข้าอ่านข้อมูลชี้แจงโครงการวิจัย และการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยหากผู้สนใจมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จำเป็นต้องกด “ยอมรับ” เพื่อเป็นการแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย (inform consent) แล้วจึงจะสามารถเลื่อนไปตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน จำนวน 70 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที การเผยแพร่ QR Code หรือกด Link แบบสอบถามสำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโซเชียลมีเดียที่หลากหลาย เช่น การแชร์ผ่าน Facebook ส่วนบุคคล การส่งต่อผ่าน Line application ของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละจังหวัดเพื่อให้สามารถส่งต่อข้อมูลได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี เลขที่ BCNR 008/2564 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปรต้น (ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความเชื่อทางสุขภาพ) และใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic

regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชน โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว (multicollinearity) พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.80

ผลการวิจัย

เมื่อถึงกำหนดรับแบบสอบถาม (วันที่ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564) พบว่ามี กลุ่มตัวอย่างสมัครใจตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวนทั้งสิ้น 1,159 ราย โดยลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.14 อายุอยู่ในช่วง 19-59 ปี ร้อยละ 81.02 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 60.83 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 88.09 มีรายได้น้อยกว่า 31,655 บาท/เดือน ร้อยละ 88.10 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.19 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตัดสินใจไปรับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 94.05

โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 มากที่สุดแปลผลได้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.77$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 แปลผลได้อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.68$) ในขณะที่พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด 19 แปลผลได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 1.06$) และค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือการรับรู้อุปสรรคของเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 แต่แปลผลได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 0.89$)

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ (P-value = .009) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับวัคซีนโควิด 19 (P-value = .017) และปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 (P-value = .010) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ตัวแปรต้น	การตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน				Chi-square (p-value)
	จำนวน	ไม่ฉีดแน่นอน	ฉีดแน่นอน	จำนวน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					.912
หญิง	952	57	6.0	895	94.0
ชาย	201	12	5.8	195	94.2
อายุ					.062
19-59 ปี	939	50	5.3	889	94.7
60 ปีขึ้นไป	220	19	8.6	201	91.4
ระดับการศึกษา					.606
ต่ำกว่าปริญญาตรี	705	44	6.2	661	93.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	454	25	5.5	429	94.5
อาชีพ					.009*
ไม่ประกอบอาชีพ	138	15	10.9	123	89.1
ประกอบอาชีพ	1021	54	5.3	967	94.7
รายได้					.628
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,549 บาท	827	51	6.2	776	93.8
มากกว่า 15,549 บาท	332	18	5.4	314	94.6
โรคประจำตัว					.084
ไม่มีโรคประจำตัว	686	34	5.0	652	95.0
มีโรคประจำตัว	473	35	7.4	438	92.6
การรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด 19					.666
ต่ำ	177	10	5.6	167	94.4
ปานกลาง	369	19	5.1	350	94.9
สูง	613	40	6.5	573	93.5
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19					.366
ต่ำ	23	0	0	23	100.0
ปานกลาง	340	18	5.3	322	94.7
สูง	796	51	6.4	745	93.6
การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19					.017*
ต่ำ	34	3	8.8	31	91.2
ปานกลาง	340	30	8.8	310	91.2
สูง	785	36	4.6	749	95.4
การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19					.010*
ต่ำ	120	2	1.7	118	98.3
ปานกลาง	485	23	4.7	462	95.3
สูง	554	44	7.9	510	92.1

* p < .05

ผลการตรวจสอบระดับอิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพมีโอกาสตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนแน่นอนมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประกอบอาชีพ 2.05 เท่า (95% CI; 1.11-3.78) เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนมากขึ้นมีอิทธิพลทำให้ตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ที่มากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนในระดับปานกลางและระดับสูง มีโอกาสตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนแน่นอนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนในระดับต่ำ 1.08 (95% CI; 0.30-3.84) และ 2.39 (95% CI; 0.68-8.39) เท่า ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนที่มากขึ้นมีอิทธิพลทำให้การตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนน้อยลง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนในระดับปานกลางมีโอกาสตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนแน่นอนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนในระดับต่ำ 0.39 เท่า (95% CI; 0.09-1.71) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนในระดับปานกลางมีโอกาสตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนแน่นอนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนในระดับต่ำ 0.21 เท่า (95% CI; 0.50-0.86) เท่านั้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับอิทธิพลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ตัวแปรต้น	จำนวน	การตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน		p-value	OR	95% CI for OR	
		ไม่ฉีดแน่นอน จำนวน	ฉีดแน่นอน ร้อยละ			Lower	Upper
อาชีพ				.009*			
ไม่ประกอบอาชีพ ^{REF}	138	15	10.9				
ประกอบอาชีพ	1021	54	5.3		2.05	1.11	3.78
การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19				.007*			
ต่ำ ^{REF}	34	3	8.8				
ปานกลาง	340	30	8.8		1.08	0.30	3.84
สูง	785	36	4.6		2.39	0.68	8.39
การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19				.010*			
ต่ำ ^{REF}	120	2	1.7				
ปานกลาง	485	23	4.7		0.39	0.09	1.71
สูง	554	44	7.9		0.21	0.50	0.86

^{REF} = reference group

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ศึกษาการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 แม้ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเข้ารับการฉีดวัคซีนสูงแต่ก็พบว่าร้อยละ 5.95 ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 5 แสดงความประสงค์ที่ไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19⁹ เช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีข้อกังวลใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง และความปลอดภัยของวัคซีนโควิด 19 เนื่องจากขั้นตอนการผลิตวัคซีนโควิด 19 นั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเกินไป จนทำให้บุคลากรทางการแพทย์สมัครใจเข้ารับการฉีดวัคซีนเพียงร้อยละ 63.10¹⁰ และข้อกังวลในลักษณะดังกล่าวที่เกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 นี้ ได้ถูกสื่อสารสู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง อาจทำให้ประชาชนบางส่วนเกิดความไม่มั่นใจในวัคซีนส่งผลให้เกิดการตัดสินใจไม่เข้ารับการฉีดวัคซีน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Prayaprom และคณะ¹¹ ซึ่งศึกษาเรื่องการยอมรับวัคซีนโควิด 19 จากมุมมองของประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่พบว่าประชาชนยอมรับการฉีดวัคซีนเพียงร้อยละ 41.14 เท่านั้น

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ในขณะที่พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด 19 และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 แผลผลได้อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 5 มีแนวโน้มในการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิดเนื่องจากตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนและความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับวัคซีนโควิด 19 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khantichitr และคณะ⁹ ที่พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของ

ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 99.43, 97.14, 100 ตามลำดับ) ในขณะที่มีระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 40.86)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ การประกอบอาชีพ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสดัดสินใจไปรับวัคซีนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณ 2 เท่า เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Prayaprom และคณะ¹¹ ที่พบว่าผู้ประกอบอาชีพส่วนตัวและผู้ประกอบอาชีพในหน่วยงานเอกชนมีการตัดสินใจในการยอมรับการฉีดวัคซีนโควิด 19 มากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ อาจเป็นเพราะการประกอบอาชีพจำเป็นต้องเดินทางออกไปพบปะติดต่อกับผู้อื่น มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อค่อนข้างสูง และหน่วยงานหรือองค์กรที่กลุ่มตัวอย่างทำงานอยู่มีนโยบาย หรือมาตรการให้ผู้ประกอบอาชีพต้องได้รับวัคซีนโควิด 19 เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงาน การประกอบธุรกิจ หรือประกอบอาชีพให้เป็นไปได้มากที่สุดแม้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ก็ตาม

ในขณะที่ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการตัดสินใจไปรับวัคซีนเพิ่มขึ้น ในขณะที่หากการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มขึ้น ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจไปรับวัคซีนลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Limbu¹² ที่พบว่าองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่สามารถทำนายการตัดสินใจได้เป็นหลัก คือ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนมีความสัมพันธ์ทางลบ ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ที่จะไปรับการฉีดวัคซีนโควิด 19

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งพยายามขจัดปัญหาและลดอุปสรรคต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ไม่ว่าจะ เป็นไปในแนวทางใด อาจช่วยให้ประชาชนที่มีความลังเลและสงสัย เกิดการตัดสินใจในการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่จำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเอง และครอบครัว อย่างไรก็ตามกลุ่มคนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เช่น ผู้สูงอายุ อาจมองไม่เห็นถึงความจำเป็นในการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ก็ควรได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยการลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค เช่น ลดขั้นตอนและความไม่สะดวกสบายในการ

รับบริการการฉีดวัคซีน และส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้กับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ ให้มากขึ้น

2. หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีมาตรการ หรือนโยบายในการสนับสนุนส่งเสริมให้คนทำงาน หรือผู้ประกอบการอาชีพได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาสาเหตุของการไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจง และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางาน และแก้ไขปัญหาเรื่องความครอบคลุมของการรับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น กลุ่มนักเรียนนักศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

References

1. World Health Organization. COVID-19 weekly epidemiological update edition 111 published 28 September 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.
2. World Health Organization. COVID situation, Thailand 28 September 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_09_29_tha-sitrep-248-covid-19.pdf?sfvrsn=8255d711_1. (in Thai)
3. Watson OJ, Barnsley G, Toor J, Hogan AB, Winskill P, Ghani AC. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: A mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1];22(9):1293–302. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6)
4. Department of Disease Control, Thailand. Situation of COVID-19 vaccination, 37th weekly report for September 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/diaryReportMonth/09/9/2022>. (in Thai)
5. Becker MH. The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Education Monographs* 1974;2(4):409-419.
6. Department of Disease Control, Thailand. Situation of COVID-19 vaccination, 31, July 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/9/1627802716832>. (in Thai)

7. Krongyuth P, Khumkaew J, Sarati P, Sukaree W. Factors associated with the intension to receive influenza vaccination among elderly people with chronic diseases : Warinchamrab district , Ubon Ratchathani province. *J Sci Technol MSU* 2018;37(6):815–22. (in Thai)
8. Inthacharoen A, Kanchanapoom K, Tansakul K, Pattapat S. Factors influencing preventive behavior towards Coronavirus Disease 2019 among people in Khohong Town Municipality Songkhlaprovince. *J Counc Community Public Heal* [Internet]. 2021[cited 2022 October 1];3(2):19–30. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/247672%0Ahttps://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/247672/169806>. (in Thai)
9. Khantichitr P, Promwong W, Keawmanee C, Charoenukul A. Health Belief Model in the prevention of Corona Virus Disease 2019 (COVID -19) among people in Ubon Ratchathani province. *J Heal Sci Boromarajonani Coll Nurs Sunpasitthiprasong* 2019;5(2):39–53. (in Thai).
10. Trakultaweesuk P. Factors of influence COVID-19 vaccine intent and vaccine’s concerns among hospital staffs. *J Res Heal Innov Dev* 2022;3(1):47–58. (in Thai).
11. Payaprom Y, Tantipong H, Manasatchakun P, Chandeekeawchakool S, Khamchai S. COVID-19 vaccine acceptance from the perspective of people living in northern Thailand: A mixed methods research. *Nurs J C* 2022;49(2):41–54. (in Thai).
12. Limbu YB, Gautam RK, Pham L. The Health Belief Model applied to COVID-19 vaccine hesitancy: A systematic review. *Vaccines* 2022;10(6):1–13.

บทความวิจัย

Development in Health Assessment for Practical Nurses

Received: Sep 24, 2022

Revised: Oct 15, 2022

Accepted: Nov 11, 2022

Thinnakorn Buachu, Ed.D.¹

Thitdhi Srivisai, M.N.S.²

Saneh khunkhaw, Ph.D.³

Yuwadee Traprasit, M.N.S.⁴

Nattanun Kumpiriyapong, M.N.S.⁵

Suwaree Posri, M.N.S.⁶

Abstract

Introduction: An effective health assessment leads to the identification of health problems and the ability to plan supportive care activities for individual patients.

Research Objectives: To analyze the survey components and develop a health assessment form for practical nurses.

Research Methodology: This study used a descriptive design. Participants included students of the Practical Nurse Certificate Program, practical nurses, and nursing instructors. A simple random sampling method was used to recruit 355 participants. Instruments was a health assessment form containing a five-point Likert-type responses, with a Cronbach's alpha of 0.98. Also, it was tested using the index of correspondence between question and objectives (IOC) for each item ranged from 0.67-1.00. Data were analyzed using exploratory component analysis, including co-component extraction, principal component analysis, and rotate element axis orthogonally with varimax method.

Results: According to the composition analysis, the Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) was 0.961. Meanwhile, Bartlett's test of sphericity was statistically significant ($p < .001$). Components 1-8 together explained 67.26% of the variance in health assessment. Hence, health assessment form consisted of 8 patterns, namely 1) health status perception and illness history patterns, 2) eating and defecation patterns, 3) sleep and rest patterns, 4) activity and exercise patterns,

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand. E-mail: Thinnakorn.b.1987@gmail.com

²Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand. E-mail: Thitdhi.sri@gmail.com

³Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Uttaradit, Thailand. E-mail: Saneh@unc.ac.th

⁴Lecturer, Police Nursing College, Bangkok, Thailand. E-mail: nongpuy2530@gmail.com

⁵Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand. E-mail: nattanun.k@ubu.ac.th

⁶Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalemparakiet University, Bangkok, Thailand. E-mail: hippocampus_reely@hotmail.com

5) personal identity and health patterns gender, 6) mental health and adaptation patterns, 7) family relationship and social role patterns, and 8) values and belief patterns.

Conclusion: The findings of this study reflects that the health status assessment form for practical nurse is appropriate for their scope of duties, covering physical, mental, social, and spiritual health conditions.

Implications: For students in the Nursing Assistant Certificate Program, nurse instructors can use the health status assessment form to assess the health status of individual patients.

Keywords: exploratory factor analysis, health assessment, practical nurse

การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล

Received: Sep 24, 2022

Revised: Oct 15, 2022

Accepted: Nov 11, 2022

ทินกร บัวชู กศ.ด.¹

ทิฏฐิ ศิริวิสัย พย.ม.²

เสนห์ ขุนแก้ว ปร.ด.³

ยุวดี แตรประสิทธิ์ พย.ม.⁴

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ พย.ม.⁵

สุวารี โพธิ์ศรี พย.ม.⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: การประเมินภาวะสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การจำแนกปัญหาสุขภาพและสามารถวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยรายบุคคลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและอาจารย์พยาบาล จำนวน 355 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินภาวะสุขภาพเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยใช้การสกัดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก และหมุนแกนองค์ประกอบแบบหมุนฉากด้วยวิธีแวนแมกซ์

ผลการวิจัย: จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ได้เท่ากับ .961 และเมื่อทดสอบด้วยค่า Bartlett's test of Sphericity พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และองค์ประกอบที่ 1-8 สามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด ร้อยละ 67.264 ดังนั้นแบบประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย 8 แบบแผน ได้แก่ 1) แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย 2) แบบแผนการรับประทานอาหารและการขับถ่าย 3) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ 4) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) แบบแผนอัตลักษณ์ส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ 6) แบบแผนสุขภาพจิตและการปรับตัว 7) แบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาททางสังคม และ 8) แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

สรุปผล: การวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาลที่เหมาะสมตามขอบเขตหน้าที่ที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ: อาจารย์พยาบาลสามารถนำแบบประเมินภาวะสุขภาพไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลสำหรับนักศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

คำสำคัญ : การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ แบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ช่วยพยาบาล

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย E-mail: Thinnakorn.b.1987@gmail.com

²Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก ประเทศไทย E-mail: Thitdhi.sri@gmail.com

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข อุตรดิตถ์ ประเทศไทย E-mail: Saneh@unc.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพ ประเทศไทย E-mail: nongspuy2530@gmail.com

⁵อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย E-mail: nattanun.k@ubu.ac.th

⁶อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กรุงเทพ ประเทศไทย E-mail: hippocampus_rely@hotmail.com

บทนำ

การจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลเพื่อผลิตผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่ในการพยาบาลที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนโดยช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาของพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถมอบหมายให้แก่ผู้ช่วยพยาบาลทำงานเสริมพยาบาลวิชาชีพในการกระทำหน้าที่การพยาบาลได้ กระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบและเกิดความต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ครอบคลุมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยตามหลักทางวิชาการและสามารถพิสูจน์ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลเข้าใจในขอบเขตหน้าที่ของตนเอง อันจะส่งเสริมความเป็นเอกลักษณ์และมีความชัดเจนในวิชาชีพ¹

ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) หรือ กรอบแนวคิดของแนนดา (NANDA) ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเกิดจากผู้ซึ่งเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากขาดการฝึกอบรมให้ความสนใจกับกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาล และขาดทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิก² นอกจากนี้การใช้กระบวนการพยาบาลยังเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเนื่องจากพร่องความรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาลเช่นกัน³ ซึ่งกระบวนการพยาบาลถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้ป่วย เนื่องจากการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของการใช้เหตุผลตัดสินใจแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ⁴ ทั้งนี้การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล หากการประเมินภาวะสุขภาพมี

ประสิทธิภาพจะนำไปสู่การจำแนกปัญหาสุขภาพและสามารถวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลการพยาบาลได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยรายบุคคลได้ ซึ่งพบว่าปัญหาในการประเมินภาวะสุขภาพเกิดจากขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ขาดทักษะการตรวจร่างกาย และขาดความมั่นใจในการประเมินภาวะสุขภาพ⁵ อย่างไรก็ตามจากประเด็นสำคัญของปัญหาอุปสรรคทั้งการใช้กระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพดังกล่าว ส่งผลต่อคุณภาพของการจัดการศึกษาของผู้ช่วยพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจในการปรับปรุงคุณภาพของการศึกษาผู้ช่วยพยาบาลและให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยรายบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ช่วยพยาบาลและไม่สอดคล้องกับขอบเขตหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) เนื่องจากแบบแผนดังกล่าวมีความลึกซึ้งและซับซ้อนครอบคลุมองค์ความรู้ของศาสตร์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) และกรอบแนวคิดของแนนดา (NANDA) เพื่อให้เหมาะสมกับนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ช่วยทำการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายภายใต้การกำกับของพยาบาลวิชาชีพ ที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบแบบแผนประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล
2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

ของกอร์ดอน (Gordon) และกรอบแนวคิดของแนนดา (NANDA) ประกอบด้วย แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการ แบบแผนสุขภาพโภชนาการและการขับถ่าย แบบแผนสุขภาพการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนสุขภาพกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนสุขภาพจิตและการปรับตัว แบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาททางสังคม และแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้เรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา 2565 จำนวน 270 คน กลุ่มผู้ช่วยพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 310 คน กลุ่มอาจารย์พยาบาล จำนวน 170 คน จาก 5 สถานประกอบการศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และอาจารย์พยาบาล จำนวน 355 คน เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 5-20 คน ต่อ 1 พารามิเตอร์ โดยการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ จากการศึกษาแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) และแนวคิดของแนนดา (NANDA) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ และจากการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบหลักสูตรประกาศนียบัตร

ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 5 คน โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 71 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและอาจารย์พยาบาล จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและอาจารย์พยาบาล โดยการส่งแบบสอบถามและเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ด้วย Google Form ส่งในไลน์กลุ่มโดยอาจารย์ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 5 สถาบัน และแบบสอบถามจะมีข้อความเกี่ยวกับความสมัครใจให้ความยินยอมเข้าตอบแบบประเมิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ไม่ตอบแบบประเมินได้ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 5-21 กันยายน 2565

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร (Regional Research Ethics Committee: RREC) แบบเร่งรัด (expedited) COA No. 033/2022 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บได้เป็นความลับ และจะทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผู้วิจัย

ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ EFA ด้วยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยพิจารณาค่าสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) และ Bartlett's test of Sphericity พบว่า ข้อมูลที่ได้มีความเหมาะสมและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ที่มากกว่า .50 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁷

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.7 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วย

พยาบาล ร้อยละ 65.4 เป็นผู้ช่วยพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาแล้ว ร้อยละ 28.4 และเป็นอาจารย์พยาบาล ร้อยละ 6.2

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาลที่มีข้อคำถามทั้งหมด 71 ข้อ ภายหลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบใช้ได้ 43 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 มีตัวแปรอธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .50 ขึ้นไป พบว่ามี 8 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีค่าไอเกนสูงสุดเท่ากับ 30.875 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด ร้อยละ 43.485 และองค์ประกอบที่ 1-8 สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด ร้อยละ 67.264 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าไอเกนและความแปรปรวนแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน (Initial Eigenvalues)	ความแปรปรวน (% of Variance)	ความแปรปรวนรวม (Cumulative %)
1	30.875	43.485	43.485
2	5.879	8.280	51.766
3	3.586	5.051	56.816
4	1.890	2.662	59.478
5	1.654	2.329	61.808
6	1.456	2.051	63.859
7	1.332	1.876	65.735
8	1.085	1.529	67.264

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ซึ่งผลการวิเคราะห์ด้วยค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ได้เท่ากับ .961 ซึ่งมีค่ามากกว่า .50 แสดงว่า ตัวแปรแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันในขนาดที่เหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเมื่อทดสอบด้วยค่า Bartlett's test of Sphericity พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 แสดงว่า

ข้อมูลมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังนั้นค่าน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบหลังสกัดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบรวม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนริแมกซ์ ทำให้ได้แบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาล ดังตารางค่าน้ำหนักองค์ประกอบและกลุ่มจำนวนองค์ประกอบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและกลุ่มจำนวนองค์ประกอบ

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
2. สุขภาพก่อนการเจ็บป่วย	.586							
3. โรคประจำตัวและการรักษา	.689							
4. ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน	.681							
5. การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	.541							
6. ประวัติการตรวจสุขภาพ	.615							
14. ประวัติการแพ้อาหาร		.747						
15. อาหารที่งดรับประทาน		.754						
16. ปัญหาในการรับประทานอาหาร		.814						
17. ปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระ		.798						
20. ประเมินความซีดของเยื่อต่างๆ		.748						
21. ประเมินความผิดปกติของระบบการกลืน		.839						
22. ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน		.823						
23. ประเมินภาวะโภชนาการ การขาดสารอาหาร		.834						
24. ประเมินความผิดปกติในการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระ		.834						
25. ดู สังเกตลักษณะท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้		.814						
28. ปัญหาในการนอนหลับ			.729					
29. การใช้นอนหลับ			.777					
30. สิ่งที่ทำให้หลับ			.669					
31. สังเกตการใช้นอนหลับ			.791					
32. สังเกตอาการอ่อนเพลีย			.629					
35. การออกกำลังกาย				.524				
36. สังเกตการหายใจและการเต้นของหัวใจหลังทำกิจกรรม				.594				
37. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ				.684				
38. สังเกตความสามารถในการทรงตัว				.703				
39. สังเกตการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อ				.767				
40. การวัดกำลังของกล้ามเนื้อ				.699				
41. วัดสัญญาณชีพเกี่ยวกับระบบหัวใจและการหายใจ				.739				
45. ลักษณะการแต่งกาย					.556			
46. พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศ					.594			
47. ประเมินความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศ					.602			

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและกลุ่มจำนวนองค์ประกอบ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
48. ประเมินภาพลักษณ์					.666			
52. การรับรู้และการเผชิญความเครียด						.592		
53. การยอมรับต่อความเจ็บป่วย						.520		
56. การแก้ไขเมื่อไม่สบายใจ						.539		
62. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อครอบครัว							.750	
63. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่ออาชีพการงาน							.768	
64. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม							.782	
65. สังเกตสัมพันธภาพในครอบครัวขณะเจ็บป่วย							.623	
66. ศาสนา สิ่งที่ยึดเหนี่ยวในขณะที่เจ็บป่วย								.510
68. สิ่งที่มีคุณค่ามากที่สุดในชีวิต								.637
69. ความต้องการการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ศาสนา								.734
70. สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกตามความเชื่อทางสุขภาพ								.725
71. สังเกตคำพูดที่แสดงออกถึงการให้คุณค่าและความเชื่อ								.675

ดังนั้น การพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) และแนวคิดของแนนดา (NANDA) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ

ที่เหมาะสมกับนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ช่วยทำการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมายภายใต้การกำกับของพยาบาลวิชาชีพที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย (การสังเกต/ การประเมิน/ การตรวจร่างกาย)
1. แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย	- สุขภาพก่อนการเจ็บป่วย - โรคประจำตัวและการรักษา - ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน - การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย - ประวัติการตรวจสุขภาพ	- สังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูด การตอบโต้ - สังเกตความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - ประเมินระดับความรู้สึกตัว - ตรวจลักษณะทั่วไปภายนอกและความพิการทางร่างกาย

ตารางที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพ (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย (การสังเกต/ การประเมิน/ การตรวจร่างกาย)
2. แบบแผนการรับประทานอาหารและการรับประทานอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ประวัติการแพ้อาหาร - อาหารที่รับประทาน - ปัญหาในการรับประทานอาหาร - ปัญหาในการรับประทานอาหาร/ อุดจากระ 	<ul style="list-style-type: none"> - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง - สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร - ประเมินความชื้นของเยื่อต่าง ๆ - ประเมินความผิดปกติของระบบการกลืน - ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน - ประเมินภาวะโภชนาการ การขาดสารอาหาร - ประเมินความผิดปกติในการรับประทานอาหาร/ อุดจากระ - ดู สังเกตลักษณะท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้
3. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาในการนอนหลับ - การใช้นอนหลับ - สิ่งที่จะช่วยให้หลับ 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตพฤติกรรมการนอน - สังเกตการใช้นอนหลับ - ประเมินอาการอ่อนเพลีย
4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> - การออกกำลังกาย - วัดสัญญาณชีพเกี่ยวกับระบบหัวใจและการหายใจ 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตการหายใจและการเต้นของหัวใจหลังทำกิจกรรม - สังเกตความสามารถในการทรงตัว - สังเกตการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อ - การวัดกำลังของกล้ามเนื้อ - ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ
5. แบบแผนอัตลักษณ์ส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศ - ภาพลักษณ์ของตนเอง - ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะการแต่งกาย - พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศ - สังเกตการแต่งกาย พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศ
6. แบบแผนสุขภาพจิตและการปรับตัว	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้และการเผชิญความเครียด - การยอมรับต่อความเจ็บป่วย - การแก้ไขเมื่อไม่สบายใจ - การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ - ประเมินพฤติกรรม ความรู้สึกเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเอง - ลดลง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว - การสิ้นหวัง เป็นต้น - ประเมินความเครียด
7. แบบแผนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและบทบาททางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่ออาชีพการงาน - การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตบทบาทและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวขณะเจ็บป่วย
8. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ	<ul style="list-style-type: none"> - ศาสนา สิ่งที่ยึดเหนี่ยวในขณะที่เจ็บป่วย - สิ่งที่มีคุณค่ามากที่สุดในชีวิต - ความต้องการการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ศาสนา 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตคำพูดที่แสดงออกถึงการให้คุณค่าและความเชื่อ - สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกตามความเชื่อทางสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

แบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับผู้ช่วยพยาบาลจากการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบ จะช่วยส่งเสริมและพัฒนานักศึกษา ผู้ช่วยพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยรายบุคคลอย่างเป็นระบบตามแบบแผนการประเมิน ทำให้การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและการวางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้นักศึกษาผู้ช่วยพยาบาลเกิดการเรียนรู้และให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับแนวทางที่ประเมินได้ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม⁸ ประกอบด้วยโดเมนชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ที่มีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยแต่ละองค์ประกอบมีลักษณะการประเมินที่แตกต่างกัน แต่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกันตลอดเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยแบบประเมินภาวะสุขภาพ (PAF: Patient assessment form)⁹ ประกอบด้วยแบบแผนประวัติส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และการจัดการ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย สติปัญญาและการรับรู้ การพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และบทบาทและสัมพันธภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการใช้แบบแผนสุขภาพดังกล่าวช่วยให้นักศึกษาสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลจากข้อมูลเฉพาะจากการประเมินภาวะสุขภาพได้ และช่วยให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีและมีทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลมากขึ้น

นอกจากนี้แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มของอาการโศมาติก เช่น อาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง อาการลำไส้แปรปรวน ที่ไม่สามารถอธิบายและวินิจฉัยโรคได้อย่างชัดเจน แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางร่างกายได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้ต่ออาการเชิงบวกจะส่งผลต่อความคาดหวังและผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาอีกด้วย¹⁰ ส่วนแบบแผนการรับประทานอาหารและการขับถ่ายยังมีความเชื่อมโยงกับแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ ทั้งนี้พบว่าพฤติกรรมมารับประทานในตอนกลางคืน (Nighttime eating) ส่งผลทำให้

เกิดโรคอ้วนและความแปรปรวนของเวลนอนที่มากขึ้นด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น¹¹ สำหรับการประเมินอัตลักษณ์ส่วนบุคคลและสุขภาพทางเพศ จากการศึกษาพบว่า¹² การชักประวัติสุขภาพทางเพศ ผู้ให้บริการทางสุขภาพยังขาดการฝึกฝนและมักจะหลีกเลี่ยงในการชักประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนทางสังคมและความคิดในแง่ของความรู้และความตระหนักในเรื่องของสุขภาพทางเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในความผาสุกทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และนอกจากนี้แบบแผนสุขภาพจิตและการปรับตัวยังสอดคล้องกับการประเมินสภาพจิต (Mental Status Examination)^{13, 14} ที่ต้องประเมินสภาพผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แบบแผนด้านลักษณะทั่วไป และอารมณ์ แบบแผนด้านความคิด แบบแผนด้านการพูด แบบแผนด้านารรับรู้และสติปัญญา แบบแผนด้านการตัดสินใจ แบบแผนด้านารรับรู้เกี่ยวกับตนเอง แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ และแบบแผนด้านระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายและการดูแลตนเอง สำหรับแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ เช่น การให้คุณค่า การสังเกตพฤติกรรมแสดงออกตามความเชื่อทางสุขภาพพบว่าสอดคล้องกับประสบการณ์เชิงลบและความเชื่อส่วนบุคคล จะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ความเป็นอยู่และพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถนำมาทำนายแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพได้อีกด้วย¹⁵ ทำให้ทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงต้องใช้กระบวนการแก้ปัญหาตามบริบทสภาพแวดล้อมครอบครัวและสังคม เปิดรับการเรียนรู้ที่จะเชื่อใจในสัญชาตญาณซึ่งเป็นช่องทางในการทำความเข้าใจผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาททางสังคม เคารพในคุณค่าและความเชื่อที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และยอมรับในความแตกต่างของบุคคลและปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหล่านั้นอย่างเป็นปัจเจกบุคคล¹⁶ ดังนั้นบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ช่วยพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการทำงานเสริมพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในเรื่องของสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม การสังเกตอาการและอาการแสดงของโรค การวัดสัญญาณชีพและการติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการ โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความ

ต้องการขั้นพื้นฐานในกิจวัตรประจำวันการประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคลตามแบบแผน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย จึงเป็นบทบาทสำคัญตามขอบเขตหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลในทีมพยาบาลเพื่อใช้วางแผนกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยภายใต้ขอบเขตหน้าที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์พยาบาลสามารถนำแบบประเมินภาวะสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรประกาศนียบัตร

ผู้ช่วยพยาบาล ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลที่เหมาะสมตามขอบเขตหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคลในรายวิชาปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลบุคคลขั้นพื้นฐาน ของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

References

1. Punthasri P. Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice. 24th ed. Bangkok: Pimaskorn Limited Partnership; 2020. (in Thai).
2. Osman W, Ninnoni JPK, Anim MT. Use of the nursing process for patient care in a ghanaian teaching hospital: a cross sectional study. International Journal of Africa Nursing Sciences 2021;14(2021):100281.
3. Awasum GT, Dufashwenayesu A. Implementation of the nursing process in sub-saharan africa: an integrative review of literature. International Journal of Africa Nursing Sciences 2021;14(2021):100283.
4. Harnyoot O. Nursing process and implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3): 137-43. (in Thai).
5. Cheevakasaemsook A. Health assessment to quality nursing diagnosis: principles, issue and resolution. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2021;22(1):38-46. (in Thai).
6. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Multivariate data analysis. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998. (in Thai).
7. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: U&I Inter Media; 2010. (in Thai).
8. Boyd MA. Essentials of psychiatric nursing. 7th ed. China: Wolters Kluwer; 2017.
9. Khatiban M, Tohidi S, Shahdoust T. The effects of applying an assessment form based on the health functional patterns on nursing student's attitude and skills in developing the nursing process. International Journal of Nursing Sciences 2019;6(2019):329-333.
10. Pedersen HF, Holting A, Frostholm L, Rask C, Jensen JS, Hoeg MD, Schroder A. "Understand your illness and your needs": assessment-informed patient education for people with multiple functional somatic syndromes. Patient Education and Counseling 2019;102(9):1662-1671.
11. Tomaso CC, et al. The roles of sleep and executive function in adolescent nighttime eating. Eating Behaviors 2022;46(2022):101657.

12. Pretorius D, Mlambo M, Couper LD. “We are not truly friendly faces”: primary health care doctors’ reflections on sexual history taking in north west province. *Sex Med* 2022;10(2022):100565.
13. Videbeck SL. *Psychiatric mental health nursing*. 7th ed. China: Wolters Kluwer; 2017.
14. Imkome E. *Nursing care for persons with disturbed thought processes and perceptions*. 2nd ed. Pathumthani: Thammasat printing house; 2021. (in Thai).
15. Ren Z, Liu Y, Deng J. Development and validation of the Chinese version of the masturbation beliefs scale. *Sex Med* 2022;10(2022):100501.
16. Riley JB. *Communication in nursing*. 9th ed. Missouri: Elsevier; 2020.

บทความวิจัย

Effects of Teaching Method by Using Case Studies to Enhance Rational Drug Use Competency in Nursing Students

Received: Sep 19, 2022

Revised: Nov 15, 2022

Accepted: Nov 23, 2022

Naruemol Angsirirak, M.Sc.¹

Somrudee Chuenkitayanon, Ph.D.²

Amporn Khongjeera, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Rational drug use (RDU) is one of the competencies of nursing graduates. Therefore, educational institutions must have a method of teaching and learning that helps to enhance RDU competency of nursing students. Use of case studies is a teaching and learning strategy that helps encourage students to develop thinking, practice critical thinking skills, discovery, and troubleshooting.

Research objectives: To compare knowledge and attitudes toward RDU before and after studying case studies. To assess skills, ability to think critically regarding RDU, and satisfaction in teaching-learning method.

Research methodology: This study used a quasi-experimental design with one group, pre-posttest. Population consisted of 122 nursing students in Bachelor of Science degree, Siam University. They all enrolled in Nursing Pharmacology Course, Academic Year 2020. Instruments included case studies, RDU efficacy assessment form, and assessment form of satisfaction towards teaching and learning using a case study. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: Results showed that at follow-up, RDU competency among nursing students increased, particularly, knowledge was at a high level ($M = 11.18$, $SD = 1.77$), the attitude was at strongly agree level ($M = 4.57$, $SD = 0.44$), and the critical thinking skill was at a high level ($M = 4.11$, $SD = 0.79$). The satisfaction towards teaching and learning was at the highest level ($M = 4.49$, $SD = 0.07$). At follow-up, a mean score of RDU competency was significantly higher than at baseline ($p < 0.01$).

Conclusions: Teaching and learning using case studies related to RDU enhanced RDU competency among nursing students. Therefore, educational institutions should utilize case studies as a learning method and design learning method to constantly improve competency until graduate.

Implications: This study was conducted in a one group of students and only measured at baseline and follow-up. Hence, there should be a comparative study using other teaching methods about RDU or conducted with other year of students.

Keywords: teaching method by using case studies, rational drug use competency, nursing student

Funding: Siam University

¹ Corresponding author: Lecturer, E-mail: naruemol.ang@siam.edu

² Assistant professor, ² E-mail: somrudee.chu@siam.edu

³ Lecturer, E-mail: amporn.kho@siam.edu

¹⁻³ Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok, Thailand

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุสมผลในนักศึกษาพยาบาล

Received: Sep 19, 2022
Revised: Nov 15, 2022
Accepted: Nov 23, 2022

นฤมล อังศิริศักดิ์ วท.ม.¹
สมฤดี ชื่นกิติยานนท์ วท.ด.²
อัมพร คงจีระ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้ยาสมเหตุสมผล เป็นหนึ่งในสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล สถาบันการศึกษาจึงต้องมีวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นเครื่องมือการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการคิด ฟึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การสืบค้นและการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะก่อนและหลังเรียนโดยใช้กรณีศึกษา ศึกษาทักษะความสามารถ การคิดวิเคราะห์ การใช้ยาสมเหตุสมผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอน

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาเภสัชวิทยาทางการพยาบาล ปีการศึกษา 2563 จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยกรณีศึกษา แบบประเมินสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุสมผล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบ paired t - test

ผลการวิจัย: ภายหลังจากสอนโดยใช้กรณีศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ด้านความรู้ อยู่ในระดับสูง ($M = 11.18, SD = 1.77$) ด้านทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ($M = 4.57, SD = 0.44$) ด้านทักษะความสามารถการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก ($M = 4.11, SD = 0.79$) ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.49, SD = 0.07$) และมีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุปผล: การสอนโดยใช้กรณีศึกษา สามารถพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุสมผลในนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรนำกรณีศึกษาไปประยุกต์และออกแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง จนเป็นบัณฑิตพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในนักศึกษาในกลุ่มเดียวและวัดผลก่อนหลังเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษากับการสอนในรูปแบบอื่นหรือนักศึกษาชั้นปีอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา สมรรถนะการใช้ยาสมเหตุสมผล นักศึกษาพยาบาล

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยสยาม

¹ Corresponding author อาจารย์ประจำ E-mail: naruemol.ang@siam.edu

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจารย์ประจำ E-mail: somrudee.chu@siam.edu

³ อาจารย์ประจำ E-mail: ampom.kho@siam.edu

¹⁻³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

สถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะปัญหาเชื้อดื้อยาที่เพิ่มสูงขึ้นจากการใช้ยาเกินความจำเป็น และการใช้ยาโดยขาดความรู้ เช่น การมีความเชื่อและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยา¹ เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการเงินและการคลังของประเทศ² จากปัญหาดังกล่าว การใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use) จึงเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ถูกบรรจุอยู่ในนโยบายการพัฒนาประเทศ รัฐบาลกำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นหนึ่งในนโยบายแห่งชาติด้านยาตั้งแต่ พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 และก็ยังมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 ตามวิสัยทัศน์ “ประชาชนเข้าถึงยาที่เป็นที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ยาสมเหตุผล ประเทศมีความมั่นคงทางยาอย่างยั่งยืน” และยุทธศาสตร์ 5 ด้าน³ อีกทั้งการพัฒนากระบวนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญ กล่าวคือ มีหลักสูตรการศึกษาและการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรผู้สั่งใช้ยาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้วย⁴ การพัฒนาการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นมติร่วมกันของ 5 วิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรก่อนปริญญา สภากาพยาบาลได้กำหนดนโยบายสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในวิชาชีพการพยาบาล พัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เอื้อต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พร้อมทั้งเผยแพร่สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล และคู่มือการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่เชื่อมโยงประเด็นเนื้อหาหลักและแนวทางการบูรณาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา ให้สถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ ได้นำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม⁵

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เป็นหนึ่งในสถาบันการศึกษาเอกชนที่จัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผลิตบัณฑิตพยาบาลออกไปรับใช้สังคม

ภายใต้การกำกับดูแลของสภากาพยาบาล ได้นำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ทางสภากาพยาบาลเผยแพร่ไปบูรณาการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยกำหนดให้ทุกรายวิชาชีพทางการพยาบาลต้องมีการบูรณาการจัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงรายวิชา 170-216 เภสัชวิทยาทางการพยาบาล⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยต่าง ๆ ได้เสนอแนะให้สถาบันการศึกษาพยาบาลบูรณาการจัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลและควรมีการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะช่วยให้นักศึกษานำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้⁷⁻⁹ รายวิชาเภสัชวิทยาทางการพยาบาล เป็นหนึ่งในรายวิชาพื้นฐานที่สำคัญต่อการสร้างองค์ความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹⁰ อีกทั้งการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เป็นหนึ่งในวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การสืบค้นและการแก้ไขปัญหา ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการบริหารยาได้มากขึ้น¹¹

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่พัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ให้ครอบคลุมสมรรถนะทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยนำกรณีศึกษามาเป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเป็นพื้นฐานในการเตรียมนักศึกษาให้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตอบสนองกับความต้องการของประเทศชาติ และเป็นผู้นำทางสุขภาพในการนำพาสุขภาพของคนในชาติไปสู่สังคมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้สังเคราะห์แนวคิดจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาของ Khammani¹² ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ช่วยพัฒนาทักษะการคิดแก้ปัญหากระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นสอน มอบหมายกรณีศึกษา ขั้นศึกษากรณีศึกษาและการอภิปราย และการประเมินผล โดยออกแบบการสอนตามเนื้อหาสาระหลักจากแนวทางในคู่มือการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁴ และคู่มือการจัดการเรียน

การสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต¹³ ประเมินผลการเรียนรู้ให้ครอบคลุมสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล ตามองค์ประกอบของสมรรถนะ ได้แก่ ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะความสามารถการคิดวิเคราะห์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังเรียนโดยใช้กรณีศึกษา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วกก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)¹⁴

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสยาม ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 122 คน กลุ่มตัวอย่างคือประชากรทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมงานวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กรณีศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดในการใช้ยาสมเหตุผลประเด็นเนื้อหาที่เชื่อมโยงกับสมรรถนะในรายวิชาเภสัชวิทยา คัดเลือกและนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอน เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับยาพาราเซตามอล ยาปฏิชีวนะกับโรคหัด ยาปฏิชีวนะกับบาดแผลสด การใช้ยาลดน้ำมูก ยามแก้เจ็บคอ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญประเมินความตรง และความสอดคล้อง จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน 2 ท่านและ

อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน จากนั้นนำสื่อกรณีศึกษาที่ผ่านการประเมินตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 จึงเหมาะสมนำไปสร้างเป็นสื่อกรณีศึกษา

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และผลการเรียนเฉลี่ย 3 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด

2.2 แบบประเมินความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบบปรนัย 4 ตัวเลือก 15 ข้อ ผ่านการประเมินตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) .87-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) กับกลุ่มที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ด้วยวิธีหาค่า KR-20 เท่ากับ .70 เกณฑ์ให้คะแนนคือตอบถูก 1 คะแนน ผิด 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้ของ Best, John W¹⁵ ดังนี้ ระดับความรู้สูง (11-15 คะแนน) ปานกลาง (6-10 คะแนน) และต่ำ (0-5 คะแนน)

2.3 แบบประเมินทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 10 ข้อ ใช้รูปแบบการวัดตามการให้คะแนนของลิเคิร์ต (Likert)¹⁶ เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating Scale) ผ่านการประเมินตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .85-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาคได้ .85 กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนตามระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.4 แบบประเมินทักษะความสามารถการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา โดยอาจารย์ผู้สอน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบรูบริก (scoring rubric) ผ่านการประเมินตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .70-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาคได้ .85 ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด) การแปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ คือ ทักษะอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน 10 ข้อ ใช้รูปแบบการวัดตามการให้คะแนนของลิเคิร์ต (Likert) ผ่านการประเมินตรวจสอบแก้ไขและ

ให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .84-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค .93 กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนความพึงพอใจ ดังนี้มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม รหัสโครงการ SN-HRB 2563/005.25/11/63 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2564 โดยการบันทึกข้อมูลในการวิจัยจะถูกบันทึกในชุดแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ใส่รหัสของ

แบบสอบถามไว้ และดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล โดยแสดงถึงความเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น นักศึกษามีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกับคะแนนในรายวิชา และจะยังคงได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบ paired t - test

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินการ
1. ขั้นเตรียมการ	<ol style="list-style-type: none"> ตัวแทนผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยการเข้าร่วมงานวิจัยเป็นความสมัครใจ ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอม นักศึกษาตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุผลด้านความรู้ และทัศนคติการใช้ยาสมเหตุผล (pre-test) ใช้ระยะเวลา 30 นาที
2. ขั้นสอน	<ol style="list-style-type: none"> ผู้สอนดำเนินการตามแผนการเรียนรู้ พร้อมกับมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเองนอกชั้นเรียน ประเมินความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีของผู้เรียน ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การซักถาม การทดสอบและการสรุปใจความสำคัญ
3. มอบหมายกรณีศึกษา	<ol style="list-style-type: none"> มอบหมายกรณีศึกษา โดยแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน มีอาจารย์เป็นที่ปรึกษาประจำกลุ่มคอยชี้แนะและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด
4. ขั้นศึกษากรณีศึกษาและการอภิปราย	<ol style="list-style-type: none"> นักศึกษาร่วมกันศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาการใช้ยาสมเหตุผล สืบค้นข้อมูล ร่วมกันอภิปรายและนำเสนอผลการวิเคราะห์แลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม อาจารย์ประเมินทักษะความสามารถในการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา
5. การประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา ตัวแทนผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาเพื่อทำแบบประเมินสมรรถนะด้านความรู้ และทัศนคติการใช้ยาสมเหตุผล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน (post-test) ใช้ระยะเวลา 45 นาที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.36 ปี (SD = 0.58) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย 3.27 (SD = 0.29)

2. ระดับความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษา พบว่าก่อนเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.02 (SD = 1.75) และหลังเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.18 (SD = 1.77)

ระดับคะแนนความรู้สูง มากที่สุดร้อยละ 65.60 ดังตารางที่ 2

3. ระดับทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษา พบว่าก่อนเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาอยู่ในระดับเห็นด้วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (SD = 0.34) และหลังเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 (SD = 0.44) ระดับทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุดร้อยละ 62.30 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n= 122)

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนน 11 - 15)	6	4.93	80	65.60
ปานกลาง (คะแนน 6 - 10)	41	33.60	40	32.80
ต่ำ (คะแนน 0 - 5)	75	61.47	2	1.60
รวม	122	100.00	122	100.00
	M = 5.02, SD = 1.75		M = 11.18, SD = 1.77	

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับทัศนคติการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n= 122)

ระดับทัศนคติ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	11.50	76	62.30
เห็นด้วย	100	82.00	44	36.11
ไม่แน่ใจ	8	6.50	2	1.59
	M = 4.12, SD = 0.34		M = 4.57, SD = 0.44	

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติการใช้ ยาสมเหตุผลหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุผลของนักศึกษา ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน โดยใช้กรณีศึกษา จำแนกตามระดับความรู้และทัศนคติ โดยใช้สถิติ paired t- test ($n = 122$)

ตัวแปร	ก่อน		ระดับ		หลัง		ระดับ	t	p - value
	M	SD			M	SD			
ความรู้	5.02	1.75	ต่ำ		11.18	1.77	สูง	46.203	< .001
ทัศนคติ	4.12	0.34	เห็นด้วย		4.57	0.44	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9.31	.000

** $P < .01$

4. ผลการประเมินทักษะความสามารถการคิด วิเคราะห์กรณีศึกษาอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.11 (SD = 0.79) ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือประเมินปัญหาผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดการใช้ยาสมเหตุผล 4.37 (SD = 0.82) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือสร้างสัมพันธภาพกับทีม และยอมรับในบทบาทของ สหวิชาชีพ 3.84 (SD = 0.75) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามรายการประเมินทักษะความสามารถการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา ($n = 122$)

	รายการประเมิน	ผลการวิเคราะห์		
		M	SD	ระดับ
1.	ประเมินปัญหาผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการใช้ยาสมเหตุผล	4.37	0.82	มาก
2.	บริหารยาอย่างปลอดภัยตามหลักการบริหารยา	4.25	0.73	มาก
3.	ใช้ยาได้อย่างเหมาะสมตามความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ	4.14	0.87	มาก
4.	บริหารยา ตรวจสอบและคำนวณยาได้ถูกต้อง	4.14	0.81	มาก
5.	เข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยา แนวทางการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา	4.13	0.81	มาก
6.	ติดตามผลการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น	4.11	0.79	มาก
7.	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ชัดเจน เข้าง่าย	4.10	0.75	มาก
8.	สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยา	4.02	0.74	มาก
9.	สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยา	3.97	0.76	มาก
10.	สร้างสัมพันธภาพกับทีมและยอมรับในบทบาทของสหวิชาชีพ	3.84	0.75	มาก
		M = 4.11	SD = 0.79	มาก

5. ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของนักศึกษา การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาสมเหตุสมผลโดยใช้กรณีศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = 0.07$) ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือนำไปใช้ประโยชน์

ได้จริง ($M = 4.49$, $SD = 0.49$) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุดคือบรรยากาศของการจัดการเรียนการสอน ($M = 4.36$, $SD = 0.70$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาสมเหตุสมผลโดยใช้กรณีศึกษา จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
1. นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	4.71	0.49	มาก
2. อาจารย์ให้คำปรึกษาได้เหมาะสม	4.62	0.54	มาก
3. ฝึกทักษะในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับ RDU	4.50	0.61	มาก
4. ฝึกทักษะในการนำเสนอข้อมูลและการใช้เทคโนโลยี	4.50	0.61	มาก
5. รูปแบบการเรียน กระตุ้นให้นักศึกษาได้วิเคราะห์	4.48	0.61	มาก
6. ความเหมาะสมของกรณีศึกษา	4.48	0.53	มาก
7. กิจกรรมการเรียนการสอนเหมาะสม	4.43	0.62	มาก
8. ความร่วมมือของกลุ่มในการทำกิจกรรม	4.39	0.64	มาก
9. ระยะเวลาของการจัดการเรียนการสอน	4.37	0.67	มาก
10. บรรยากาศของการจัดการเรียนการสอน	4.36	0.70	มาก
รวม	4.49	0.07	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล

ด้านความรู้ นักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.47 อธิบาย ได้ว่าการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้น ในชั้นปีที่ 1 เป็นการเรียนรู้ในวิชาพื้นฐานทั่วไป ในหมวดวิทยาศาสตร์และหมวดวิชาศึกษาทั่วไป และเริ่มเรียน ในหมวดวิชาเฉพาะพื้นฐานวิชาชีพ ได้แก่ วิชาพยาธิสรีรวิทยา วิชากายวิภาคศาสตร์ และวิชาเภสัชวิทยาทางการแพทย์พยาบาล ในชั้นปีที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับน้อย^{7,8,17} และเมื่อนักศึกษาได้รับการ

จัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในรายวิชาเภสัชวิทยาทางการแพทย์พยาบาล พบว่ามีค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakshetrin⁸ ที่ศึกษาพบว่านักศึกษาที่ได้รับหลักสูตรเสริมสร้างการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมีความรู้เพิ่มขึ้น Sulosaari และคณะ¹⁸ พบว่านักศึกษาในภาคการศึกษาสุดท้ายมีสมรรถนะเรื่องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องมากกว่าในภาคการศึกษาด้าน อธิบายได้ว่ารายวิชาเภสัชวิทยาทางการแพทย์พยาบาล มีกระบวนการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับหลักการเภสัชจลนศาสตร์ เภสัชพลศาสตร์ ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา วิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยา ผลข้างเคียงและอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา และปฏิกริยาต่อกันของยา ในกลุ่มยาประเภทต่าง ๆ รวมถึงหลักในการบริหารยาและบทบาทของ

พยาบาลกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้นักศึกษาที่เรียนในรายวิชาเภสัชวิทยาทางการแพทย์พยาบาล ที่มีการสอดแทรกประเด็นเนื้อหาการใช้ยาสมเหตุผล ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้อย่างเข้าใจในเรื่องของการใช้ยาและบทบาทการบริหารยาอย่างสมเหตุผล และงานวิจัยของ Putthikhon¹⁰ ที่พบว่ารายวิชาเภสัชวิทยา มีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคทฤษฎีมากที่สุด

ด้านทัศนคติ นักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการเลือกใช้ยาและการบริหารยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับเห็นด้วย เมื่อได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาพบว่ามีความเชื่อของทัศนคติเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunmusik⁷ และ Sarakshetrin⁸ พบว่านักศึกษามีเจตคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่านักศึกษามีได้รับการปลูกฝังให้เห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาลที่มีการสอดแทรกเรื่องของการบริหารยา ทั้งในวิชาการพยาบาลพื้นฐานและวิชาเภสัชวิทยาทางการแพทย์พยาบาล ช่วยปลูกฝังให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งในบทบาทของการเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ และบทบาทของการเป็นผู้ใช้ยา ดังจะเห็นได้จากผลการสะท้อนคิดของนักศึกษา ที่บอกว่า “การเลือกใช้ยา เราควรคำนึงถึงประโยชน์และโทษ ว่าอย่างไรหนามากกว่ากัน และจะเกิดผลข้างเคียงมากน้อยเพียงใด” เราควรอ่านคู่มือยาและวิธีการใช้ยาให้ดีกว่าการให้ยา” และ “การใช้ยาควรพิจารณาถึงความจำเป็นหรือไม่จำเป็น โทษและประโยชน์ในการใช้ยา” การเรียนในวันนี้ทำให้เราต้องมาคิดว่ายาที่เราใช้กันอยู่ทุกวัน อาจจะเป็นการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทั้งหมด” เป็นต้น

ด้านทักษะความสามารถการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าทักษะด้านความสามารถ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการใช้ยาสมเหตุผล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.37, SD = 0.82) สอดคล้องกับการศึกษาของ Charoensuk⁹ ที่ศึกษาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาลพบว่าการประเมินประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

ในขณะที่ทักษะด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพกับทีมและยอมรับในบทบาทของสาขาวิชาชีพนั้นมีความคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามนั้น นักศึกษาได้รับการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับองค์ความรู้และทฤษฎีทางการแพทย์ รวมถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่นักศึกษาได้รับ การสอนให้ปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ตามมาตรฐานคุณภาพทางการแพทย์¹⁹ แต่ยังไม่ได้รับการเรียนในภาคปฏิบัติที่จะได้ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยที่มีการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะเรียนในภาคการศึกษาถัดไป แตกต่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ขึ้นไปผ่านการเรียนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมาแล้วมีสมรรถนะการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ดังการศึกษาของ Suriyanimitsuk²⁰ ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าอาจารย์พยาบาลควรพัฒนานักศึกษาในด้านการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพราะเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญสำหรับการพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติการใช้ยาสมเหตุผลก่อนและหลังเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษาการใช้ยาสมเหตุผลอยู่ในระดับมาก แสดงว่าการจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยใช้กรณีศึกษา สามารถนำมาใช้ในการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและกำลังได้รับความสนใจ ที่มาจากสื่อต่าง ๆ หรือจากการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย และการตั้งคำถาม ทำให้ผู้เรียนมองเห็นภาพ นำไปสู่การคิดหาคำตอบ โดยมีทีมอาจารย์ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้คำปรึกษาและชี้แนะ นักศึกษาสามารถนำเสนอข้อมูลได้อย่างอิสระทำให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ¹² นักศึกษาได้ฝึกทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ รวมไปถึงทักษะด้านอาชีพและการเรียนรู้ สอดคล้องกับ Apichutboonchock²¹ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการ

จัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Sulosaari¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถด้านการใช้ยาของนักศึกษาในประเทศฟินแลนด์ พบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาในสถานการณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้ยาได้อย่างปลอดภัย

2. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาสมเหตุผลโดยใช้กรณีศึกษา

นักศึกษามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการใช้กรณีศึกษาในการจัดการเรียนรู้นั้น เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ทำให้เกิดการกระตุ้นและดึงดูดความสนใจแก่ผู้เรียน ทำให้นักศึกษามีส่วนร่วมในชั้นเรียน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บรรยายภาคในชั้นเรียนที่สนุกสนาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินและข้อคิดเห็นของนักศึกษาที่บอกว่า สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง อาจารย์ให้คำปรึกษาได้เหมาะสม และได้ฝึกทักษะในการสืบค้นข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการใช้เทคโนโลยี สอดคล้องกับการศึกษาของ Poomriew²² และ Kleebprathum²³ พบว่าการสอนโดยใช้กรณีศึกษาที่ผู้สอนให้ข้อคิดข้อเสนอแนะและบรรยากาศการเรียนมีความ

ผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมาก กรณีศึกษาเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ความเข้าใจในบทเรียนมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Apichutboonchock²¹ ที่พบว่า การส่งเสริมและสนับสนุนของอาจารย์ผู้สอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาสมเหตุผลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบวิธีการสอนนี้ไปประยุกต์ใช้ในการสอน และเน้นการสอดแทรกประเด็นการสร้างสัมพันธภาพกับทีมและยอมรับในบทบาทของสหวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เพื่อพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในด้านดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยใช้กรณีศึกษากับการเรียนการสอนในรูปแบบอื่น

References

1. Sungkhao M. & Thaniwattananon P. Effect of Self-Management Supporting Program on Medication Adherence and Blood Pressure Level Among the Older Patients with Uncontrolled Hypertension. Songklanagarind Journal of Nursing 2020; 40(1):84-100. (in Thai).
2. Muenpa R. & Puripunyanich N. Rational Drug Used: RDU. [Internet]. [cited 2019 April 15]. Available from: www.ccpe.pharmacycouncil.org/showfile (in Thai).
3. National Drug Policy Information Food and Drug Administration. National Drug Information. [Internet] [cited 2022 April 15]. Available from: http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20210330101713.pdf (in Thai).
4. Rational Use of Drug Subcommittee. Teacher's guide for promoting rational drug use. Nonthaburi: Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, Thailand; 2017. (in Thai).
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. The model of integrating the rational drug use curriculum into the Bachelor of Nursing Science program. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2018. (in Thai).

6. Faculty of Nursing Siam University. Program Specification Nursing Curriculum (Improved program B.E. 2558). Bangkok: Siam University; 2018. (in Thai).
7. Bunmusik S, Chantra R, & Heeaksorn C. Knowledge Attitude and Behaviors in Rational Antibiotics Use of Nursing Students Southern College of Nursing and Public Health Network. *JHRI*. 2019; 2(1): 25-36. (in Thai).
8. Sarakshetrin A, Rungnoi N, & Yoomung P. Development of the Supplementary Curriculum for promoting Rational Antibiotic Drug Use Competencies among Nursing Students. *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2019; 20(3):187-99. (in Thai)
9. Charoensuk S, Leungratamart L, Reunreang T, Tuner K, & Theinpichet S. An evaluation of competency in rational drug use of nursing graduates. *JRTNA*. 2020; 21(2):158-68. (in Thai).
10. Putthikhan P, Suwannapong K, Angsirisak N, Turner K, & Theinpichet S. An Evaluation of the Policy of Integrating RDU Curriculum into the Bachelor of Nursing Science Program and RDU Competency of Nurse Instructors. *TRC Nurs J*. 2019; 13(1):282-301. (in Thai).
11. Sulosaari V, Kajander S, Hupli M, Huupponen R, & Leino-Kilpi H. Nurse students' medication Competence an integrative review of the association factors. *Nurse Educ Today*. 2012; 32(4): 399-405.
12. Khammani T. Science of teaching: Knowledge for teaching and learning process be efficient. 20th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai).
13. Working Committee of Project Evaluation for Integrating RDU into Nursing Science Program, Thailand Nursing and Midwifery Council. Manual book of rational drug use instruction for nursing science program. Bangkok: Danex inter-corporation; 2019. (in Thai).
14. McMillan JH, & Schumacher S. Research in education: Evidence-based inquiry. 7th, Pearson new international ed. Harlow: Pearson Education; 2014.
15. Best, John W. Research in Education. 4 rd ed. Englewood. Cliff, N.J.: Prentice Hall. Borg, Walter R. and G; 1981.
16. Russo D. Competency measurement model. European Conference on Quality in Official Statistics (Q2016), Madrid; 2016.
17. Sevgül D, Kivanç G, & Pinar Göv. Knowledge, attitude and practice of self-medication with antibiotics among nursing student. *Inter J Pharm*. 2017; 14(1):136-43
18. Sulosaari V, Huupponen R, Hupli M, Puukka P, Torniaainen K, & Leino-Kilpi H. Factors associated with nursing students' medication competence at the beginning and end of their education. *BMC Med Educ*. 2015; 15: 223. DOI: 10.1186/s12909-015-0513-0
19. Harnyoot O. Nursing Process and Implications. *JRTAN*. 2014; 15(3):137-43. (in Thai).
20. Suriyanimitsuk T, Reunreang T, Seubyart E, Patnattee K, & Yimyoung A. Result of interprofessional education (IPE) on health promotion in pregnant women for interprofessional collaborative competency attainment. (2020). *JOPN*. 12(2):380-7. (in Thai).

21. Apichutboonchock, S. The development of a case study learning model for developing student nurses' competency in respiratory assessment in a newborn intensive care unit. *Vajira Med J.* 2015; 59(3), 25-34. (in Thai).
22. Poomriew, R., Sangchai, R., Chavanich, L., Kongmueang, U., Jompitaksa, Y., Yotongyos, M., et al. The Effect of Case Study Approach on Learning Achievement of bachelor's degree Students in a Private University, Bangkok Metropolis. [Internet]. [cited 2020 March 10]. Available from: <http://bkkthon.ac.th> › home › department-24 › files PDF (in Thai).
23. Kleebrathum, P. Effects of Case Study on Learning Achievement and Satisfaction towards the Leadership Development Course, Kamphaeng Phet Rajabhat University. In the 3rd KRU national academic conference. Kanchanaburi Rajabhat University 2018; 474-82. (in Thai).

บทความวิจัย

The Effect of Family Members' Health Literacy Development Program on Knowledge, Health Literacy and Stroke Prevention Behavior for Hypertensive Patients in the Community

Received: Sep 6, 2022
Revised: Jan 6, 2023
Accepted: Jan 27, 2023

Prapaporn Suvarnakuta, M.N.S.¹

Sirirat Joomjana, M.N.S.²

Waneee Tapaneeyakorn, Ph.D.³

Supaporn Nantasak, M.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Stroke is a crucial problem that can lead to death and other complications, resulting in dependence on family members.

Research Objective: To examine the effect of family members' health literacy development program on knowledge, health literacy, and stroke prevention behavior for hypertensive patients in the community.

Research Hypothesis: The mean scores of knowledge, health literacy, and stroke prevention behaviors of the sample group after participating the program would be higher than before participating the program.

Research Methodology: The study used a quasi-experimental one-group pretest- posttest design. Samples consisted of 30 family members of hypertensive patients. A purposive sampling was used to recruit participants. The instruments were as follows: 1) the health literacy development program for family members, 2) a stroke knowledge questionnaire, 3) a stroke health literacy questionnaire, and 4) a stroke prevention behavior questionnaire for hypertensive patients. Content validity index of the health literacy development program for family members was .82. Reliability values of the instruments were .88, .80, and .84, respectively. Descriptive statistics, and pair t-test were used to analyze data.

Results: Mean scores of knowledge, stroke health literacy, and stroke preventive behaviors of the sample group at follow up were statistically significantly higher than at baseline ($p < .05$).

Conclusions: The family members' health literacy development program had significant effects on positive outcomes including knowledge, stroke health literacy, and stroke preventive behaviors.

Recommendation: The family members' health literacy development program should be promoted among family members of hypertensive patients in community. Also, data should be collected to assess the long-term effect of the program.

Keywords: Stroke, Hypertensive, Health literacy, Prevention behaviors

Funding: Saint Theresa International College

¹Corresponding author: Lecturer, E-mail: prapa.suvarn@hotmail.com

^{2,4}Lecturer, ²E-mail: aerirat@gmail.com, ³E-mail: wanneebcn@gmail.com ⁴E-mail: nantasak.spp@gmail.com

^{1,4}Faculty of Nursing, Saint Theresa International College, Nakhon Nayok, Thailand.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

Received: Sep 6, 2022

Revised: Jan 6, 2023

Accepted: Jan 27, 2023

ประภาพร สุวรรณภูมิ พย.ม.¹

ศิริรัตน์ จูมจะนะ พย.ม.²

วรรณิ ตปนียากร ปร.ด.³

สุภาพร นันทศักดิ์ พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและมีปัญหาภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพฯ 2) แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ เท่ากับ .82 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .88, .80 และ .84 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ความฉลาดทางสุขภาพเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพฯ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ส่งเสริมการใช้โปรแกรมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพร้อมกับเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล

แหล่งทุน วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

¹Corresponding author อาจารย์ประจำ ¹E-mail: prapa.suvarn@gmail.com

^{2,4}อาจารย์ประจำ ²E-mail: aerirat@gmail.com, ³E-mail: wanneebcn@gmail.com ⁴E-mail: nantasak.spp@gmail.com

¹⁻⁴คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก ประเทศไทย

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก สาเหตุที่พบบ่อยคือ ภาวะความดันโลหิตสูง อุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดสมองพบประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปีและเฉลี่ยทุก 6 วินาที จะเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ในปี 2563 อัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ เท่ากับ 328 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 10.34 ต่อประชากรแสนคน² และ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีจำนวน 171 และ 269 คนตามลำดับ ซึ่งสูงที่สุดในจังหวัดปทุมธานี³ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดการขาด ภาวะอ่อนแรงของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiparesis) สับสน มีปัญหาในการพูด การคิด ความจำ การมองเห็น ปัญหาการทรงตัว ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลหรือผู้ดูแลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว ชุมชน และภาครัฐทั้งในระยะสั้นหรือระยะยาว เป็นภาระเศรษฐกิจของประเทศ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพได้ แต่ถ้ามีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้าใจในการใช้ยา ความร่วมมือในการรักษา และระยะเวลาการมาพบแพทย์ที่ช้า จากรายงานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการมาพบแพทย์ ปี 2561 เฉลี่ยอยู่ที่ 340 นาที ซึ่งไม่ทันในระยะเวลาที่สามารถให้ยาลดไขมันได้ คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้เข้ามารับการรักษาทั้งหมด เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง⁵ การศึกษาของ Nualnetr, Wannaphong, และ Khama⁶ ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 12.3 ที่เคยได้ยินคำว่าทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และน้อยกว่าร้อยละ 10 รับรู้อาการเตือนของโรค

หลอดเลือดสมองที่บ่งบอกว่าควรเข้าสู่ระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และประมาณ 1 ใน 3 ยังไม่ทราบวิธีที่เหมาะสมในการช่วยเหลือบุคคลให้เข้าสู่การบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนร้อยละ 42 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน⁷

ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะการรู้คิดทางปัญญาและทักษะทางสังคม (cognitive and social skills) เป็นสิ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เข้าใจ สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในทางที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁸ และตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนคือ การเข้าใจ เข้าถึง วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะการอ่าน การเขียน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล⁹ การศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบผ่านเว็บกับผู้ป่วยและญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างและครอบครัวมีความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถดูแลผู้ป่วยได้¹⁰ ดังนั้นระบบบริการสุขภาพต้องออกแบบให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของประชาชนที่มีพื้นฐานความฉลาดทางสุขภาพที่แตกต่างกัน และไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นควรครอบคลุมผู้ดูแลหรือครอบครัวด้วย¹¹ หากบุคคลใกล้ชิดหรือสมาชิกครอบครัวรับรู้ความรุนแรงของโรค รู้เรื่องการสังเกตอาการเตือน บริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการดูแลที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้จัดการกับอาการและสามารถนำส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลา เพราะสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง คือ การตัดสินใจของตัวผู้ป่วย ญาติ และบุคคลใกล้ชิด¹²

การศึกษาในส่วนของ การดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เฉพาะในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่านั้น แต่ในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาด

ทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลช่วยให้ลดอัตราการอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตลงได้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพสำหรับสมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) แบบ One-group Pretest- posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัว ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน หรือผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี จำนวน 4 แห่ง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกครอบครัวและปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ป่วย 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยการฟัง พูด อ่าน เขียน 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอาศัยอำนาจการทำนาย (power) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 และขนาดความสำคัญของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดการวิจัยทางการแพทย์ของ Burn & Grove¹³ ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน และเพื่อทดแทนในกรณีไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 20¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน เพื่อป้องกันกรณีเข้าร่วมโครงการได้ไม่ครบตามระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹⁵ ร่วมกับประยุกต์ใช้เครื่องมือของ Wangsom, Intarakamhang และ Ekkapanyasakul¹⁶ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติ สายตรง การได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา

1.2 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 20 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-20 คะแนน

1.3 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ความฉลาดน้อยที่สุด ความฉลาดน้อย ความฉลาดปานกลาง ความฉลาดมาก และ ความฉลาดมากที่สุด

1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์จากกรอบแนวคิด ของของ Nutbeam⁸ คือ โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทาง สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เวลา 8 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ในโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของ สมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ทฤษฎีความฉลาดด้านสุขภาพ (Health Literacy)	โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัวต่อความรู้ ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
1. กิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่านและ เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	<p>สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 6 ชั่วโมง)</p> <p>1) กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแจกแผ่นพับ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน การช่วยเหลือผู้ที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์</p> <p>2) ให้ชมวิดีโอที่เกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯฝึกทดลอง แสดงบทบาทสมมติ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยตามสถานการณ์ที่กำหนด</p> <p>3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ</p>
2. กิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative/ interactive health literacy)	<p>สัปดาห์ที่ 2-7 (ใช้เวลา 30 นาที/ครอบครัว/สัปดาห์)</p> <p>ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน การช่วยเหลือผู้ที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วย และการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีข้อสงสัย หรือเกิดอาการผิดปกติ ภาวะฉุกเฉิน หรือมีข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย พร้อมช่วยเหลือให้คำแนะนำเพิ่มเติม</p>
3. กิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการ วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ ควบคุมจัดการ สถานการณ์ใช้ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และใช้ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill)	<p>สัปดาห์ที่ 8 (ใช้เวลา 3 ชั่วโมง)</p> <p>1) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและ การตัดสินใจ การวิเคราะห์เปรียบเทียบประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและ การแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้จาก กิจกรรมอย่างมีเหตุผล และสรุปประสบการณ์ที่ได้รับ</p> <p>2) ประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าโปรแกรมฯ</p>

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) ของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพฯ เท่ากับ .82 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .80 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา หมายเลขการรับรอง STIC ๐๐๒/๒๐๒๐ และได้ขออนุญาตทำการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองทุกคน จากนั้นดำเนินการประเมินความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window โดย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง คะแนนความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Pair t-test โดยการศึกษาที่กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 มีอายุ 60 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมา 56-60 ปี ร้อยละ 30.00 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.33 รองลงมาคืออาชีพ รับจ้าง เกษตรกรและวัยเกษียณเท่ากัน ร้อยละ 20.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.00 และ นับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.67 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติสายตรง ร้อยละ 40.00 และ ร้อยละ 20.00 เคยการได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าโปรแกรมฯค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.10 หลังเข้าโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 13.79 ดังตารางที่ 2

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 หลังเข้าโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 ดังตารางที่ 2

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 หลังเข้าโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 4.92 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง คะแนนความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการให้โปรแกรม

	n	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1. คะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	30	11.10	0.62	13.79	2.10	2.928	29	0.01*
2. คะแนนความฉลาดทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง	30	2.23	0.09	3.28	1.51	3.848	29	0.01*
3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วย	30	3.88	0.81	4.92	0.00	7.033	29	0.01*

* p -value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, \bar{X} ก่อน=11.10, หลัง=13.79) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonset และ Piyabanditkul¹⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ต.หัวbyg อ.เมือง จ.ชัยภูมิ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ Chul-Gyu และ Hyeoun-Ae¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบผ่านเว็บไซต์กับผู้ป่วยและญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวมีความรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่าการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้ใหญ่ คือ การเรียนรู้ในวิธีที่หลากหลายผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น วิดีทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ที่ผ่านประสาทสัมผัสหลายส่วนทั้งตา หู ทำให้สามารถจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น¹⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

คะแนนความฉลาดทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, \bar{X} ก่อน = 2.23, หลัง = 3.28) สอดคล้องกับการศึกษาของ Samanmit, Boontae และ Rungnoel²⁰ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ Sanders et al.²¹ ที่อธิบายได้ว่า หากบุคคลมีความรู้ เข้าใจ ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการของตนเอง จะสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตน ลดอัตราการป่วย การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ การจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชนนั้น ต้องคำนึงถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน การจัดโปรแกรมฯ ควรจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ผ่านการชมวิดีโอ การอภิปรายกลุ่ม

การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติ แผ่นพับหรือสื่อสิ่งพิมพ์ ที่แสดงรูปภาพต่าง ๆ ที่ผ่านประสาทสัมผัสหลายส่วนทั้งตา และหู จะทำให้สามารถจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี¹⁸ และสามารถนำ ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแล ผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงมีทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดให้เกิดความฉลาด ทางสุขภาพในระดับบุคคล และระดับครอบครัวให้ห่างไกล จากอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองได้ ความฉลาดทาง สุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจ ความเข้าใจ การใช้ข้อมูลข่าวสาร การใช้บริการ สุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของ ตนเอง ครอบครัวและชุมชน^{12,18} ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁸

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, \bar{X} ก่อน = 3.88, หลัง = 4.92) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yodda, Varinee, liamsawatkul และ Nuiee²² ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่า ก่อนการทดลอง และ Boonset และ Piyabanditkul¹⁷ ที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของ

คะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่ง กิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam⁸ โดยการให้ความรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ฝึกคิดวิเคราะห์ ผ่านวีดิทัศน์ทำให้เกิดความตระหนักต่ออันตรายที่อาจจะ เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับการได้รับการ พัฒนาทักษะการปฏิบัติ การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมที่ บ้านรายบุคคลเพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา การสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ประสบการณ์ และการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่ม ซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพราะสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วย¹⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่าง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาผลของโปรแกรมฯในระยะยาวเพื่อศึกษาความ คงทนของความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแล ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน

References

1. Punmung N, Yulertlob A, Chepho A. World Stroke Day. (internet). (cited in 2020 Feb. 1) Available from: <https://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>. (2018). (in Thai)
2. Tiamkao S. Stroke situation. *Thai J of Neurology* 2021; 37(4):54-60. (in Thai)
3. ICT Office of Permanent Secretary. Report NCDs. (internet). [cited in 2021 June 1]. Available from: https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted//ncd_death_age.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=9bf46fa15f85178a05b665ae986bd467.2020. (in Thai)
4. Lalun A, Maneesri S. Perception and physical activities of daily living among elderly patients at Naphai Sub District, Mueang District, Chaiyaphum Province. *J for Public Health Research* 2020; 9(1): 65-7. (in Thai)
5. Boonsri A, Thongbubpa S. Stroke digital service system. *TUH J online* 2020; 5(3): 36-44. (in Thai)
6. Nualnetr N, Wannaphong S, khama S. Perception of Stroke Fast Track among Risk Persons in Community. *Srinagarind Medical J* 2015; 30 (1): 57-63. (in Thai)
7. Thamsaroj P. Ischemic and obstructive cerebrovascular disease. Bangkok: Charansanitwong printing; 2014. (in Thai)
8. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for Contemporary health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-67. Doi:10.1093/healthpro/15.3.259
9. Riangkam C, Wattanakikrilt D, Ketcham A, Srivijitkamol A. Health literacy, self- efficacy, age and visual acuity predicting on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *J of Nursing Science* 2016; 34(4) :35-46. (in Thai)
10. Chul-Gyu K, Hyeoun-Ae P. Development and Evaluation of a Web-based Education Program to Prevent Secondary Stroke. *J Korean Academic Nursing* 2011;41(1): 47-60. DOI: 10.4040/jkan.2011.41.1.47
11. Chantra R, Heetaksorn C, Kunlaka S, Sarakshetrin A, Rongmuang D. Health Literacy of the Population at Risk for Diabetes and Hypertention. *Nursing J of the Ministry of Public Health* 2020; 30(2):177-189. (in Thai)
12. Jaipong S, Srithumsuk W, Charoenson P. A Study of Severity and Perception of Disease's Severity to Hospital Arrival Time for relatives of Acute Stroke Patients. *J of The Royal Army Nurses* 2020; 21(2): 273-285. (in Thai)
13. Burn N, Grove S.K. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
14. Polit D. F, Beck C T, Hunger B.P. *Essential, and utilization*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.

15. Division of Health Education. Department of Health Service Support. Handbook for assessing health literacy of Thai people aged 15 years and over following the ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults. Nonthaburi: New Thammada Printing; 2014. (in Thai)
16. Wangsom W, Intarakamhang A, Ekapanyaskul C. Social and intelligent aspects to predict the health care behavior among patients at risk of ischemic stroke. J Medicine Health Sciences 2018; 25(2): 82-96. (in Thai)
17. Boonset P, Piyabanditkul L. Effects of Stroke Prevention Program in the High Voices Group, Huai Bong Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province. J of Sakon Nakhon Hospital 2018; 21(2): 28-41. (in Thai)
18. Pamungkas P.A, Chamroonsawasdi K. Family Functional-based Coaching Program on Healthy Behavior for Glycemic Control among Indonesian Communities: A Quasi-experimental Study. Oman Medical J 2020; 35(5):115-125. DOI 0.5001/omj.2020.115
19. Toebsoongnoen S, Kuhirunyaratn P. Perception level toward Stroke Signs among Hypertension Patients of Botong Sub-District Health, Pakchong District, Nakhon Ratchasima Province. Srinagarind Medical J 2017; 32(5): 482-90. (in Thai)
20. Samanmit C, Boontae U, Rungnoei N. Health Literacy Development Model for Preventing Stroke Disease among Patients with High Risk of Stroke in Primary Care Units, Phetchaburi Province. Region 4-5 Medical J 2020; 39 (3) :344-363. (in Thai)
21. Sanders K, Schnepel L, Smotherman C, Livingood W, Dodani S, Antonios N, et al. Assessing the Impact of Health Literacy on Education Retention of Stroke Patients. Preventing Chronic Disease 2014; 11(1): 1-1DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130259>
22. Yodda P, Varinee P, Iiamsawatkul V, Nuiee M. Effects of Stroke Prevention Behavior Development Program in Hypertensive Patients in Borabue District, Maha Sarakham Province. J of Nursing 2019; 8(4): 39- 48. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of Music Therapy Program on Depression among Older Adults in Community, Trang Province.

Received: Sep 21, 2022

Revised: Dec 5, 2022

Accepted: Dec 9, 2022

Perawit Suwanvala, M.N.S.¹

Saifon Aekwarangkoon, Ph.D.²

Naiyana Noonil, Ph.D.³

Abstract

Introduction: The incidence of depression in the elderly continues to increase. One of the non-drug treatments for depression among elderly is the use of music therapy. It combines natural sounds with musical frequencies which is similar to brain waves, leading to a response within the mind, and resulting in emotional change. Ultimately, depression would be lessened and achieve better mental health.

Research objectives: To compare the average score of depression among elderly in the experimental group before and after receiving music therapy, and to compare the average score of depression among elderly between the experimental group and the control group before and after receiving music therapy.

Research methodology: This study used a quasi-experimental design. Participants were 80 elderly whose diagnosed with mild to moderate depression. They were recruited from area of the primary healthcare unit in Trang province. Then, 30 participants were assigned to an experimental group, and 30 to a control group. Research instruments were a demographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS), and the Music Therapy Self-Assessment Questionnaire (MTSQ) and manual, and music file. Data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, percentage, and independent t-test.

Results: Results showed that at follow up, depression mean score ($M = 12.32$, $SD = 1.69$, $p < .05$) of the participants in the experimental group was significantly lower than at baseline ($M = 16.53$, $SD = 2.12$, $p < .05$). Moreover, at follow-up, depression mean score ($M = 12.32$, $SD = 1.69$, $p < .001$) of the participants in the experimental group was significantly lower than a control group ($M = 15.82$, $SD = 2.06$, $p < .001$).

Conclusion: Music therapy program can be used as an alternative treatment for elderly with depression in the community.

Implications: Caregivers should use music therapy to decrease depression in elderly whose diagnosed with mild to moderate depression. However, a favorite and type of music should be considered prior to the use of music therapy.

Keywords: depression, music therapy, elderly, community

¹ Thesis Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner. E-mail: perawit@bcnt.ac.th

^{2,3} Corresponding author: Associate Professor. E-mail: ²saifon.aekwarangkoon@gmail.com, ³E-mail: nnaiyananoonil@gmail.com

¹⁻³ School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand

ผลของโปรแกรมดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง

Received: Sep 21, 2022

Revised: Dec 5, 2022

Accepted: Dec 9, 2022

พีรวิชญ์ สุวรรณเวลา พย.ม.¹

สายฝน เอกวารงกูร ปร.ด.²

นัยนา หนูนิล ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหนึ่งในวิธีบำบัดที่ไม่ใช้ยา คือ การใช้ดนตรีบำบัดที่ผสมเสียงที่มีความเป็นธรรมชาติร่วมกับคลื่นดนตรีที่มีความถี่เท่ากับคลื่นสมอง ส่งผลให้มีการตอบสนองภายในจิตใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับดนตรีบำบัด และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับดนตรีบำบัด

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 4 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย คู่มือการใช้ และไฟล์ดนตรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง ($M=12.32$, $SD=1.69$) ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง ($M=16.53$, $SD=2.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($M=12.32$, $SD=1.69$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M=15.82$, $SD=2.06$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผล: การนำโปรแกรมดนตรีบำบัดไปใช้จริงในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้จริง

ข้อเสนอแนะ: ผู้ดูแลควรมีดนตรีบำบัดมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความชอบฟัง และประเภทของดนตรีในแต่ละบุคคลก่อนแนะนำการใช้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ดนตรีบำบัด ผู้สูงอายุ ชุมชน

¹ วิทยานิพนธ์ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ E-mail: perawit@bnc.ac.th

^{2,3} Corresponding author รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์² E-mail: saifon.aekwarangkoon@gmail.com,

^{1,3} สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั่วโลก ผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรโลกมากกว่า 264 ล้านคน กำลังเผชิญภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ¹ สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุ² และพบว่าสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าของประชากรภาคใต้สูงกว่าสถิติระดับประเทศคิดเป็นร้อยละ 3.9 เมื่อจำแนกตามโครงสร้างอายุ พบว่าความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าสูงสุดในกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้น (Masked depression) สูงถึงร้อยละ 35 และกว่าร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวมีการฆ่าตัวตาย³ ซึ่งในพื้นที่ศึกษาที่มีอัตราของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นทุกปี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะมีอาการรู้สึกเบื่ออาหารในบางมื้อบางวัน หลีกหนีกิจกรรมในหมู่บ้านถ้าไม่ได้ถูกบังคับให้เข้าร่วม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง บางรายรู้สึกโดดเดี่ยวและอาจมองว่าตนเองเป็นผู้ถูกทอดทิ้งทั้ง ๆ ที่ยังมีญาติพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือ จากอาการทั้งหมดที่กล่าวมาอาจนำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้นและสุดท้ายนำไปสู่ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ได้

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มุ่งบำบัดด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า⁴ ด้วยการปรับสมดุลสารสื่อประสาทสมอง คือ ซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการแสดงอารมณ์⁵ อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุนิยมใช้ยาต้านภาวะซึมเศร้าในปริมาณต่ำที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยา⁶ การค้นหาวิธีการบำบัดโดยไม่ใช้ยาจึงมีความสำคัญยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า⁷ ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดด้านจิตสังคมที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มระดับสาร Serotonin เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยปรับคลื่นสมองให้มีลักษณะผ่อนคลายมากขึ้นจากการถูกปรับด้วยคลื่นเสียงดนตรีที่มีความถี่ชนิดเดียวกันคือ Alpha wave เมื่อสมองถูกปรับให้เป็นคลื่นดังกล่าวเหมือนกัน ก้านสมองจะทำหน้าที่ส่งข้อมูลไปยังสมองว่าขณะนี้รู้สึกผ่อนคลาย จากนั้น Mesolimbic

dopamine system จะเข้าสู่วงจรการหลั่ง Serotonin ออกมา⁸ กระบวนการบำบัดมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว (Music Mood and Movement: MMM) บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่าดนตรีส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ภายในจิตใจและการตอบสนองทางกายภาพไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ส่วนประกอบของจังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืนของเสียง ทำให้เกิดการตอบสนองทางจิตใจของบุคคลที่สัมพันธ์กับศูนย์การได้ยินที่อยู่ในสมองและกระบวนการทำงานในระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการรับรู้อารมณ์และความรู้สึก กระตุ้นให้เกิดกระบวนการสร้างและการทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า⁸

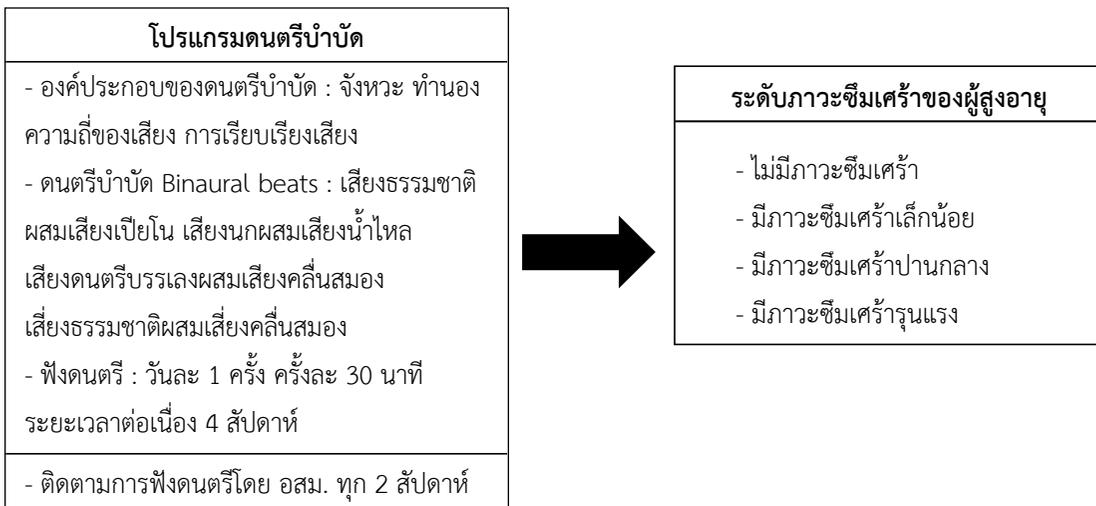
ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษา ดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย การพยาบาลในรูปแบบอื่น ๆ อาจไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ ในบางราย พยาบาลยังต้องการความรู้ในเรื่องของการบำบัดในวิธีการใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติสำหรับการบำบัดทางด้านจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม ดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในชุมชน คาดหวังว่าการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ สำหรับการบำบัดรักษาและเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้ดูแลเพื่อใช้สร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้นำแนวคิดทฤษฎีดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหวของ Murrock & Higgins⁹ ที่กล่าวว่าดนตรีช่วยให้บุคคลเกิดการตอบสนองภายในจิตใจ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยมุ่งศึกษาดนตรีบำบัดต่อการตอบสนองภายในจิตใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Mild to moderate depression) ส่วนประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับ และความกลมกลืน

ของเสียง โดยนำมาเรียบเรียงใหม่ด้วยการผสมผสานสร้าง Binaural Beats ซึ่งเป็นดนตรีที่มีความถี่สองชนิด ที่มีระดับความถี่ของคลื่นเท่ากับ Alpha wave เมื่อรวมกับการทำงานของระบบลิมบิก (Limbic system) จะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยากระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทสมองและปรับคลื่นสมองให้อยู่ในภาวะผ่อนคลาย ร่วมกับกระบวนการทำงาน

ของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Para-sympathetic) ให้ทำงานเด่นขึ้นจนเกิดภาวะผ่อนคลายอย่างเต็มศักยภาพ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในภาวะของความสงบสุข ผ่อนคลาย มั่นคง จนมีภาวะซึมเศร้ายาลดลง⁵ ช่วยให้เกิดอารมณ์ด้านบวก สรุปได้ดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิ ความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมดนตรีบำบัดกับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดน้อยกว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, two-groups, pretest-posttest design) ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาศัยในเขตของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง และมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คือ 1) มีคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) ระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) และปานกลาง (19-24 คะแนน) 2) ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช ไม่ได้รับประทานยาต้านเศร้า 3) ได้ยินเสียงและสามารถฟังภาษาไทยเข้าใจ 4) มีอุปกรณ์ฟังดนตรี 5) สามารถใช้อุปกรณ์ฟังเสียงเพลงได้เองหรือมีผู้ดูแลเปิดให้ฟังได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ 1) อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมหรือกิจกรรมบำบัดภาวะซึมเศร้าหรือโปรแกรมอื่นที่เกี่ยวข้อง 2) ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการวิจัยได้ 3) เจ็บป่วยจนไม่สามารถฟังดนตรีได้ และ 4) ไม่ชอบฟังดนตรี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power คำนวณ Effect size 0.6 และ power .80 ค่า α ที่ระดับนัยสำคัญ .05⁹ กำหนดสมมติฐานทางเดียว (One-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 36 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยอีกร้อยละ 10 Phuripong Charoenphaet¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นแต่ละกลุ่มจำนวน 4 ราย ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวมจำนวนกลุ่มละ 40 ราย การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังนี้ 1) แบ่งพื้นที่วิจัยจังหวัดตรงออกเป็น 10 อำเภอ จับฉลากมา 2 อำเภอ คือ อำเภอห้วยยอด และอำเภอนาโยง 2) จับฉลากมา 1 อำเภอเป็นกลุ่มทดลองและอีก 1 อำเภอเป็นกลุ่มควบคุม ได้อำเภอห้วยยอดเป็นกลุ่มทดลอง และอำเภอนาโยงเป็นกลุ่มควบคุม 3) จับฉลากหน่วยบริการสุขภาพจากแต่ละอำเภออำเภอละ 1 รพ.สต. อำเภอห้วยยอด ได้แก่ รพ.สต.ปากแจ่ม และอำเภอนาโยง ได้แก่ รพ.สต.นาข้าวเสีย 3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนได้ครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความแบบเติมข้อความลงในช่องว่างและเลือกตอบ 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแลหลัก และเสียงที่ชอบฟัง

ชุดที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย โดยตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ .94 เพศชายเท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ .93

เกณฑ์การแปลผล 0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 คู่มือการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัด ประกอบด้วย คำอธิบายรายละเอียดของดนตรี วิธีการใช้โปรแกรมดนตรี ความถี่ในการฟัง 16 ครั้งขึ้นไป แต่แต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์รายละเอียดรูปแบบดนตรี ทั้ง 4 ชนิด และตารางบันทึกการใช้โปรแกรม

ชุดที่ 2 ไฟล์ดนตรี บรรจุใส่แฟลชไดรฟ์ แผ่นซีดี และ ผ่านทาง Line ส่วนตัวพัฒนาโดยผู้วิจัยที่คิดค้นและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุทั้ง 5 ท่าน ดนตรีที่ใช้ในการศึกษามี 4 รูปแบบ

- 1) เสียงธรรมชาติผสมเสียงเปียโน
- 2) เสียงนกผสมเสียงต่ำไหล
- 3) เสียงดนตรีบรรเลงผสมเสียงคลื่นสมอง และ
- 4) เสียงธรรมชาติผสมเสียงคลื่นสมอง เสียงที่นำมาประกอบการศึกษาค้างนี้ นำมาจากการนำผลการสำรวจที่มีจำนวนมากที่สุดที่อันดับในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยการให้คำแนะนำในการลดภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกาย และกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คู่มือการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัด และไฟล์ดนตรี ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 1 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านดนตรี

บำบัดในผู้สูงอายุ 2 ท่าน ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทดลองนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่อำเภอเมือง รพ.สต.บ้านโพธิ์ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ 5 คน ปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อำเภอเมือง รพ.สต.บ้านโพธิ์ 30 ราย หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ .90 ก่อนนำไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขอนุมัติที่ WUEC-22-069-01 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์พิจารณาเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียหรือสูญเสียประโยชน์ใดๆ ทั้งนี้ระหว่างดำเนินการวิจัยผู้ร่วมการวิจัยเกิดมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นผู้วิจัยจะมีการส่งต่อข้อมูลแก่ผู้ดูแล และรพ.ที่รับผิดชอบในพื้นที่ทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ม.วลัยลักษณ์ ถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่และอำเภอห้วยยอด ผู้อำนวยการ รพ.สต. นาข้าวเสีย และ รพ.สต. ปากแจ่ม เพื่อชี้แจงรายละเอียด ขออนุญาตเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย นัด อสม. เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัยโดยในการเตรียมความพร้อมผู้วิจัยได้คัดเลือก อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป 10 คน โดยแนะนำให้ความรู้เรื่องดนตรีบำบัดเกี่ยวกับ ที่มาของดนตรี การใช้ดนตรี คำแนะนำในขณะฟังดนตรี รวมทั้งกระบวนการในการเยี่ยมติดตาม

1.2 ผู้วิจัยประสานผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้อย่างอิสระ และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียหรือสูญเสียประโยชน์ใดๆ ในผู้ที่ยินดี ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้า

ร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

1.3 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัด ระยะเวลาในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยมอบเอกสารคู่มือโปรแกรมและไฟล์ดนตรีบำบัดแก่กลุ่มทดลองโดยมีทั้งแบบแผ่นซีดี แบบแฟลชไดรฟ์ และ Line ส่วนตัว และได้เน้นย้ำถึงความถี่ในการใช้ดนตรี ระยะเวลาการใช้ คำแนะนำขณะฟังดนตรี และเวลาในการติดตามด้วย อสม.

2. ระยะทดลอง

ดำเนินการทดลองตามแผนที่กำหนดในกระบวนการวิจัย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลด้วยการให้คำแนะนำในการลดภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายอารมณ์ วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

3. ระยะหลังทดลอง

ประเมินภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 โดย อสม. และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ทดสอบค่าความเท่าเทียมในข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองด้วยสถิติ chi square ทดสอบการกระจายตัวของคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองว่ามีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติหรือไม่ด้วยการใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one-sample test

วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.00 อายุเฉลี่ย 64.97 (S.D.=7.67) ปี ร้อยละ 86.25 ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ที่ประถมศึกษาร้อยละ 37.50 ส่วนมากสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.75 รายได้ส่วนมากอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 96.25 ส่วนมากไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ

32.50 มีสมาชิกอาศัยร่วมกัน 5 คนขึ้นไป ส่วนมากชอบเสียงธรรมชาติ ร้อยละ 50 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัด ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลอง (Mean=12.32, S.D.=1.69) ลดลงกว่าก่อนทดลอง (Mean=16.53, S.D.=2.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Mean=15.82, S.D.=2.06) ลดลงกว่าก่อนทดลอง (Mean =15.96, S.D.=3.32) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อน และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=80)

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
กลุ่มทดลอง (n=40)	16.53	2.12	12.32	1.69	4.21	38	.95	.04*
กลุ่มควบคุม (n=40)	15.96	3.32	15.82	2.06	0.14	38	1.48	.22

*p < 0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง (Mean=12.32, S.D.=1.69) ลดลง

มากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=15.82, SD=2.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=80)

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean difference	df	t	p-value
	M.	S.D.	M.	S.D.				
ก่อนทดลอง	15.96	3.32	16.53	2.12	-0.57	76	-.36	.51
หลังทดลอง	15.82	2.06	12.32	1.69	3.5	76	4.1	.000*

*p < 0.001

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.00 เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า¹¹ ร้อยละ 87.50 มีช่วงอายุระหว่าง 61-70 ปี (Mean=64.97, SD.=7.67) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เข้าสู่วัยสูงอายุช่วงแรก ผู้สูงอายุหลายรายไม่สามารถปรับตัวได้จากหลายปัจจัย ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่ลดลง สอดคล้องกับทฤษฎีที่ชีวภาพทางการแพทย์ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เริ่มเข้าสู่ผู้สูงอายุในช่วงแรก จะมีการปรับตัวของสารสื่อประสาท Serotonin, Dopamine, Norepinephrine น้อยลง¹² ด้านสถานภาพสมรสพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.00 ไม่ได้อยู่กับคู่ ร้อยละ 96.25 ไม่มีผู้ดูแลการอยู่คนเดียวส่งผลต่อความรู้สึกโดดเดี่ยว เช่นเดียวกับผลการสำรวจของ HSRI¹³ ที่พบว่าการอยู่คนเดียวส่งผลต่อภาวะอารมณ์และความรู้สึกโดดเดี่ยวนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 97.50 มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี อาจส่งผลให้เกิดความจำกัดต่อการดำเนินชีวิต ดังผลการศึกษาของ Muangkhwa .P¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีระดับการศึกษาที่ต่ำจะส่งผลสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น

ด้านผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าดนตรีบำบัดมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยพบว่าหลังการใช้ดนตรีบำบัด กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเกิดกลไกและกระบวนการทำงานของดนตรีบำบัดส่งผลให้เกิดสภาวะจิตใจที่สงบขณะฟังจิตใจอยู่ในสภาวะผ่อนคลายจากคลื่นเสียง ความถี่ จังหวะ ทำนองที่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดภาวะอยู่กับตนเองอย่างเป็นปัจจุบัน เกิดสมาธิ อารมณ์ผ่อนคลาย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดนตรีและอารมณ์ของ Murrock & Higgins⁹ ที่กล่าวว่า การฟังดนตรีช่วยให้บุคคลอยู่ในสภาวะผ่อนคลายจากอารมณ์ด้านลบ ช่วยขจัดภาวะซึมเศร้าด้วยการให้จิต

อยู่กับเสียงเพลง ทำนอง การบรรเลงของเสียงที่รอดผ่านโสตประสาท ดนตรีช่วยให้บุคคลมีการตอบสนอง ภายในจิตใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวส่งผลสำคัญต่อการศึกษารุ่นนี้มากขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยมุ่งเน้นการศึกษาดนตรีบำบัดต่อการตอบสนองภายในจิตใจจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากส่วนประกอบของดนตรี ได้แก่ จังหวะ ทำนอง ระดับเสียง และความกลมกลืนของเสียง เมื่อผ่านเข้าสู่ระบบลิมบิกจะไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทที่ก่อให้เกิดภาวะผ่อนคลาย ออกมามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Serotonin รวมทั้งส่งผลต่อการปรับคลื่นสมองให้อยู่ในลักษณะคลื่นที่ผ่อนคลายร่วมกับเกิดกระบวนการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้ทำงานเด่นขึ้นจนเกิดภาวะผ่อนคลายอย่างเต็มศักยภาพ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่าอยู่ในสภาวะของความรู้สึกสงบสุข ผ่อนคลาย มั่นคง จนมีภาวะซึมเศร่าลดลง¹⁴

ชนิดของดนตรีและความสามารถเลือกชนิดดนตรีตามความชอบส่วนตัวเป็นอีกเหตุผลสำคัญที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร่าของกลุ่มตัวอย่างลดลง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะฟังเสียงธรรมชาติ เสียงกริ่ง และเสียงน้ำไหล ตามลำดับ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างเลือกฟังเสียงคลื่นสมอง ผู้วิจัยพบว่า การตั้งชื่อเสียงดนตรีมีผลต่อการเลือกดนตรี จังหวะเสียงดนตรีธรรมชาติช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะผ่อนคลายและมั่นคง ความหลากหลายในการเลือกใช้ดนตรีบำบัดที่ผสมกับดนตรีที่ตนเองชอบช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายจากภาวะซึมเศร่า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การได้เลือกดนตรีที่ชอบด้วยตนเองจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดสูงสุด¹⁵ ผู้วิจัยยังพบอีกว่าการที่กลุ่มทดลองมีสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่ในการฟังดนตรีที่ดี ไม่อับชื้น แสงแดดเพียงพอ อากาศถ่ายเท และพื้นที่นั้น ๆ ต้องเป็นพื้นที่ที่ตนเองคุ้นชินจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การอยู่ในพื้นที่คุ้นเคย รู้สึกปลอดภัย สบายใจ ร่วมกับการปรับคลื่นสมองให้ผ่อนคลายด้วยดนตรีช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹⁶

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน และผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมดนตรีบำบัดมาปรับใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง

2. บุคลากรด้านการศึกษาและนักวิจัยควรทดลองทำการศึกษาดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะนอนไม่หลับ เป็นต้น

References

1. World Health Organization (WHO). Depression Mental health. https://www.who.int/mental_health/management/depression; 2020.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines Promote mental health and prevention of mental health problems in the elderly for community hospitals and sub-district health promotion hospitals. Bangkok: The National Buddhism Office Printing House; 2019. (in Thai).
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly. Nakhon Pathom: Printery. Royal College of Pediatricians of Thailand; 2016. (in Thai).
4. Mosikanon K Effects of a program of music therapy combined with social support on depression among the elderly with Parkinson's disease. Journal of the Nursing Council. 2016; 31(1), 44-55. (in Thai).
5. Thongcharoen W. Science and art of nursing for the elderly. (2nd printing). Bangkok: NP Press Partnership; 2015. (in Thai).
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Know about depression. Retrieved January 2, 2019 from www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1037. (in Thai).
7. Srisanprang P. Depression in the Elderly: Profound Nursing: Depression in older persons: Comprehensive nursing. Journal of Nursing Science & Health year 2018;41(1),129-40. (in Thai).
8. Murrock & Higgins. The theory of music, mood and movement to improve health outcomes: Discussion paper. Rehabilitation Psychology 2009;45(3), 274-83.
9. Polit and Hungler. Nursing research: Principles and methods (6th ed). Philadelphia: Lippincott. Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. American Gastroenterology Association. 2019; 126(1) , 124-8. doi:10.1053/j. gastro.2003.10.016. Szwajcer, E. M., Hiddink, G. J., Koelen, M. A., and van Woerkum, C.
10. Charoenphaet P. Impact of Co-Application of Music Therapy and Social Support on Depression in Elderly Parkinson's Disease Patients. Journal of the Nursing Council. Bangkok 2016; 31(1) 44-55. (in Thai).

11. Aekwarangkoon S and Noonil N. Lived experiences of severe depression and suicide attempts in older Thai-Muslims living in rural communities. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2018;23(4), 334-44. (in Thai).
12. Hongsrisuwan N. Depression. Journal of KU. Academic Affairs 2016;19(38), 105-18. (in Thai).
13. Health Systems Research Institute. Knowledge management and synthesis of guidelines for Sub-District Health Promoting Hospitals: Guidelines for the Treatment of Depression and People at Risk To suicide . [Internet]. 2021 [Cited 2021 april]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3095>. (in Thai).
14. Muangkhwa P, Klongdee K and Chaniang S. Depression in Thai Students: An Important Role for Students. Academy. Nursing Science Journal Siam University. 2020;21(41):104-116. (in Thai).
15. Holler, Kavanaugh and Cook. (2014). Executive functioning in adolescent depressive disorders. Journal of Child and Family Studies, 23(8) , 1315-24. <http://www.habitsmart.com/dep.html>
16. Bulechek, Butcher and Dochterman. (2008). Nursing Interventions Classification (NIC) - Elsevier eBook on VitalSource, 7th Edition.[Doctoral dissertation].

บทความวิจัย

The Effect of an Information Technology Integrated Multicomponent Program on Knowledge, Self- Care Behavior and Blood Pressure Level among Elderly with Uncontrolled Hypertension

Received: Sep 27, 2022

Revised: Jan 27, 2023

Accepted: Jan 30, 2023

Worarat Magteppong, Ph.D.¹

Urai Nitrotnun, Ph.D.²

Napapat Thongkamwong, M.N.S³

Abstract

Introduction: The prevalence of hypertension increases with age. Uncontrolled hypertension among elderly people may lead to various complications in the brain, heart, kidneys, and eyes. Therefore, it is important to help elderly people to take care of themselves to control their blood pressure level.

Research objectives: To examine the effects of an information technology integrated multicomponent program on knowledge, self-care behavior, and blood pressure level in the elderly with uncontrolled hypertension.

Research methodology: This quasi-experimental study used a two-group pretest and posttest design, 35 participants were randomly assigned to an experimental group and 33 to a control group. For the eight-week period, the experimental group received the information technology integrated multicomponent program guided by Orem self-care nursing theory via the Line application. Research instruments were information technology integrated multicomponent program, knowledge assessment form, self-care behavior assessment form, and blood pressure record form. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Result: Findings indicated that at follow up, mean scores of knowledge, and self-care behavior of the experimental group were statistically significantly higher than at baseline ($p < .05$). Moreover, mean scores of knowledge, and self-care behavior of the experimental group were statistically significantly different from the control group ($p < .05$). Compared to the control group, mean scores of systolic and diastolic blood pressure values of the experimental group significantly differently decreased ($p < .05$).

Funding: Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi.

^{1,3}Lecturer, ²Email: worarat_m@mutt.ac.th, ³E-mail: napapat_t@mutt.ac.th

²Corresponding author: Lecturer, Email: urai_n@mutt.ac.th

^{1,3}Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathumthani, Thailand.

Conclusion: Results of the study showed that an information technology integrated multicomponent program could improve knowledge and self-care behavior, and lower blood pressure level of the elderly with uncontrolled hypertension.

Implications: Healthcare providers should adopt the information technology integrated multicomponent program to use among the elderly with uncontrolled hypertension to continuously control their blood pressure levels.

Keywords: self-care, elderly, uncontrolled hypertension, information technology

ผลของโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

Received: Sep 27, 2022
Revised: Jan 27, 2023
Accepted: Jan 30, 2023

วรรัตน์ มากเทพพงษ์ ส.ด.¹

อุไร นิโรจน์นัท ค.ด.²

นปภัช ทองคำวงศ์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสมอง หัวใจ ไต และตา การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 33 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย: หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้มีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ไปใช้ในผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เทคโนโลยีสารสนเทศ

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

^{1,3}อาจารย์ ¹Email: worarat_m@mmutt.ac.th ³Email: napapat_t@mmutt.ac.th

²Corresponding author อาจารย์ Email: urai_n@mmutt.ac.th

^{1,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี ประเทศไทย

บทนำ

ประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจำนวนขึ้นคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ในปีพ.ศ. 2565¹ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ พบว่ามีความชุกเพิ่มมากขึ้นโดยพบร้อยละ 27.2 ในช่วงอายุ 45-59 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.0 67.2 และ 76.8 ในช่วงอายุ 60-69 ปี 70-79 และ มากกว่า 80 ปี ตามลำดับ² จำนวนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ 1,468,433 ในปีพ.ศ. 2561 และเพิ่มขึ้นเป็น 1,566,052 ในปีพ.ศ. 2562 ผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8,590 และ 9,313 ในปีพ.ศ. 2561 และพ.ศ. 2562 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดปทุมธานีพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8,590 และ 9,313 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2561 และพ.ศ. 2562 ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 45 คนในปีพ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 74 คนในปีพ.ศ. 2562³

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญของร่างกายถูกทำลาย เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต การมองเห็นลดลง เกิดความพิการและทุพพลภาพ⁴ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การให้สุศึกษา ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง⁶⁻⁷ การรับรู้ความรู้แรงของโรคความดันโลหิตสูงและประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การมาพบแพทย์ตามนัด และการติดตามประเมินผล ดังนั้นการให้ความรู้ในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงส่งเสริมวิธีการจัดการกับความเครียดจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁸ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นผู้ที่มี

ความพร้อมในการดูแลตนเอง แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Theory) สามารถนำมาเป็นพื้นฐานแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁹ โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลป้องกันการเกิดผลที่เ้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹¹

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทในระบบสุขภาพมากขึ้น¹² พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยเพิ่มขึ้นทุกปี ในกลุ่มอายุระหว่าง 54-72 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันประมาณ 8-9 ชั่วโมง¹³ พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุพบว่าใช้เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนหรือผู้ที่มีความรู้ เพื่อแสวงหาความรู้¹⁴ แอปพลิเคชันไลน์ได้รับความนิยมมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ มีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์สูงถึงร้อยละ 94.9¹⁵ มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพยาบาลผู้ป่วย อาทิเช่น การให้ความรู้ การให้แนะนำและคำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁶ การติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁷

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการให้ความรู้ผ่านคลิป์วิดีโอและอินโฟกราฟิกส์ทางแอปพลิเคชันไลน์ และประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อที่จะช่วยเพิ่มความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษามลของโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการทดลอง

2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการให้ความรู้และกิจกรรมกลุ่ม เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ความสามารถหรือพลังในการกระทำตามความต้องการการดูแล ที่ช่วยให้เข้าสู่การพิจารณาและตัดสินใจ (intention phase) และการกระทำและผลของการกระทำ (productive phase) รวมถึงการส่งเสริมความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

โปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และความสามารถหรือพลังในการกระทำตามความต้องการการดูแล
2. การส่งเสริมความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน
3. การส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการ
4. ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

1. ความรู้การดูแลตนเอง
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. ระดับความดันโลหิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two- group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg 2) รักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา 3) อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารได้ดี 4) มีโทรศัพท์มือถือสามารถลงแอปพลิเคชันไลน์ได้ กำหนดเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางจิตเวช เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่คำนวณได้เท่ากับ 0.8 และเมื่อกำหนดค่า α เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 39 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการย้ายที่อยู่ และการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทำให้เหลือกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร รับประทานยา การมาตรวจตามนัด เป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด 20 ข้อ แบ่งระดับคะแนนความรู้ออกเป็น 5 ระดับ คือ ร้อยละ 81-100 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 61-80 ระดับมาก ร้อยละ 41-60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21-40 ระดับน้อย และร้อยละ 0-20 ระดับน้อยที่สุด

2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด จำนวน 26 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 18 ข้อ ด้านลบ 8 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน จำแนกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองจากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 4.50-5.00 ดีมากที่สุด 3.50-4.49 ดีมาก 2.50-3.49 ปานกลาง 1.50-2.49 น้อย และ 0-1.49 น้อยที่สุด

3) แบบบันทึกค่าความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ดังนี้ 1) แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.90 และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.92 หลังปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 30 ราย ได้ผลดังนี้ 1) แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วย KR-20 ได้เท่ากับ 0.81 และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วย Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี หนังสือรับรองเลขที่ PPHO-REC 2564/021 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2564 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย การรักษาความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นที่สงสัย และให้เซ็นยินยอมในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลสามโคก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอสามโคก เพื่อช่วยในการประสานงาน ติดต่ออาสาสมัครเข้าร่วมการทดลองตามเกณฑ์การคัดเลือก ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูล ก่อนเริ่มการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัดและบันทึกค่าความดันโลหิต

กลุ่มทดลอง ได้รับการเชิญเข้ากลุ่มไลน์เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโดยดำเนินการกิจกรรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รวมเป็นระยะเวลา 2 เดือน (8 สัปดาห์) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดพฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่) แนวทางการจัดการความเครียด การรับประทานยา ผ่านคลิปวิดีโอ (3-5 นาที) และอินโฟกราฟิกส์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 1 เดือน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน 30-45 นาที 2 ครั้งต่อเดือน 2 เดือน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 การสอนแนวทางในการดูแลตนเอง และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ครั้งที่ 2 การสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งแนะนำทักษะคลายเครียด ครั้งที่ 3 ชื่นชมให้กำลังใจผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และการให้คำปรึกษา และครั้งที่ 4 ทบทวนผลจากการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเทคนิคในการปรับพฤติกรรมของตนเอง และการให้คำปรึกษา

กลุ่มควบคุม ได้รับความรู้และการดูแลจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพตามปกติ ประกอบด้วย การประเมินระดับความดันโลหิตและพบแพทย์เพื่อรับยา คำแนะนำจากพยาบาลเรื่องการรับประทานอาหาร และคำแนะนำจากเภสัชกรเรื่องการรับประทานยา มีแผนพบสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวางไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งผู้ป่วยสามารถหยิบกลับบ้านเพื่อไปศึกษาได้

เก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุเฉลี่ย 67.17 ปี (SD=1.35) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 28.6 ระยะเวลาการเป็น

โรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 10.17 ปี (SD=8.9) มีโรคร่วมคือภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 57.1 ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 74.3 ผู้ดูแลเป็นบุตรสาวมากที่สุด ร้อยละ 45.7 สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยจำนวน 4.0 คน (SD=1.53)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.7 มีอายุเฉลี่ย 68.58 ปี (SD=1.60) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.6 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 36.4 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.27 ปี (SD=8.67) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 75.8 ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 75.8 ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 51.5 สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยจำนวน 4.03 คน (SD=2.14)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ภายหลังจากทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของกลุ่มทดลอง (n=35)

	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความรู้	13.57	2.58	18.11	0.80	-9.938	<.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.55	0.19	2.76	0.16	-4.181	<.001*
Systolic blood pressure	144.06	2.95	139.83	5.90	4.149	<.001*
Diastolic blood pressure	90.54	2.12	86.80	6.64	3.285	.002*

* P-value < .05

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม พหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ลดลงต่ำกว่า กลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

	กลุ่มควบคุม (n33)				กลุ่มทดลอง (n35)				t-test	p-value
	\bar{X} ก่อน	SD	\bar{X} หลัง	SD	\bar{X} ก่อน	SD	\bar{X} หลัง	SD		
ความรู้	13.27	2.54	14.09	2.71	13.57	2.58	18.11	0.80	8.206	<.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.56	0.12	2.62	0.16	2.55	0.19	2.76	0.16	3.598	.001*
Systolic B.P.	144.33	4.61	143.52	4.79	144.06	2.95	139.83	5.90	-2.818	.006*
Diastolic B.P.	90.70	2.57	90.15	2.58	90.54	2.12	86.80	6.64	-2.714	.008*

* P-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะกิจกรรมในโปรแกรม เป็นการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการใช้คลิปวิดีโอและอินโฟกราฟิกส์ เป็นสื่อที่มีรูปภาพและเสียงบรรยายประกอบ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และสามารถจดจำเนื้อหาได้ดี มีรูปภาพพร้อมคำอธิบายประกอบสั้นๆ ตัวอักษรชัดเจน และอ่านง่าย ช่วยส่งเสริมให้เข้าใจได้ง่าย การให้ความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งสามารถเปิดดูเพื่อทบทวนหรือเพิ่มความรู้ได้ตลอดเวลา เป็นการสื่อสารแบบสองทางที่ช่วย

สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaodamrongsakul¹⁷ ศึกษาผลของรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองโดยมีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

การมีกิจกรรมกลุ่มย่อยที่ให้ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเองในประเด็นที่ต้องการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลตนเองช่วยเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ป่วย อีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่เพียงพอที่จะเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มที่เน้นเรื่องการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongsila, Arpanantikul, Malathum⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้กิจกรรมในกลุ่มย่อยที่มีการประเมินปัญหาที่พบ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาผู้ที่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการชื่นชมและให้กำลังใจ กระบวนการดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง มีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการช่วยแนะนำและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phetcharat, Ponglanga, Kitisri¹⁰ ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้พร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น และลดความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวได้

ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongkao, Kimsungnoen, Namjuntra¹⁶ ที่ศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาของ Makkaew, Moolsart, Boonreungset¹⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมแรงใจผ่านการสื่อสารทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาของ Hongsila, Arpanantikul, Malathum⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้พร้อมในการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรม พหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นมากกว่าการดูแลตามปกติ

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีระดับความดันโลหิตลดลง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง และระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประเมินปัญหาที่พบ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาผู้ที่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการชื่นชมและให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียด การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่ เป็นหลักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต⁵

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีความไวต่อโซเดียม การลดการบริโภคโซเดียมส่งผลต่อระดับความดันโลหิต¹⁹ การลดอาหารประเภทไขมันจะทำให้ปริมาณไขมันเล็ดลดลงและลดโอกาสที่ไขมันจะเกาะในเส้นเลือดซึ่งจะทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบตันทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ การออกกำลังกายมีผลให้หลอดเลือดขยายตัว แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลงหลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น สามารถช่วยลดความดันโลหิต การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งช่วยลดระดับความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง^{5, 20} การไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแพทย์จะสามารถประเมินระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยและให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ ร่วมกับพฤติกรรมมารับประทานยาดีขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และผลกระทบจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้^{5, 20}

ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับพฤติกรรม ส่งผลทำให้มีค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phetcharat, Ponglanga, Kitisri¹⁰ ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าสามารถลดค่าความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวได้ การศึกษาของ Makkaew, Moolsart, Boonreungset¹⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมแรงจิตใจผ่านการสื่อสารทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมข้าราชการทหารที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมการศึกษาของ Hongvila, Arpanantikul, Malathum⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

2. หน่วยงานภาครัฐและเอกชน สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะแรกเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ประยุกต์ใช้โปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและติดตามประเมินผลความยั่งยืนของรูปแบบในการดูแลรวมถึงความยั่งยืนของระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต

2. นำโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังชนิดอื่น

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2019. Nakorn Pathom; 2020. (in Thai).
2. Aekplakorn W. The National Health Examination Survey in Thailand 2019-2020. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai).
3. The number and rate of death from NCD2559-2563 [Internet]. 2020 [cited 30 July 2022]. Available from: <http://www.thaincd.com/>.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-57.
5. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trickthink; 2020. (in Thai).
6. Hanjaroenpipat P. Factors effecting to blood pressure level controlling among hypertension patients at Sirattana Hospital, Sisaket Province. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2020;35(3):651-63.
7. Thungkam S, Danyuthasilpe C, Siripornpibul T. Factors predicting behaviors to control and prevent essential hypertension among patients with uncontrolled blood pressure in Phrae Province. Journal of Nursing and Health Sciences. 2019;13(3):1-15. (in Thai).

8. Hanjaroenpipat P. Factors effecting to blood pressure level controlling among hypertension patients at Sirattana Hospital, Srisaket Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2020;35(3):651-63. (in Thai).
9. Hongsila O, Arpanantikul M, Malathum P. Effects of a self-care promoting programme on knowledge, self-care behaviours, and blood pressure in persons with essential hypertension. *Thai Journal of Nursing Council*. 2018;33(2):110-30. (in Thai).
10. Phetcharat K, Ponglanga S, Kitisri C. Effects of supportive and educative nursing system program on self-care behaviors and blood pressure control among hypertensive patients. *Nursing Journal Volume*. 2018;45(1):37-49. (in Thai).
11. Pimlak R, Chutchavarn W, Amporn J. Utilization of Orem's self care theory for caring in prevention of foot ulcer among diabetic patients. *EAU Heritage Journal*. 2018;12(3):89-100. (in Thai).
12. Silapavitayatorn B, Chitpakdee B. The use of health information technology in nursing for patient safety. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(2):6-14. (in Thai).
13. Electronic Transactions Development Agency, Ministry of Digital Economy and Society. Thailand Internet user behavior 2020. Available from: www.edta.or.th. (in Thai).
14. Tirakoat S, Polnigongit W. Internet usage behaviors, literacy, and attitude towards utilization of wellness content on the internet among Thai elderly. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018;36(1):72-80. (in Thai).
15. Electronic Transactions Development Agency. Thailand Internet User Profile 2017. Bangkok: EDTA; 2017. (in Thai).
16. Thongkao S, Kimsungnoen N, Namjuntra R. Effects of educative-supportive program on self-care behaviors and blood pressure levels among young adult patients with uncontrolled hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2021;32(2):73-88. (in Thai).
17. Chaodamrongsakul C. Development of the self-care promoting model for diabetes mellitus patients at Sida Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2020;14(35):314-29. (in Thai).
18. Makkaew A, Moolsart S, Boonreungset M. Effectiveness of a motivational enhancing program via electronic communication for hypertension prevention in high-risk persons. *Journal of Public Health Nursing*. 2018;32(3):133-50. (in Thai).
19. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium intake and hypertension. *Nutrients*. 2019;11(9):1970.
20. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: Silence killer should be aware. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*. 2017;28(1):100-11. (in Thai).

บทความวิจัย

Factors associated with Anxiety related to the uptake of Covid-19 Vaccine

Received: Jul 25, 2022
Revised: Sep 22, 2022
Accepted: Sep 28, 2022

Sukrita Takaree, M.N.S.¹
Orntipa Songsiri, Ed.D.²
Susaree Prakinkit, Ph.D.³
Rattanaorn Niwasanon, M.Sc.⁴
Phachana Dungchanthr, M.S.N.⁵

Abstract

Introduction: The COVID-19 vaccine is an immunization that reduces the severity of complications. COVID-19 vaccines were developed in a limited of time. Also, unclear information related to vaccine has raised concerns about its safety Hence, these concern people about the effectiveness of the vaccine against COVID-19. Medically, this is called Immunization Stress Related Response (ISRR).

Research objective: To examine factors associated with anxiety related to the uptake of COVID-19 vaccine.

Research methodology: This was a survey study. Data were collected among 406 participants while waiting for vaccination between June to October 2021. A purposive sampling was used to recruit participants. A set of research questionnaires was used to collect data on factors associated with anxiety related to the uptake of COVID-19 vaccine, with a consistency index of greater than 0.7 and a reliability of 0.87. Data were analyzed using the Pearson's correlation coefficient.

Results: The results showed that demographic characteristics (age, education level, income, readiness for vaccination), receiving information about vaccines (particularly the frequency of tracking information about the COVID-19 vaccine), the attitude towards the uptake of COVID-19 vaccine were statistically significantly associated with anxiety related to the uptake of COVID-19 vaccine ($p < .05$). Knowledge related to COVID-19 vaccine was not associated with anxiety related to the uptake of COVID-19 vaccine.

Conclusion: Demographic characteristics, receiving information about vaccines, and attitude towards the uptake of COVID-19 vaccine were associated with anxiety related to the uptake of COVID-19 vaccine among people.

Implications: The findings of this study help to be a guideline of care improvement, enable individuals to be aware of the importance of vaccination, and lessen anxiety related to the uptake of COVID-19 vaccine.

Keywords: anxiety, the uptake of COVID-19 vaccine

¹ Corresponding author: Lecturer. E-mail: SukritaTakaree@gmail.com

²⁻³ Assistant professor, ²E-mail: somtipa@yahoo.com ³E-mail: tik.susaree@gmail.com

⁴⁻⁵ Lecturer ⁴E-mail: noeyzza@icloud.com, ⁵E-mail: nus1@siam.edu

¹⁻⁵ Faculty of Nursing Siam University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19

Received: Jul 25, 2022
Revised: Sep 22, 2022
Accepted: Sep 28, 2022

สุกฤตา ตะการีย์ พย.ม.¹
อรทิพา ส่องศิริ กศ.ด.²
สุสารี ประคินกิจ วท.ด.³
รัตนาภรณ์ นิवासานนท์ วท.ม.⁴
พางนา ดวงจันทร์ ศศ.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: วัคซีนป้องกันโควิด 19 เป็นภูมิคุ้มกันช่วยลดความรุนแรงของการเกิดอาการแทรกซ้อน และการผลิตวัคซีนในระยะเวลาที่จำกัดข้อมูลวัคซีนไม่มีความชัดเจนก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในความปลอดภัย ทำให้ประชาชนเกิดความวิตกกังวลในประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด 19 ทางการแพทย์เรียกว่า ปฏิกริยาเครียดสนองต่อการฉีดวัคซีน Immunization Stress Related Response (ISRR)

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้มารับวัคซีนป้องกันโควิด 19

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลในประชาชนที่รอรับการฉีดวัคซีน จำนวน 406 คน ในช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พศ.2564 สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง > 0.7 และมีความเชื่อมั่น 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความพร้อมในการฉีดวัคซีน, ปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีน ด้านความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19, ปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ .05 และปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

สรุปผล: ความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสาร และทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีน

ข้อเสนอแนะ: การวิจัยนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลให้ความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การรับวัคซีนป้องกันโควิด 19

¹Corresponding author อาจารย์ประจำ E-mail: SukritaTakaree@gmail.com

^{2,3}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ E-mail: somtipa@yahoo.com ³E-mail: tik.susaree@gmail.com

^{4,5}อาจารย์ประจำ E-mail: noeyzza@icloud.com, ⁵Email: nus1@siam.edu

¹⁻⁵คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

การระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่มีการแพร่ระบาดลุกลามได้อย่างรวดเร็ว โดยเริ่มพบการติดเชื้อครั้งแรกประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี 2019 และเกิดการระบาดอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลก มีจำนวน 215,937,536 คน เสียชีวิตจำนวน 4,461,999 คน ประเทศที่มีติดเชื้อมากอันดับหนึ่งได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 37,939,641 คน รองลงมาประเทศอินเดีย จำนวน 32,474,773 คน ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้ออันดับที่ 13 ของโลกมีผู้ติดเชื้อจำนวน 4,463,557 คน เสียชีวิตจำนวน 30,143 คน จากข้อมูลกรมควบคุมโรค สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน (ข้อมูล ณ วันที่ 6 กรกฎาคม 2565) รัฐบาลจึงมีนโยบายให้ประชาชนทุกคนที่อาศัยในประเทศไทย (ทั้งคนไทยและต่างชาติ) เข้ารับวัคซีนโควิด 19 อย่างทั่วถึงโดยตั้งเป้าหมายครอบคลุมร้อยละ 70 ของประชากร¹

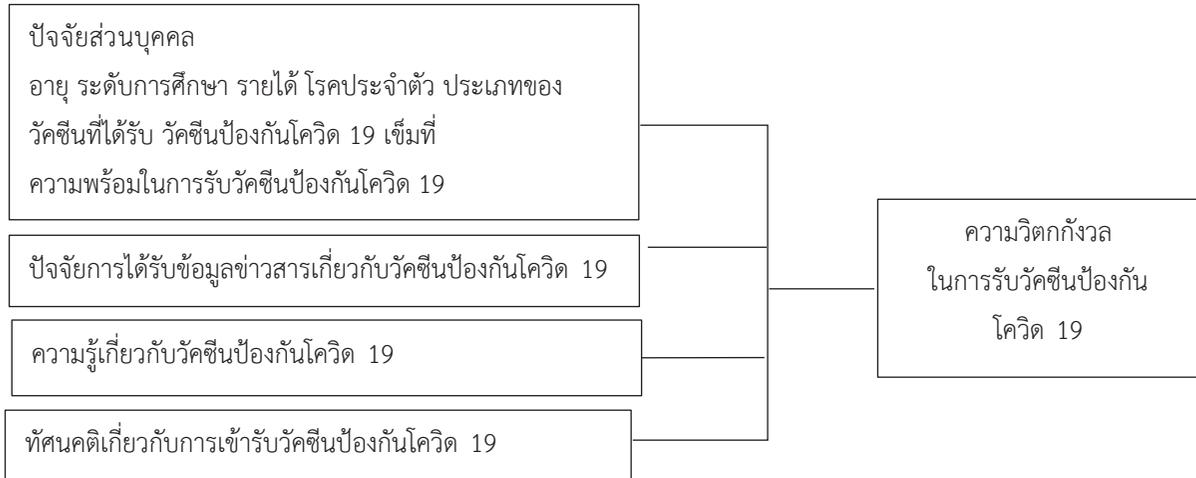
วัคซีนป้องกันโควิด 19 เป็นวัคซีนที่เพิ่งเริ่มผลิตในระยะเวลาที่จำกัด มีการทดลองหรืองานวิจัยรับรองน้อย ข้อมูลในเรื่องประสิทธิภาพของวัคซีนยังไม่ชัดเจน และมีข้อมูลข่าวสารถึงอาการหลังรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 จะมีอาการปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง และมีผื่นขึ้นตามร่างกาย ซึ่งยิ่งก่อให้เกิดความไม่มั่นใจ มีความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัย และประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด 19 นั้นทางการแพทย์เรียกว่า ปฏิกริยาเครียดสนองต่อการฉีดวัคซีน Immunization Stress Related Response (ISRR)² เป็นปฏิกริยาที่อาจเกิดขึ้นจากจิตใจที่แสดงออกมาทางร่างกาย เมื่อมีความเครียดต่อการฉีดวัคซีนก็จะไปกระตุ้นระบบต่าง ๆ ในร่างกาย บางคนไปกระตุ้นระบบฮอโมนที่เกี่ยวกับความเครียด เช่น ฮอโมนคอร์ติซอล และหากไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ก็จะทำให้หลอดเลือดหดตัว อาการของ ISRR พบได้หลากหลาย โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นเร็วภายในไม่กี่นาทีหลังการฉีดวัคซีน แต่อาจมีบางรายเกิดช้าเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันภายหลังจากการฉีดวัคซีน เมื่อตรวจภาพรังสีวิทยาของสมอง (Neuroimaging study) จะไม่พบ

พยาธิสภาพที่ชัดเจน และอาการมักจะหายไปภายใน 1-3 วัน²

ทีมผู้วิจัย พบว่ามีรายงานกลุ่มประชาชนผู้ที่มีอาการอ่อนแรงภายหลังการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในบางพื้นที่ของประเทศไทยซึ่งไม่พบสาเหตุความผิดปกติทางกายที่เป็นสาเหตุชัดเจน และพบว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีอาการของระบบประสาท คล้ายอาการทางหลอดเลือดสมอง เช่น ชา แขนขาอ่อนแรง ภายหลังจากได้รับวัคซีน โดยอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ประมาณ 5-30 นาที ภายหลังจากได้รับวัคซีน แต่บางรายเกิดหลังจากนั้นหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เมื่อตรวจภาพรังสีวิทยาของสมอง (Neuroimaging study) ไม่พบพยาธิสภาพที่ชัดเจน² และ Christopher MA, Shelby R, Alexander WT, Patrick JT, William LI, Radu T, Jonathan RE³ กล่าวถึงอาการของผู้ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 4 กรณีหลังจากฉีดวัคซีน SARS-CoV-2 พบว่ามีอาการทางระบบประสาทส่วนปลาย Guillain-Barré Syndrome Variant (GBS) ซึ่งจะมีอาการวิงเวียนศีรษะ อาการอ่อนแรงที่ใบหน้า (facial diplegia) เมื่อมีการตรวจเลือดหรือตรวจน้ำไขสันหลังไม่พบการติดเชื้อ และอาการผิดปกติจะเกิดขึ้นแบบชั่วคราวและหายไปเอง อย่างไรก็ตามการฉีดวัคซีนก็จะช่วยบรรเทาการเกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจ Trakultaweekuk⁴ ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 851 คน เป็นผู้สมัครใจเข้ารับการฉีดวัคซีนร้อยละ 63.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความสมัครใจเข้ารับวัคซีนคือ ปัจจัยการรับรู้ทางสังคมเชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 สูง และคะแนนปัจจัยเชิงลบความเชื่อต่อวัคซีนและโรคโควิด 19 ในระดับต่ำ

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษานี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนาการดูแลให้บริการ การให้ความรู้ สนับสนุนส่งเสริมให้แก่ประชาชนเข้าใจ ในความสำคัญของการเข้ารับวัคซีน และลดความวิตกกังวลในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในงานวิจัยครั้งต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19

คำถามการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีน ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 หรือไม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชน คือ ที่รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในหน่วยบริการวัคซีนในโครงการไทยร่วมใจ “กรุงเทพ ปลอดภัย” มีการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่าง ของ Cochran, 1977 อ้างใน Ekaku⁵ โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 406 คน เริ่มการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือก (Inclusion criteria) 1. มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป 2. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3. เข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากไม่สามารถพูด และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้จะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์จากข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน การศึกษางานวิจัย ตำราคู่มือการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด 19⁶ และคู่มือของกระทรวงสาธารณสุข²⁻⁷ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารวัคซีนป้องกันโควิด 19 ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เป็นแบบสอบถามปลายปิด 10 ข้อ (ถูกผิด) ส่วนที่ 4 ทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชาชน แบบสอบถามเป็นปลายปิด 10 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนมี 5 ระดับ (1-5 คะแนน) และส่วนที่ 5 ความกังวลก่อนและหลังได้รับฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 แบบสอบถามปลายปิด 10 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนมี 5 (1-5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และอาจารย์พยาบาลสอนการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารวัคซีนป้องกันโควิด 19 เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชาชนเท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามความวิตกกังวลหลังได้รับฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารวัคซีนป้องกันโควิด 19 เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชาชนเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามความวิตกกังวลหลังได้รับฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม หมายเลขหนังสืออนุมัติที่ SN-IRB 2564/002.11/05/64

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

โดยอธิบายให้เข้าใจว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ จากนั้นชี้แจงการดำเนินงานวิจัย โดยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม โดยใช้เอกสารแบบสอบถาม และใช้คิวอาร์โค้ดในการเข้าถึงข้อมูลแบบสอบถาม ระหว่างที่ทำการตอบแบบสอบถามหากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดข้อสงสัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยสอบถามได้ตลอดเวลา หรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารกับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 โดยใช้ Chi-square Test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 กับ ความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 โดยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 75.9 การศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.1 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 77.3 เป็นส่วนใหญ่ มีอาชีพนักศึกษา/นักเรียน ร้อยละ 36.5 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.8 การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 53.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.7 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เข้ารับการฉีดวัคซีน AstraZeneca (แอสตราเซนเนกา) ร้อยละ 58.4 และ Sinovac (ซิโนแวค) ร้อยละ 41.6 เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด เข็มแรก ร้อยละ 64.0 และมีความพร้อมเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด ร้อยละ 94.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 (n=406)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19		
น้อย	215	53.0
มาก	191	47.0
ความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการวัคซีนป้องกันโควิด 19		
บ่อยครั้ง	337	83.0
นาน ๆ ครั้ง	69	17.0
ระยะเวลาในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน	330	81.3
มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน	76	18.7
ข่าวสารจากโซเชียลมีเดียมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19		
น้อย	93	22.9
มาก	313	77.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 น้อย ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการวัคซีนป้องกันโควิด 19 บ่อยครั้ง ร้อยละ 83.0 ระยะเวลาในการ

ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 81.3 และข่าวสารจากโซเชียลมีเดียมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.1

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=406)

ระดับความรู้ ทักษะ และความวิตกกังวล เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19	Min	Max	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	5	10	8.28	1.131	สูง
ทักษะเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	10	95	39.45	6.092	สูง
ความวิตกกังวลเข้ารับเกี่ยวกับเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกัน โควิด 19 (คะแนนเต็ม 95 คะแนน)	19	89	47.78	16.307	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.28$, S.D. = 1.131) ทักษะเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีน

ป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 39.45$, S.D. = 6.092) และความวิตกกังวลเข้ารับเกี่ยวกับเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.78$, S.D. = 16.307)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19			χ^2	df	P-value
	ระดับต่ำ (≤ 31)	ระดับสูง (32-63)	ระดับสูง (64 - 95)			
	N (%)	N (%)	N (%)			
เพศ						
ชาย	34 (8.37)	133 (32.78)	36 (8.85)	.019	2	.991
หญิง	33 (8.13)	134 (33.02)	36 (8.85)			
อายุ						
น้อยกว่า 20 ปี	1 (0.25)	8 (1.97)	4 (0.98)	13.932	4	.008*
20-40 ปี	43 (10.59)	204 (50.28)	61 (14.99)			
41-60 ปี	23 (5.66)	55 (13.55)	7 (1.72)			
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	7 (1.72)	21 (5.18)	7 (1.72)	11.810	4	.019*
ปริญญาตรี	44 (10.84)	217 (53.48)	60 (14.75)			
สูงกว่าปริญญาตรี	16 (3.94)	29 (7.15)	5 (1.23)			
สถานภาพ						
โสด	49 (12.07)	207 (51.01)	58 (14.26)	3.160	4	.531
สมรส	14 (3.45)	53 (13.06)	13 (3.19)			
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	4 (0.98)	7 (1.73)	1 (0.25)			
รายได้ต่อเดือน						
< 15,000	22 (5.42)	119 (29.33)	41 (10.08)	14.756	4	.005*
15,000-25,000	17 (4.19)	63 (15.53)	21 (5.16)			
>25,000	28 (6.89)	85 (20.95)	10 (2.46)			
การพักอาศัย						
อยู่ตามลำพัง	13 (3.20)	35 (8.63)	12 (2.95)	6.329	4	.176
อยู่กับผู้อื่น	14 (3.45)	89 (21.93)	27 (6.64)			
อยู่กับครอบครัว	40 (9.85)	143 (35.24)	33 (8.11)			
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	59 (14.53)	229 (56.43)	60 (14.75)	.635	2	.728
มีโรคประจำตัว	8 (1.97)	38 (9.37)	12 (2.95)			
ชนิดของวัคซีนป้องกันโควิด 19						
Sinovac	25 (6.16)	119 (29.33)	25 (6.15)	2.877	2	.237
AstraZeneca	42 (10.34)	148 (36.47)	47 (11.55)			
ครั้งที่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19						
เข็มแรก	38 (9.36)	168 (41.40)	54 (13.28)	5.461	2	.065
เข็มสอง	29 (7.17)	99 (24.40)	18 (4.42)			
ความพร้อมต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19						
พร้อม	66 (16.25)	258 (63.58)	61 (15.00)	18.607	2	< .001*
ไม่พร้อม	1 (0.25)	9 (2.22)	11 (2.70)			

*มีนัยสำคัญที่ระดับ <0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อน-หลังเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.932$ $p < 0.05$) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.810$ $p < 0.05$) รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลใน

การเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.756$ $p < 0.05$) และความพร้อมต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.810$ $p < .001$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารกับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ระดับคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19			χ^2	df	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
	(≤ 31) N (%)	(32-63) N (%)	(64 - 95) N (%)			
จำนวนช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19						
น้อย	37 (9.11)	138 (34.01)	40 (9.83)	.507	2	.776
มาก	30 (7.39)	129 (31.79)	32 (7.87)			
ความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการวัคซีนป้องกันโควิด 19						
บ่อยครั้ง	49 (12.07)	224 (55.20)	64 (15.73)	6.544	2	.038*
นาน ๆ ครั้ง	18 (4.43)	43 (10.60)	8 (1.97)			
ระยะเวลาในการติดตามข่าวสารการวัคซีนป้องกันโควิด 19						
< 2 ชั่วโมงต่อวัน	58 (14.28)	216 (53.23)	56 (13.77)	1.837	2	.399
> 3 ชั่วโมงต่อวัน	9 (2.22)	51 (12.57)	16 (3.93)			
ข่าวสารจากโซเชียลมีเดียมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19						
น้อย	22 (5.42)	58 (14.29)	13 (3.20)	4.912	2	.086
มาก	45 (11.08)	209 (51.51)	59 (14.50)			

*มีนัยสำคัญที่ระดับ < 0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

ตัวแปรที่ศึกษา	ความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19		
	Pearson Correlation (r)	Sig. (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19	-.005	.266	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19	-.204**	.000	ความสัมพันธ์เชิงลบน้อย

*มีนัยสำคัญที่ระดับ $< .005$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.544$ $p < 0.05$)

จากตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 โดยมีค่า Sig. (2-Tailed) เท่ากับ .266 ซึ่งมากกว่า 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.005 ทศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ของประชาชน มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 โดยพบว่ามีค่า Sig. (2-Tailed) เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 นั่นคือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.204 แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงข้ามกันในระดับน้อย

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และความพร้อมในการฉีดวัคซีนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ .05 เนื่องจากช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฉีดวัคซีนส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานต้องรับผิดชอบ ต่อหน้าที่ สร้างรายได้ให้กับครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประชาชนมีการสืบค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาประกอบในการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 และข่าวสารที่ประชาชนได้รับมีทั้งทางบวกและทางลบ จึงทำให้เกิดความสับสน มีความวิตกกังวลในการรับวัคซีน และอีกทั้งวัคซีนป้องกันโควิด 19 เป็นวัคซีนใหม่ทำให้ประชาชนเกิดความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษา Khumsaen, Peawnalaw, Sripituk และ Narysangkharn⁸ กล่าวว่าไว้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวลและความกลัว อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลากหลายช่องทาง และ Kullabut, Laochan, Wangkui และ Suwanphan⁹ กล่าวถึงช่วงวัย 20-40 ปี เป็นวัยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นวัยที่มีการศึกษาคำรู้ของวัคซีน และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการได้รับวัคซีน แต่มีความกลัวต่อ

การเจ็บป่วยจึงทำให้ความขัดแย้งภายในจิตใจที่กลัวการเจ็บป่วย และกังวลต่อการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดความไม่เชื่อมั่นต่อประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีน ด้านความถี่ในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ .05

2. ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Trakultaweasuk⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด 19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อส่วนบุคคลในเชิงลบต่อวัคซีน และความเข้าใจตลาดเคลื่อนต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการไม่สมัครใจเข้ารับการฉีดวัคซีน ในกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจฉีดวัคซีนส่วนใหญ่มีข้อกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการป้องกันโรคของวัคซีน ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน ผลข้างเคียงจากการรับวัคซีน ผลกระทบจากวัคซีนที่มีผลต่อคนที่มิโรคเดิม ไม่มั่นใจในกระบวนการผลิตวัคซีนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเกินไป Liang และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของเยาวชนชาวจีน พบว่าทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะสุขภาพจิต การมีทัศนคติดี รวมถึงมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ดีก็จะมีผลความวิตกกังวลต่ำ และรู้สึกกลัวการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 น้อยลง ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายตามแนวคิดของ Spielberger และคณะ¹¹ ที่กล่าวถึงความวิตกกังวลตามสถานการณ์เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์เฉพาะ เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความรูสึกถึงสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อตัวบุคคลจะส่งผลให้บุคคลเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย มีความตื่นตัวสูง ทั้งนี้ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความกังวลตามสถานการณ์นี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ด้วยเหตุนี้ในช่วงที่มีการ

ระบอบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคคลจึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากบุคคลมีการศึกษาและมีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่ดี และถูกต้องบุคคลนั้นย่อมสามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาทำให้ทราบถึงปัจจัยแต่ละด้านที่ประชาชนเกิดความวิตกกังวล จนมีปฏิริยาเครียดสนองตอบต่อการฉีดวัคซีน Immunization Stress Related Response (ISRR) บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาในการดูแลสนับสนุน ส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

ให้มากยิ่งขึ้นเพื่อช่วยให้ประชาชนลดความวิตกกังวล เพราะวัคซีนป้องกันโควิด 19 ช่วยลดความรุนแรงของการเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และลดการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาความวิตกกังวลในการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในแต่ละช่วงวัย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความวิตกกังวลอย่างแท้จริงของแต่ละช่วงวัย
2. ควรมีการพัฒนาการดูแลให้บริการ การให้ความรู้ สนับสนุนส่งเสริมให้แก่ประชาชนเข้าใจในความสำคัญของการเข้ารับวัคซีน เพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด 19

References

1. Today reports the situation of Covid-19. Medical Innovation and Research and Development Laboratory Covid-19 Situation Administration Center (CDC) National Research Office (NRCT), Ministry of Higher Education Science Research and Innovation. [Internet]. 2021 [cited 2022 July 6]. Available from: <https://covid19.nrct.go.th/category/daily/>
2. Guideline document for adverse reactions after vaccination. Pediatric Infections Disease Society of Thailand. [Internet]. 2021 [cited 2021 June 15] Available from: <https://www.pidst.or.th/A1021.html>
3. Christopher MA, Shelby R, Alexander WT, Patrick JT, William LI, Radu T, Jonathan RE. Annals of Neurology. 2021;90(2):315-18. Available from: <https://stevekirsch.substack.com/p/vaccine-adverse-reaction-articles?s=r>
4. Trakultaweek P. Factors of Influence COVID-19 Vaccine Intent and Vaccine's Concerns Among Hospital Staffs. Journal of Research and Health Innovative. 2021;3(1):47-57. (in Thai).
5. Ekakul T. Research Methods in Behavioral and Social Sciences. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat Institute. 2000. (in Thai).
6. Kittiratanapaiboon P. A handbook for taking care of social and mental health personnel during the COVID-19 crisis. Department of Mental Health, Ministry of Public Health Nonthaburi Province. 2020. (in Thai).
7. COVID-19 is a contagious disease. [Internet]. 2021 [cited 2021 June 16] Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand>

8. Khumsaen N, Peawnalaw S, Sripituk S, Narysangkharn S. Factors Influencing Mental Health Status of Residents in U-thong District, Suphanburi Province during the Covid-19 Pandemic. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(1):36-50. (in Thai).
9. Kullabut A, Laochan N, Wangkui S, Suwanphan A. Knowledge and Opinions about the COVID-19 Vaccine and Vaccination Decision of Staffs Operating. at U-Tapao Rayong-Pattaya International Airport, Rayong Province. *Science and Technology Journal of Sisaket Rajabhat University*. 2022;2(1): 31-42. (in Thai).
10. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*. 2020; 91(3):841-52.
11. Spielberger, C.D. Manual for the state-trait anxiety inventory. (STAI) form Y: Self-evaluation questionnaire. 1983.

บทความวิจัย

Mental health and Mental Health Self-Care for the Elderly in the Situation of COVID-19 at Sam Chuk, Suphanburi Province

Received: Oct 17, 2022

Revised: Jan 9, 2023

Accepted: Feb 1, 2023

Saowalak Sripcho, MN.S.¹

Supattra Chansuvan, MN.S.²

Prawida Phothong, MN.S.³

Soontaree Khachat, MN.S.⁴

Ausaniyaphon Chantorn, BN.S.⁵

Abstract

Introduction: The coronavirus (COVID-19) outbreak has impacted on elderly's mental health. Lack of awareness of COVID-19 prevention, and mental health promotion may affect both physical and mental health among the elderly. Objective: To investigate the relationships between elderly self-care behaviors in the context of COVID-19, mental health status, and in-depth mental health self-care behaviors in the context of COVID-19.

Methodology: The study used a mixed method design. The study was conducted among the elderly in Suphanburi province. The participants were 191 elderly and a questionnaire was used to collect data. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, and correlation (Pearson's correlation coefficient). Qualitative data were collected from 10 elderly using in-depth interviews and then content analysis was performed.

Result: Findings showed that elderly people reported less happiness. Anxiety related to COVID-19 was at a low level. Self-care behavior to prevent COVID-19 is at a good level. There was a positive significant relationship between happiness and self-care behavior ($r = .336, p = .01$). Also, anxiety related to COVID-19 negatively significantly associated with self-care behavior ($r = -.181, p = .05$). Qualitative data analysis revealed key issues as follows: 1) Mental health in the new normal is about accepting changes and having a good emotional foundation; And 2) Mental self-care in the new normal is self-care for

Funding: Boromarajonani College of Nursing Suphanburi

¹ Corresponding author : Registered Nurse, Professional Level (Knowledge Worker Positions) E-mail: saowalak@snc.ac.th.

^{2,4} Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions) ²E-mail: Supattra@snc.ac.th ³E-mail: prawida@hotmail.com

⁴E-mail: soontaree@snc.ac.th

⁵ Registered Nurse (Knowledge Worker Positions) E-mail: ausaniyaphon@snc.ac.th

¹⁻⁵ Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Suphanburi Thailand.

physical health, emotional and mental health, using technology, social distancing, and self-care for themselves and significant others.

Conclusion: Mental health care in a new normal involves accepting changes and having a good emotional foundation. This will help the elderly to practice good self-care during the context of COVID-19 pandemic.

implications: As a result of the study, differences in the mental health status of the elderly could be found in different age groups in large or small provinces or regions.

Keywords: mental health in the elderly, COVID-19

สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

Received: Oct 17, 2022

Revised: Jan 9, 2023

Accepted: Feb 1, 2023

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ พย.ม.¹

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ พย.ม.²

ปวีดา โพธิ์ทอง พย.ม.³

สุนทรี ชะชาตย์ พย.ม.⁴

อุษณีย์ภรณ์ จันทร์ พย.บ.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หากขาดความตระหนักในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิตตนที่ดี จะส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเชิงลึกในสถานการณ์โควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย: แบบผสมเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในผู้สูงอายุ จ.สุพรรณบุรี แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 191 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ 10 คน โดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า มีความสุขน้อย ความกังวลอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก และความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .336$, $p = .01$) ส่วนความกังวลต่อไวรัสโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181$ $p=.05$) และข้อมูลเชิงลึก พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ สุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ คือ ยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง และการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี การดูแลสุขภาพจิตตนเองชีวิตวิถีใหม่ คือ การดูแลร่างกายให้แข็งแรง การดูแลอารมณ์และจิตใจ การใช้เทคโนโลยี การเว้นระยะห่างทางสังคม และการดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง

สรุปผล: การดูแลสุขภาพจิตวิถีใหม่โดยยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี จะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองในสถานการณ์โควิด-19ในทางที่ดี

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำข้อมูลเปรียบเทียบสุขภาพจิตในกลุ่มอายุต่างๆในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก หรือแต่ละภูมิภาค เพื่อหาความแตกต่างของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โควิด -19

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) ¹E-mail: saowalak@snc.ac.th.

^{2,4}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) ²E-mail : Supattra@snc.ac.th, ³E-mail: prawida@hotmail.com, ⁴E-mail:soontaree @ snc.ac.th

⁵พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) E-mail : ⁵ausaniyaphon@snc.ac.th

¹⁻⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นที่ประเทศจีน เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดในหลายประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกประกาศโรคติดเชื้อไวรัสระบาดใหญ่ (Pandemic) มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 7.931 ซึ่งจากสถิติวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2562¹ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีร้อยละ 17.9 ของประชากรทั้งจังหวัด ในปี 2558 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0 ในปี 2562 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนสูงและเพิ่มขึ้น จึงเกิดความเครียดสูงในการติดเชื้อ เนื่องมาจากมีการรับรู้แหล่งข้อมูลที่จำกัด และระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ² รวมทั้งสังคม และเศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน จึงทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโลกปัจจุบัน หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ ก็อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้³ โดยเฉพาะความวิตกกังวลสูงในการใช้ชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ร้อยละ 56.56 มีความปวด ร้อยละ 3.83 ความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 126.11/94.39 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 94.90 ครั้งต่อนาที⁴ ผู้สูงอายุในอินเดียมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของเพื่อน รวมถึงกลัวเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยจากการติดเชื้อไวรัส ทำให้เกิดความเครียด⁵ จากการวิจัยพบว่า ควรให้การใส่ใจดูแลด้านสุขภาพจิตเป็นพิเศษในผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง⁶

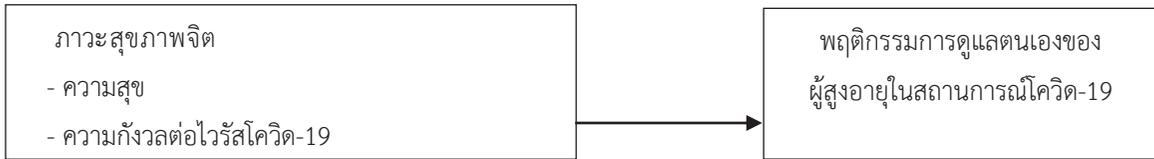
ภาวะสุขภาพจิตที่ดี เป็นความสุข สามารถปรับตัวได้เร็ว ไม่เครียดหรือวิตกกังวล⁷ จากการสำรวจผลกระทบการระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ต่อประชากรผู้สูงอายุไทยพบว่าอาการที่รายงานมากที่สุด ได้แก่ ความวิตกกังวล และไม่มีความสุข⁷ ซึ่งจะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 30.47 มีภาวะความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.56⁸ และผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำ ร้อยละ 74.0⁹ มีปัจจัยด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพกาย และด้านสุขภาพการเงินมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ¹⁰ ซึ่งผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ดีทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ย่อมสามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองได้และ

มีศักยภาพในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรัง ก็จะสามารถดำรงชีวิตได้ดีร่วมกับอยู่ในชุมชนที่อาศัยของตนเองได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังการศึกษาที่พบว่า แหล่งที่มาของรายได้ และการพักอาศัยร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความรู้และทัศนคติ เป็นต้น แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้มีการกล่าวถึงเรื่องภาวะสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 อันได้แก่ ความสุข และความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเชิงลึกในสถานการณ์โควิด-19

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามชุกซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยคุ้นเคยกับพื้นที่จากการปฏิบัติงาน สะดวกต่อการลงพื้นที่ และสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยอมรับและไว้วางใจได้นี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งได้ยิ่งขึ้น¹² เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเชิงลึก ความสุข ความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อันเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขององค์การอนามัยโลก¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเชิงลึกในสถานการณ์โควิด-19
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method)

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรคือ ผู้สูงอายุ อ.สามชุก จ.สุพรรณบุรี จำนวน 90,129 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 191 คน ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Statistic Test Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.2 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.80 จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีหยิบลูกบอลแบบไม่คืน (Simple Random Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามวิจัย ไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์และอาการแสดงอย่างชัดเจนของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และไม่เคยติดเชื้อโควิด 19

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) และแบบลูกโซ่ (snowball sampling) โดยการสอบถาม

ข้อมูลถึงผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามที่กำหนดไว้จากแกนนำ และบุคลากรสุขภาพในชุมชน และเลือกผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (data saturation)¹⁵ ที่ผู้วิจัยสามารถสร้างข้อสรุปในประเด็นที่ต้องการค้นหาและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขององค์การอนามัยโลก¹³ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุดอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบประเมินความสุข¹⁵ 15 ข้อแปลผล โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ 27 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง ความสุขน้อย 28-34 คะแนน หมายถึง มีความสุขปานกลาง 35-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมาก แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (CVI = .09-1.00) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.70

2. แบบคัดกรองความกังวลต่อไวรัส COVID-19 16 ข้อ การแปลผล 5-6 คะแนน มีความกังวลในระดับต่ำ 7-11 คะแนน มีความกังวลในระดับปานกลาง 12 คะแนนขึ้นไป มีความกังวลในระดับสูง แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (CVI = .09-1.00) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.80

3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁷ 15 ข้อ เป็นการสอบถามพฤติกรรม

ของผู้สูงอายุใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลการรับรู้ปัจจัยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรม (.00-1.00 คะแนน) มีระดับพฤติกรรมต่ำ (1.01-2.00 คะแนน) มีระดับพฤติกรรมปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และมีระดับพฤติกรรมดี (3.01-4.00 คะแนน) แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเชิงลึกในประเด็นภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 อยู่ระดับดี คือ ผู้วิจัยซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และการสังเกตพร้อมกับการบันทึกเสียงในภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยทั้งหมดยังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยผลการตรวจสอบพบว่ามีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruent: IOC) $\geq .50$ ทุกข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เลขที่รับรอง EC 025/2564 ลงวันที่ 25 เมษายน 2565 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถามได้มีการอธิบายโครงการวิจัยแก่ตัวอย่างวิจัยโดยละเอียด และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาทีต่อคนรับกลับเมื่อตอบเสร็จ และตรวจสอบความครบถ้วน ส่วนวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ 30-45 นาที ต่อ 1 คนด้วยตนเองที่บ้านของผู้สูงอายุ และคัดเลือกผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลรายต่อไปมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูลคนก่อน เพื่อการตัดสินใจว่าต้องการข้อมูลส่วนใดเพิ่มเติมอีก และผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่อไปจนข้อมูลอิ่มตัวจึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person's Product Moment Correction Coefficient)
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน (ร้อยละ 64.4) และเป็นเพศชาย จำนวน 68 คน (ร้อยละ 35.6) อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 108 คน (ร้อยละ 56.5) สถานภาพสมรส จำนวน 99 คน (ร้อยละ 51.8) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 162 คน (ร้อยละ 84.8) อาชีพ เกษตรกร จำนวน 82 คน (ร้อยละ 42.9) ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ จำนวน 125 คน (ร้อยละ 65.4) มีโรคประจำตัวเบาหวาน จำนวน 79 คน (ร้อยละ 41.4 คน) ตามลำดับ

ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่าระดับความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขน้อยมาก จำนวน 87 คน (ร้อยละ 45.5) มีความสุขปานกลาง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 31.9) และมีความสุขมาก จำนวน 43 คน (ร้อยละ 22.5) ตามลำดับ และระดับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความกังวลระดับต่ำ จำนวน 94 คน (ร้อยละ 94.84) มีระดับปานกลาง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 47.1) และมีระดับสูง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ

ข้อมูลด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 3.76 (SD = .03)

ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ในสถานการณ์โควิด-19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .336, p = .01$) และความกังวลต่อไวรัส COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองใน สถานการณ์โควิด-19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181, p = .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตกับพฤติกรรมดูแลตนเองในสถานการณ์โควิด-19 (N=191)

ตัวแปร	ความสุข	ความกังวลต่อไวรัส	
		COVID-19	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ความสุข	1	-.215**	.336**
ความกังวลต่อไวรัส COVID-19			-.181*
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			1

**Correlation is significant at the 0.01 *Correlation is significant at the 0.05

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิง

คุณภาพ (Qualitative research)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ผู้ให้ข้อมูล มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษา ป.4-ป.6 อายุ 60-72 ปี

ตอนที่ 2 สุขภาพจิต และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด -19 อำเภอสามชุก จังหวัด สุพรรณบุรี อธิบายประเด็นดังนี้

1. สุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ (Mental Health New Normal) แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่

1.1 ยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เพื่อชีวิตวิถีใหม่ ด้วยความไม่ประมาท จิตใจเราจึงมีความสุข นำไปสู่การ พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ดังคำบอกเล่าที่ว่า “สุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่คือ ยอมรับกับสิ่งใหม่ ๆ ไม่คิดมาก ทำใจสบาย ๆ เราไม่ต้องไปกังวลล่วงหน้าว่ามันจะเป็นอย่างไร แค่อินทรีย์มาทำขนมไปส่งตลาด กลางวันกลับมาก็นอนพักผ่อน และเย็นก็มาเตรียมของทำขนมวันต่อไป ใช้ชีวิตปกติ เพียงแค่ว่าไม่ประมาทก็พอ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2565)

1.2 พื้นฐานอารมณ์ที่ดี คือ การคิดเชิงบวก ยิ้มแย้ม แจ่มใส ดังคำบอกเล่าที่ว่า “สุขภาพจิตขึ้นอยู่กับเรา ถ้าเราคิดบวกมันก็ทำให้เราไม่เครียด ถ้าเรามัวแต่วิตกกังวลว่า

ไปเจอคนนั้นคนนี้ แล้วเราจะติด เราก็จะกังวลจนเรา เป็นทุกข์” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2565)

“สุขภาพจิตมันอยู่ที่จิตใจเรา เข้ามาเรามีจิตที่ดี ยิ้มแย้ม แจ่มใส ระหว่างวันเราก็จะอารมณ์ดี สังเกตนะถ้าวันไหน เราหงุดหงิดนะ เราก็จะหงุดหงิดทั้งวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2565)

2. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ (Mental Health Self-Care New Normal) แบ่งเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

2.1 การดูแลร่างกายให้แข็งแรง การออกกำลังกาย เป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดโรคติดต่อและไม่ติดต่อ และส่งผลต่อ สุขภาพจิตที่ดีตามมาอีกด้วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า “การทำให้เรามีสุขภาพจิตดีที่ออกกำลังกาย ที่มีโรคประจำตัว ไขมัน หรืออะไรอย่างนี้ หมอที่ตรวจยังบอกทำไมไขมันหายไเพราะ พี่ชอบไปออกกำลังกายออกกำลังกายก็ช่วยได้ บางทีพี่ก็ไปปั่นจักรยานทำน้ำ เรามีอาชีพค้าขายก็จะออกกำลังกายตลอด ยิ่งในช่วงสถานการณ์โควิดที่ยิ่งต้องออกกำลังกายเลย ถ้าเกิดเรายิ่งอ่อนแอมันยิ่งน่ากลัวนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, 2565)

2.2 การดูแลอารมณ์และจิตใจ จากสถานการณ์ โควิด-19 ที่แพร่ระบาดใหม่และยังไม่รู้ระยะเวลาที่จะสิ้นสุดลง

ทำให้เกิดความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้²¹ ผู้สูงอายุจึงดูแลด้านอารมณ์และจิตใจโดยการทำที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้สงบ ปฏิบัติกิจกรรมด้านความเชื่อ ด้านศาสนา เพื่อให้เกิดความสบายใจ ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ป้าก็ดูแลจิตใจเราให้ดี ให้อุบัติพระสวดมนต์ เจริญภาวนา และช่วยกันแม่เมตตาให้ทุกชีวิตในโลกนี้อย่าได้สร้างเวรต่อกัน อย่าได้เบียดเบียนกัน อย่าได้มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจ มีแต่ความสุข รักษาตนให้ปลอดภัยจากไวรัสโควิด 19 ก่อนนอนทุกคืน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2565)

2.3 การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต
 ดังคำบอกเล่าที่ว่า “พี่ก็ตามข่าวสารจริงบ้างเท็จบ้างแต่เราลองเรียนรู้ด้วยตัวเอง ดูข่าวสารที่เป็นประโยชน์แบบไหนดีก็จะนำมาเป็นตัวอย่าง ไม่กังวลไม่ได้เสพยาจนเลยเถิด อันไหนที่ดีก็เอามาดูความเป็นไปได้เราก็โอเค” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2565)

2.4 การเว้นระยะห่างทางสังคม ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ไม่ไปในที่ชุมชนแออัดแต่ถ้ามีเหตุจำเป็นที่ต้องไปก็จะป้องกันโดยการใส่หน้ากากอนามัย พ่นแอลกอฮอล์ พยายามหลีกเลี่ยง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 2565)

2.5 การดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง ดังคำบอกเล่าที่ว่า “พ่นแอลกอฮอล์และล้างมือบ่อย ๆ เวลาออกไปข้างนอกกลับมาจะถอดแมสทั้งและรีบล้างมือ เวลาไปทำกิจกรรมข้างนอกไม่หยิบจับอะไรก็ระวัง ไม่เปิดแมส” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2565)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตโดยรวม

1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับน้อย และมีความกังวลต่อไวรัส COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอาจส่งผลต่อการเกิดอาการอย่างรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น แต่ด้วยความจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านเพื่อทำงานหรือไปหาซื้อของกินของใช้เข้ามาในบ้าน จึงมีโอกาสนำเชื้อจากภายนอกมาสู่ผู้สูงอายุ อีกทั้งการจำกัดบริเวณให้ผู้สูงอายุอยู่แต่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน อาจส่งผลให้สภาพร่างกาย และสมองของผู้สูงอายุถดถอยลง จนเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการสำรวจผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัว

ของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁶

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .336$, $p = .01$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่แม้จะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรัง แต่ก็ยังสามารถดูแลตนเองได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ทำให้มีศักยภาพในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมถึงสามารถดำรงชีวิตร่วมกับอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangchinda และคณะ ที่พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.456$, $p\text{-value} < 0.01$)¹⁸

ส่วนความกังวลต่อไวรัส COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.181$, $p = .05$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ อีกทั้งความเครียด ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลที่จำกัด ทำให้ขาดวงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanwaisart พบว่า ความวิตกกังวลสูงในการใช้ชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายของเพื่อน รวมถึงกลัวเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยจากการติดเชื้อไวรัส ทำให้เกิดความเครียด³

2. ข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์โควิด-19 อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

2.1 สุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ (Mental Health New Normal) คือ

“การยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง” เพื่อชีวิตวิถีใหม่ โดยยึดหลักพระพุทธศาสนา เป็นการเตรียมรับในการเผชิญวิกฤติการณ์โควิด 19 อย่างมีสติ และรู้เท่าทันสถานการณ์ การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ด้วยความไม่ประมาท มองเห็นซึ่งความจริง และยอมรับอย่างมีสติไม่ตื่นตระหนก จนเกินไป โดยยอมรับความจริงอย่างมีสติว่า สามารถป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตรายได้หากเราไม่ประมาท เราก็จะสามารถใช้ชีวิต ได้อย่างมีความสุข¹⁹ และ “การมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี” โดยการจัดการอารมณ์ จัดการความเครียด ซึ่งเป็นความรู้สึก ในทางบวก จะส่งผลต่อจิตใจ การที่คนเรายิ้ม หัวเราะบ่อยๆ จะมีฮอร์โมนแห่งความสุขหลั่งออกมา ช่วยให้สมองปลอดโปร่ง ช่วยในเรื่องระบบความคิดการแก้ปัญหาต่าง ๆ ผ่านไปด้วยดี ย่อมทำให้จิตใจแจ่มใสตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boontongkham และคณะ ที่พบว่า การสร้างสุขภาพจิตให้เข้ม แข็ง และบริหารอารมณ์ให้มีความสุขสนุกสนานร่าเริง ไม่มี ความเครียดหรือวิตกกังวลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือเมื่อมี ความเครียดทางจิตใจหรือมีปัญหา ก็หาโอกาสผ่อนคลาย ด้วยการทำงานอดิเรก ออกกำลังกายจะทำให้มีจิตใจที่สบายขึ้น ส่งผลให้เราสามารถปรับตัวให้อยู่รอดภายใต้สถานการณ์ การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้²⁰

2.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ (Mental Health Self-Care New Normal) โดย

“การดูแลร่างกายให้แข็งแรง” โดยออกกำลังกายที่ ชอบเป็นประจำสม่ำเสมอ นานอย่างน้อยวันละ 30-60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ทำให้ผ่อนคลาย และมีความสุข ส่งผลให้กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Alagawany และคณะ ที่พบว่าการออกกำลังกายในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง จากการที่ทุกคนต้องอยู่บ้านติดต่อกันเป็นเวลานาน มีผลให้มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น ส่งผลให้อ้วน น้ำตาลใน หลอดเลือดสูง สุขภาพไม่ดี ระบบภูมิคุ้มกันทำงานไม่มี ประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ง่ายขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยให้สุขภาพ ร่างกายแข็งแรง กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานอย่างมี ประสิทธิภาพ²¹

“การดูแลอารมณ์และจิตใจ” คือ การมีสภาวะ ทางบวกในด้านต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การคิดบวก สวดมนต์ ถือศีล ทำบุญ งดเนื้อสัตว์ และมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน เพื่อความสงบสุขทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อขจัดความเครียด ความกังวลใจในสถานการณ์โควิด จนเกิดเป็นสภาวะทาง จิตวิญญาณที่ดีซึ่งถือเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่สำคัญในการดำเนิน ชีวิตสถานการณ์โควิด-19 ที่แพร่ระบาดใหม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Somkhane and Saengsai การสร้าง พลังทางบวกโดยยึดหลักกาถือศีล ฟีกสมาธิ จนเกิดเป็นปัญญา ซึ่งเป็นหลักคำสอนในพระพุทธศาสนาที่สำคัญมาประยุกต์ใช้ เพื่อบำบัดและบรรเทาความทุกข์และเสริมสร้างความเข้มแข็ง ภายในจิตใจตลอดจนเพิ่มความสุขในการดำเนินชีวิตในสภาวะ วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างยั่งยืนต่อไป²²

“การใช้เทคโนโลยี และอินเทอร์เน็ต” การติดตาม ข่าวสารเท่าที่จำเป็น เลือกรับข่าวสารจากแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้ เช่น ประกาศของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันในสถานการณ์โรคโควิด สอดคล้องกับ การศึกษาของ Kulsoontorn และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุ ไม่ควรรับข่าวสารที่มากเกินไป โดยจำกัดการติดตามข้อมูล ประมาณวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและตอนเย็น หรือ ตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสาร มากเกินไป²

“การเว้นระยะห่างทางสังคม” จะมีส่วนช่วยให้การ ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ความเครียด ความกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tobunluepop และคณะ พบว่า ทัศนคติต่อมาตรการการเว้นระยะทางสังคม มีผลทางลบกับสุขภาพจิต 2 ด้าน ได้แก่ ความเครียด และ ความวิตกกังวล ซึ่งอธิบายได้ว่า ทัศนคติต่อมาตรการการ เว้นระยะทางสังคมที่ดีขึ้นจะเป็นผลให้สุขภาพจิตด้าน ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง⁷

“การดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Munsraket และคณะ ที่พบว่า ปัจจุบันยังไม่มียาจำเพาะที่ได้ผลดีในการรักษา และส่วน ใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิด การติดเชื้อได้ทุกเมื่อ ดังนั้นจึงต้องปรับตัวตามสถานการณ์ ด้วยการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีและมีภูมิคุ้มกันโรค และ ใช้ชีวิตวิถีใหม่ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการ

ระบดอย่างเคร่งครัด เทคนิคในการดูแลตนเองให้สุขภาพดี และมีภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เทคนิคเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างมีความสุข²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำข้อมูลเปรียบเทียบสุขภาพจิตในกลุ่มอายุต่าง ๆ ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก หรือเขตเทศบาล

นอกเขตเทศบาล หรือแต่ละภูมิภาค เพื่อหาความแตกต่างของ ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิต ที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมด้านสุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตชีวิตวิถีใหม่ และการรับมือ เพื่ออยู่กับชีวิตวิถีใหม่ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

References

1. Suphanburi Provincial Statistical Office. analyze and summarize the situation of the province, the preparation of spatial data Suphanburi Province. [13 October 2022]; 2020 Available from: <http://suphan.nso.go.th/>
2. Kulsoontorn K, Wingpat K, Bodeerat C. Guidelines for Caring the Elderly During a COVID-19 Pandemic. *Journal of Roi Kaensarn Academi* 2021, 6(11),288-302.
3. Wanwaisart P. A Role of Psychiatric Nurses in Mental Health Promotion for Elderly based on the Buddhist Ethics. *Vajira Nursing Journal* 2021;22(2):105-17.
4. Chompooan W, Chompooan W, Seedaket S, Kechit Th, Eungpinichpong Srikongphlee V. Effects of new-normal health care for the elderly with anxiety for the global COVID-19 pandemic situation. *Journal of Health Science Research* 2020;15(1):81-92.
5. Chopra M, Dasgupta j. Concerns of older adults during second COVID wave in India. *The Journal of the Alzheimer's association* 2021;17(10):1.
6. Boontoch K, Nuntaboot Kh. Happiness, Distress and Mental Health of the Elderly in a Community in the Upper North Region of Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(3): 257-70. (in Thai)
7. Wingpat K, Bodeerat. Effect on Quality of Life and Adjustment of Elders in the CoronavirusDisease 2019 Epidemic (COVID-19): A Case Study of Ban Bung Subdistrict Administrative Organization, Mueang District, Phichit Province. *Journal of Roi Kaensarn Academi* 2022;7(7):137-48. (in Thai)
8. Ngamsri M, Banthoengsuk H, Jaisawang D, Somsuvun Ch, Yaowaboot A. Prevalence of Stress Depression and Resilience of The Elderly during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Srivanalai Vijai* 2021;11(2):63-76. (in Thai)
9. Pattra S, Pattra M, Chusak Th. The mental health of elderly in chaiyaphum province case study: naphai sub-district, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology* 2019;14(2) 88-102. (in Thai)

10. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W, Elter P. Mental Health and Related Factors among Older Adults. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(3):150-63. (in Thai)
11. Chansuwan S, kachat S, Photong P, Sripho S, Predictive Factors to Self-Care Behaviors Regarding Mental Health of the Elderly at Sanamchai Subdistrict, Suphanburi Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi* 2020; 3(2):42-51. (in Thai)
12. Phothisita C. The art and science of qualitative research, 3rd ed. Bangkok: Amarin printing & publishing; 2007. (in Thai).
13. World Health Organization (WHO). What is a coronavirus?. [13 October 2022]; 2021 Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
14. Sutteewasinon P, Pasunon P. Sampling Strategies for Qualitative Research. *Parichart Journal* 2019;29(2):31-48. (in Thai).
15. Mongkol A, Tangseree T, Udomrat P, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chutha W, Kaewkonthai R, The Development and Testing of a New Thai Mental Health Indicator (TMHI). Oral presentation in International of The PRCP (Pacific Rim College of Psychiatrist). Hongkong 2004:234
16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Screening form for concerns about the COVID-19. [13 October 2022]; 2019 Available from: <https://www.mhc2.go.th/covid/>
17. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynahk C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factor influencing to health promotion behavior for Coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of the Police Nurses* 2020;12(2):323-37.
18. Duangchinda A, Siripaiboon Ch, Kehanak S. Perceived Self-Efficacy and COVID-19 Prevention Behaviors with Quality of Life among Older Persons in Suphan Buri Province. *KKU Journal for Public Health Research* 2021;4(14):111-25. (in Thai)
19. Thongjunra Ph and Phosing Ph. New normal of Life Thai needs seek The Dhamma. *Journal of Buddhist Studies Vanam Dongrak* 2022; 9(1): 191-206. (in Thai)
20. Boontongkham N, Phrakrupaladsuwattanabuddhikun, Deeyiam S. A Good Quality of Life according to Sufficiency Economy Philosophy under Covid 19 Virus. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation* 2020; 6(4): 235-46. (in Thai)
21. Alagawany M, Attia YA, Farag MR, Elnesr SS, Nagadi SA, Shafi ME, et al. The strategy of boosting the immune system under the COVID-19 Pandemic. [13 October 2022]; 2021 Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fvets.2020.570748/full>
22. Supakham N, Saengsai P. The Buddhist method of Spiritual well-being enhancement during the era of COVID – 19 Pandemic. *Journal of MCU Ubon Review* 2022;7(2):23-37. (in Thai)
23. Krittakorn Munsraket K, Munsraket R, Munsraket K. New Normal Life and Self-care Techniques to Strengthen Immunity During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health and Nursing Education* 2021; 27(1): 206-18. (in Thai)

บทความวิจัย

Occupational Health Hazards in Faculty of Medicine, Thammasat University

Received: Jan 29, 2022
Revised: May 5, 2022
Accepted: May 23, 2022

Pattarapon Jammin, M.D.¹
Surasak Buranatreveth, M.D., Dr.PH²

Abstract

Introduction: Government agencies are not enforced under Occupational Safety, Health, and Environment act. However, such law requires government agencies to have occupational safety, and environmental standard not lower than law required. Occupational health hazard survey is one step of work safety, health, and environmental operation.

Research objectives: To survey and assess occupational health hazards in Faculty of Medicine, Thammasat University.

Research methodology: This was a survey study aimed to assess occupational health hazards in 22 departments in Faculty of Medicine, Thammasat university. Research instruments used to collect data consisted of 3 parts, including demographic questionnaire, occupational safety and health questionnaire, and occupational health hazard questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage).

Results: The health hazards in Faculty of Medicine, Thammasat university were as follows: physical health hazard (86.36%), chemical health hazards (81.82%), biomechanical health hazards (72.72%), and psychological and biological health hazards (50%).

Conclusions: The major findings were the following. Physical health hazards included confined space, heat, water leakage, and insufficient light. Chemical health hazards included dust, formalin, phenol, mercury, laboratory gases, and liquid nitrogen.

Implications: The results of this study were reported to Dean and the Committee of Occupational Safety, Health, and Work Environment or coordinate with related departments to solve problems.

Keywords: health hazards, work, Faculty of Medicine

¹Funding Institute research, Thammasat University
Instructor, E-mail: gismd23@gmail.com

²Corresponding author: Professor, E-mail: sburana@tu.ac.th

^{1,2}Department of Community and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University Pathumthani, Thailand

สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Received: Jan 29, 2022

Revised: May 5, 2022

Accepted: May 23, 2022

ภัทรภณ แจ่มมิน พ.บ.¹

สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ พ.บ., ส.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ไม่ใช่ว่าบังคับกับหน่วยงานราชการ อย่างไรก็ตามกฎหมายดังกล่าวกำหนดให้หน่วยงานราชการต่างๆ มีมาตรฐานความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด การสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพในการทำงานเป็นขั้นตอนหนึ่งในการดำเนินงานความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อสำรวจและประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยเชิงสำรวจ สำรวจและประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน 22 หน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความปลอดภัยและอาชีวอนามัย และแบบประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและการป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย: สิ่งคุกคามสุขภาพที่พบจากหน่วยงานทั้งหมดในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรียงตามลำดับ ดังนี้ สิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพเป็นปัญหาอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 86.36 ของหน่วยงานทั้งหมด สิ่งคุกคามสุขภาพทางเคมีเป็นปัญหาอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 81.82 ของหน่วยงานทั้งหมด สิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวกลศาสตร์เป็นปัญหาอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 72.72 ของหน่วยงานทั้งหมด และสิ่งคุกคามสุขภาพทางจิตใจและชีวภาพเป็นปัญหาอันดับที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 50 ของหน่วยงานทั้งหมด

สรุปผล: ปัญหาที่พบส่วนมาก คือ สิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ ได้แก่ พื้นที่อับอากาศ ความร้อน น้ำรั่วซึม และแสงสว่างน้อย และสิ่งคุกคามสุขภาพทางเคมี ได้แก่ ฝุ่นละออง ฟอรัมาลิน ฟีนอล โปรทก้าซในห้องทดลอง ไนโตรเจนเหลว

ข้อเสนอแนะ: นำเสนอผลการสำรวจต่อผู้บริหารและคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานในแก้ไขปัญหาหรือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไข

คำสำคัญ: สิ่งคุกคามสุขภาพ ทำงาน คณะแพทยศาสตร์

³ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์ E-mail: gismd23@gmail.com

⁴Corresponding author ศาสตราจารย์ E-mail: sburana@tu.ac.th

^{1,2}สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย

บทนำ

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน ได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน¹ ตามมาตรา 3 วรรค 2 พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ได้ระบุว่ามิให้ใช้บังคับกับราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น แต่ให้หน่วยงานราชการ มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่าที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติดังกล่าว² เพื่อความสะดวกในการดำเนินการปฏิบัติงานของหน่วยงานราชการ การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยคุ้มครองข้าราชการ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และผู้มาติดต่อราชการให้มีความปลอดภัย และสุขภาพอนามัยที่ดีในการปฏิบัติงานโดยมีแนวปฏิบัติข้อหนึ่งคือ จัดให้มีการสำรวจหรือตรวจสอบเพื่อประเมินสภาพการทำงานที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เพื่อจัดทำแผนการควบคุมหรือปรับปรุงแก้ไขด้านความปลอดภัยของหน่วยงานต่อไป

องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศประมาณการณว่า ในปี พ.ศ. 2559 โรคและบาดเจ็บจากการทำงานทำให้เสียชีวิตทั่วโลก 1.88 ล้านคน โดยเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ 80.7% (1.52 ล้านคน) และบาดเจ็บจากการทำงาน 19.3% (0.36 ล้านคน) สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต คือ ชั่วโมงการทำงานที่นาน (มากกว่า 55 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) (744,924 คน) ฝุ่น ก๊าซ พุ่ม (450,381 คน) และประสบอันตราย (363,283 คน)³ องค์การแรงงานระหว่างประเทศประมาณการณว่าในปี พ.ศ. 2557 ทวีปเอเชียมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากบาดเจ็บจากการทำงานสูงสุด (271,949 คน) คิดเป็น 2 ใน 3 ของจำนวนผู้เสียชีวิตจากบาดเจ็บจากการทำงานทั่วโลก 380,500 คน คิดเป็นอัตราเสียชีวิตจากบาดเจ็บจากการทำงาน 12.99 ต่อ 100,000 คน⁴ องค์การแรงงานระหว่างประเทศประมาณการณว่าในปี พ.ศ. 2558 ทวีปเอเชียมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากการทำงานสูงสุด (1,534,457 คน) คิดเป็นร้อยละ 64 ของจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากการทำงานทั่วโลก 2,394,894 คน⁴ จากสถิติของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน ปี พ.ศ. 2563 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

85,533 คน โดยเสียชีวิต 588 คน⁵

ผู้บริหารด้านสุขภาพและความปลอดภัยของสหราชอาณาจักร (Health and Safety Executive: HSE) ออกรายงานประจำปีเกี่ยวกับจำนวนคนทำงานที่ป่วยเป็นโรคและบาดเจ็บจากการทำงานและค่าใช้จ่ายอันเกิดจากโรคและบาดเจ็บจากการทำงานในสหราชอาณาจักร ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า มีคนทำงานบาดเจ็บจากการทำงาน 610,000 คน และป่วยเป็นโรคจากการทำงาน 559,000 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งหมด 694,818 ล้านบาท (โดยเป็นค่าใช้จ่ายโรคจากการทำงาน 454,634 ล้านบาท (คิดเป็น 814,910 บาทต่อการป่วย 1 คน) ค่าใช้จ่ายบาดเจ็บจากการทำงาน 240,184 ล้านบาท (คิดเป็น 72.9 ล้านบาทต่อการบาดเจ็บที่เสียชีวิต 1 คน และ 377,432 บาทต่อการบาดเจ็บที่ไม่เสียชีวิต 1 คน)⁶ ค่าใช้จ่ายอันเกิดจากโรคและบาดเจ็บจากการทำงานในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2536 ประมาณ 2.8 ล้านบาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายกรณีเสียชีวิต 623,160 ล้านบาท (คิดเป็น 96.9 ล้านบาทต่อการเสียชีวิต 1 คน) และค่าใช้จ่ายกรณีไม่เสียชีวิตแต่ต้องหยุดงาน 2.2 ล้านบาท (คิดเป็น 935,882 บาทต่อการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่ต้องหยุดงานแต่ไม่เสียชีวิต 1 คน)⁷

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เป็นหน่วยงานราชการส่วนกลางระดับกองสังกัด มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เริ่มการดำเนินการตามคู่มือการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารและการจัดการ ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของคณะฯ และมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับหัวหน้างานเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนการดำเนินการต่อไปจะทำการสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน⁶ ในหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนควบคุมสิ่งคุกคามสุขภาพ การตรวจสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสิ่งคุกคามสุขภาพในที่ทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจและประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในแต่ละหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

Canadian Centre for Occupational Health and Safety⁸ ได้เสนอกรอบแนวคิด สิ่งคุกคามสุขภาพในการทำงาน ประกอบด้วย

1. สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ ได้แก่ แสงที่จ้าเกินไปหรือมืดเกินไป เสียงที่ดังเกินไป อุณหภูมิที่ร้อนหรือหนาวเกินไป แรงสั่นสะเทือน คลื่นกัมมันตภาพรังสี
2. สิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรค สัตว์ทดลอง สัตว์นำโรคหรือสัตว์มีพิษต่าง ๆ
3. สิ่งคุกคามสุขภาพทางเคมี ได้แก่ สารเคมี โลหะหนัก ในรูปต่าง ๆ
4. สิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวกลศาสตร์ เป็นการจัดสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับผู้ทำงาน
5. สิ่งคุกคามสุขภาพทางจิตใจ ได้แก่ สภาพความเครียดในการทำงาน ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อสำรวจและประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของหน่วยต่าง ๆ ทั้งหมดของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวนทั้งหมด 22 หน่วยงาน ประกอบด้วย งานบริการการศึกษา งานบริการสังคม งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารการวิจัย งานนโยบายและแผน งานบริหารทั่วไป งานเทคโนโลยีทางการศึกษา อธิการสถานวิทยาศาสตร์พรีคลินิก อธิการสถานวิทยาศาสตร์คลินิก อธิการสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว อธิการสถานการแพทย์แผนไทย งานกิจการนักศึกษา งานพัฒนาคุณภาพ งานคลังและพัสดุ งานบัณฑิตศึกษา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกจุลชีววิทยาและภูมิคุ้มกันวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกปรสิตวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกชีวเคมี ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัยและศูนย์วิจัยทางคลินิก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความปลอดภัยและอาชีวอนามัย และแบบประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานและการป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลพนักงาน การทำงานเป็นกะ การทำงานเป็นผลัด สวัสดิการที่ได้รับ และสุขอนามัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความปลอดภัยและอาชีวอนามัย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุรวมถึงสาเหตุและการแก้ไข

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพและการป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย ชื่อแผนกและรายละเอียดของการทำงาน สิ่งคุกคามที่พบในแผนกการทำงาน โดยแบ่งหมวดหมู่เป็นสิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี ชีวกลศาสตร์ และจิตใจ พร้อมระบุปัญหาของสิ่งคุกคาม ผลกระทบต่อสุขภาพ การควบคุมสิ่งคุกคามที่พบ การตรวจสุขภาพ ตามสิ่งคุกคามที่พบในแผนก และการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้ยังไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ แต่การสำรวจดำเนินการโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 2 คน ซึ่งผ่านการอบรมให้เข้าใจแบบสำรวจ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตในการทำวิจัยจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. อบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับหัวหน้างานเกี่ยวกับขั้นตอน และแบบสำรวจ
3. ดำเนินการสำรวจสิ่งคุกคามต่อสุขภาพจากการทำงานทุกหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ธรรมศาสตร์ โดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับหัวหน้างาน

4. วิเคราะห์ข้อมูลสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในการทำงานแยกตามประเภทสิ่งคุกคามต่อสุขภาพรายหน่วยงาน และโดยภาพรวมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

5. จัดทำรายงานวิจัยและบทความวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 (คณะแพทยศาสตร์) รหัสโครงการ MTU-EC-CF-2-278/61

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (N =22)

สิ่งคุกคามสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านกายภาพ	19	86.36
ด้านเคมี	18	81.82
ด้านชีวกลศาสตร์	16	72.72
ด้านชีวภาพ	11	50
ด้านจิตใจ	11	50

ผลการสำรวจปัญหาที่พบในสิ่งคุกคามสุขภาพในแต่ละประเภทของหน่วยงานต่าง ๆ การประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ

จากผลการสำรวจข้อมูลปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพของแต่ละหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้านี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

จากการสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ตารางที่ 1) พบสิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพมากที่สุด (ร้อยละ 86.36) รองลงมาคือ สิ่งคุกคามสุขภาพทางเคมี (ร้อยละ 81.82) และสิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวกลศาสตร์ (การยศาสตร์) (ร้อยละ 72.72) ตามลำดับ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ พื้นที่ระบายอากาศไม่ดี (ร้อยละ 40.09) รองลงมาคือปัญหา รู้สึกว่าร้อนในสถานที่ทำงาน (ร้อยละ 27.27) แสงสว่างน้อยเกินไป (ร้อยละ 22.72) และน้ำรั่วซึม (ร้อยละ 22.72) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัญหาสิ่งคุกคามด้านกายภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งคุกคามด้าน กายภาพ	หน่วยงาน	ร้อยละ
พื้นที่ระบายอากาศไม่ดี	9 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานบริหารทั่วไป งานเทคโนโลยีทางการศึกษา ธุรกิจสถานวิทยาศาสตร์คลินิก ธุรกิจสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว ธุรกิจสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ งานพัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	40.90
รู้สึกร้อน	6 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานเทคโนโลยีทางการศึกษา งานคลังและพัสดุ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิก ประสาทวิทยา ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	27.27
แสงสว่างน้อยเกินไป	5 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทั่วไป ธุรกิจสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ งานกิจการนักศึกษา งานคลังและพัสดุ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิก กายวิภาคศาสตร์	22.72
น้ำรั่วซึม	5 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทั่วไป ธุรกิจสถานวิทยาศาสตร์คลินิก ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย ศูนย์วิจัยทางคลินิก	22.72
แสงสว่างมากเกินไป	4 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา ธุรกิจสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา	18.18
เสียงดัง	4 หน่วยงาน ได้แก่ ธุรกิจสถานวิทยาศาสตร์คลินิก งานพัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ศูนย์วิจัยทางคลินิก	18.18
พื้นแคบ แออัด	4 หน่วยงาน ได้แก่ งานคลังและพัสดุ งานบัณฑิตศึกษา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	18.18
สายปลั๊กไฟรางเกะกะ	4 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานคลังและพัสดุ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา	18.18
พื้นต่างระดับ เสี่ยง สะดุดล้ม	2 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา ศูนย์วิจัยทางคลินิก	9.09
เข็มตำ	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์	4.54
วางสิ่งของไม่เป็น ระเบียบ	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์	4.54
ไฟฟ้าลัดวงจร	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์	4.54
รักษาความปลอดภัย	1 หน่วยงาน ได้แก่ สถานวิทยาศาสตร์คลินิก	4.54

การประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพด้านเคมี

จากผลการสำรวจข้อมูลปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพด้านเคมีของแต่ละหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ธรรมศาสตร์ พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ฝุ่นจากเครื่องพิมพ์ (ร้อยละ 54.54) รองลงมาคือ ปัญหากลิ่นฟอร์มาลิน (ร้อยละ 18.18) และสัมผัสฟอร์มาลิน (ร้อยละ 9.09) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัญหาสิ่งคุกคามด้านเคมีของหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งคุกคามด้านเคมี	หน่วยงาน	ร้อยละ
ฝุ่นจากเครื่องพิมพ์	12 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานบริการสังคม งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานนโยบายและแผน งานบริหารทั่วไป งานเทคโนโลยีทางการศึกษา อธิการสถานวิทยาศาสตร์พรีคลินิก อธิการสถานวิทยาศาสตร์คลินิก งานกิจการนักศึกษา งานพัฒนาคุณภาพ งานบัณฑิตศึกษา ห้องปฏิบัติการแผนไทย และงานวิจัย	54.54
กลิ่นฟอร์มาลิน	4 หน่วยงาน ได้แก่ งานนโยบายและแผน อธิการสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว งานบัณฑิตศึกษา ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์	18.18
สัมผัสฟอร์มาลิน	2 หน่วยงาน ได้แก่ อธิการสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์	9.09
ฝุ่นเอกสาร	1 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทรัพยากรมนุษย์	4.54
เฟือก	1 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา	4.54
ฝุ่นจากสีผนังลอก	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์	4.54
พินอล	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์	4.54
ปรอท	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการสรีรวิทยา	4.54
ก๊าซในห้องทดลอง	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	4.54
ไนโตรเจนเหลว	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	4.54
สารเคมีอื่น ๆ	2 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกชีวเคมี ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	9.09

การประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพ

จากผลการสำรวจข้อมูลปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพของแต่ละหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ มีหนูในสำนักงาน

(ร้อยละ 27.27) รองลงมาคือ ปัญหาขี้กบ ตามระเบียบและปัญหาเชื้อราบนผนังร้อยละ 13.63 และแบคทีเรียจากห้องทดลอง (ร้อยละ 9.09) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัญหาสิ่งคุกคามด้านชีวภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ	หน่วยงาน	ร้อยละ
หนู	6 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานบริการสังคม งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ ชุรการสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิก กายวิภาคศาสตร์ ชุรการสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว	27.27
แบคทีเรีย		
- ขึ้น	3 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกปรสิตวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกจุลชีววิทยาและภูมิคุ้มวิทยา	13.63
- จากห้องทดลอง	2 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาและภูมิคุ้มวิทยา ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	9.09
- กล้องจุลทรรศน์	1 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา	4.54
- ผู้ป่วย	1 หน่วยงาน ได้แก่ ศูนย์วิจัยทางคลินิก	4.54
เชื้อรา		
- ผง	3 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทั่วไป ชุรการสถานวิทยาศาสตร์พรีคลินิก ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	13.63
- อาจารย์ใหญ่ และเครื่องนุ่งห่ม	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์	4.54
ปรสิตจากอุจจาระ	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการปรสิตวิทยา	4.54
สารคัดหลั่ง	1 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์	4.54

การสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวกลศาสตร์

จากผลการสำรวจข้อมูลปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวกลศาสตร์ของแต่ละหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ

ยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก และ ความสูงเก้าอี้และโต๊ะทำงาน ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 36.36) และการนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน (ร้อยละ 22.72) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของปัญหาสิ่งคุกคามด้านชีวกลศาสตร์ของหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งคุกคามด้านชีวกลศาสตร์	หน่วยงาน	ร้อยละ
ยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก	8 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารการวิจัย งานบัณฑิตศึกษา อธิการสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชน และเวชศาสตร์ครอบครัว ห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย ศูนย์วิจัยทางคลินิก	36.36
ความสูงเก้าอี้และโต๊ะทำงานไม่เหมาะสม	8 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารทั่วไป งานเทคโนโลยีทางการศึกษา อธิการสถานวิทยาศาสตร์พรีคลินิก อธิการสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว อธิการสถานการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ งานบัณฑิตศึกษา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา	36.36
การนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน	5 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารการวิจัย งานพัฒนาคุณภาพ งานคลังและพัสดุ งานบัณฑิตศึกษา	22.72
คู่ชั้นวางของอยู่สูง	3 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริการการศึกษา งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารการวิจัย	13.63
ยืนทำงานเป็นเวลานาน	2 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา	9.09

การประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตสังคม

จากผลการสำรวจข้อมูลปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตสังคมของแต่ละหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ เครียดจากการทำงานเป็น (ร้อยละ 36.36) และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ร้อยละ 22.72) (ตารางที่ 6)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการดำเนินงานสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าลักษณะงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ 1. ลักษณะงานประเภทธุรการจำนวน 16 หน่วยงาน และลักษณะงานประเภทห้องปฏิบัติการมีจำนวน 6 หน่วยงาน

ลักษณะงานประเภทธุรการ 16 หน่วยงาน ได้แก่

งานบริการการศึกษา งานบริการสังคม งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารการวิจัย งานนโยบายและแผน

งานบริหารทั่วไป งานเทคโนโลยีทางการศึกษา อธิการสถานวิทยาศาสตร์พรีคลินิก อธิการสถานวิทยาศาสตร์คลินิก อธิการสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว อธิการสถานการแพทย์แผนไทย งานกิจการนักศึกษา งานพัฒนาคุณภาพ

งานคลังและพัสดุ งานบัณฑิตศึกษา และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก
หน่วยงานทั้ง 16 หน่วยงานมีสิ่งคุกคาม 3 สิ่งที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งคุกคามด้านกายภาพ สิ่งคุกคามด้านเคมีและสิ่งคุกคามด้านชีวกลศาสตร์

1. สิ่งคุกคามทางด้านกายภาพเป็นสิ่งคุกคามอันดับหนึ่ง โดยมีปัญหาเรื่อง พื้นที่ระบายอากาศไม่ดี วัสดุร้อน แสงสว่างเกินและน้อย น้ำรั่วซึม และเสียงดัง ในหน่วยงานทั้ง 16 หน่วยงานนั้นจะมีอย่างน้อยหนึ่งปัญหาสิ่งคุกคามด้านกายภาพ ยกเว้นงานบริหารงานวิจัยและงานนโยบายและแผน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือที่ตั้งของหน่วยงาน หน่วยงานที่พบปัญหาส่วนมากจะตั้งอยู่ในตึกคุณากรซึ่งมีอายุนานสามสิบปี

2. สิ่งคุกคามด้านเคมีพบว่าปัญหาที่สำคัญ คือ ฝุ่นหมึกจากเครื่องเครื่องพิมพ์ จากการเดินสำรวจพบว่าทุกห้องโต๊ะทำงานจะมีเครื่องเครื่องพิมพ์ประจำอยู่หนึ่งตัว ซึ่งเพิ่ม

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของปัญหาสิ่งคุกคามด้านจิตสังคมของหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตสังคม	หน่วยงาน	ร้อยละ
เครียดจากภาระงานมาก	8 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารทรัพยากรมนุษย์ งานบริหารการวิจัย ชุมชน การสถานวิทยาศาสตร์เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว งานพัฒนาคุณภาพ งานคลังและพัสดุ งานบัณฑิตศึกษา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิก กายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา	36.36
สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสม	5 หน่วยงาน ได้แก่ งานบริหารการวิจัย ชุมชน การสถานวิทยาศาสตร์คลินิก ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา ห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย	22.72

โอกาสในการสัมผัสกับสิ่งคุกคามชนิดนี้ได้มากขึ้น นอกจากนี้บางหน่วยงานได้รับผลกระทบจากฟอร์มาลินโดยพบว่าสามหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบจะอยู่ใกล้กับห้องปฏิบัติการกายวิภาคศาสตร์ซึ่งใช้ฟอร์มาลินในการรักษาสภาพอาจารย์ใหญ่

3. ปัญหาด้านชีวกลศาสตร์โดย สิ่งคุกคามส่วนใหญ่ ได้แก่ เก้าอี้และโต๊ะทำงานไม่เหมาะสมมีการใช้โต๊ะเก้าอี้ที่เป็นโต๊ะเขียนหนังสือมาใช้แทนโต๊ะคอมพิวเตอร์ทำให้เกิดความลำบากขณะมองหน้าจอและพิมพ์คีย์บอร์ด รองลงมาคือ การเคลื่อนย้ายของหนัก (น้ำหนักตั้งแต่ 23 กิโลกรัมขึ้นไป) เอกสารที่ต้องจัดเก็บบริเวณชั้นวางที่อยู่สูง (อยู่เหนือระดับไหล่) และสุดท้ายคือการนั่งท่าเดิมเป็นเวลานาน (ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป)⁹

สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiklieng และคณะ¹⁰ พบว่าเจ้าหน้าที่สำนักงานของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีอุบัติการณ์ปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานใน 1 ปีสูงถึง 83% ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความกว้างของโต๊ะทำงาน (RRadj = 5.72; 95% CI 1.44 - 22.70) และแสงสว่างไม่เพียงพอ (91.8%)

ลักษณะงานในห้องปฏิบัติการประกอบด้วย 6 หน่วยงานได้แก่

ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกกายวิภาคศาสตร์ ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกสรีรวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกจุลชีววิทยาและภูมิคุ้มกันวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกปรสิตวิทยา ห้องปฏิบัติการพรีคลินิกชีวเคมี และห้องปฏิบัติการแผนไทยและงานวิจัย

เมื่อพิจารณาเฉพาะหน่วยงานทั้ง 6 หน่วยข้างต้นแล้วจะพบว่าสิ่งคุกคามที่สำคัญ 3 สิ่งได้แก่ สิ่งคุกคามด้านกายภาพ สิ่งคุกคามด้านเคมีและสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจจาก วิทยานิพนธ์เรื่อง สภาพด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในปี 2560¹¹ พบว่ามีสิ่งคุกคามด้านชีวภาพ และสิ่งคุกคามด้านชีวกลศาสตร์ เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือสิ่งคุกคามด้านเคมี จะเห็นว่าผลการวิจัยมีความสอดคล้องกันในเรื่องของ สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ เป็นสิ่งคุกคามที่พบได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งโดยมีปัจจัยที่เหมือนกันคือ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง สิ่งคุกคามที่พบได้ร่วมกันอีกคือ สิ่งคุกคามด้านเคมีโดยห้องปฏิบัติการในคณะแพทยศาสตร์พบ 5 จาก 6 หน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 83.33 ขณะที่วิทยานิพนธ์ข้างต้นได้ทำการแบ่งสารเคมีออกเป็นแต่ละชนิด เมื่อนำมาคิดโดยภาพรวมจะพบสิ่งคุกคามด้านเคมี 9 หน่วย จาก 12 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 75

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอข้อมูลจากการสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานให้แก่ผู้บริหาร คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อวางแผนหรือประสานในการแก้ไขปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2. นำข้อมูลจากการสำรวจสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานมาวางแผนในการตรวจวัดสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานได้

3. นำข้อมูลมาวางแผนในการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานสำหรับบุคลากรในแต่ละหน่วยงานได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ถ้ามีการศึกษาหรือประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพจาก

การทำงานในครั้งต่อไป ควรใช้เครื่องมือทางอาชีวสุขศาสตร์ร่วมด้วยเช่น เครื่องมือตรวจวัดความเข้มข้นของสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมในการทำงาน จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากขึ้นนอกจากการใช้แบบประเมินสิ่งคุกคามสุขภาพอย่างเดียว และควรมีการสำรวจสิ่งคุกคามด้านสุขภาพ สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย จะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์มากขึ้น

References

1. Department of Labour Protection and Welfare. Occupational safety, health, and environment management manual for government agencies under occupational safety, health, and environment act (A.D. 2011). Bangkok: Jiahua; 2013 (in Thai).
2. Secretariat of the Cabinet. Occupational safety, health, and environment act (A.D. 2011). Government Gazette 2011;128(4):5-25 (in Thai).
3. World Health Organization and the International Labour Organization. WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016: global monitoring report. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization; 2021.
4. Hamalainen P, Takala J, Kiat TB. Global Estimates of Occupational Injuries and Work-related Illnesses 2017. Singapore: Workplace Safety and Health Institute; 2017.
5. Workers' compensation fund [Internet]. 2021 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://shorturl.at/fwF89>. (in Thai).
6. Health and Safety Executive. Costs to Britain of workplace fatalities and self-reported injuries and ill health, 2018/19. London: Health and Safety Executive; 2020.
7. Miller TR, Waehrer GM, Leigh JP, Lawrence BA, Sheppard MA. Costs of Occupational Hazards: A Microdata Approach. Calverton: Pacific Institute for Research and Evaluation; 2002. Grant No.: R01/CCR312179-03. Sponsor by National Institute for Occupational Safety and Health.
8. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Hazard and risk [Internet], 2009. [cited 2011 May 9], Available from www.ccohs.ca.
9. Occupational Safety and Health Bureau. Ergonomics manual for lifting and handling operations improvement. Bangkok: Chayakorn printing; 2019. (in Thai)
10. Chaiklieng S, Suggaravetsiri P, Stewart J. Incidence and risk factors associated with lower back pain among university office workers. Int J Occup Saf Ergon 2021;27(4):1215-21.
11. Meyoutam C, Sithisarankul P. Occupational safety, and health of clinical laboratories. Chula Med J 2018;62(5):773 – 84 (in Thai).

บทความวิจัย

The Experiences of Using Life Support Machine at Home among End of Life Patients: A Qualitative Study

Received: Nov 18, 2022

Revised: Feb 5, 2023

Accepted: Apr 11, 2023

Ratima Ongarjitthichai, M.A.¹

Penchan Pradubmook Sherer, Ph.D²

Pimpawun Boonmongkon, Ph.D³

Abstract

Introduction: Life support machine plays a crucial role in improving patients' quality of life and has positive and negative effects on the patient life experience and their caregivers.

Research objectives: This research aimed to explore the experiences of the end-of-life patients who use life support machine with focusing on the interaction between technology, patients, and the society.

Research methodology: A qualitative study using case study approach was applied. A purposive sampling method was used to recruit the informants, including 18 end-of-life patients and their caregivers from 12 families, and 5 healthcare providers. Data collection methods were narrative interview with patients and caregivers, in-depth interviews with healthcare providers, and observation while using the machine at home. Data were analyzed using thematic analysis.

Results: The experiences of using life support machines in end-of-life patients were identified in 3 dimensions: 1) life support machine and the end-stage illness: life support machine means a lot to prolong life and achieve the ultimate quality of life without suffering; 2) life support machine and the patient's life world: life support machine has been compared as an indispensable organ. It is a part of life contributing to patients' psycho-physio-social encounters. This reflects patients' dependency, being fear, and uncertainty; 3) In medical context, life support machine is a symbol of medical knowledge and has been monitored and surveilled through medical guidelines. Caregivers and patients can negotiate medical practices, both direct and indirect way.

Conclusion: Life support machine interplays with the illness but seems to be meaningful and interrelate to patients' illness experiences, patients' life, caregivers, and healthcare service.

Suggestions: Healthcare providers should provide continuity of care using holistic approach to empower patients and caregivers to attain a good life while using life support machine at home. Caring while using life support machine to achieve patients' and caregivers' need should be promoted.

Keywords: Life support machine, end-of-life patients, Illness experience

²Corresponding author: Associate Professor of Department of Social and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University
E-mail: penchan.she@mahidol.ac.th

¹Researcher, Policy Research and Development Institute Foundation (PRI) E-mail: ratima.ong@gmail.com

³Professor Emerita E-mail: pimpawun@gmail.com

¹Policy Research and Development Institute Foundation (PRI), Nonthaburi, Thailand

²³Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand

ประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีพีที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้าย : การวิจัยเชิงคุณภาพ

Received: Nov 18, 2022

Revised: Feb 5, 2023

Accepted: Apr 11, 2023

รติมา งามอาจิทธิชัย ศ.ม.¹

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ ปร.ด.²

พิมพวัลย์ บุญมงคล ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ : เครื่องพุงซีพีได้เข้ามามีบทบาทอันสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และส่งผลทั้งทางบวกและลบต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีพีของผู้ป่วยระยะท้าย โดยมุ่งเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเทคโนโลยี ผู้ป่วย และสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายกรณี ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถสื่อสารได้จำนวน 18 คน จาก 12 ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ 5 คน ใช้วิธีสัมภาษณ์เรื่องเล่าในผู้ป่วยและผู้ดูแล สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์และการสังเกตการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแก่นสาระ

ผลการวิจัย : ประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีพีมี 3 มิติ 1) เครื่องพุงซีพีกับความเจ็บป่วยระยะท้าย พบว่าเครื่องพุงซีพีมีความหมายต่อการยื้อชีวิต ให้มีชีวิตต่อไปแบบมีคุณภาพชีวิต ไม่ทุกข์ทรมาน 2) เครื่องพุงซีพีกับโลกชีวิตของผู้ป่วย เครื่องพุงซีพีเป็นเสมือนอวัยวะที่ขาดไม่ได้ เป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิต ส่งผลทั้งทางจิตใจ ร่างกาย และสังคมของผู้ป่วยด้วยเหตุแห่งการต้องพึ่งพิง ความกลัว ความไม่แน่นอน 3) เครื่องพุงซีพีในบริบททางการแพทย์ เป็นสัญลักษณ์ของชุดความรู้ทางการแพทย์ มีการถูกสอดส่อง ติดตาม ผ่านแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการต่อรองต่อข้อปฏิบัติทางการแพทย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

สรุป : เครื่องพุงซีพี มิได้มีความเป็นวัตถุวิสัยแต่มีปฏิสัมพันธ์ มีความหมายเชื่อมโยงกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยชีวิตผู้ป่วย ผู้ดูแล และบริการทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ : บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการแบบองค์รวม เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีชีวิตที่ดีในการใช้เครื่องพุงซีพีที่บ้าน ควรส่งเสริมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องพุงซีพีเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยและญาติ

คำสำคัญ : เครื่องพุงซีพี ผู้ป่วยระยะท้าย ประสบการณ์ความเจ็บป่วย

Corresponding author รองศาสตราจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: penchan.she@mahidol.ac.th

¹นักวิจัย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน) E-mail: ratima.ong@gmail.com

³ศาสตราจารย์เกียรติคุณ E-mail: pimpawun@gmail.com

¹มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย นนทบุรี ประเทศไทย

^{2,3}คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย

บทนำ (Introduction)

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการยืดชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะท้าย เครื่องพุงซีฟ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง ฯลฯ ได้เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน กลายเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย^{1,2} อย่างไรก็ตาม เครื่องพุงซีฟ อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน¹⁻³ ผู้ป่วยมีความทุกข์ ความกลัว ว่าอุปกรณ์จะทำงานอย่างไร และจะมีผลกระทบทางลบต่อร่างกายและชีวิตพวกเขาอย่างไร¹⁻⁴ ผู้ป่วยตั้งคำถามกับภาวะการพึ่งพิงเทคโนโลยีกับการรอดชีวิต โดยที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงการไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ หม่นหมอง กลัวการตาย และกังวลใจในภาวะที่ต้องมีชีวิตรอด ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับการใช้เครื่องพุงซีฟ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา (lengthy process) และเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องพุงซีฟ มักมีปัญหาและความยุ่งยากในการจะสร้างความคุ้นชินกับอุปกรณ์²

เครื่องพุงซีฟ เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญภายใต้ชุดความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มุ่งแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติ มุ่งจัดการกับความผิดปกติและโรค เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย⁵ โดยนัยนี้เป็นการอธิบายเทคโนโลยีทางการแพทย์ตามแนวคิดโครงสร้างหน้าที่ (Structural-functionalism) มองว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยยืดชีวิตมนุษย์ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงเป็นการรักษาที่อัศจรรย์ (miracle cure)⁶ ในทางสังคมศาสตร์อธิบายปรากฏการณ์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในมิติที่มีปฏิสัมพันธ์กับมนุษย์ และการมุ่งเข้าใจการรับรู้การให้ความหมายของเทคโนโลยีของมนุษย์ ตั้งคำถามว่าเทคโนโลยีกำหนดรูปแบบการใช้ชีวิตของมนุษย์อย่างไร และมนุษย์ได้ตอบ ประนีประนอม และจัดการกับเทคโนโลยีนั้นอย่างไร รวมทั้งยังอธิบายเทคโนโลยีทางการแพทย์ในมิติของชีวการเมือง (bio-politics) ที่มีอำนาจสามารถ “สร้างชีวิต” (make live) และการอนุญาตให้ตาย (let die) โดยผ่านชุดความรู้ วาทกรรม และปฏิบัติการทางการแพทย์⁸

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์ตีความเชิงวิพากษ์ (Critical Interpretive Medical Anthropology: CIMA) มาใช้ในการทำความเข้าใจประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีฟที่บ้านในผู้ป่วยระยะท้าย การให้ความหมายของผู้ป่วย ต่อการมีอยู่ของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อร่างกาย ความเจ็บป่วย และในชีวิตประจำวัน แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์ได้แย้งการอธิบายเทคโนโลยีที่เป็นเครื่องมือทางการแพทย์ และเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) แต่อธิบายเทคโนโลยีในฐานะที่เป็นอัตวิสัย (subjectivity) ที่เป็นความสัมพันธ์กับมนุษย์ ภายใต้กระบวนการทางวัฒนธรรม การเรียนรู้ ถ้ายทอด ความคิด ความเชื่อ การประกอบสร้างความหมายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้มีความหมายในชีวิตของมนุษย์ หรืออีกนัยหนึ่ง เทคโนโลยีทางการแพทย์มีส่วนในการประกอบสร้างอัตวิสัยและความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว⁹ แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์ตีความเชิงวิพากษ์ อธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วย และการตีความของบุคคล อันเป็นผลจากโครงสร้างอำนาจทางสังคม วัฒนธรรมและการเมือง โดยวิเคราะห์ประสบการณ์ด้านร่างกายเป็น 3 ระดับ¹⁰ ร่างกายระดับบุคคล (individual body) คือ การรับรู้ร่างกายที่เจ็บป่วยกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ร่างกายทางสังคม (social body) คือ การให้ความหมายเทคโนโลยีทางการแพทย์ของผู้ป่วย ภายใต้บริบทชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และสุดท้ายร่างกายทางการเมือง (political body) เป็นการทำความเข้าใจประสบการณ์ด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้ชุดความรู้ทางการแพทย์ ในที่นี้คือเทคโนโลยีเครื่องพุงซีฟ จำเป็นต้องได้รับการสอดส่อง ควบคุม กำกับ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ตรงรวมทั้งไม่เกิดผลเสียตามมา ซึ่งร่างกายภายใต้อำนาจความรู้และปฏิบัติการดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วย

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์โดยเฉพาะเครื่องช่วยพุงซีฟในงานวิจัยเชิงปริมาณมักมุ่งที่ผลลัพธ์หรือผลข้างเคียงต่อการใช้และส่วนใหญ่ใช้แนวคิดทางชีวการแพทย์ (biomedical approach)¹ งานวิจัยที่ให้ความสนใจในประเด็นเรื่องประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีฟ โดยเฉพาะการใช้เครื่องพุงซีฟที่บ้านในงานวิจัยเชิงคุณภาพยังมีไม่มาก งานวิจัยใน

ประเทศไทยที่พยายามทำความเข้าใจประสบการณ์ผู้ป่วยต่อการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทโรงพยาบาล^{11,12} การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต ซึ่งได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ในผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านมุมมองผู้ดูแลและผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ เพื่อให้เข้าใจการรับรู้ การให้ความหมายกับการเจ็บป่วย และเครื่องพยุงชีพ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ของเครื่องพยุงชีพในชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่าง ๆ ต่อความเจ็บป่วย ชีวิตและร่างกายผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการทางการแพทย์ โดยเชื่อมโยงเครื่องช่วยพยุงชีพกับบริบทชีวิต ความสัมพันธ์ และสังคมของบุคคลที่ให้ข้อมูลเพื่อเข้าใจประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิตทุกระดับดังกล่าวซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยชิ้นอื่น ๆ การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนความจริงผ่านประสบการณ์และการตีความของผู้ดูแลและผู้ป่วย การศึกษานี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อการพัฒนาระบบสนับสนุนข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับการใช้เครื่องพยุงชีพที่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้เครื่องช่วยพยุงชีพ ผ่านมุมมองผู้ดูแลและผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยคือ 1) ศึกษาการรับรู้ต่อเครื่องพยุงชีพในบริบทความเจ็บป่วยระยะท้ายของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ศึกษาการให้ความหมายเครื่องพยุงชีพในบริบทชีวิตประจำวัน และ 3) ศึกษาประสบการณ์การใช้เครื่องพยุงชีพภายใต้ชุดความรู้และปฏิบัติการทางการแพทย์

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบศึกษารายกรณี (case study) โดยวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีทั้งการสัมภาษณ์แบบเรื่องเล่า (narrative) การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลจากครอบครัวที่มีผู้ป่วยระยะท้ายต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์จากธนาคารเครื่องมือแพทย์จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ที่มีนโยบายให้ผู้ป่วยสามารถยืมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นกลับไปใช้ที่บ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่กำหนดระยะเวลาการยืมและให้บริการแก่บุคคลทั่วไปในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเลือกครอบครัวที่เป็นกลุ่มเป้าหมายผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้ (1) ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้และให้การยินยอมจำนวนทั้งหมด 12 ครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 16 คน (บางครอบครัวมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน) และผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้จำนวน 2 คน (2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลที่ดูแลเรื่องการติดตามการเยี่ยมบ้านและประสานงานเรื่องการรักษาผู้ป่วยที่บ้าน 1 คน พยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยย่อยระดับชุมชน 1 คน และพยาบาลในหน่วยบริการ 1 คน

วิธีการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เรื่องเล่า (narrative interview) ซึ่งเป็นวิธีการสัมภาษณ์ที่มุ่งทำความเข้าใจชีวิตของบุคคล โดยผ่านมุมมอง เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่นำเสนอโดยผู้เล่าเรื่องเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ ความคิดโดยไม่มีกรอบจำกัดหรือชี้นำ ผู้วิจัยทำหน้าที่รับฟังและถามคำถามนำเป็นครั้งคราว จากนั้นจึงมาวิเคราะห์สรุปภายหลัง เก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วย การเก็บข้อมูลใช้วิธีการให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ของตนเอง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นรับทราบว่าเป็นการวินิจฉัยของแพทย์ การจัดการ โดยสนทนากับผู้ให้ข้อมูลครอบครัวละ 1-3 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง 2) การสังเกต (observation) การใช้เครื่องพยุงชีพโดยผู้วิจัยนั่งข้างเตียงผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ดูแลทำการพยาบาลผู้ป่วย สังเกตการดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย รวมถึงการสังเกตปฏิกิริยา

ตอบสนองของผู้ป่วยขณะที่ใช้อุปกรณ์ดังกล่าว 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นวิธีการที่ใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติของการดูแลติดตาม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องฟุ้งชีพ สัมภาษณ์ 45-60 นาที จำนวน 1-2 ครั้ง การเก็บข้อมูลตลอดโครงการนี้ใช้ระยะเวลาในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล 6 เดือน (เดือนเมษายน - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล จดบันทึกและบันทึกเทปเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยเขียนบันทึกข้อมูลที่ได้ระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อสะท้อนตัวเองทุกวัน ในด้านความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulations) ผ่านกระบวนการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย¹³ ทั้งการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ที่เก็บข้อมูลจากกรณีตัวอย่างเพื่อเข้าใจประสบการณ์ในช่วงเวลา สถานที่ ต่าง ๆ กัน และตรวจสอบข้อมูลในประเด็นเดียวกันจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน ในที่นี้คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (methodological triangulation) โดยเก็บข้อมูลที่หลากหลายทั้งการสัมภาษณ์เรื่องเล่า การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตเพื่อนำข้อมูลมาตรวจสอบเชื่อมโยงกันจนได้ข้อมูลที่เป็นแบบแผนแก่นสารร่วม และไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น หรือที่เรียกว่า ข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) สำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือในด้านการพึ่งพิงกับเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยทั้งสามคนได้ร่วมกันตรวจสอบข้อมูล อ่านข้อมูลเพื่อสร้างแก่นสารร่วมที่สอดคล้องกัน

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข

2019/270.1712 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลข 1/2563 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด โดยการชี้แจงรายละเอียดโครงการ การขออนุญาต การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัว เนื่องจากบางส่วนเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความพร้อมของผู้ป่วย หากรู้สึกเหนื่อย จะหยุดพัก หรือหยุดการสัมภาษณ์และรอจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อม ผู้วิจัยคำนึงถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย การพูดคุยจะเป็นไปอย่างอิสระ ไม่กดดัน หากคำถามใดที่สร้างความอึดอัดจะข้ามคำถามนั้นไปและปรับการใช้คำใหม่ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive) จากการนำเอาข้อมูลมาอ่านเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล ให้รหัส (coding) และจัดเป็นประเด็นแก่นสารข้อค้นพบ (themes) โดยการหาแบบแผนเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อสรุปมาตีความ¹⁴ เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ตามแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ผลการวิจัย (Results)

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลมาจากครอบครัวที่มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องใช้เครื่องฟุ้งชีพ จำนวน 12 ครอบครัว ผู้ให้ข้อมูล (informants) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) 16 คน และเป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ 2 คน ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยมีสถานะเป็นบุตรสาว 6 คน เป็นบุตรชาย 6 คน เป็นภรรยา 2 คน เป็นน้องชาย 1 คน ที่เหลือเป็นน้องสะใภ้และลูกสะใภ้ ในด้านของผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีภาวะความเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็ง สิ้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และโรคชรา ผู้ป่วยทั้งหมดใช้เครื่องฟุ้งชีพ คือ เครื่องผลิตออกซิเจน รองลงมาใช้เครื่องดูดเสมหะ ในขณะที่มีผู้ป่วย 4 ราย ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลในครอบครัว ผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ดูแล (อายุ) กับผู้ป่วย	ความสัมพันธ์ เพศผู้ป่วย	อายุ (ปี)	ภาวะความเจ็บป่วย	เครื่องพยุงชีพที่ ใช้เป็นหลัก	
A1 (56 ปี)	ลูกสาว	หญิง	97	โรคชรา ไต หายใจติดขัด สามารถรับประทานอาหารได้เอง เดินได้ปกติ แต่ต้องมีคนคอยดูแลตลอดเวลา	เครื่องผลิตออกซิเจน
A2 (53 ปี)	ลูกสาว	หญิง	74	เบาหวาน หอบ หายใจไม่สะดวก นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องช่วยหายใจ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
A3 (52 ปี)	ลูกสาว	หญิง	74	เบาหวาน กรวยไตอักเสบ เส้นเลือดสมองตีบ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
A4 (32 ปี)	น้องชาย	หญิง	74	เบาหวาน กรวยไตอักเสบ เส้นเลือดสมองตีบ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
A5 (59 ปี)	น้องสะใภ้	หญิง	69	มะเร็งเต้านม ปอดติดเชื้อ เสี่ยงหยุดหายใจขณะนอนหลับ	เครื่องช่วยหายใจ
A6 (32 ปี)	ลูกสาว	หญิง	30	สามารถรับประทานอาหารได้เอง เดินไม่คล่องนัก	
A7 (30 ปี)	ลูกชาย	หญิง	84	อัลไซเมอร์ โรคชรา นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
A8 (64 ปี)	ลูกชาย	หญิง	92	เส้นเลือดในสมองแตก นิ้วในไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หอบหืด นอนติดเตียง ขยับมือได้บ้าง สื่อสารทางสีหน้าได้	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
A9 (57 ปี)	ลูกสาว	หญิง	54	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ตัวเอง นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
B1 (32 ปี)	ลูกชาย	หญิง	59	กล้ามเนื้ออ่อนแรง นอนติดเตียง ขยับหัวและแขนได้บ้าง	เครื่องช่วยหายใจ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
B2 (26 ปี)	ลูกสะใภ้	หญิง	81	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัลไซเมอร์ หายใจผิดจังหวะ อ่อนแรงเป็นระยะ เคลื่อนไหวลำบาก	เครื่องผลิตออกซิเจน
B3 (48 ปี)	ภรรยา	ชาย	83	เส้นเลือดในสมองตีบ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
B4 (53 ปี)	ลูกสาว	ชาย	65	เส้นเลือดในสมองแตก เจาะคอ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
B5 (55 ปี)	ลูกชาย	ชาย	73	เส้นเลือดในสมองตีบ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
B6 (44 ปี)	ลูกชาย	ชาย	73	เส้นเลือดในสมองตีบ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
B7 (70 ปี)	ภรรยา	ชาย	73	เส้นเลือดในสมองตีบ นอนติดเตียง ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง	เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ

ผลการศึกษาพบว่า มีประเด็นสำคัญเรื่อง ประสบการณ์การใช้เครื่องพยุงชีพของผู้ป่วยระยะท้ายโดยมีข้อค้นพบใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้การใช้เครื่องพยุงชีพกับภาวะความเจ็บป่วยระยะท้าย ความหมายของเครื่องพยุงชีพในโลกชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย และความหมายของเครื่องพยุงชีพภายใต้ชุดความรู้ทางการแพทย์ ดังนี้

1. ความหมายของการใช้เครื่องพยุงชีพกับภาวะความเจ็บป่วยระยะท้าย

การศึกษาพบว่า ญาติและครอบครัว ตัดสินใจใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทรมาน ไม่ต้องการ

ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องการยืดอายุการมีชีวิตออกไป แม้ว่าจำเป็นต้องฟังฟังเครื่องมือทางการแพทย์ 24 ชั่วโมง เนื่องจากมองว่าร่างกายของผู้ป่วยในขณะที่ได้มองเห็น ได้สัมผัส ยังคงเป็นร่างกายของบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ เป็นร่างกายที่ยังมีลมหายใจ ถึงแม้ว่าจะเป็นลมหายใจภายใต้เครื่องพยุงชีพก็ตาม โดยมีการให้ความหมายต่อภาวะความเจ็บป่วยในระยะท้ายกับเครื่องพยุงชีพในประเด็นดังนี้

1.1 ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทรมาน แต่จะรักษาตามอาการโดยไม่ยื้อชีวิต จากการสัมภาษณ์รายกรณีผู้ป่วยเป็นโรคชรา อัลไซเมอร์ และเส้นลึมน้ำในท้องน้ำทำให้กระดูกสันหลังหักเดินไม่ได้ รวมทั้งมีปัญหาเรื่องการหายใจ จากมุมมองของ

2.2 เครื่องช่วยพยุงชีวิต ให้ชีวิตแต่ก็สร้างปัญหาในชีวิต เมื่อผู้ป่วยต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต อุปกรณ์เหล่านั้นต้องมีการเชื่อมต่อกับปากจมูก ทำให้อวัยวะเหล่านี้ถูกพันรัดจนการเอาไวด้้วยหน้ากากครอบปากขึ้นโต ท่อพลาสติก และอุปกรณ์แปลกล้อมอื่นอย่างเสี้ยนไม่ได้ ส่งผลให้อวัยวะนั้น ๆ ถูกให้ความหมายใหม่ เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เช่น ปากจากเดิมที่ไว้ใช้พูดคุย ใช้รับประทานอาหาร ก็ไม่สามารถใช้งานได้เหมือนเดิม แต่ต้องเป็นช่องทางในการหายใจ บางรายไม่สามารถรับประทานอาหาร เคี้ยวอาหาร ลิ้นไม่สามารถสัมผัสรส เพราะการทำงานของอุปกรณ์ทำให้การรับอาหารทางปากเป็นเรื่องอันตราย จึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแล และป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย เทคโนโลยีที่เป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตขณะเดียวกันก็เป็นสิ่งแปลกล้อมต่อร่างกายด้วย

“ใหม่ๆ ก็ราคาแพงเหมือนกันเพราะว่าเราเคยหายใจธรรมดา แล้วอยู่ ๆ มาหายใจอยู่ในนั้นมันก็เหมือนหายใจอึดอัดหน่อย แล้วก็มือเครื่องนี้ด้วย (ตัวควบคุม) จะแรงจะค่อยก็ใช้เครื่องนี้เปิด มันอึดอัดเพราะว่าเราปกติเคยหายใจแบบธรรมดา” (C1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 69 ปี)

นอกจากการมีผลกระทบต่อร่างกายและวิถีชีวิตแล้ว การใช้อุปกรณ์เหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม เช่น ค่าบำรุงรักษา ค่าไฟฟ้า การจัดหาสถานที่ที่เหมาะสม กว้างขวางพอที่จะเก็บอุปกรณ์ สะอาด ปลอดภัย และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ยุ่งยากมากขึ้น ในทางสังคม การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิตเป็นสัญญาณของอันตราย เพราะมีความร้อน มีเสียงที่เกิดจากเครื่อง ผู้คนที่พบเห็นกลัวเครื่องจะระเบิด กรณีผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า ต้องย้ายบ้าน 7 ครั้ง ทุกครั้งที่โดนไล่ออกจากห้องเช่า มักจะมาจากคนที่คนข้างห้องหรือคนแถวนั้นรับทราบว่ามีอุปกรณ์การแพทย์อยู่ในห้อง มีเสียงดังและไอร้อนจากเครื่องที่ทำงานตลอดเวลา ทำให้คนอื่นกลัวว่าเครื่องอาจจะระเบิดและเป็นอันตราย รวมถึงพอทราบว่ามีคนป่วยระยะประคับประคอง ก็จะมีสติไม่สบายใจที่จะให้อาศัยอยู่ต่อเพราะกลัวว่าผู้ป่วยอาจเจ็บป่วยและเสียชีวิตในพื้นที่ของตน

“เครื่องออกซิเจนจะดัง แล้วกลางคืนแฉวนี้เขาจะเขี่ย บ้านติดกันจริงแต่เขาจะเขี่ย มันก็จะดัง บึบ บึบ แล้วเพื่อนบ้าน เขาจะด่า เหมือนด่าลอย ๆ เขาคงกินเหล้าไป

ด้วยใจ เราก็เลยไปอธิบายให้ฟังว่า เราใช้เครื่องนี้มันจำเป็น นอกจากเรื่องเสียงก็ยังมีความร้อนที่ออกมาจากเครื่อง ทำให้ไม่สามารถนำเครื่องไว้ในห้องนอนของป่าได้ ต้องนำมาไว้ริมประตูด้านนอกแทน” (A5 น้องสะใภ้ อายุ 59 ปี ดูแลพี่สามีอายุ 74 ปี)

3. ความหมายของเครื่องพยุงชีพในบริบททางการแพทย์

ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระยะท้ายมีความแปรปรวนและมีกลุ่มอาการต่าง ๆ ทางร่างกายที่ทำให้เกิดความไม่สบาย การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านด้วยแนวปฏิบัติทางการแพทย์รวมทั้งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ จึงเป็นแนวปฏิบัติที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน และมีแนวปฏิบัติให้ทำตามอย่างชัดเจน นอกจากนั้นยังมีการติดตาม ให้ข้อมูล และให้คำปรึกษา ผ่านระบบการสื่อสารทางออนไลน์ ซึ่งทำให้การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่บ้านอยู่ในการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น

“มันก็เป็นความจำเป็น ถ้าไม่จำเป็นก็คงไม่มีใครอยากได้ อยากเอาเครื่องกลับบ้าน แต่ถ้าจำเป็นก็ต้องเรียนรู้ เมื่อเคลื่อนย้ายไปดูแลที่บ้าน ก็ต้องทำให้มันง่ายที่สุดทำให้เกิดความเคยชินหรือใช้มันได้ด้วยความมั่นใจ ก่อนที่จะเอากลับบ้านคุณก็ต้องรู้อะไรเบื้องต้น หลังจากนั้นอะไรที่มันเป็นปัญหาเราก็ต้องมีช่องทางสำหรับการสื่อสาร อย่างเรามีกรุปไลน์ไว้ให้ถามได้อย่างนี้ค่ะ อย่างน้อยก็จัดการดูแลเบื้องต้นได้หรือว่าฉันกดปุ่มไหนผิดอะไรอย่างนี้มันก็สบายใจขึ้น ไม่ต้องแบกคนไข้มาโรงพยาบาล” (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพศหญิง อายุ 45 ปี)

3.1 ผู้ป่วยกับร่างกายที่พึ่งพิง ถูกสอดส่อง ตรวจสอบ และกำกับดูแลผ่านเครื่องพยุงชีพ ในทางการแพทย์ผู้ป่วยในระยะท้ายเป็นร่างกายที่เจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะที่อาจมีความเสี่ยงกับการเสียชีวิต เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความรู้เรื่องของโรค วิธีการรักษา วิธีการดูแล การป้องกัน และความเสี่ยต่าง ๆ ครอบครัวหรือผู้ดูแลมองว่าการปฏิบัติตาม และการมีอุปกรณ์ที่สามารถพยุงชีวิตของผู้ป่วยได้ เป็นสิ่งที่จำเป็น และต้องปฏิบัติตามเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดอันจะเกิดผลเสี่ยต่อผู้ป่วย ทั้งเรื่องการเฝ้าดูแล ตรวจสอบร่างกาย การวัดอุณหภูมิ วัดความดัน การให้ยาตามเวลา การรักษา

ความสะดวกสบาย ไปจนถึงการทำกิจกรรมที่ยากขึ้นไปอีกขั้นอย่างเช่น การดูดเสมหะ การพ่นยาผ่านเครื่องมือ การให้อาหารทางสายยางผ่านจมูกและหน้าท้อง การควบคุมการทำงานของเครื่องช่วยหายใจและเครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น

“พี่ประเมินแม่เนี่ยจะดูร่างกายแก็อย่างเดียวก๊ไม่ได้ มันต้องดูทั้งความดัน ออกซิเจน ถ้าตัวเลขมันดีเราก๊ยังดูแก็อยู่ได้ เพราะว่ามีทั้งอุปกรณ์มันก๊มันใจอย่างหนึ่งอะว่าอาการแก็กขงที่ม๊ย แต่ถ้าไม่ก๊กขงที่ออกซิเจนตกความดันเพิ่มเราก๊ก็ต้องรีบไปโรงพยาบาล” (A3 ลูกสาว อายุ 52 ปี คุณแม่อายุ 74 ปี)

การจดบันทึกเพื่อติดตาม ตรวจสอบคุณภาพการดูแล ผู้ดูแลบางรายได้ปฏิบัติเพื่อมุ่งติดตามอาการและตรวจสอบความครบถ้วนของการดูแล รวมทั้งกำหนดให้มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวหากมีผู้ดูแลหลายคน

“ทุกวันนี้ก๊ก็ยังเขียน แต่เขียนน้อยหน่อย ตอนที่แม่ป่วยใหม่ๆ ผลักกันดูแลสิคะ เราจะเขียน จดเอาไว้ เผื่อให้คนดูแลคนอื่นรู้ เขียนตารางไว้เลยว่าต้องทำอะไร ตื่นขึ้นมาต้องทำอะไร ะ มันเหมือนกังวลด้วยว่าเราทำไม่ดีหรือเปล่า ทำให้มันแน่นแก็เลยอะไรอย่างนี้ ใช้เวลาปรับตัวก๊หลายวัน” (A2 ลูกสาว อายุ 53 ปี คุณแม่อายุ 74 ปี)

3.2 ผู้ป่วยและญาติ กับการต่อรองต่อชุดความรู้ทางการแพทย์และเทคโนโลยี แม้ว่าเครื่องพุงซิฟจะถูกมองว่ามีความสำคัญต่อร่างกายที่เจ็บป่วย แต่ก็ยังพบการต่อสู้ออรองของทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีต่อการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เหล่านี้ รวมทั้งต่อสู้ออรองกับชุดความรู้ทางการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญควบคู่ไปด้วยกัน อย่างเช่นในกรณีของผู้ป่วยที่แพทย์สั่งห้ามไม่ให้ป้อนอาหารทางปาก เนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านทางคอ หากว่าป้อนทางปากอาจจะทำให้สำลักและเป็นอันตรายได้ แต่บางครั้งญาติก็เลือกจะป้อนน้ำผลไม้ให้ทางปาก แม้ว่าจะเข้าใจในหลักการ แต่เมื่อผู้ป่วยร้องขอ ผู้ดูแลก็ไม่สามารถปฏิเสธได้เพราะผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อพวกเขามากกว่า ผู้วิจัยพบเห็นกรณีคล้ายกันนี้ในอีกหลายครอบครัว ที่ผู้ดูแลเลือกที่จะตัดสินใจกระทำการใด ๆ ด้วยวิจารณญาณของตนเองแทนการฟังคำสั่งของแพทย์

“หมอไม่ยอมยอกให้กินเพราะจะสำลัก แต่แอบให้กินเรื่อย หมอขอไม่ให้กินเพราะถ้าสำลักมันจะลำบาก จะไปเข้าหลอดลม ปอดมันจะบวมน้ำ เขาอยากกินงัเราก๊ก็ให้กินกาแพ้ง เราก๊ค่อย ๆ แต่หมอสั่งห้ามเด็ดขาดเต็ยวันน้ำจะ

ท่วมปอด กลั้วปอดติดเชื้อ” (B3 ภรรยา อายุ 48 ปี คุณสามี อายุ 59 ปี)

“พยาบาลเขาบอกว่าถ้าเหนื่อยปรับขึ้น (ระดับค่าออกซิเจนของเครื่อง) ถ้าเห็นคุณยายอาการแบบหอบหรือหายใจไม่ทันให้ปรับขึ้น เราก๊เลยเริ่มมาศึกษาใหม่ เราก๊ก็ต้องดูที่ตัวคนไข้ด้วย ว่าคือเค้าโอเคก๊กับระดับนั้นหรือเปล่า ถ้าเมื่อเราจะจับแก้อาบน้ำตอนเช้า เช็ดตัวเนี่ย เพิ่มออกซิเจนให้แก้นิดหนึ่ง ลักครั้งหนึ่งเพราะว่าแกเหนื่อย แก็จะดีหายใจทัน ไม่ใช่ปล่อยให้แก (ทำท่าหายใจหอบสั้นให้ดู) อย่างนี้” (B5 ลูกชายอายุ 55 ปี คุณแม่อายุ 83 ปี)

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซิฟในผู้ป่วยระยะท้าย จากมุมมองของผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องพุงซิฟที่บ้าน โดยใช้แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์ตีความเชิงวิพากษ์ ทำความเข้าใจประสบการณ์ต่อเครื่องพุงซิฟใน 3 ระดับคือ ระดับแรก เป็นการรับรู้เครื่องพุงซิฟกับความเจ็บป่วยระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยและญาติรับรู้เครื่องพุงซิฟว่า เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยให้ผู้ป่วย ไม่ทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิต และรักษาตามอาการโดยไม่ยื้อชีวิต เป็นเครื่องมือที่ช่วยยืดอายุชีวิตแม้ร่างกายต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง 24 ชั่วโมง และเป็นเครื่องมือเพื่อให้มีชีวิตรอดและไม่เป็นโรคอื่นตามมา ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ (systematic review)¹ เรื่องการใช้เครื่องช่วยหายใจจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ 7 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าเครื่องช่วยหายใจ ได้เพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ในระดับที่สอง ศึกษาความสัมพันธ์ของเครื่องพุงซิฟกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้ความหมายเครื่องพุงซิฟในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งในโลกชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยพบว่า เครื่องพุงซิฟมีความหมายที่เป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิต มีความจำเป็นต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้ร่วมกับการใช้เครื่องพุงซิฟกลายเป็นความเคยชิน และเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เครื่องช่วยพุงซิฟชีวิตถูกให้ความหมายว่าเป็นอุปกรณ์ให้ชีวิตแต่ก็สร้างปัญหาในชีวิตอุปกรณ์เหล่านั้นเชื่อมต่อกับปาก จมูก ทำให้ร่างกายถูกพันนาการด้วยอุปกรณ์แปลกปลอมที่ปฏิเสธไม่ได้ ข้อค้นพบ

ที่เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตและควบคุมชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ballangrud และคณะ² พบว่าเครื่องช่วยหายใจมีส่วนในการควบคุมและขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มีการเรียนรู้และปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับอุปกรณ์ด้วย เช่นเดียวกับการวิจัยของ Ingadottir และคณะ³ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ปรับการใช้อุปกรณ์เพราะระบว่าอุปกรณ์ไม่สอดคล้อง (fit) กับวิถีการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ในระดับที่สามเป็นความสัมพันธ์กับระบบบริการทางการแพทย์ เครื่องพุงซีฟ มีความหมายในฐานะที่เป็นอำนาจภายใต้ชุดความรู้ทางการแพทย์และปฏิบัติทางการแพทย์ ที่มีอิทธิพลในการกำกับ สอดส่อง เป็นร่างกายที่พึ่งพิงกับเทคโนโลยี ถูกควบคุมด้วยแนวปฏิบัติทางการแพทย์ บนฐานชุดความรู้ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรในทีมสหวิชาชีพได้ติดตาม สอดส่อง ควบคุมพฤติกรรมการใช้และการทำงานของเทคโนโลยีโดยมุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยของ Ingadottir และคณะ³ พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจมักมีจุดเริ่มต้นที่เป็นการวินิจฉัยและการแพทย์โดยที่คำนึงถึงความต้องการและบริบทชีวิตของผู้ป่วยและญาติน้อย

การวิจัยแสดงให้เห็นถึงการใช้เครื่องพุงซีฟในผู้ป่วยระยะท้าย เป็นประสบการณ์ผสมผสานอย่างแยกไม่ออก ระหว่างมนุษย์ เทคโนโลยี และสังคม¹⁵ โดยที่เทคโนโลยีเข้ามา มีอิทธิพลกับร่างกายและสังคมผู้ป่วย และสามารถกำหนดความเป็นไปของชีวิตได้ในหลายด้าน ทั้งด้านความเจ็บป่วยชีวิต และการปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการทางการแพทย์ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า เครื่องพุงซีฟในฐานะที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ มิได้มีสถานะที่เป็นวัตถุวิสัย คือ อุปกรณ์ทางการแพทย์เท่านั้น แต่มีการให้ความหมายที่หลากหลาย สิ้นไหลไปตามประสบการณ์ชีวิต ตัวตน และการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เครื่องพุงซีฟ เป็นสัญลักษณ์ของการดูแล เป็นเครื่องหมายที่แสดงความรักต่อบุคคลที่รัก ที่ต้องการยืดอายุลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วย เครื่องช่วยพุงซีฟชีวิตทำให้ตัวตนผู้ป่วยเป็นตัวตนที่พึ่งพิงอย่างไม่มีจบสิ้น ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างการต้องการมีชีวิต หรือต้องการยืดอายุ กับการเผชิญผลกระทบต่าง ๆ จากเทคโนโลยี การ

มีชีวิตอยู่ของมนุษย์ถูกเปลี่ยนแปลงสภาพโดยมีเทคโนโลยีเข้ามาควบคุม และกำหนดการมีชีวิตอยู่หรือตาย¹⁶ เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีทั้งมิติด้านลบและด้านสร้างความมหัศจรรย์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความปรารถนา ความกระตือรือร้น (enthusiasm) ในการใช้เครื่องพุงซีฟ แต่ก็มี ความผิดหวังและการไม่ยอมรับเมื่อพบอุปสรรค หรือเมื่อเกิดผลกระทบในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์¹⁷ การวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นเทคโนโลยีทางการแพทย์มีอำนาจเหนือชีวิต ในขณะเดียวผู้ป่วยและญาติ ก็ไม่ได้จะสยบยอมต่อการเข้ามามีอิทธิพลเหนือร่างกายของเทคโนโลยี และชุดความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่ยังมี การต่อสู้ต่อรองทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทางวิธีการใช้งาน การเลือกที่จะรับข้อมูล และการตัดสินใจที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับมา ดังปรากฏในผลการศึกษาวิจัยว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของบุคลากรทางการแพทย์ทุกประการ เพราะมนุษย์ มีความเชื่อ ความคิด มีประสบการณ์ และบริบทชีวิตที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเกิดการเลือกรับปรับใช้การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับตน ในงานวิจัยก่อนหน้าในประเทศไทยก็ชี้ถึงความหมายต่อเครื่องช่วยพุงซีฟ ในประเด็นเรื่องเครื่องช่วยหายใจ มีการให้ความหมายที่เป็น การตีความของผู้ป่วยเช่นกัน งานวิจัยของ Rodcham และคณะ¹² พบว่าผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบ การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจว่า “เสมือนสิ่งที่ยังชีวิต” เพราะใช้แทนหลอดลมทำให้หายใจคล่อง แต่ขณะเดียวกันก็ “เสมือนสิ่งที่ทรมานชีวิต” เพราะผู้ป่วยทรมานจากการใส่และคาท่อไว้ในคอ งานวิจัยของ Chaiweeradet และคณะ¹¹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลว ได้เปรียบเทียบเครื่องช่วยหายใจว่า “เป็นปอด” หรือ “เป็นเครื่องที่แบ่งเบาภาระในการหายใจ” แต่ขณะเดียวกันการใช้เครื่องช่วยหายใจก็มีข้อเสีย เช่น เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยลืมหายใจเอง เมื่อถึงเวลาที่ถอดท่อและเครื่องช่วยหายใจออก ผู้ป่วยจึงต้องฝึกหายใจใหม่ การใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนคนใกล้ตาย เปรียบเสมือนการบ่งบอกถึงการป่วยหนัก เป็นลางบอกถึงภาวะวิกฤตของชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Implications for practice)

1. บุคลากรสุขภาพ นอกจากให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพ หรือผลลัพธ์ของเครื่องพุงซีฟต่อความเจ็บป่วย และการเพิ่มคุณภาพชีวิตแล้ว ควรส่งเสริมบทบาททีมสหวิชาชีพ เพื่อเข้าใจปัญหา ความต้องการ และปฏิสัมพันธ์ของเครื่องพุงซีฟกับชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการดูแล และให้คำแนะนำอย่างเป็นองค์รวม

2. การพัฒนาระบบการติดตาม สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน บุคลากรสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพ ควรให้พื้นที่และเวลาสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีฟ ได้เล่าเรื่องชีวิตและประสบการณ์การใช้ เพื่อเป็นพื้นที่สื่อสารสองทาง และเป็น การให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับคำแนะนำที่ออกแบบให้เฉพาะ

ผู้ป่วยแต่ละราย (patient-tailored information) นำไปสู่ การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต (Implication for future research)

1. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การใช้เครื่องพุงซีฟที่เฉพาะเจาะจง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะ เพื่อจะได้เข้าใจบริบทชีวิตและปัญหาสุขภาพที่มีความเฉพาะมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องพุงซีฟที่บ้าน ในประเด็นเรื่องการรับรู้ การเลือกใช้ หรือไม่ใช้เครื่องพุงซีฟในสถานการณ์ต่าง ๆ ปัจจัยกำหนด การเลือกใช้ และปัญหาอุปสรรคของผู้มีเครื่องพุงซีฟที่บ้าน

References

1. Ballangrud R, Bogsti B, Johansson IS. Clients' experiences of living at home with a mechanical ventilator. *J Adv Nurs* 2009;65(2):425-34.
2. Ørtenblad L, Carstensen K, Væggemose U, Løvschall C, Sprehn M, Küchen S, et al. Users' experiences with home mechanical ventilation: A review of qualitative studies. *Respir Care* 2019;64(9):1157-68.
3. Briscoe WP, Woodgate RL. Sustaining self: The lived experience of transition to long-term ventilation. *Qual Health Res* 2010;20(1):57-67.
4. Ingadottir TS, Jonsdottir H. Technological dependency - the experience of using home ventilators and long-term oxygen therapy: patients' and families' perspective. *Scand J Caring Sci* 2006;20(1): 18-25.
5. Hansson SO. Philosophy of medical technology. In: Meijers A, Gabbay DM, Thagard P, Wood J, editors. *Handbook of the philosophy of science. Volume 9: Philosophy of technology and engineering sciences.* North Holland: Elsevier; 2009. p. 1275-1300.
6. Stanworth M. *Reproductive technologies: Gender, motherhood and medicine.* Minneapolis: University of Minnesota Press; 1987.
7. Daly J, Guillemin M, Hill S. *Technology and health: Critical compromises.* Victoria: Oxford University Press; 2001.
8. Law M. Michel Foucault's historical perspective on normality and restrictive environments. *Can. J. Rehabil* 1992;5(4): 193-203.

9. Daly J. The RCT, information technology and research into women's health. In Daly J, Guillemin M, Hill S, editors. *Technology and health: Critical compromises*. Victoria: Oxford University Press; 2001. p.16-30.
10. Scheper-Hughes N, Lock MM. The mindful body: A prolegomenon to future work in anthropology. *Med Anthropol Q* 1987;1(1):6-41.
11. Chaiweeradet M., Oumtane A. Experiences of being an adult patient receiving ventilator. *Songklanagarind J Nurs* 2013;33(2):31-46. (In Thai).
12. Rodcham A, Duangpaeng S, Deenan A. Experiences of persons with endotracheal Intubation. The 12th Khon Kaen University Graduate Research Conference, Konkean, Thailand. (In Thai)
13. Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. *Naturalistic inquiry*. Sage. Thousand Oaks; 1985.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol* 2006;3:2,77-101.
15. Haraway D. A cyborg manifesto. In: Bell, D. and Kennedy MB., editors. *The cyber cultures reader*. London: Routledge; 2000. p. 291-324.
16. Biehl J, Good B, Kleinman A. *Subjectivity*. London: California Press; 2007.
17. Good MD. The medical imaginary and the biotechnical embrace: Subjective experiences of clinical scientists and patients. In: Biehl J, Good B. & Kleinman A, editors. *Subjectivity*. London: California Press; 2007. p. 362-80.

บทความวิจัย

Outcomes of Education by Using Social Media in Cancer Patients at Rajavithi Hospital

Received: Jun 29, 2022

Revised: Nov 27, 2022

Accepted: Mar 10, 2023

Orawon Wongsu, B.N.S.¹

Kleebkaew Janhong, Ph.D.²

Abstract

Introduction: Nursing care of cancer patients receiving oral chemotherapy drugs at home is considered valuable nursing care through social media which can reach patients. This supports patients to be able to take care of themselves and alleviate side effect of chemotherapy which requires continuous and long-term treatment.

Research objectives: To examine correlated factors and compare side effects of chemotherapy in patients receiving conventional self-care group and the LINE group.

Research methodology: This study used a quasi-experimental design. Population included cancer patients receiving treatment at the medical oncology unit, Rajavithi Hospital between January 2018 to July 2019. Then, 30 patients were assigned to the control group receiving a self-care program, and 30 patients to the experimental group receiving an additional advice via 'LINE' application to immediately answer health problems questions 24 hours of each patient. Data were analyzed using Chi-square test and Fishers exact test.

Results: Results showed that participants in both groups possessed the most similar symptoms, including red swollen hands and feet (80.0-86.7%). Participants in the experimental group significantly less suffered from diarrhea than the control group. Factors significantly associated with diarrhea were male gender, stomach cancer, and radiation therapy. Patient with ECOG 0 score suffered from mucositis. Participants in the experimental group significantly less suffered from diarrhea and pain than the control group at the 2nd, 3rd, and 6th cycles of treatment.

Conclusions: Social media communication in patient care can reduce side effects of chemotherapy.

Implications: Nursing care programs for cancer patients and additional advice via social media can decrease side-effect symptoms. Social communication can conveniently and immediately solve patients' health problem.

Keywords: social media, education, cancer patient, side effect

Funding: Rajavithi Hospital

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Chemotherapy Unit, Department of Medicine, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand.

E-mail: visphum@gmail.com

² Corresponding author: Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions) Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand. E-mail: kleebkaewj@gmail.com

ผลของการให้ความรู้โดยการใช้สังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลราชวิถี

Received: Jun 29, 2022
Revised: Nov 27, 2022
Accepted: Mar 10, 2023

อรรวรรณ วงศ์ษา พย.บ.¹
กลีบแก้ว จันทร์หงษ์ ปร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเคมีบำบัดเองที่บ้านถือว่าการพยาบาลยุคใหม่ที่มีคุณค่าโดยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่เข้าถึงผู้ป่วย ที่สนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนานได้

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติต่ออาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็ง

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรคือผู้ป่วยโรคมะเร็งรับประทานยาเคมีบำบัดที่หน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี ศึกษาตั้งแต่ มกราคม 2561 ถึง กรกฎาคม 2562 กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเอง แต่กลุ่มทดลอง 30 รายได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และตอบคำถามตลอด 24 ชม. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Chi-square test และ Fishers exact test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอาการข้างเคียงมากที่สุด คือ อาการมือเท้าบวมแดง (ร้อยละ 80.0-86.7) อาการท้องเสียของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องเสียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสง ส่วนผู้ป่วย ECOG score 0 คะแนน มีอาการแผลในปาก และกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ cycle ที่ 2, 3 และ 6 มีอาการท้องเสีย อาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล การสื่อสารทางสังคมออนไลน์ในการดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้

ข้อเสนอแนะ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามโปรแกรมแบบปกติเพิ่มเติมการสื่อสารทางสังคมออนไลน์ที่มีความสะดวก รวดเร็ว ส่งภาพอาการต่าง ๆ ทำให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ สนองตอบความต้องการหรือปัญหาทั้งด้านร่างกายจิตใจ และช่วยลดอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งได้

คำสำคัญ: การให้ความรู้ สังคมออนไลน์ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาการข้างเคียง

แหล่งทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลราชวิถี

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยงานมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี จังหวัดกรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย E-mail: visphum@gmail.com

²Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, จังหวัดกรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย E-mail: kleebkawej@gmail.com

บทนำ (Introduction)

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทย¹ เป็นโรคที่ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าการรักษาสร้างความหตุและท้อแท้ในการรักษาเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีความหวังในการรักษาให้หายขาดหรือช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากภาวะของโรค เพื่อทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาโรคมะเร็งที่เป็นการรักษาหลัก ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสีและเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับประเภทและระยะของโรค รวมไปถึงความแข็งแรงของผู้ป่วยและวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนหน้า

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า สังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งมีขนาดใหญ่ที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งถูกส่งตัวมารักษาโดยแพทย์เฉพาะทางมะเร็งจำนวนมาก เฉลี่ย 200 รายต่อวัน ที่คลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง และมีผู้ป่วยได้รับยาเคมีเฉลี่ย 30 คนต่อวัน โดยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้เป็นอันดับต้นในห้าโรคมะเร็ง จากการศึกษาข้อมูล พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานที่บ้าน Capecitabine^{2,3,4} มีอาการข้างเคียงเด่นในกลุ่มอาการมือและเท้าบวมแดง (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia, PPE) เมื่อรับประทานแล้วอาจมีอาการข้างเคียงในระดับรุนแรง ผู้ป่วยหลายรายมีเล็บเท้าหลุด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงหรือเสียชีวิตในระหว่างการรักษา และอาจส่งผลให้แพทย์ต้องปรับแผนการรักษามีการให้ยาสองชนิดหรือมากกว่าในเวลาเดียวกันตามมาตรฐานการรักษา หรือลดยาลงหรือหยุดยาไป ทำให้ผลการรักษาไม่มีความต่อเนื่องที่อาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการยากในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับ แต่จากการศึกษา^{5,6} พบว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสังเกตอาการข้างเคียงและการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวหลังจากการใช้ยา Capecitabine ทำให้อาการข้างเคียงลดลงจากเดิมเล็กน้อยจนถึงไม่มีอาการข้างเคียงที่ร้ายแรงถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง ดังนั้นการนำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการพัฒนางานด้านการพยาบาลเป็นการเพิ่มช่องทางหนึ่งในการให้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่บ้านที่ช่วยตอบปัญหาและความ

ต้องการของผู้ป่วยได้ทันที โดยนำแนวคิดสำคัญหนึ่งของสื่อสังคมออนไลน์ที่พยาบาลควรนำมาใช้ในการพัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1. การแบ่งปันความคิดและความสนใจในประเด็นทางการพยาบาล (Sharing Idea and Focusing on Nursing Issues) 2. การพัฒนาการดูแลผู้รับบริการและผลลัพธ์ (Improving Patient care and Outcome) 3. การสร้างความเชื่อมั่นและการเสริมสร้างศักยภาพ (Confidence and Empowerment) และ 4. สิ่งสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจและการทำงาน (Reassure and Career Boosters)

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาค้นคว้าที่ได้น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ในการวางแผน เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการวางแผนพยาบาลจัดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตลอดจนบูรณาการความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับประทานยา Capecitabine ที่บ้านผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

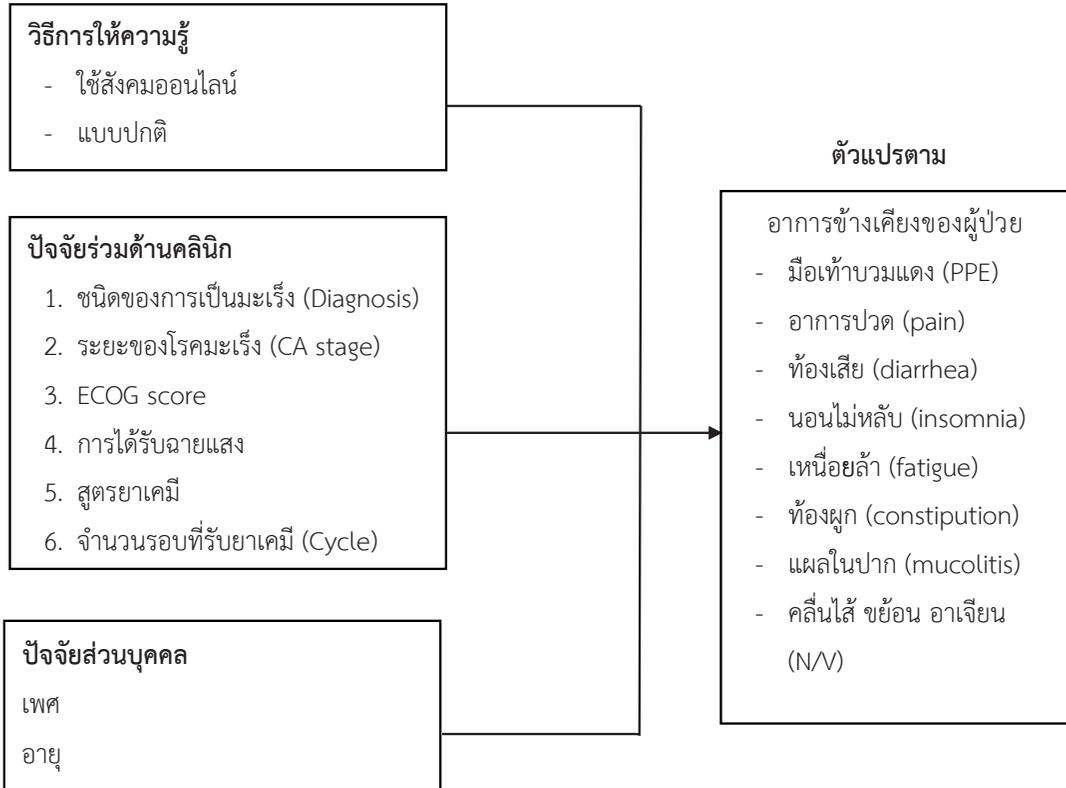
1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติต่ออาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งที่รับประทานยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งที่รับประทานยาเคมีบำบัด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าทำการศึกษาอาการข้างเคียงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาที่คลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็งโรงพยาบาลราชวิถี ที่ได้รับยาเคมีชนิดรับประทาน Capecitabine เป็นหลักหรือร่วมกับยา Oxaliplatin โดยศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) ไม่จำกัดอายุ เพศ โดยศึกษาตั้งแต่ มกราคม 2561 ถึงกันยายน 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย (Research framework)

ตัวแปรต้น



ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนที่มารักษาที่คลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็งที่ใช้สูตรยาเคมีชนิดรับประทาน โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้สูตรยาเคมีชนิดรับประทาน Capecitabine เป็นหลัก หรือร่วมกับยา Oxaliplatin ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection)

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารักษาที่คลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็งโรงพยาบาลราชวิถี ที่ใช้สูตรยาเคมี ชนิดรับประทาน Capecitabine หรือร่วมกับยา Oxaliplatin
- กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ใช้สังคมออนไลน์หรือมีผู้ดูแลใช้สังคมออนไลน์

- ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยหลังจกได้รับการบอกกล่าว

เกณฑ์คัดออก

- ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง และมีปรับเปลี่ยนสูตรยาเคมี

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากงานวิจัยกลุ่มโรคมะเร็งที่ใช้สูตรยาเคมีชนิดรับประทาน Capecitabine ที่มีการติดตามผลการพยาบาลทางโทรศัพท์แล้ว มีอัตราการเกิดผลข้างเคียงคือ การนอนไม่หลับ เป็นครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน ดังนั้นจึงกำหนดให้อัตราการเกิดอาการข้างเคียงคือ การนอน

ไม่หลักเป็นครึ่งหนึ่งของการศึกษา⁸ = $76.5/2 = 38.2$ คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของ 2 กลุ่มได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 26 ราย ตามระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ และเพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 15 เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวม

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวอื่น ๆ

1.2 ข้อมูลโรค มะเร็งได้แก่ ระยะโรคที่เป็น ประวัติการได้รับยาเคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

1.3 แบบสอบถามการเกิดอาการข้างเคียง เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย การเกิดอาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียน อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ท้องผูก/ท้องเสีย อาการปวด อาการมือเท้าบวมแดง อาการนอนไม่หลับ แผลในปาก

2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง^{9,10} ที่ได้พัฒนาและกำหนดเป็นมาตรฐานของหน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชวิถี โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จำนวน 3 ท่าน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม จากทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางและเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านยาเคมีบำบัด จำนวน 3 ท่าน

กลุ่มควบคุมคือกลุ่มผู้ป่วยไม่ใช้สังคมออนไลน์ ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วยครั้งแรก พุดคุยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ผ่านมาที่เกิดขึ้นระหว่างรับยาเคมีบำบัด ประเมินปัญหาและความต้องการ ให้ความรู้โรคมะเร็งที่เป็นและการดูแลตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดชนิดรับประทาน Capecitabine เป็นหลัก หรือร่วมกับยา Oxaliplatin ได้แก่ การดูแลตนเอง

เมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียน อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ท้องผูก/ท้องเสีย อาการปวด อาการมือเท้าบวมแดง อาการนอนไม่หลับ แผลในปาก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนเข้าใจ ใช้เวลา 30 นาที พร้อมให้เอกสารแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นตามมาตรฐานการพยาบาล นำกลับไปทบทวนอ่านที่บ้าน หากมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ทางโทรศัพท์ หรือเมื่อมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่กำหนดไว้ เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 4 ทบทวนความรู้จากครั้งที่แล้ว ตอบข้อซักถาม ให้คำแนะนำตามปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และประเมินอาการข้างเคียงต่าง ๆ

ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 8 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวซักถาม สามารถติดต่อกลับได้ตลอดเมื่อต้องการคำปรึกษาอาการข้างเคียงที่ผิดปกติ ให้ตอบแบบประเมินอาการข้างเคียงต่าง ๆ และแจ้งสิ้นสุดเข้าร่วมโครงการ เมื่อรวบรวมข้อมูลครั้งสุดท้ายเสร็จแล้ว

ผู้วิจัยใช้แบบติดตามอาการข้างเคียง หลังได้รับความรู้ 1, 7, 14, 21, 28 วัน และ Follow up

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลเหมือนกลุ่มควบคุม แต่ที่เพิ่มเติม คือ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้รับเชิญเข้ากลุ่มไลน์ชื่อกลุ่ม “xeloda” พร้อมให้คำแนะนำการใช้ไลน์กลุ่ม คู่มือการใช้ไลน์ไปอ่านที่บ้าน 1 ชุด เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บันทึกไว้ใน note ผ่านทางไลน์ส่วนตัว ตัวอย่างภาพอาการข้างเคียงข้อมูลเพิ่มเติม หากมีข้อสงสัยให้สอบถามได้ทางไลน์ส่วนตัวหรือไลน์กลุ่ม ทีมพยาบาลเฉพาะทางจะคอยตอบคำถาม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นตลอด 24 ชม. และสามารถโทรติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัย ประสานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ อายุรกรรมโรคมะเร็ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาสูตรยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน Capecitabine เป็นหลัก

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดการวิจัยวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 สถานที่ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ห้องสอนสุขศึกษาของห้องตรวจอายุรกรรมโรคมะเร็ง

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวน และตามคุณสมบัติที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง และสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกกล่าวและไม่เสียสิทธิใดๆ

2.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังจากนำเสนอผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำลายข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 198/2560 รหัสโครงการวิจัย 60186 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน ด้วยสถิติ Student t-test และ MANOVA โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้ ตัวแปรตามมีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U-test การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Categorical data ใช้ Chi-square test หรือ Fishers' exact test ทุกการทดสอบกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

2. จากการทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตามพบว่า ตัวแปรตามไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลราชวิถี ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.7 เป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 55.0 มีการแพร่กระจายของโรค stage 4 มากที่สุด ร้อยละ 55.4 สภาวะร่างกายของผู้ป่วย มี ECOG score ระดับ 1 มากที่สุด ร้อยละ 60.0 ได้รับการฉายแสง ร้อยละ 6.7 Cycle ของการรักษาที่ 1, 2 ร้อยละ 55.0, 21.7 ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัด Capecitabine อย่างเดียว ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลราชวิถี จำแนกปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิก

ปัจจัยส่วนบุคคล/ปัจจัยด้านคลินิก	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
เพศ (n=60)		
ชาย	14	23.3
หญิง	46	76.7
อายุ (n=60)		
35-50	13	21.7
51-60	15	25.0
61-70	22	36.7
71-83	10	16.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลราชวิถี จำแนกปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิก (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล/ปัจจัยด้านคลินิก	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
ชนิดของการเป็นมะเร็ง (n=60)		
CA breast	33	55.0
CA colon	22	36.7
CA Stomach	3	5.0
CA other	2	3.3
ระยะของโรค (n=56)		
stage 0	1	1.8
stage 2A	2	3.6
stage 2B	5	8.9
stage 3A	5	8.9
stage 3B	4	7.1
stage 3C	8	14.3
stage 4	31	55.4
ECOG_score (n=60)		
0	5	8.3
1	36	60.0
2	18	30.0
3	1	1.7
การได้รับการฉายแสง (n=60)		
ไม่ได้รับ	56	93.3
ได้รับ	4	6.7
สูตรยาเคมี (n=60)		
Capecitabine only	40	66.7
Capecitabine and Oxaliplatin	20	33.3
จำนวนรอบที่รับยาเคมี (n=60)		
Cycle 1	33	55.0
Cycle 2	13	21.7
Cycle 3	8	13.3
Cycle 4	2	3.3
Cycle 5	1	1.7
Cycle 6	1	1.7
Cycle 7	1	1.7
Cycle 8	1	1.7

ตารางที่ 2 ร้อยละของอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ (n= 30) กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ (n= 30)

อาการข้างเคียง	แบบปกติ (n=30)		สังคมออนไลน์ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มือเท้าบวมแดง (PPE)	24	80.0	26	86.7
อาการปวด (pain)	13	43.3	9	30.0
ท้องเสีย (diarrhea)	17	56.7	9	30.0
นอนไม่หลับ (insomnia)	16	53.3	10	33.3
เหนื่อยล้า (fatigue)	16	53.3	13	43.3
ท้องผูก (constipation)	12	40.0	14	46.7
คลื่นไส้ ขี้ย้อน อาเจียน (N/V)	11	36.7	14	46.7
แผลในปาก (mucolitis)	9	30.0	12	40.0

จากตารางที่ 2 อาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ พบว่า ทั้งสองกลุ่มเกิดอาการ มือเท้าบวมแดงมากที่สุด ร้อยละ 86.7, 80.0 ในกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ อาการข้างเคียง รองลงมาคือ อาการท้องเสีย อาการนอนไม่หลับ และอ่อนล้า ร้อยละ 56.7, 53.3, 53.3 สำหรับ

กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ อาการข้างเคียงรองลงมา คือ เกิดอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และ อ่อนล้า ร้อยละ 46.7, 46.7, 43.3 ตามลำดับ ส่วนอาการปวด อาการนอนไม่หลับ ท้องเสีย และอ่อนล้า ในกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ เกิดขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ

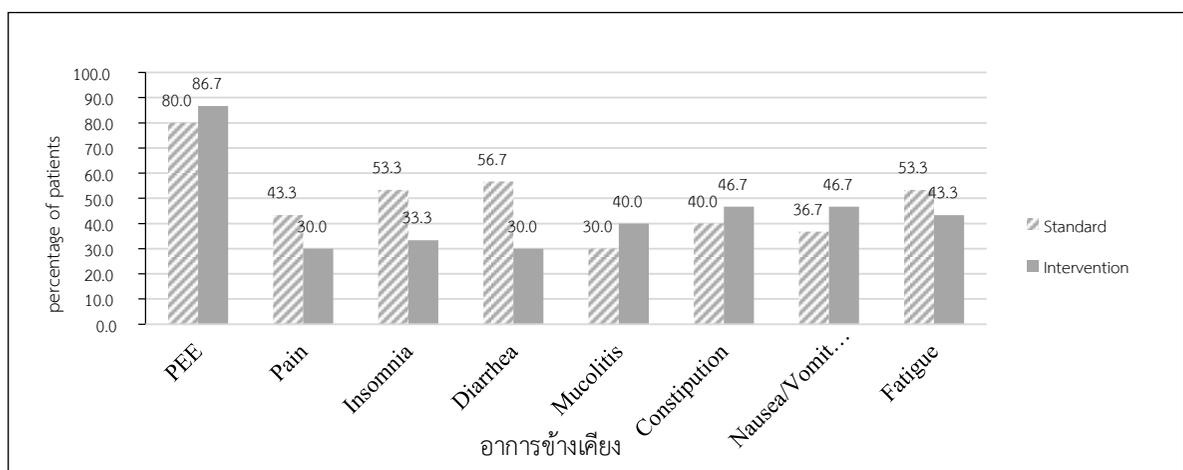


Fig. 1 ร้อยละของการเกิดอาการข้างเคียงของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ

จากตารางที่ 3 พบว่า อาการข้างเคียง ท้องเสียของ กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ ($\bar{X} = 0.47$ S.D = 0.81) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ ($\bar{X} = 1.40$ S.D = 1.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มอาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น

มือเท้าบวมแดง อาการปวด นอนไม่หลับ แผลในปาก ท้องผูก คลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน เหนื่อยล้า ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์และกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการข้างเคียงของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ (n= 30) กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ (n= 30)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
มือเท้าบวมแดง (PPE)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	2.53	1.96	-0.059	0.953
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	2.57	2.04		
อาการปวด (pain)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	0.77	1.00	1.438	0.156
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	0.43	0.77		
นอนไม่หลับ (insomnia)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	1.23	1.75	1.245	0.218
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	0.70	1.55		
ท้องเสีย (diarrhea)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	1.40	1.83	2.549	0.015*
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	0.47	0.81		
แผลในปาก (mucolitis)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	0.57	1.00	0.000	1.000
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	0.57	0.85		
ท้องผูก (constipation)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	0.70	1.05	-0.599	0.552
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์		1.49		
คลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน (N/V)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	0.60	1.07	-1.426	0.159
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	1.17	1.89		
เหนื่อยล้า (fatigue)				
กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ	1.13	1.65	0.493	0.624
กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์	0.93	1.48		

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกที่มีผลต่อของอาการข้างเคียงต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้ยาเคมีบำบัด พบว่า ตัวแปรที่มีต่อผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ เพศชาย (ร้อยละ 71.4) มีอาการท้องเสียมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 34.8) ($p = 0.005$) ชนิดของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 66.7) มีอาการท้องเสียมากกว่ามะเร็งส่วนอื่น (ค่า $p = 0.000$) ECOG score ผู้ป่วยที่มี ECOG score ที่ 0 คะแนนมีอาการแผลใน

ปากมากกว่าผู้ป่วยที่มี ECOG score อื่น ๆ ($p = 0.002$) การได้รับการฉายแสง ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงมีอาการท้องเสีย (ร้อยละ 100.0) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฉายแสง (ร้อยละ 39.3) ($p = 0.004$) ตามลำดับ

ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระยะของโรคมะเร็ง สูตรยาเคมีบำบัด ไม่มีผลต่ออาการข้างเคียงต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้ยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ในรูปแบบของตารางข้อมูล

ตารางที่ 4 ร้อยละและค่า P-value ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกที่มีผลต่ออาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตัวแปร	PPE %	Pain %	Insomnia %	Diarrhea %	Mucositis %	Constipation %	Nausea/ Vomiting %	Fatigue %
	(P-value)							
เพศ								
ชาย	78.6	35.7	50.0	71.4	50.0	50.0	35.7	35.7
หญิง	84.8	36.9	41.3	34.8	30.4	41.3	43.5	52.2
	(0.264)	(0.852)	(0.764)	(0.005) *	(0.207)	(0.471)	(0.111)	(0.616)
ชนิดของการเป็นโรคมะเร็ง								
CA breast	87.8	42.4	42.4	27.3	27.3	42.4	39.4	57.6
CA colon	81.1	36.4	50.0	63.6	50.0	50.0	45.5	40.9
CA stomach	33.3	0	33.3	66.7	66.7	66.7	66.7	33.3
	(0.916)	(0.827)	(0.980)	(0.000) *	(0.327)	(0.913)	(0.391)	(0.964)
ECOG score								
0	87.8	41.4	41.5	43.9	39.0	39.0	43.9	46.3
1	77.8	21.8	50.0	38.9	22.2	50.0	38.9	50.0
	(0.476)	(0.930)	(0.980)	(0.548)	(0.002) *	(0.564)	(0.856)	(0.281)
ได้รับการฉายแสง								
ไม่ได้รับ	83.9	35.7	42.8	39.3	35.7	42.8	41.1	48.2
ได้รับ	75.0	50.0	50.0	100.0	25.0	50.0	50.0	50.0
	(0.430)	(0.831)	(0.992)	(0.004) *	(0.883)	(0.979)	(0.956)	(0.919)

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ห้ปัจจัยด้านคลินิก จำนวนรอบที่รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่ออาการข้างเคียงต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ในรอบที่ 2 ของการรับยาเคมีบำบัด มีอาการท้องผูกของ กลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 26.7) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ (ร้อยละ 6.7) อาการท้องเสียของกลุ่มที่ได้รับความรู้

ทางสังคมออนไลน์ cycle ที่ 2,3 และ 6 (ร้อยละ 6.7, 6.7, 0.0) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ (ร้อยละ 30.0, 30.0, 20.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในรอบที่ 3 ของการรับยาเคมีบำบัด อาการปวดของกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 0.0) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ (ร้อยละ 20.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ร้อยละและค่า P-value ของจำนวนรอบที่รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่ออาการข้างเคียงต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์ (n= 30) กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ (n= 30)

Factor	Total	แบบปกติ		สังคมออนไลน์		P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
(cycle 2) Constipation						0.038*
no	50	28	93.3	22	73.3	
yes	10	2	6.7	8	26.7	
Diarrhea						0.042*
no	49	21	70.0	28	93.3	
yes	11	9	30.0	2	6.7	
(cycle 3) Pain						0.024*
no	54	24	80.0	30	100.0	
yes	6	6	20.0	0	0.0	
Diarrhea						0.042*
no	49	21	70.0	28	93.3	
yes	11	9	30.0	2	6.7	
(cycle 6) Diarrhea						0.024*
no	54	24	80.0	30	100.0	
yes	6	6	20.0	0	0.0	

Significant at p-value <0.05 by Fisher's Exact test

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับยา Capecitabine และยา Oxaliplatin ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งทั้งสองกลุ่ม พบมากที่สุด คือ อาการมือเท้าบวมแดงมากที่สุด ร้อยละ 86.7, 80.0 สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{4,5,11,12,13} รองลงมา คือ ท้องเสีย นอนไม่หลับ อ่อนล้า ท้องผูก และคลื่นไส้อาเจียน ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 56.7 - 43.3)

2. อาการข้างเคียง ท้องเสียของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์น้อยกว่า ($\bar{X} = 0.47$ S.D = 0.81) กลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ ($\bar{X} = 1.40$ S.D = 1.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า 7 ใน 8 อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม แต่ประโยชน์ของกลุ่มสังคมออนไลน์จะเป็นในแง่ของการได้รับคำแนะนำ สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที่ที่ช่วยลดภาวะความรุนแรงของอาการข้างเคียงได้เมื่อทราบวิธีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และคำแนะนำสำหรับอาการข้างเคียงที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด ซึ่งช่วยในการเข้าถึงดูแลสุขภาพผู้ป่วยในยามฉุกเฉินได้

3. ตัวแปรที่มีต่ออาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชายมีอาการท้องเสียมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารมีอาการท้องเสียมากกว่าส่วนอื่น ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงมีอาการท้องเสียมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฉายแสง ผู้ป่วยที่มี ECOG score ที่ 0 คะแนน มีอาการแผลในปากมากกว่าผู้ป่วยที่มี ECOG score อื่น ๆ ผลวิจัยนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยเคมีบำบัดให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทราบถึงแนวโน้มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเหล่านี้ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็ง

เพศชาย ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร และผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงมีอาการท้องเสียมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง (Targeted cancer Therapy) ทำให้มีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหาร และการฉายแสงจะมีผลกระทบต่อลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งลำไส้เล็ก ซึ่งมีความไวต่อรังสี ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้มากขึ้น^{14,15} จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดท้องเสีย

4. ในรอบของการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้ทางสังคมออนไลน์จะมีอาการข้างเคียง ท้องเสียและอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ ในรอบที่ 2, 3 และ 6 ของการรักษา ดังนั้น การสื่อสารทางสังคมออนไลน์ในการดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยลดอาการข้างเคียงของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาลวิชาชีพหน่วยเคมีบำบัดควรมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ดูแลอาการข้างเคียงที่มักเกิดขึ้นในระหว่างการรับการรักษา ช่วยเหลือระดับประคองทั้งผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถรับรักษาที่ต่อเนื่อง การได้รับความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มเติมจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยดูแลผู้ป่วย^{7,15} สะดวกในการติดตามอาการและให้ข้อมูลการดูแลที่ถูกวิธี ช่วยลดจากอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถสนับสนุนทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจสามารถใช้ชีวิตได้มีความสุขมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต การศึกษาครั้งต่อไปควรรศึกษารูปแบบการได้รับความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์และไม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด

References

1. Ministry of Public Health. Health Statistics 2017. [Internet]. 2018 [cited 2016 Nov 25]. Available from: <http://http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf> (in Thai).
2. Viale PH, Fung A, Zitella L. Advanced colorectal cancer: current treatment and nursing management with economic considerations. *Clin J Oncol Nurs*. 2005; 9: 541-52.
3. Berg D. Capecitabine: a new adjuvant option for colorectal cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2006; 10: 479-86.
4. O'Neill VJ, Twelves CJ. Oral cancer treatment: developments in chemotherapy and beyond. *Br J Cancer*. 2002; 87: 933-7.
5. Drug counselling: Capecitabine. [Internet]. 2018 [cited 2016 Nov 25]. Available from: <https://www2.lpch.go.th/km/uploads/20170125150718470882.pdf>
6. Hamilton S. Chemotherapy side effect and chemotherapy drug information. [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 25]. Available from: <https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/default.aspx>
7. Wilson B. 6 Reasons why nurses should use social media. [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 25]. Available from: <http://thenerdynurse.com/2012/06/6>
8. Craven O, Hughes CA, Burton A. Nurse-led telephone follow-up in oral chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*. 2013; 22: 413-9.
9. Wujcik D. Leukemia. The care of individuals with cancer. In: Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M, Groenwald SL, editors. *Cancer nursing: principle and practice*. 5th ed, Missouri: Jones and Bartlett; 2000. p. 1244-68.
10. Natason A. Symptoms and symptom managements in cancer patients undergoing chemotherapy. [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in Thai).
11. Gressett SM, Stanford BL, Hardwicke F. Management of hand-foot syndrome induced by capecitabine. *J Oncol Pharm Pract*. 2006; 12: 131-41.
12. Kigen G, Busakhala N, Njiru E, Chite F. Palmar-plantar erythrodysesthesia associated with capecitabine chemotherapy: a case report- *Pan African Medical*. 2015.
13. Clark AS, Vahdat LT. Chemotherapy-induced palmar-plantar erythrodysesthesia syndrome: etiology and emerging therapies. *Support Cancer Ther*. 2004; 1: 213-8.
14. Radiotherapy and Oncology Chula cancer. Self-care of patients receiving abdominal and pelvic radiation. [Internet]. 2006. [cited 2016 Nov 25]. Available from: <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=84> (in Thai).
15. O'Brien PC. Radiation injury of the rectum. *Radiother Oncol*. 2001 Jul; 60 (1): 1-14. [PubMed]

บทความวิจัย

The Effects of Using Line Application Program on The Eating Behavior and Physical Activity of Overweight Late Primary School-Aged Children

Received: Nov 24, 2022

Revised: Feb 16, 2023

Accepted: Mar 10, 2023

Supalux Srithanya, M.N.S.¹

Prapai Kittiboontawam, M.N.S.²

Yanee Dodsakul, B.N.S.³

Abstract

Introduction: Overweight in school-aged children is a global challenge in healthcare management which affects children family and society in all dimensions, both physically mentally and emotionally, socially, and economically.

Research objectives: This study aimed to examine the effects of using Line application modification planned behavior program on the eating and physical activity behavior of overweight late primary school-aged children.

Research methodology: This quasi-experimental study used a two-group pretest and posttest design. Participants were students aged 10 to 12 years with overweight and studying in Saraburi province. A simple random sampling technique was used to allocate participants to either an experimental group (n=35) or a control group (n=35). The experimental group received the program for four weeks. The control group received usual care provided by the school. Instruments were Line application program, and eating behavior and physical activity questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: At follow-up, mean score for the eating behavior and physical activity of the experimental group was statistically significantly higher than at baseline ($p<.01$). Furthermore, mean score of the experimental group was statistically significantly higher than the control group ($p<.01$).

Conclusions: Nurses can use Line application program to encourage children with overweight to develop appropriate eating behavior and physical activity.

Implications: The study duration should be increased to follow up sustainability of eating behavior and physical activity among children.

Keywords: line application program, late primary school-aged children, overweight, eating behavior, physical activity

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

¹ Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level (Knowledge Worker Positions) E-mail: supaluk@bcns.ac.th

² Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions) E-mail: prapai@bcns.ac.th

³ Registered Nurse, Practitioner Level E-mail: Dskyaninee@gmail.com

^{1,2} Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

³ Bannongchan Health Promoting Hospital, Saraburi, Thailand

ผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภค และการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

Received: Nov 24, 2022
Revised: Feb 16, 2023
Accepted: Mar 10, 2023

ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา พย.ม.¹
ประไพ กิตติบุญญวัฒน์ พย.ม.²
ญาณินี ไตตสกุล พย.บ.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะน้ำหนักเกินในเด็ก เป็นความท้าทายในการจัดการสุขภาพระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายอายุ 10-12 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่กำลังศึกษาในโรงเรียน จังหวัดสระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการทำกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ เพื่อส่งเสริมให้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ: ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็ก

คำสำคัญ: โปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์เรียนตอนปลาย ภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) ¹E-mail: supaluk@bcns.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) ²E-mail: prapai@bcns.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ E-mail: Dskyaninee@gmail.com

^{1,2}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองจาน สระบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า เด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี มากกว่า 340 ล้านคนทั่วโลกมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ซึ่งภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง การมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+1 S.D.) ตามค่ามัธยฐานเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก และโรคอ้วน หมายถึง การมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 S.D.) ตามค่ามัธยฐานเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก¹ ซึ่งความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 5-19 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิง โดยร้อยละ 18 ของเด็กผู้หญิง และร้อยละ 19 ของเด็กผู้ชายมีภาวะน้ำหนักเกิน สาเหตุพื้นฐานของโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน คือความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับ (energy intake) กับพลังงานที่ใช้ (energy expenditure) ไปในแต่ละวัน โดยเฉพาะในโลกยุคดิจิทัลที่มีการใช้เทคโนโลยี เครื่องทุนแรงมากมายในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงจากไขมัน แป้งและน้ำตาล ในขณะที่ร่างกายมีการเผาผลาญต่ำจากการไม่มีการเคลื่อนไหวทางกายเนื่องจากลักษณะการดำรงชีวิตที่นิ่ง ๆ นอน ๆ หรือพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary life style) มากขึ้น ทำให้ร่างกายสะสมพลังงานที่เหลือในรูปไขมัน โดยเฉพาะการสะสมไขมันบริเวณหน้าท้อง (Abdominal Obesity) ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต เด็กที่อ้วนมากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมักพบภาวะดื้ออินซูลินและนำไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 40 โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานจะยังมีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น เด็กอ้วนมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 60 และทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง (Very Low Density Lipoprotein) เป็นไขมันชนิดไม่ดีซึ่งจะพาเอาไขมันไปสะสมอยู่ในบริเวณหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็ง มีโอกาสเป็นโรคหัวใจและอัมพาตได้เพราะเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและสมองไม่เพียงพอ² เด็กและวัยรุ่นที่อ้วนพบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคและข้อร้อยละ 50-70 เด็กอ้วนมักมีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น กระดูกสันหลัง ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า มีการเคลื่อนไหวลดลง เดินลำบากและมีท่าเดิน

ที่ผิดปกติ นอกจากนี้คนอ้วนจะมีไขมันสะสมมากที่หน้าท้องร่วมกับผนังหลอดเลือดที่ตีบตันน้อยลงและไขมันที่สะสมมากขึ้นรอบทางเดินหายใจทำให้มีการอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea; OSA) ทำให้มีออกซิเจนต่ำขณะหลับ ความดันเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และการทำงานของหัวใจลดลงได้³

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่เด็กมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2565 จากสถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565⁴ พบเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนถึงร้อยละ 13.53 โดยพบว่าเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนอยู่ในทุกภาคของประเทศไทยและภาคที่พบความชุกมากที่สุด คือ ภาคกลาง ซึ่งเขตพื้นที่การศึกษาที่พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงสุด คือ เขตพื้นที่การศึกษาที่ 4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด โดยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ นครนายก พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี นนทบุรี และปทุมธานี สูงถึงร้อยละ 17.89 จากปัญหาโรคอ้วนในเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2566 ระบุตัวชี้วัดและเป้าหมายว่า ภายในปี 2566 เด็กวัยเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ทุกสังกัดมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 10

นอกจากภาวะอ้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของเด็กดังกล่าวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าเด็กที่มีภาวะอ้วนจะมีปัญหาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ โดยเด็กจะมีความกังวลและอายุเกี่ยวกับบุคลิกของตนเองมากขึ้น ซึ่งเด็กที่อ้วนมักโดนเพื่อนแกล้งและล้อเลียน ขาดความมั่นใจ ทำให้ไม่ต้องการไปโรงเรียน ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อาจไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ และในบางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้⁵

องค์การอนามัยโลก กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กอายุระหว่าง 5-19 ปี โดยการจำกัดการบริโภคพลังงานจากไขมันและน้ำตาล และเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสีและถั่ว การออกกำลังกาย 60 นาทีต่อวันและการสนับสนุนจากสังคม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ⁶ ซึ่งเด็กไทยมีโอกาสดังกล่าว น้อย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2561 พบว่า

เด็กไทยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเล่นคอมพิวเตอร์ การใช้โทรศัพท์มือถือ เฉลี่ยวันละ 3.1 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 26.2 ที่มีกิจกรรมทางกายเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2560) ที่พบว่า เด็กไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งถึงวันละ 13 ชั่วโมง 35 นาที และมีเพียงร้อยละ 23.2 ของเด็กและเยาวชนไทย อายุระหว่าง 6-17 ปี มีกิจกรรมทางกายตามมาตรฐานที่แนะนำคือ มีกิจกรรมที่ออกแรงปานกลางถึงออกแรงอย่างหนักมากกว่า 60 นาทีต่อวัน โดยทั่วไปเด็กหญิงจะมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าเด็กชาย เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะอ้วน ในเด็กที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และขาดทักษะการเข้าสังคม⁷ สืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้เด็กอายุระหว่าง 5-19 ปี ต้องเรียนออนไลน์ที่บ้านจึงส่งผลทำให้เด็กอยู่กับหน้าจคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายและการใช้พลังงานน้อย ในขณะที่มีการบริโภคมากขึ้นจากระบบบริการขายอาหารส่งตรงถึงบ้านที่สะดวกรวดเร็วตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่โรงเรียน ครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือกันแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็ก

การศึกษาพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนและการแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน⁸ โดยครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จอบรมสั่งสอนบุตรให้มีระเบียบวินัย ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายของเด็ก จากแนวทางการเลี้ยงดูของครอบครัว ในขณะที่โรงเรียน ก็มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของเด็ก เนื่องจากเด็กต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนวันละประมาณ 8 - 9 ชั่วโมง 5 วันต่อสัปดาห์ โดยครูเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและเป็นบุคคลที่นักเรียนให้ความเคารพและเชื่อฟัง ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครูและผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญในเด็กวัยนี้⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการจัดกิจกรรมและโปรแกรมให้กับกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน เพื่อลดอุบัติการณ์ โดยใช้กลยุทธ์การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโภชนาการและรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม การเข้าค่าย รวมถึงการนำบุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ ครูและผู้ดูแลหลัก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง และมีพฤติกรรมบริการโภชนาการและกิจกรรมทางกายดีกว่ากลุ่ม

ควบคุม¹⁰ แต่เนื่องด้วยการจัดกิจกรรมของครูแก่เด็กนักเรียนมีเพียงกิจกรรมเดียว และไม่ทำให้เกิดความต่อเนื่องที่จะส่งผลต่อการรับรู้ของเด็ก นอกจากนี้ มีรายงานการศึกษาพบว่า การติดตามสอบถามผู้ปกครองทางโทรศัพท์ มีผลต่อพฤติกรรมบริการโภชนาการของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนให้คงอยู่ การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องและเพียงพอในระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้เด็กวัยเรียนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน¹¹ ในยุคดิจิทัลสังคมมีการติดต่อสื่อสารง่าย สะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพวิถีใหม่ควรเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพิ่มช่องทางการให้บริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ซึ่งแอปพลิเคชันเป็นแอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยมในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน การใช้รูปภาพ คลิปวิดีโอ ตลอดจนการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกและการเสริมพลังใจแก่ผู้รับสื่อทุกเพศทุกวัยเป็นอย่างดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้แอปพลิเคชันเป็นส่วนหนึ่งในการให้ข้อมูลและสะท้อนความรู้สึกให้นักเรียนตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่งเด็กวัยเรียนตอนปลายมีความคิดเป็นของตนเองและมีอำนาจในการตัดสินใจบางเรื่องในชีวิตด้วยตนเอง ดังรายงานการศึกษาวัยวิจัยพบว่า การจัดการเพื่อช่วยให้เด็กที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนทั้งด้านการบริการโภชนาการและด้านการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ควรต้องส่งเสริมให้เด็กตระหนักถึงปัญหา มีการวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงจะเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี¹² ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน¹³ (Theory of Planned Behavior) โดยไอเซนให้ความหมายของพฤติกรรมตามแผนว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้นั้นขึ้นกับ 3 ปัจจัยคือ 1) ทศนคติต่อการกระทำนั้น 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดความพยายามทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซนผสมผสานกับแอปพลิเคชันในการส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพื่อให้มีพฤติกรรมบริการโภชนาการและการทำกิจกรรมทางกายดีและส่งผลต่อการเป็นประชากรที่มีสุขภาพดีลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

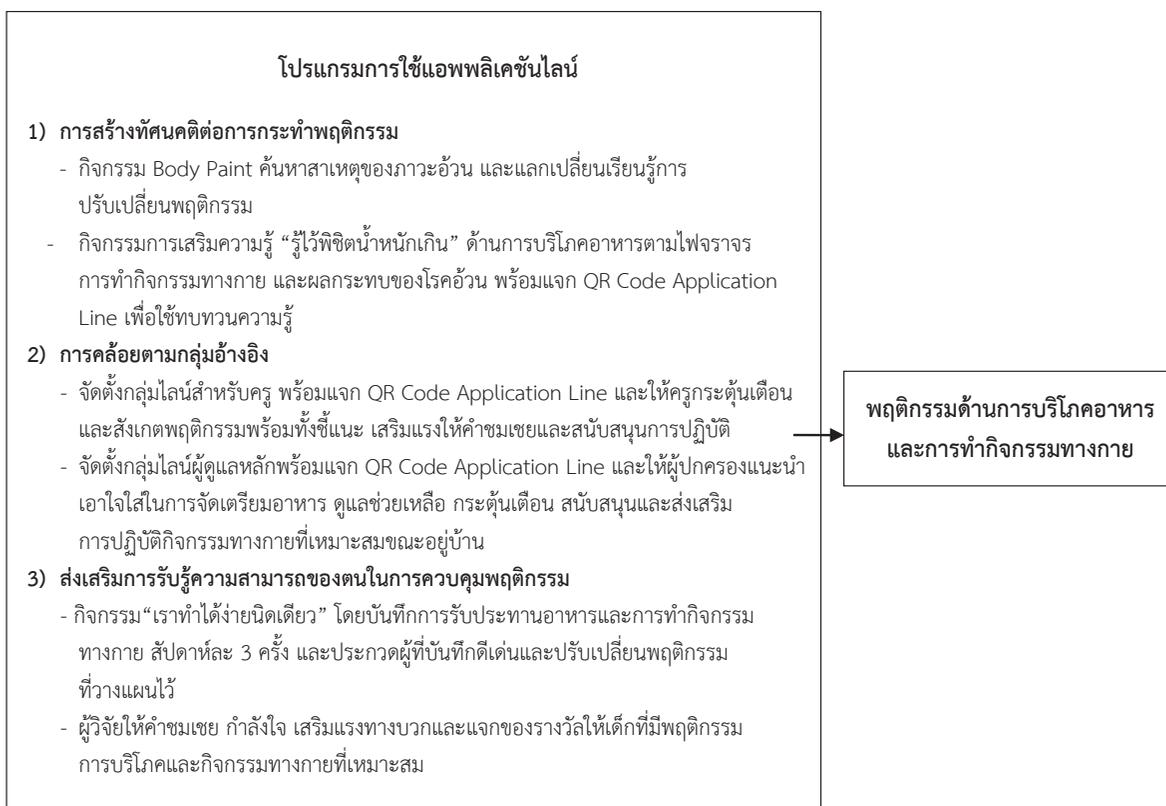
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

และการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซน (Theory of Planned Behavior) (Ajzan, 1991) ในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนัก โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะคิดต่อการกระทำพฤติกรรม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest- posttest two-groups design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาจังหวัดสระบุรี ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 10-12 ปี ที่มีน้ำหนักมากกว่า 2 เท่า ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (+2 S.D.) ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย พ.ศ. 2564

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-Power version 3.1.9¹⁴ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) จากการศึกษาที่ผ่านมาของศิธร ต้นดีเอกรัตน์¹⁰ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 29 คน เนื่องจากการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 58 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยคัดเลือกผู้ที่มีน้ำหนักเกินที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ไม่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โรคสมาธิสั้น โรคทางจิตเวช และไม่อยู่ระหว่างการรับประทานยาหรือวิธีการใด ๆ ในการรักษาเพื่อลดน้ำหนัก เมื่อได้กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันแล้ว ใช้การสุ่มแบบง่ายโดยจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผู้วิจัยปรับปรุงจากศุภลักษณ์ ศรีธัญญา¹⁶ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดไฟจากรของกองโภชนาการ กรมอนามัย โดยให้ผู้ตอบระบุการบริโภคอาหารในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตั้งแต่ไม่รับประทานเลย จนถึงรับประทานเป็นประจำ โดยการแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกาย จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินระยะเวลาของกิจกรรมจำแนกตามระดับความหนักของกิจกรรม ตั้งแต่ไม่ทำกิจกรรมทางกายเลย จนถึงทำกิจกรรมทางกายทุกวัน โดยการแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีกิจกรรมทางกายในระดับดี ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง โปรแกรม

แอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมตามแผนของไอเซน¹³ ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ก่อนลงกิจกรรม สำหรับกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 มีกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรม Body Paint โดยผู้วิจัยนำภาพวาดหุ่นจำลองของเด็กที่มีรูปร่างอ้วนและรูปร่างสมส่วน จากนั้นให้เด็กวิเคราะห์และนำเสนอสาเหตุที่ทำให้รูปร่างของภาพวาดทั้ง 2 ภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้เด็กค้นหาสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกิน

2. กิจกรรม “ประเมินง่าย ๆ ด้วยตัวเอง” โดยให้เด็กประเมินน้ำหนักของตนเองจากกราฟอ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี

3. กิจกรรมเสริมความรู้ “รู้ไว้พิชิตน้ำหนักเกิน” ด้านการบริโภคอาหารตามไฟจากร การทำกิจกรรมทางกาย และผลกระทบของโรคอ้วน พร้อมแจก QR Code Application Line เพื่อเป็นสื่อสุขภาพใช้ทบทวนความรู้

4. กิจกรรมกระตุ้นเตือนโดยใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ โดยผู้วิจัยส่งสติ๊กเกอร์เพื่อกระตุ้นเตือนเด็กให้บริโภคอาหารและทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

5. กิจกรรม “เราทำได้ง่ายนิดเดียว” โดยบันทึกการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย โดยให้เด็กบันทึกอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ได้แก่ วันอังคาร วันพฤหัสบดีและวันเสาร์ พร้อมแจ้งการจัดประกวดผู้ที่บันทึกดีเด่นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่วางแผนไว้

6. การให้ความรู้ และจัดตั้งกลุ่มไลน์เฉพาะครู พร้อมแจก QR Code Application Line และให้ครูกระตุ้นเตือนและสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมขณะอยู่โรงเรียนหรือเรียนออนไลน์ พร้อมทั้งชี้แนะ เสริมแรงแก่เด็กที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับเด็กที่สามารถปฏิบัติได้ให้คำชมเชยและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป

7. การให้ความรู้ และจัดตั้งกลุ่มไลน์เฉพาะผู้ดูแลหลัก พร้อมแจก QR Code Application Line และให้ผู้ดูแลหลักแนะนำ เอาใจใส่ในการจัดเตรียมอาหาร ดูแลช่วยเหลือกระตุ้นเตือน สนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมขณะอยู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2-3 จัดกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการปรับเปลี่ยนป้องกันโรคอ้วน เพื่อวิเคราะห์ตนเอง สะท้อนความรู้สึกอุปสรรคที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยให้คำชมเชย กำลังใจ เสริมแรงทางบวกและแจกของรางวัลให้เด็กที่มีพฤติกรรมบริโภคและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

2. กิจกรรมกระตุ้นเตือนโดยใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ เพื่อกระตุ้นการทำกิจกรรมการบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย

2. ประกาศผู้ที่บันทึก “เราทำได้ง่ายนิดเดียว” ดีเด่น คือ ผู้ที่จดบันทึกพฤติกรรมบริโภคและการทำกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้เด็กที่ชนะเลิศแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งด้านการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของตนเอง

3. ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) สำหรับกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจะได้รับการสอนเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการอนามัยโรงเรียน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ เท่ากับ 1 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้เท่ากับ .94 และแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกาย ได้เท่ากับ .90 การหาความเที่ยงได้นำไปใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้ค่าเท่ากับ .90 และแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกาย ได้ค่าเท่ากับ .86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีพร้อมโครงร่างวิจัยและเครื่องมือและใบอนุมัติความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยเข้าพบคุณครูเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างและวางแผนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ อาจารย์พยาบาลจำนวน 4 คน ในการใช้โปรแกรมและการทำกิจกรรม

1.5 เตรียมสื่อการสอน สถานที่ และอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือและประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง และนักเรียนเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และผู้ปกครอง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์และผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดการดำเนินกิจกรรม การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง และการลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล

2.3 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติ

2.4 ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและแบบสอบถามการทำกิจกรรมทางกายของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดกิจกรรม 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี EC 1-003/2565 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยเด็กและผู้ปกครองได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับ แล้วให้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ก่อนและหลังได้รับการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทดสอบด้วยสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

3. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังได้รับการทดลอง ทดสอบด้วยสถิติที่ ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายหลังการทดลองทดสอบด้วยสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	df	p-value
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.			
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร							
กลุ่มทดลอง (n=35)	36.09	0.87	49.23	3.30	24.24	34	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	35.00	3.44	33.40	2.52	.24	34	.30
2. การทำกิจกรรมทางกาย							
กลุ่มทดลอง (n=35)	37.74	4.40	78.54	1.44	8.91	34	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	34.86	4.40	32.69	3.63	.41	34	.34

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูง

กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีน้ำหนักเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม ($n=70$) ทดสอบด้วยสถิติที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.	t-test	df	p-value
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรม					
กลุ่มทดลอง ($n=35$)	49.23	3.30	22.55	68	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=35$)	33.40	2.52			
2. การทำกิจกรรมทางกาย หลังได้รับโปรแกรม					
กลุ่มทดลอง ($n=35$)	78.57	1.44	16.88	68	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=35$)	32.69	3.63			

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากกลุ่มทดลองมีกิจกรรมตามแผนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มโดยเริ่มต้นจากการสร้างทัศนคติที่ดี เน้นสร้างคุณค่าในตัวเองอันเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กอายุ 10-12 ปี ซึ่งเด็กวัยนี้จะมีการเล่นเป็นกลุ่มในวัยเดียวกัน ชอบการวิพากษ์วิจารณ์ ความคิดเห็นของกลุ่มเพื่อน มีความสำคัญมากกว่าความคิดเห็นของผู้ใหญ่ และต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับในความคิดของตน¹⁷ การเข้ากลุ่มเพื่อนที่มีน้ำหนักเกินร่วมกันทำกิจกรรม Body Paint ประเมินภาวะอ้วน วิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของโรคอ้วน ทำให้เด็กเข้าใจและรับรู้สภาพปัญหาของตนแบบมีส่วนร่วม มีความคิดเป็นตัวของตนเองเต็มที่ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงบูรณาการ จึงเกิดความตั้งใจทำพฤติกรรมลดความอ้วนทั้งการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่านักเรียนที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนอันประกอบด้วย การปรับทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความ

สามารถของตนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเนือยนิ่งลดลง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมเคลื่อนไหว ออกกำลังกายดีขึ้น¹⁸ นอกจากนี้กลุ่มทดลองสามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับอันตรายและแนวทางควบคุมโรคอ้วนจาก QR code แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งการใช้ไลน์ช่วยส่งเสริมการศึกษาหาความรู้ได้ตามอิสระเมื่อต้องการเรียนรู้เป็นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่าย จึงสามารถจัดการตนเองและตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมภาวะอ้วนได้¹⁹ ซึ่งบริการด้านสุขภาพแก่เด็กและวัยรุ่นในอนาคตต้องตอบสนองความต้องการของเด็กและวัยรุ่นในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ ถูกต้องเหมาะสม ทันต่อเหตุการณ์สามารถนำไปใช้ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น โดยมีการให้คำแนะนำหลายช่องทาง และลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ²⁰ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดความอ้วนในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ในการวิจัยครั้งนี้นับได้ว่าตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นในปัจจุบันสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ทั้งสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตที่มีความสะดวก ใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา โดยร้อยละ 98 ของวัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตมีการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันไลน์จึงทำให้เด็กอายุ 10-12 ปีที่มีภาวะอ้วนมีการสื่อสารและเกิดแรงบันดาลใจในการปรับพฤติกรรมตนเอง

ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลเด็กในยุค GEN Z พ่อแม่ต้องพยายามเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของเด็ก เพื่อเรียนรู้ลักษณะพฤติกรรมของลูก เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพและเติบโตขึ้นไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ การศึกษาวิจัยพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กนักเรียนที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และครอบครัว ชุมชนควรมีบทบาทในการร่วมแก้ปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน²¹ โปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้มีการตั้งกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันของพ่อแม่ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอ้วนซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดอาหารสำหรับเด็กและสมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่สามารถให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านไลน์ตามสภาพปัญหาจริงที่ตรงความต้องการ ซึ่งเป็นแนวทางการบริการสุขภาพวิถีใหม่ ที่มุ่งการเพิ่มช่องทางออนไลน์ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น²⁰ การตั้งกลุ่มไลน์ของพ่อแม่ผู้ปกครอง และกลุ่มไลน์ของครูกับเด็กอ้วน นับเป็นจุดแข็งในการสร้างกลุ่มอ้างอิงที่เด็กจะคล้อยตามความคิดได้ เพราะทั้งครูและผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการคิดและพฤติกรรมในการกระทำพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กอ้วน²² และครูระดับประถมศึกษาที่มีแรงจูงใจในการเฝ้าระวังภาวะอ้วนและมีบทบาทการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับดีมาก²³

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน เด็กวัย 10-12 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้นต้องการความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจ ขณะเดียวกันจะเริ่มเรียนรู้โลกกว้างมากขึ้น ขอบความตื่นเต้น พึงพอใจในสิ่งแปลกใหม่ จะหันเหไปสู่การเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เด็กวัยนี้จะไม่เรียนรู้และพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เห็นว่าเขาสามารถทำได้หรือประสบความสำเร็จ และอยากให้ผู้อื่นยอมรับในความ

สามารถของตนเอง⁵ ดังนั้นพ่อแม่ควรช่วยให้เด็กได้เกิดความรู้สึกว่าเขาดี มีความสามารถ โดยการสนับสนุนให้เด็กได้ทำในสิ่งที่เขาชอบอย่างสุดความสามารถจุดดี-จุดเด่นของตัวเองเด็กเพื่อชมเชย เพราะความสามารถจริงของเด็กที่ปฏิบัติได้นั้น ยังต้องได้รับการส่งเสริมและช่วยเหลือจากผู้ใหญ่และสังคมในการช่วยให้เด็กมีศักยภาพสูงสุดที่เป็นไปได้ในการวิจัยมีการให้สติเกอร์ชื่นชมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการให้กำลังใจต่อเนื่องจากผู้วิจัย ทั้งนี้มีการกำกับติดตามผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการทบทวนความรู้เป็นระยะ และคอยกระตุ้นเตือนในการบันทึกอาหารที่รับประทานและพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม การใช้สื่อออนไลน์จึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น²⁴ รวมถึงกลุ่มไลน์ครูและกลุ่มไลน์ผู้ปกครอง เช่น “ตั้งแต่ได้รู้เกี่ยวกับอาหารโซนสีไฟจรรยา ทำให้จำได้ง่ายขึ้น เอาหลักการไปใช้ได้ทั้งตัวเองและการเลี้ยงลูกอีกอย่างมีความรู้ไว้ทบทวนผ่านแอปพลิเคชันไลน์สามารถเอาไว้ทบทวนได้บ่อยๆ” ตลอดจนมีการประกวดให้รางวัลผู้บันทึกพฤติกรรมยอดเยี่ยม เป็นการทำให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเอง การที่เด็กได้รับความชื่นชมจากผู้คนและสังคมรอบด้าน การเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่น รวมทั้งการตอกย้ำ (reinforcement) และการให้รางวัล (reward) จะสร้างพลังแห่งความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็ก
2. ศึกษาวิจัยประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสุขภาพออนไลน์ในเรื่องอื่น ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพทางไกลในยุคดิจิทัล

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Duangdao P, Loysongkroh J. Guidelines for preventing obesity in schoolchildren. 1st ed. Bangkok: WVO Officer of Printing mill; 2015. (in Thai).
3. Munsraket R. Health promotion of school-age children with obesity to reduce risks of diabetes in school. J Regional Health Promotion Center 9 2020;14(35):437-49. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Promotion & Prevention Excellence [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 5]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/slender14/index2022>
5. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing Care of infants and children. 11th ed. Canada: Deborah L Vogel; 2019.
6. World Health Organization. Overweight in school-age children and adolescents [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 15]. Available <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/overweight-in-school-age-children-and-adolescents>
7. Amornsriwatanakul A, Nakornkhet K, Katewongsa P, Choosakul C, Kaewmanee T, Konharn K, et al. Results from Thailand's 2016 report card on physical activity for children and youth. Journal of Physical Activity and Health 2016; 13(2): S291-98. (in Thai).
8. Akapat S. Relationships of individual family and community factors to obesity in school-age children education service area2 Chonburi Province [Thesis Master of Nursing Science]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai).
9. Noin K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(1): 1-8. (in Thai).
10. Tuntiakara S, Thongbai W, Takviriyannun N. The effectiveness of obesity prevention program on eating and physical activity behaviors among overweight school aged children. Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok 2015; 31(3): 47-61. (in Thai).
11. Saeloo J, Wiriyasiriku N. The relationship between health literacy and obesity prevention behaviors of school age children with overweight and obesity in schools under primary educational service area office mueang district Nakhonsithammarat province. Journal of MCU Nakhondhat 2020;7(11): 1-15. (in Thai).
12. Duangchan P, Piasai P. Predicting obesity prevention behavior: Efficacy of the extended theory of Planned Behavior. Journal of Behavioral Science 2017;23(1):123-46. (in Thai).
13. Icek Ajzen. Theory of Planned Behavior [Internet]. 2022 [cited 2022 May 8]. Available from: <http://www.sietmanagement.fr/wp-content/uploads/2017/12/Ajzen.pdf>
14. Orathai P, Phumonsakul S. Power analysis and sample size estimation using G*Power program. 1st ed. Bangkok: Pimde; 2013. (in Thai).

15. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: And I Inter Media; 2010. (in Thai).
16. Srithanya S, Thongbai W, Kummabutr J. The effects of a planned behavior program on the eating and physical activity behavior of overweight late primary school-aged children. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2019;31(2):85-97. (in Thai).
17. Maneedang P. The role of community health nurse in obesity prevention of school children. *Journal of Nursing and Health care* 2017;35(4):16-24. (in Thai).
18. Punmanee P, Pabpai S. Effect of program promoting weight control behavior using theory of planned behavior on weight control behavior in overweight school age children. *Vajira Nursing Journal* 2017;19(2):13-23. (in Thai).
19. Chuaysrinuan J, Chaimay B, Woradet S. Health literacy towards obesity prevention among school children. *Academic Journal of Community Public Health* 2019;5(1):1-13. (in Thai).
20. Areemit R, Ineu S, Manaboribun B, Hongsanguansri S, Jaruratanasirikul S. Textbook of adolescent medicine. 1st ed. Nonthaburi: Printmaking Limited Partnership; 2016. (in Thai).
21. Khaiakasem T, Nusorn N, Pattanathabutr P. Health Promotion Strategies to address and prevent obesity in school-aged children, *Journal of Public Health Nursing* 2020;34(3):136-51. (in Thai)
22. Kanawapee S, Saranrittichai K. Effects of health literacy development program and health literacy school on behavior modification for obesity prevention among overweight students. *Academic Journal of Community Public Health* 2022;8(3):105-18. (in Thai).
23. Sajjatatharm N. Teacher' motivation to the role of overnutrition prevention of primary school students in Nonthaburi province and the role that teacher should be. *Journal of Humanities and Social S ciencias, Rajapruk University* 2020;6(3):162-76. (in Thai).
24. Roojanavech S, Chatdokmaipria K. The effects of health literacy development program with family participation of overweight primary school students in Nakhon Pathom province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2021;48(3):591-610. (in Thai).

บทความวิจัย

Mixed Method Design: Factors Affecting Quality of Life of the Elderly During the COVID-19 Pandemic

Received: Nov 17, 2022
Revised: Jan 29, 2023
Accepted: Mar 10, 2023

Onuma Kaewkerd, Ph.D.¹
Yuttachai Chaiyasit, M.N.S.²
Nedruetai Punaglom, Ph.D.³
Nadnapa Arayasinlapathon, M.N.S.⁴
RattiyaThong-on, Ph.D.⁵

Abstract

Introduction: COVID - 19 outbreak had a significant impact on quality of life (QOL) among the elderly. Therefore, the study of factors affecting QOL among the elderly was important.

Research objectives: To examine factors and explain the characteristics of factors affecting QOL among the elderly in the era of the COVID-19 outbreak.

Research Methodology: This study used a sequential explanatory mixed methods design. Quantitative data was collected first, followed by qualitative data. Data were collected between June 20 to August 26, 2022. In quantitative part, participants included 137 elderly people aged over 60 years in the community. Research instruments were personal information questionnaires, social support scales, stress tests, self-efficacy tests, and QOL measurement. Test for reliability was done, with the Cronbach's alpha coefficient values of .972, .927, .957, and .921, respectively. Participants in the qualitative part were 6 elderly people who reported the highest score in QOL domain from quantitative data. Research instruments used in qualitative part included semi-structured in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University

¹Corresponding author: Doctor of Philosophy in Nursing Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand. E-mail: onumakaewkerd@gmail.com

²Master's degree in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand. E-mail: yuttachai.c@ubru.ac.th

³Doctor of Philosophy in Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand. E-mail: nedruetai@npu.ac.th

⁴Master's degree in Adult Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.

E-mail: nadnapa_a@npu.ac.th

⁵Doctor of Philosophy in Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.

E-mail: rthongon@gmail.com

Results: Results showed that self-efficacy, and economic level (income) together explained 34.7% ($R^2 = .347$) of the variance in QOL. Self-efficacy ($\beta = .494$, t-value = 6.974, $p = .000$), and economic level (income) ($\beta = -.249$, t-value = -3.512, $p = .001$) were statistically significant predictors of QOL. Perception of self-efficacy to protect oneself from COVID-19 affected the perception of good QOL. The outbreak of COVID-19 affects the economy resulting in perception of QOL among elderly.

Conclusions: Factors affecting QOL among the elderly during the COVID-19 outbreak were self-efficacy, and economic level.

Implications: Nurses should organize a program to promote awareness of self-efficacy for the elderly and to promote income level among the elderly to increase QOL of the elderly during the COVID-19 outbreak.

Keywords: quality of life, the elderly, COVID-19, mixed methods research

วิจัยผสานวิธี: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

Received: Nov 17, 2022
Revised: Jan 29, 2023
Accepted: Mar 10, 2023

อรอุมา แก้วเกิด ปร.ด.¹
ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ พย.ม.²
เนตรฤทัย ภูนาทิม ปร.ด.³
นาฏนภา อารยะศิลปธร พย.ม.⁴
รัตติยา ทองอ่อน ปร.ด.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การระบาดของโควิด-19 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยและอธิบายคุณลักษณะของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยผสานวิธีแบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน 2565-26 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในชุมชน จำนวน 137 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียด แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพคือผู้สูงอายุที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุดจากวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 6 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .494$, $t\text{-value} = 6.974$, $p = .000$) และระดับเศรษฐกิจ (รายได้) ($\beta = -.249$, $t\text{-value} = -3.512$, $p = .001$) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 34.7 ($R^2 = .347$) การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี การระบาดของโควิดส่งผลต่อระดับเศรษฐกิจจึงกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สรุปผล: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและส่งเสริมรายได้ของผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โควิด-19 วิจัยผสานวิธี

ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

¹Corresponding author, ปรัญญาคุณภูมิตัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม ประเทศไทย E-mail: onumakawerd@gmail.com

²พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย E-mail: yuttachai.c@ubru.ac.th

³ปรัญญาคุณภูมิตัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม ประเทศไทย E-mail: nedruetai@npu.ac.th

⁴พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม ประเทศไทย E-mail: nadnapa_a@npu.ac.th

⁵ปรัญญาคุณภูมิตัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม ประเทศไทย E-mail: rthongon@gmail.com

บทนำ

หลายประเทศในโลกได้พบว่าประชาชนเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548¹ และในปี พ.ศ. 2564 พบว่าทั่วโลกมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 13.36 ล้านคน หรือร้อยละ 19.60² คาดการณ์ในปี ค.ศ. 2050 หรือ พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 23.58 ล้านคน หรือร้อยละ 35.80³ ความสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบแบบซับซ้อนหลายมิติ ผลกระทบด้านร่างกายจากความเสื่อมของร่างกายทำให้เกิดอุบัติเหตุภาวะทุพพลภาพ การเจ็บป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง^{4,5} ส่วนผลกระทบด้านจิตสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม การขาดรายได้ สูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจแห่งตน สิ้นหวัง ไม่มีความสุข กลัวเสียชีวิตในระยะบั้นปลายของชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ⁵ ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^{4,5} ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกนิยามว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง^{8,9,10,11,13} ขณะที่บางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากหรือสูง^{6,7,13} คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ 1) เพศ^{8,10,11,12,14,18} 2) อายุ^{9,10,11} 3) การสนับสนุนทางสังคม^{7,8,14} 4) สถานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้^{9,10,11,12,13} 5) ความเครียด¹⁵ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง^{7,14} ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวข้างต้นกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาปัจจัยทำนายยังมีอย่างจำกัด

การระบาดของโคโรนาไวรัสหรือโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 2019 หรือ พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน พบว่าประชากรทั่วโลกเจ็บป่วยมากกว่า 640 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน¹⁶ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายกว่า เนื่องจากระบบ

ภูมิคุ้มกัน การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง^{17,18} เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความสูงอายุ¹⁸ ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดโควิด-19 ได้แก่ เพศ อายุ¹⁸ สถานะทางเศรษฐกิจ¹⁸ ส่วนตัวแปรด้านความเครียด การรับรู้ความสามารถ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดโควิด-19 ยังมีการศึกษาอย่างจำกัด

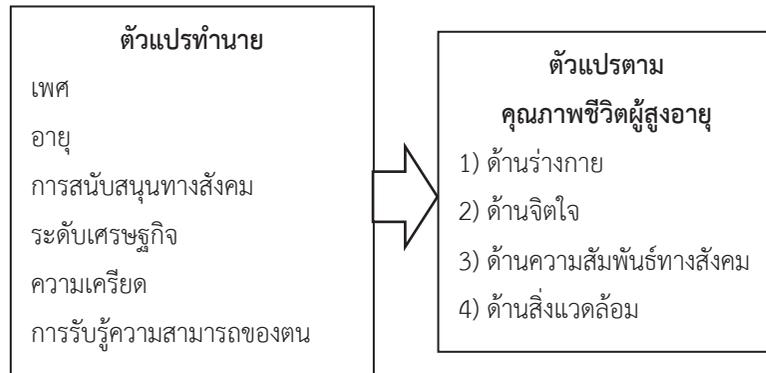
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงตั่ว ตำบลตงตั่ว จังหวัดนครพนม ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตำบลตงตั่ว จำนวน 5 หมู่บ้าน ผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 463 คน ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 107 คน และเสียชีวิตจำนวน 2 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน แต่ไม่พบการเสียชีวิตจำนวน ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 32 คน พบว่า ขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกังวล กว้างต่อการแพร่ระบาดของโรค รู้สึกห่างไกลจากบุตรหลาน ได้รับผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเข้าสังคมลดลง และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพลำบากยิ่งขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 จึงมีความสำคัญ จำเป็นต่อการออกแบบโปรแกรมหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 ทั้งนี้การวิจัยผสมผสานวิธีแบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (An exploratory sequential design) จะทำให้ได้ผลการวิจัยมีความลุ่มลึก และชัดเจนยิ่งขึ้น^{26,27}

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

การระบาดของโควิด-19 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิด

การวิจัยดังภาพที่ 1



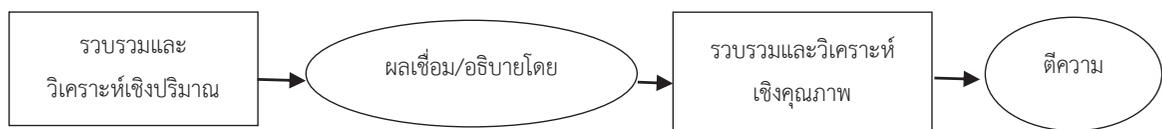
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด 19
2. เพื่ออธิบายคุณลักษณะของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด 19

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยผสมวิธีแบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (An exploratory sequential design)^{19,20} โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากนั้นจึงทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายคุณลักษณะของตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย^{26,27}

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงตั้งจังหวัดนครพนม เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลตงตั้ง ในยุคการระบาดของโควิด-19 อย่างน้อย 1 ปี 3) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกมีคุณสมบัติ (Exclusion

criteria) ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย 2) ย้ายภูมิลำเนา และ 3) ขอลอนตัวจากการจากการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power²² โดยใช้สถิติ Multiple regression กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.15 เพราะก่อนหน้านี้ยังไม่เคยมีใครทำงานวิจัยแบบนี้จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลค่ากลาง 0.15 อำนาจการทดสอบ (Power) .95 และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 107 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน

เนื่องจากมีคนติดเชื้อและเสียชีวิตไป 2 รายในปี พ.ศ. 2564 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 137 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random sampling) และกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณการเทียบบัญญัติไตรยางค์

เพื่อให้มีขนาดเท่าเทียมกันหลังจากนั้นผู้วิจัยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจับสลากให้ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ใน 5 หมู่บ้าน จนครบ 137 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ระดับตำบล	หมู่ 12 (คน)	หมู่ 9 (คน)	หมู่ 7 (คน)	หมู่ 5 (คน)	หมู่ 6 (คน)	รวม (คน)
	85	80	116	93	89	463
ระดับหมู่บ้าน	137x85/463 = 25	137x80/463 = 24	137x116/463 = 34	137x93/463 = 28	137x89/463 = 26	137

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบและแบบเขียนตอบพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ

2) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในยุคการระบาดของโควิด 19 โดยประยุกต์จากเครื่องมือที่พัฒนาโดยยศยง จันทรวงศา²² และสุภาวดี เนติเมธี²³ แบบสอบถามมีจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1 คะแนน ถึง เห็นด้วยมากที่สุด 7 คะแนน 1.00-3.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย 3.01-5.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ 5.01-7.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) เท่ากับ 0.94 ส่วนความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .972

3) แบบวัดความเครียดสวนปรุง พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถินันตร์กุล และคณะ²⁵ จำนวน 20 ข้อ แบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกรึเครียด 1 คะแนน จนถึงเครียดมากที่สุด 5 คะแนน 0-23 คะแนน หมายถึง เครียดต่ำ

24-41 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 42-61 คะแนน หมายถึง เครียดสูง 62 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .927

4) แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีการปรับข้อคำถามให้ตรงกับเรื่องของการระบาดของโควิด-19 ใช้กรอบคำถามตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา³³ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ จำนวน 24 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึง มากที่สุด 5 คะแนน 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก เครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1.00 ส่วนค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .957

5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดของคุณภาพชีวิตฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความ

สัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และคำถามทางลบ 3 ข้อ มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย 1 คะแนน จนถึง มากที่สุด 5 คะแนน 26 -60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เครื่องมือมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .921

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ 60/65 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจง และเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ไม่ระบุตัวบุคคล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยจะทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดภายในเวลา 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2565-30 มิถุนายน 2565 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้สูงอายุ จำนวน 137 คน ในขั้นตอนของการวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) แบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด จำนวน 6 คน เป็นจำนวนที่ข้อมูลอิ่มตัว (saturated data) เพื่อสอบถามประเด็นที่สอดคล้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) พัฒนาจากตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้อง (Face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอ

แนะก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ตรวจสอบเชื่อถือได้ (credibility) และการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (data triangulation) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย (multiple methods of data collection) เช่น การสังเกต คุบริบทขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และสมุดบันทึก การป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูล (member checking) ว่าตรงกับบทสัมภาษณ์ที่ถอดเทปหรือไม่ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิกับทีมนักวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน (peer debriefing) โดยผู้วิจัย 2 คน ในทีมวิจัยมีความเชี่ยวชาญการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาและการศึกษารากเหง้า การนำข้อมูลที่ได้สังเคราะห์กับที่ปรึกษาท่านผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565-26 สิงหาคม 2565 กับผู้สูงอายุที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 6 คน โดยการสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อวิเคราะห์แก่นสาระหรือประเด็นสำคัญ (Thematic analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. **ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุดจำนวน 98 คน (ร้อยละ 71.5) ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 74 คน (ร้อยละ 54) การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 134 คน (ร้อยละ 97.8) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 94 คน (ร้อยละ 68.6) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 93 คน (ร้อยละ 67.9) ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 1,000-5,000 บาท จำนวน 60 คน (ร้อยละ 43.8) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ จำนวน 84 คน (ร้อยละ 61.3) อยู่นอกเขตเทศบาลทั้งหมด

2. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 83.599$, S.D. = 12.46) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด 19 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .494$, t-value = 6.974, p = .000) และระดับเศรษฐกิจ

(รายได้) ($\beta = -.249$, $t\text{-value} = -3.512$, $p = .001$)
ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.7 ($R^2 = .347$)
ดังตาราง 1 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ได้แก่ เพศ อายุ การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด

ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 คน เพศชาย 2 คน

เพศหญิง 4 คน สถานภาพสมรสทั้งหมด อายุระหว่าง 60-70 ปี
เคยติดโควิด 1 คน ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม 2 คน และ
เป็นแม่บ้าน 4 คน รายได้ 700-9,500 บาทต่อเดือน การแสดงผล
ร่วมผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ ตามแผนวิจัย
ขั้นตอนเชิงอธิบาย^{19,20} ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

โมเดล	b	S.E.	β	t-value	sig
โมเดลที่ 1 (ค่าคงที่)	49.62	4.702		10.554	.000
การรับรู้ความสามารถของตน	.41	.056	.535	7.364	.000
$R = .535$ $R^2 = .287$ $S.E._{EST} = 10.560$	$F = 54.225$		$Sig. = .000$		
โมเดลที่ 2 (ค่าคงที่)	56.442	4.916		11.481	.000
การรับรู้ความสามารถของตน	.378	.054	.494	6.974	.000
ระดับเศรษฐกิจ (รายได้)	-.001	.000	-.249	-3.512	.001
$R = .589$ $R^2 = .347$ $S.E._{EST} = 10.142$	$F = 35.554$		$Sig. = .000$		

ตารางที่ 3 การแสดงผลร่วมผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย	ตัวอย่างคำพูด (Quotes)
การรับรู้ความสามารถของตน	$\beta = .494$, $t\text{-value} = 6.974$, $p = .000$	“การอยู่บ้าน สวมหน้ากากตลอดเวลา ล้างมือบ่อย ๆ ให้ญาติทำ กับข้าวให้ทาน ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทำให้มั่นใจว่าจะไม่ติดเชื้อ โควิด 19” “หากติดเชื้อโควิด 19 ก็ต้องรีบไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดูแลตนเองให้ดี เพื่อให้หายเร็ว ๆ”
ระดับเศรษฐกิจ (รายได้)	$\beta = -.249$, $t\text{-value} =$ -3.512 , $p = .001$	“ทุกอย่างไม่ได้ใช้เงินแล้วเพราะโควิดเขาไม่ให้ผู้สูงอายุออกจาก บ้านเนื่องจาก เราภูมิต้านทานน้อยมีเงิน ไม่มีเงินเลยไม่ได้ใช้” “การมีเงินแต่ มีมาตรการล๊อคดาวน์ หรือห้ามผู้สูงอายุ ไปไหน มากมาย ทำให้ไม่ได้ใช้เงิน”

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดของโควิด 19 อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายอยู่ในวัยผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีประสบการณ์ วุฒิภาวะ และความมั่นคงทางด้านจิตใจ อารมณ์กว่าช่วงวัยอื่น⁴ ดังนั้น ขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากนัก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้อยู่ตามลำพัง อีกทั้งการรณรงค์ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ในการป้องกันตนเองจากโควิด นโยบายการให้วัคซีนป้องกันโรค โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่สถานการณ์โควิด 19 คลี่คลายลง ทำให้รัฐบาลประกาศผ่านคลายมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ผู้สูงอายุมีโอกาสใกล้ชิดพบปะกับคนในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากค่าเฉลี่ย 5.81 (S.D. = 0.83) ดังนั้น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 ส่วนความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดระดับเครียดสูงเฉลี่ย 43.956 (S.D. = 9.79) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความเครียดของผู้สูงอายุมากที่สุดคือระยะที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะการระบาดในระยะแรกที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 80¹⁸ จึงทำให้ความเครียดไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุจะมีความเครียดสูงแต่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ อยู่กับลูกหลานที่มีการสนับสนุนให้การดูแลจึงไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า เพศ⁶ อายุ^{6,8} การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเกิดการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน และระดับเศรษฐกิจ (รายได้) การอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง

เฉลี่ย 3.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.67) เเยียงไปทางระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.67 สอดคล้องกับ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ พบว่า รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองของขณะเกิดการระบาดของโควิด 19 ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากาก การล้างมือบ่อยๆ การไปเข้ารับการฉีดวัคซีน สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และเมื่อเกิดการติดเชื้อต้องไปเข้ารับการรักษา ดูแลตนเอง สามารถหายจากการติดเชื้อได้ ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{7,14} ส่วนระดับเศรษฐกิจ (รายได้) มีความสำคัญต่อการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.30 ไม่มีรายได้หรือรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 61.30 สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิต จึงพบว่า ระดับเศรษฐกิจ (รายได้) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับเศรษฐกิจ (รายได้) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{9,10,11,12,13}

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด 19 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับเศรษฐกิจ ดังนั้น ควรจัดโปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมการมีรายได้หรือหาแหล่งรายได้สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด- 19

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ จากผลการวิจัยเช่น ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19 รวมทั้งการวิจัยเชิงทดลองที่สัมพันธ์กับตัวแปรที่ศึกษา เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคการระบาดของโควิด-19

References

1. Office of the National Economic and Social Development Council. Impact study report from changes in the population structure and policy recommendations for country development. [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 23]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=9814 (in Thai)
2. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2022. (in Thai)
3. United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Ageing in Asia and Pacific: Key facts. [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.population-trends-asiapacific.org/data/THA>
4. Chanbunlawat K, Chaiyasit Y, Jitchan P. Situational analysis on capacity building among caregivers for the elderly: a case study in Ubon Ratchathani. SEHS. 2021; 15: 21050005.
5. Kenthongdee V, Kaewkerd O, Chaiyasit Y, Chaitonthueg C, Armartpundit T, Sanrang P, et al. Factors affecting the spiritual well-being of the elderly. ECH Journal 2022; 7(1): 1-8. (in Thai)
6. Klaodee J, Naksuwan S, Sukmaitree J. Factors affecting the life quality of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. Ratchaphruek Journal 2017; 15(1): 27-32. (in Thai)
7. Kulprasutidilok A, Jirawongnusorn S, Chitmanasak N, Supawantanakul D. Path analysis of factors affecting quality of life in the elderly in Bang Khen district, Bangkok. J Hlth Sci Res 2014; 8(2): 35-46. (in Thai).
8. Chuanpreecha S, Jarujittipan P. Factors affecting quality of life of old inmates in prisons And Correction establishments in Bangkok. JKBU 2016; 17(1): 110-26. (in Thai).
9. Suksri S, Settheetham D. Health literacy and self care related to quality of life of elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen Province. KRU Research Journal (Graduate Study) 2017; 17(4): 73-84. (in Thai).
10. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. J Med Health Sci 2014; 21(4): 37-44. (in Thai).
11. Khamwong W, Hnoosawutt J, Pratanvorapunya W, Siripanya J. Factors relating to quality of life of elderly. J Health Sci Res 2011; 5(2): 32-40. (in Thai).
12. Naulthaisong D, Sudnongbua S. Quality of life among elderly people in the responsibility of Wangmaikon Sub-district Administrative Organization, Sawankhalok district, Sukhothai Province. JSSRA 2016; 11(Supplement): 89-104. (in Thai).
13. Chalernpolyothin L, Rattanamanee N, Pasunon P. Factors affecting occupational in the quality of life of the elderly in Laem Yai, Muang District Samutsongkhram Province: A mixed method. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts) 2018; 11(2): 3280-94. (in Thai).

14. Srisombut K, Sajjasophon R, Niamhom W. Factors affecting the quality of life of the Elderly In Ruamjai Patthana Community, Watprayakrai Sub District, Bang Kho Laem District, Bangkok. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts) 2019; 12(4): 99-118. (in Thai).
15. Prakash S, Kumar S. Perceived stress and quality of life of elderly living separately from their adult children-a cross-sectional comparative study. Int J Health Sci Res 2019; 9(4): 7-13.
16. Worldometer. COVID-19 Coronavirus pandemic [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
17. Carmona-González M, Flores-Garnica A, Sánchez-Ramos MA, Ortiz-Rodríguez MA, Arenas-Ocampo ML, García-Serrano LA, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the quality of life of older adults. J Glob Health 2022; 6: e2022032.
18. Khorani H, Mohammadi F, Hosseinkhani Z, Motalebi SA. Predictive factors of Quality of Life in older adults during the COVID-19 pandemic. BMC Psychology 2022; 10: 176.
19. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. Sage publishing: Los Angeles; 2011.
20. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Sage publishing: Los Angeles; 2018.
21. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF-THAI [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. (in Thai)
22. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39 (2): 175-91.
23. Chantarawongsa Y. Social support, person-environment fit, and working engagement: a case study of a flight attendant in one airline company. Bangkok: Thammasat University; 2015. (in Thai).
24. Netimetee S. Hope, nursing care behaviors, social support, and spiritual well-being in postpartum mothers with HIVinfection. Chonburi: Burapha University; 2004. (in Thai).
25. Mahatnirankul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai population. Bulletin of Suanprung 1997; 13(3): 1-20. (in Thai).
26. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.

บทความวิจัย

Perceptions and Experiences on Mental Health Promotion of Older Thai People:
Phenomenological Research

Received: Nov 21, 2022

Revised: Feb 6, 2023

Accepted: Mar 15, 2023

Parichart Wanwaisart, M.N.S.¹Matanee Radabutr, Ph.D.²Masarin Sukolpuk, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Perceptions and experiences in mental health promotion among elderly play a significant role in appropriate activities development, strategic plan, and policy formulation suitable for good mental health promotion in Thai context.

Research objective: To explore meaning of perceptions and experiences in mental health promotion among older Thai people.

Research methodology: The study used a qualitative phenomenological research design. A purposive sampling technique was employed to select fifteen older Thai people aged 60 and over living in Nonthaburi province. Data were collected using semi-structured interviews. Data were analyzed using content analysis.

Results: The results showed that mental health promotion means “living a mindful religious life with positive thinking, sharing in all directions including physical, mental and social according to their roles and duties that contribute to good mental health and happiness.” Seven main themes emerged from data analysis were: 1) Optimistic/Positive thinking, 2) Health literacy, 3) Acceptance, 4) Ceremony, 5) Hobbies, 6) Interpersonal relations, and 7) Giving and Sharing.

When the first capital letters of each theme were included, as “PHACHIS,” in Thai pronunciation, it means “approaching” in English.

Conclusion: To promote mental health among Thai elderly, perceptions and experiences can be used by applying the “PHACHIS” concept, which means “approaching” older people.

Implication: Nurses should approach older people to promote mental health and give importance to older people, so, they will not be lonely or feel like being abandoned.

Keywords: perceptions, experiences, older Thai people, mental health promotion

การรับรู้และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Received: Nov 21, 2022
Revised: Feb 6, 2023
Accepted: Mar 15, 2023

ปาริชาติ แวนไวยาศาสตร์ พย.ม.¹

เมทนี รัตนาบุตร ปร.ด.²

มาสริน ศุกลปักษ์ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การรับรู้และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญต่อการนำไปพัฒนากิจกรรมการวางแผนกลยุทธ์ และการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีตาบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่ออธิบายความหมายของการรับรู้และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน จังหวัดนนทบุรี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ หมายถึง “การดำเนินชีวิตอย่างมีสติตามหลักศาสนาด้วยการมองโลกในแง่บวก มีการแบ่งปันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามบทบาทหน้าที่ของตนซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุข” ส่วนประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 7 ประเด็นหลัก 1) การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวก 2) การหาความรู้ด้านสุขภาพ 3) การยอมรับความจริง 4) การประกอบพิธีกรรม 5) งานอดิเรก 6) การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และ 7) การให้และการแบ่งปัน จากการนำพยานะภาษาอังกฤษของแต่ละประเด็นมารวมกันจะเกิดเป็นแนวคิดที่มีคำคล้องเสียงเป็นภาษาไทยว่า “ประ-ชิด” ซึ่งหมายถึง “การเข้าใกล้หรือการเข้าหา”

สรุปผล: การรับรู้และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสามารถใช้หลัก “ประ-ชิด” คือเข้าใกล้หรือเข้าหาผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรมีการเข้าใกล้ หรือใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และให้ความสำคัญในแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง

คำสำคัญ: การรับรู้ ประสบการณ์ ผู้สูงอายุไทย การส่งเสริมสุขภาพจิต

ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

¹corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: parichart@bcnnon.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: matanee@bcnnon.ac.th

³อาจารย์ E-mail: masarin@bcnnon.ac.th

^{1,2,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,963 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ในปี 2593 สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลแสดงถึงอนาคตของประเทศไทยที่ว่าจะต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขตามมาอย่างมากมาย เนื่องจากผู้สูงอายุมักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคต่อกระเจก นอกจากนี้ยังมีโอกาสเป็นโรคทางจิตเวชสูง โดยเฉพาะ โรคสมองเสื่อม โรคเพ้อโรคซึมเศร้า และโรคในกลุ่มกังวล¹

ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสากลทั่วโลก เมื่อนำเสนอเป็นดัชนีปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALYs) โรคที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพจิตและพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 11 ของภาระโรคทั้งหมดในปี ค.ศ.1990 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2020² จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อในปี พ.ศ. 2554 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ โดยมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง³ นอกจากนี้ยังมีปัญหาปลีกย่อยของผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป ผลของปัญหาเหล่านี้จะกระทบจิตใจของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุได้ โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ⁴

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาองค์ประกอบจิตใจระดับต่าง ๆ กันไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดี พบว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุจะสามารถรับรู้และเข้าใจ

ความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถ จัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้รวมทั้ง สามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคน นอกจากนี้ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ร่วมด้วย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ โดยมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงและค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป⁵

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้บรรลุถึงซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม⁶ การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศวัยได้รับการดูแลทางสังคม จิตใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว องค์กรหรือชุมชน โดยการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนและลดปัจจัยเสี่ยงหรือที่บั่นทอนสุขภาพจิตที่ดีเพื่อควบคุมการดำเนินชีวิตและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นกับทุกคนในสังคมตลอดวงจรชีวิต ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยชรา⁶

การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นจำนวนมากหากเทียบกับค่าใช้จ่ายของวัยอื่น ๆ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวและมีสุขภาพดีในบั้นปลายของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั่วโลก กำลังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน และโรคสมองเสื่อม การคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค และช่วยลดค่าใช้จ่าย สิ่งที่สำคัญมากกว่าการคัดกรองคือการส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งสามารถทำได้ในระดับบุคคลและกลุ่มบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญที่ถูกรับรู้ไว้ในหลักสูตรการอบรมบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตทั่วโลก การส่งเสริมสุขภาพจิตมีความจำเป็นสำหรับทุกช่วงวัยโดย

เฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมได้มากกว่าวัยอื่น การทำกลุ่มกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือเพื่อน (Self-help group) ซึ่งเป็นกลุ่มกิจกรรมบำบัดอย่างหนึ่งซึ่งสมาชิกในการทำกลุ่มคือผู้สูงอายุที่มารวมตัวกัน ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับฟังเรื่องราวของสมาชิกในกลุ่มคนอื่น ๆ ได้ระบายเรื่องราวของตนเอง โดยกระบวนการของกลุ่มทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทางจิตใจ ซึ่งเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดเครือข่ายและความเข้มแข็ง ความสำเร็จของกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการทำกลุ่ม จะต้องอาศัยกลยุทธ์การวางแผนที่ดี มีการลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาแบบอยู่เสมอ⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาการดูแลสุขภาพทางกาย หรือ บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุทางจิต แต่ไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย ที่จะนำไปให้วางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อต้องการทราบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างไร ด้วยการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ เพื่อนำไปปรับปรุงและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายของคำว่าส่งเสริมสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ตามแนวทางของ Zheng, Huang, and Fu⁸ ที่กล่าวว่า ความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (psychological resilience) เป็นตัวกลางในความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนและความรู้สึกของชุมชนและความพึงพอใจในชีวิต ที่บอกถึง

ผลกระทบต่อเชิงบวกของความยืดหยุ่นทางจิตใจต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และความสำคัญของบริบทของครอบครัวและชุมชนต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมการสนับสนุนผู้สูงอายุและเพิ่มความรู้สึกของชุมชนจะส่งผลต่อทั้งความยืดหยุ่นทางจิตใจและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นจริง ความรู้ที่ได้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเป็นความรู้ที่มีคุณค่าและใช้ชีวิตมาอย่างต่อเนื่อง

นิยามเชิงปฏิบัติการ

การรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตจากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุไทย

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว องค์กรหรือชุมชน โดยการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยทางบวก และลดปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยทางลบที่บั่นทอนสุขภาพจิตที่ดี เพื่อควบคุมการดำเนินชีวิตและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ใน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Qualitative Research) เพื่อศึกษาความหมายและประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพจิต ประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขต อ.เมือง จ.นนทบุรี ที่เป็นพื้นที่รองรับการขยายตัวด้านเศรษฐกิจและสังคมของกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีการเลือกแบบยัดจุดมุ่งหมาย (Purposive Sampling) โดยการเชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความเต็มใจในการให้ข้อมูล หลังจากนั้นจะนัดสัมภาษณ์รายบุคคลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว (Private Setting) ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 คนโดยจำนวนครั้งของการเก็บข้อมูลขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)^{9,10}

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเพื่อเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาตามคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี ที่มีสุขภาพจิตปกติคัดกรองด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA -15) ของกอง ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹¹ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้
2. ผู้ที่ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการให้สัมภาษณ์เพื่อทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ ผู้สูงอายุที่ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือเสียชีวิตขณะทำการวิจัย

เกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา ผู้ที่ขอลถอนตัวจากการให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview questions) ที่สร้างขึ้นตามคำถามการวิจัยที่มีโครงสร้างที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ผู้วิจัยออกแบบคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ข้อมูลหรือคำตอบที่อยู่ในประเด็นที่ต้องการศึกษา มีคำถามนำที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย (Open-ended questions) เพื่อจำกัดการสัมภาษณ์ให้อยู่ในขอบเขตของการวิจัย^{9,10} (คำถามในการสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนว่าคำถามดังกล่าวมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของคำถาม¹² ตามแนวทางความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (psychological resilience)⁸ ประกอบด้วย ความหมาย และประสบการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนการใช้ชีวิตประจำวันของของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ไปขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
2. ประสานงานการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และ ประสานงานการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชนในจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้แทนลงนามในเอกสารให้ความยินยอมให้ข้อมูลวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และบันทึกการสนทนา ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวประมาณ คนละ 30-45 นาที จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)
4. ตรวจสอบข้อมูลการสัมภาษณ์ว่าตรงกับคำถามวิจัยหรือไม่ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยเริ่มจากการถอดเทป แบบคำต่อคำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่โครงการวิจัย BCNNON เลขที่ OE 63/013 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2563

การเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการถอนตัวออกจากให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และการบันทึกข้อมูลเป็นเทปเสียง จะมีการลบเทปเมื่อข้อมูลถูกนำมาใช้ในการทำวิจัยเสร็จสิ้นแล้วและการรายงานผลการวิจัยจะรายงานผลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Giorgi จีออจี และ อัญญา มีขั้นตอน^{13,14} ดังนี้

1. อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อรับรู้ในภาพรวม
2. อ่านข้อมูลอีกครั้งเพื่อหาหน่วยของความหมายของแต่ละความคิด

3. แยกข้อความที่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษาออกจากคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูล
4. เชื่อมโยงกับความเข้าใจทางจิตวิทยา ในแต่ละหน่วยของความหมาย
5. สังเคราะห์หน่วยความหมายทั้งหมดที่ได้ ให้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 ช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวทั้งโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100

2. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ความหมาย “การดำเนินชีวิตอย่างมีสติตามหลักศาสนาด้วยการมองโลกในแง่บวก มีการแบ่งปันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามบทบาทหน้าที่ของตนที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีมีความสุข” ดังเช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:

“คิดแต่สิ่งที่ดี ทำสิ่งที่ชอบ ใจชอบอะไรก็ทำอันนั้น ชอบตรงไหนก็ไปตรงนั้น ทำใจให้ร่าเริง ออกกำลังกาย สวดมนต์ ไม่ต้องไปมองใคร ใครเป็นอย่างไรก็ไม่ต้องสนใจ” (ผู้สูงอายุรายที่ 11)

“อยู่ที่ใจ เราต้องทำใจ ทำใจให้มีความสุข ไม่ให้มีความทุกข์ พยายามเอาใจซึ่งกันและกันกับคนในครอบครัว อย่าขัดแย้งซึ่งกันและกัน พยายามทำใจส่งเสริมซึ่งกันและกัน” (ผู้สูงอายุรายที่ 10)

“การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยโรงเรียนมีงานอะไรที่โรงเรียน ก็จะไปช่วย มีความสุขจากการเป็นผู้ให้” (ผู้สูงอายุที่ 9)

3. การรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต

การรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต สรุปได้ 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวก (Positive thinking)
- 2) การหาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
- 3) การยอมรับ (Acceptation)
- 4) การประกอบพิธีกรรม (Ceremony)
- 5) งานอดิเรก (Hobbies)
- 6) การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) และ
- 7) การให้และการแบ่งปัน (Sharing) ผู้วิจัยนำเสนอการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

3.1 การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวก (Positive thinking) ผู้ให้ข้อมูลมีการมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวกเมื่อเจอกับปัญหาที่ต้องเผชิญ เป็นการเลือกคิดและตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งเหตุการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องในด้านดีหรือในระดับที่เหมาะสม โดยมีวิธีการคิดบวกหลายวิธี ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:

“คิดแต่สิ่งที่ดี ทำสิ่งที่ชอบ ใจชอบอะไรก็ทำอันนั้น ชอบตรงไหนก็ไปตรงนั้น ทำใจให้ร่าเริง ไม่ต้องไปมองใครใครเป็นอย่างไรก็ไม่ต้องสนใจ” (ผู้สูงอายุรายที่ 11)

“การทำสมาธิ คิดในแง่บวก การมองแง่บวก ฟังเพลงผ่อนคลาย ออกกำลังกาย และก็ทำงานบ้าน” (ผู้สูงอายุที่ 14)

“ไม่มีเรื่องทุกข์ใจอะไร แก่ไข การทำสมาธิ คิดในแง่บวก” (ผู้สูงอายุรายที่ 15)

3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายวิธีการหาความรู้ในวิธีการที่ต่างกันรวมถึงมีความต้องการในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพที่ต่างกัน เช่น การพูดคุยกับผู้มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ มีทั้งการหาความรู้แบบการพูดคุยกันในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งการพูดคุยและสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:

“รู้ดีกว่าของเราประชุมสุขภาพจิตไม่ค่อยบ่อย ถ้ามีมาบ่อยได้ก็ดี” (ผู้สูงอายุรายที่ 1)

“มาให้ความรู้สุขภาพจิตบ่อย ๆ ก็ดี” (ผู้สูงอายุรายที่ 4)

“เมื่อก่อนเป็นไมเกรน ไปหาหมอ หมอบอกให้ออไมโซโรค หมอแนะนำผม ผมชอบทำอะไร ผมไปทำในสิ่งที่ผมชอบ ผมก็มอง เออ มันจริงอย่างที่ว่า คือ ผมชอบส่องพระ ผมมีพระเครื่อง เอาพระเครื่องมานั่งมอง ส่องไปส่องมาเพลิน ทำให้เรามีความสุข สุขภาพจิตใจดีสดชื่นแจ่มใสมีความสุข สัมผัสความกังวลความเครียดไป” (ผู้สูงอายุรายที่ 10)

3.3 การยอมรับ (Acceptation) ผู้ให้ข้อมูลมีการปล่อยวาง ยอมรับในสิ่งที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเสื่อมถอยทางร่างกายและพลังกำลัง การเกษียณจากการทำงานทำให้สูญเสียการยอมรับนับถือ ผู้ให้ข้อมูลจะปล่อยวาง หรือยอมรับกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน *ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:*

“ก็ปล่อยวางไป ไม่พูด ไม่บ่น ตัดได้ก็ตัด ตัดใจซะก็สบายใจ” (ผู้สูงอายุรายที่ 2)

“ก็ทำใจว่าจะอะไรจะเกิดมันก็เกิด ต้องแก้ที่ใจ ทำใจให้ได้ ต้องยอมรับ สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามความเป็นจริง” (ผู้สูงอายุรายที่ 4)

“ก็ทำอะไรไม่ได้เฉยอย่างเดียว แล้วก็ตั้งสติ” (ผู้สูงอายุรายที่ 3)

3.4 การประกอบพิธีกรรม (Ceremony) ผู้ให้ข้อมูลมีการประกอบกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งสำคัญของผู้สูงอายุของประเทศไทย เนื่องจากสามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นที่ยึดเหนี่ยวของใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เกิดความสุขทางจิตใจอย่างแท้จริง *ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:*

“มีความสุขที่ได้ไปวัดทุกวันพระ ก็ทำบุญ ไล่บาตรจิตใจก็จะเป็นสุข” (ผู้สูงอายุรายที่ 8)

“สวดมนต์ นั่งสมาธิ คอยช่วยเหลือทุกคน” (ผู้สูงอายุรายที่ 9)

“การได้เข้าวัด ทำบุญ ทำแล้วมีความสุข” (ผู้สูงอายุรายที่ 7)

3.5 งานอดิเรก (Hobbies) ผู้ให้ข้อมูลมีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำในเวลาว่าง เป็นการทำประโยชน์ทั้งส่วนบุคคล และสังคม ซึ่งงานอดิเรกของผู้สูงอายุมีทั้งงานอดิเรกที่มีประโยชน์ทั้งแก่ตัวเอง และสังคม *ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:*

“คุยกับหมากับแมว มีความสุข ตื่นนอนยืดเส้น แล้วก็ดื่มชา กินกาแฟ แล้วก็กวาดบ้าน ออกแจกทราย มีความสุขเวลาไปเยี่ยมบ้าน” (ผู้สูงอายุรายที่ 2)

“การทำงานให้วัด วัดมีงานฉันไปช่วยตลอด ช่วยงานวัด ทำลูกมะโหดให้วัด ลูกมะโหนดไม่มีใครทำเป็นนะ มีฉันทำได้คนเดียว บางทีครูก็ให้ไปช่วยสอนให้นักเรียนทำ ก็ดีใจนะ ใครเห็นลูกมะโหนดของฉันมีแต่คนชม มันสวย ฉันก็ดีใจ ภูมิใจ” (ผู้สูงอายุรายที่ 9)

“ออกแจกทราย มีความสุขเวลาไปเยี่ยมบ้าน” (ผู้สูงอายุรายที่ 2)

3.6 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ผู้ให้ข้อมูลมีการพูดคุยกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ทั้งระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับกลุ่มบุคคล และรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสังคมอีกด้วย เช่น ความสัมพันธ์กับคู่ชีวิต สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และองค์กรในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ *ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:*

“เป็นประธานชุมชนก็มีงานไปทำ เป็นกรรมการหลายชุด หลายกลุ่ม ก็ไม่เครียดนะ” (ผู้สูงอายุที่ 1)

“ถ้ามีเรื่องไม่สบายใจก็คุยกับเพื่อน” (ผู้สูงอายุรายที่ 9)

“การมีครอบครัวอบอุ่น ครอบครัวที่เข้าใจกัน รักใคร่กลมเกลียวกันก็มีความสุขยาวนาน” (ผู้สูงอายุรายที่ 6)

3.7 การให้และการแบ่งปัน (Sharing) ผู้ให้ข้อมูลทุกคนผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิตมายาวนาน รับรู้ว่าการให้และการแบ่งปันเป็นสิ่งส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตทำให้ผู้มีความสุขส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งการแบ่งปันมีทั้งการแบ่งปันทั้งด้านสิ่งของ การบริการ รวมทั้งการแบ่งปันความรู้แก่บุคคลอื่น *ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า:*

“การบริการคนอื่น ทำให้มีความสุข ใครให้ช่วยทำอะไรฉันทำหมด” (ผู้สูงอายุรายที่ 2)

“การเป็นผู้ให้ทำให้เรามีความสุข ทำให้จิตใจสบาย” (ผู้สูงอายุรายที่ 3)

“การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยโรงเรียนมีงานอะไรที่โรงเรียน ก็จะไปช่วย มีความสุขจากการเป็นผู้ให้” (ผู้สูงอายุรายที่ 9)

อภิปรายผลการวิจัย

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ คือ “การดำเนินชีวิตอย่างมีสติตามหลักศาสนา ด้วยการมองโลกในแง่บวก มีการแบ่งปันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามบทบาทหน้าที่ของตนที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีมีความสุข” ซึ่งผู้ที่มีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา มากจะสามารถก้าวข้ามปัญหาและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ความซึมเศร้า และปัญหาทางด้านอารมณ์ได้ดีกว่าผู้ที่มีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา น้อย การเข้าร่วมกิจกรรมทาง

ศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่นำจะมีผลทางบวกในการช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ¹⁵ สอดคล้องกับ Espinosa¹⁶ (2022) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ หมายความว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเลือกชีวิตที่ดี รักษาสุขภาพกายและความเป็นอยู่ที่ดี และมีความสัมพันธ์ที่ดี

การรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้ง 7 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวก (Positive thinking) 2) การหาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 3) การยอมรับ (Acceptation) 4) การประกอบพิธีกรรม (Ceremony) 5) งานอดิเรก (Hobbies) 6) การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) และ 7) การให้และการแบ่งปัน (Sharing) ซึ่งจากการนำพหุภาษาภาษาอังกฤษของแต่ละประเด็นมารวมกันสามารถนำมาสร้างแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุคือ จะเกิดเป็น “PHACHIS” คำอ่านคล้ายเสียงเป็นภาษาไทยว่า “ประ-ชิด” มีความหมายตรงกับภาษาอังกฤษคำว่า “Approaching” ที่มีความหมายว่า การเข้าใกล้หรือการเข้าหา อันสะท้อนถึงพฤติกรรมที่พยาบาลควรปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเข้าหาผู้สูงอายุเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุประกอบด้วย

การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวก (Positive thinking) การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวกของผู้สูงอายุเป็นการเลือกคิดและตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ไม่ว่าจะ เป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับด้านดีหรือในระดับที่เหมาะสม การมองโลกในแง่ดีหรือการคิดบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตที่มีความสุขมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Espinosa¹⁶ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุชาวฟิลิปปินส์: พื้นฐานสำหรับโครงการสุขภาพจิตในชุมชนที่ดีขึ้น พบว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตใจเป็นผลมาจากความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุ ความสามารถในการกำหนดชีวิตของตนเอง ประเมินตนเองและมองชีวิตในเชิงบวกทำให้จัดการกับชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเผชิญปัญหาเชิงบวกสามารถช่วยบรรเทาความเครียดทางจิตใจ ซึ่งการศึกษาของ Zhao & Zhang¹⁷ พบว่า การเผชิญปัญหาเชิงบวกในมีความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจใน

ตนเองและความเหงาของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเชิงบวก โดยฝึกให้ผู้สูงอายุการมองโลกในแง่ดีหรือการมองเชิงบวก เพื่อเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

การหาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการพูดคุยกับผู้มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งให้ผู้สูงอายุปฏิบัติแต่ยังมีผู้สูงอายุปฏิบัติจำนวนน้อย ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับวิถีชีวิต การศึกษา อาชีพ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของ สุกัญญา แก่นงูเหลือม¹⁵ พบว่าความฉลาดทางสุขภาพเป็นปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .334, p < .001$) ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุนำไปสู่การมีสุขภาพกายที่ดีเมื่อมีสุขภาพกายดีย่อมช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเสื่อมทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน การมีความฉลาดทางสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิถีทางในการเพิ่มพลังในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ หากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องและนำความรู้ที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุก็จะไม่มีมิติด้านท้านด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควรแนะนำแหล่งความรู้หรือวิธีการเสาะหาความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้ที่นำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

การยอมรับ (Acceptation) การยอมรับส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัย ต้องเผชิญจากการทำงาน การเสื่อมถอยทางร่างกายและพลังกำลัง และสูญเสียการยอมรับนับถือ ดังนั้น การยอมรับความจริงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นย่อมช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัว ปรับใจ และมีสุขภาพจิตที่ดีและเป็นสุขได้ สาขาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ผู้สูงวัยที่ฉลาด สุขุม เข้าใจชีวิต

เป็นต้นต่อแห่งความสงบ²³ ซึ่งจะพบว่าการให้หรือการแบ่งปันสามารถทำได้หลายวิธี ดังนั้นพยาบาลควรสนับสนุนการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและไม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความลำบากในการที่จะเป็นผู้ให้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงบริบทและประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน
2. พยาบาลต้องส่งเสริมและสนับสนุนการเอาใจใส่และให้ความสำคัญในแก่ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมทั้งครอบครัวและชุมชนให้มีการพูดคุยและเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและไม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง
3. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสอดแทรกในการจัดเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลจิตเวชในประเด็นการส่งเสริมและป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ รวมทั้งการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

4. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสามารถนำไปศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอีกหลากหลายแง่มุม เช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยทางจิตในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ของโรคทางกายและโรคทางจิตในผู้สูงอายุ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมและเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด หรือช่วยสนับสนุนและพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสังคมอย่างภาคภูมิใจ

References

1. Wongsawad S, Yoelao D, and Peungposop N. Development of Mental Health Promotion Model for Aging Population at Risk by Community Health Care Team. The Southern Network Journal and Public Health 2019; 6(2), 229-43. (in Thai)
2. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. Journal of Mental Health of Thailand 2017;25(1-19). (in Thai)
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for psychological, social care of the elderly to prevent mental health problems.2015 [Internet]. 2022 [cite 2022 Oct 5]. Available from https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614750485-411_0.pdf (in Thai)
4. Department of Mental Health. Department of Mental Health Strategic Plan During the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) [internet]. 2017 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.plan.dmh.go.th/> (in Thai)
5. World Health Organization. Mental health action plan 2012-2020. [internet] 2013. [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
6. Elder, R., Evans, K., Nizette, D., & Trenoweth, S. Mental health nursing: A manual for practice. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2014.

7. Bährer-Kohler S, Carod-Artal. *Global mental health: Prevention and promotion*. Springer International Publishing; 2017.
8. Zheng, W., Huang, Y., & Fu, Y. Mediating effects of psychological resilience on life satisfaction among older adults: A cross-sectional study in China. *Health & Social Care in the Community* 2020;28(4), 1323–32. <https://doi.org/10.1111/hsc.12965>
9. Grove, S. K., Burns, N., & Gray. J. R. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. (7th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier; 2013.
10. Sandelowski, M. Whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing & Health* 2000; 23(4), 334-40.
11. Mental Health Center 8. Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool [internet]. 2018 [cited 2021 oct 15]. Available from: http://www.sorpsor.com/happy2017/t_gmha15_index.php (in Thai)
12. Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S.. *The SAGE handbook of qualitative research*. California, London, New Delhi and Far East Square: Sage; 2011.
13. Giorgi, A. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press; 1985.
14. Plodpluang U. Data Analysis in Phenomenology Studies. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2017;23(2):1-10. (in Thai)
15. Kanngoolurm S. The influence of protective factors on mental health among community-dwelling older adults. [internet]. 2020 [cited 2021 oct 15]. Available from: <http://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/176/1/61920143.pdf> (in Thai)
16. Espinosa, P. P. J. Mental Health Condition and Psychological Well-being of Filipino Older People: basis for an enhanced community-based Mental Health Program. *Ageing International*, 2022; 1-15. <https://doi.org/10.1007/s12126-022-09502-9>
17. Zhao, L., & Zhang, X. Positive Coping Style as a Mediator between Older Adults' Self-Esteem and Loneliness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 2017; 45(10), 1619. <https://doi.org/10.2224/sbp.6486>
18. Phanawat Y. Enhancement of mental health of Thai elderly by insight meditation. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirement for the Degree of Doctor of Philosophy (Buddhist Psychology) Graduate School Mahachulalongkornrajavidyalaya University C.E. 2016. (in Thai)
19. Yi, Y., & Park, Y.-H. Structural equation model of the relationship between functional ability, mental health, and quality of life in older adults living alone. *PLoS ONE*, 2022; 17(8), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269003>
20. Stahl, R. *Staying Mentally Healthy: A Guide for Older Adults*. Health Library: Evidence-Based Information, 2020.

21. Souza, A. P. de, Rezende, K. T. A., Marin, M. J. S., Tonhom, S. F. da R., & Damaceno, D. G. Mental health promotion and protection actions aimed at the elderly in the context of primary health care: an integrative review. *Ciencia & Saude Coletiva*, 2022; 27(5), 1741–52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>
22. Vongverapant M. Mental health promotion for best practice communities' elderly in Chiang Mai province. *Thai Journal of Clinical Psychology* 2017;47(1),38-47. (in Thai)
23. Suwansithithada P, Guttaviro, P. A Study of Happiness of Giver and Receiver in Buddhism *Journal of Palisueksabuddhaghosa Review* 2022;8(2),73-83. (in Thai)
24. Paungrod N. The study on depression in Nonthaburi Province Elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences* 2015;2(1),63-73. (in Thai)

บทความวิจัย

Development of Health Literate Nursing Organization for Breastfeeding Promotion at Queen Sirikit National Institute of Child Health

Received: Feb 25, 2023

Revised: Mar 6, 2023

Accepted: Mar 10, 2023

Rachaneeboon Ngoenwilai, M.Sc.¹

Siriluck Thavonvattana, M.Ed.²

Benjamas Thussanasupap, Dr.P.H.³

Nopparat Lakornket, M.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Breastfeeding rate in Thailand has significantly decreased. The utilization of health literacy concept in breastfeeding promotion is possible to be a new strategy.

Research objective: To develop a model of breastfeeding health literacy promotion and to examine the effectiveness of a model at Queen Sirikit National Institute of Child Health.

Research methodology: The research and development study consisted of 3 phases: 1) situation analysis, 2) model preparation and development, and 3) model implementation and evaluation. In this study, a purposive sampling technique was used to recruit 250 nurses and 37 stakeholders. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Results revealed that the developed model consisted of 4 elements: 1) policy establishment, 2) capacity building, 3) communication and management of the environment conducive to becoming a health literate organization, and 4) participation of all personnel in all levels. Following model implementation, the results showed as follows: 1) nurses highly perceived support provided by nursing organizations that promote breastfeeding health literacy, 2) mean score of breastfeeding health literacy is high, 3) mean scores of breastfeeding knowledge and health literacy are high, and 4) mean score of promotion of self-efficacy in breastfeeding significantly increased ($p < .001$).

Conclusion: This model shows effectiveness to achieve positive perceptions regarding support provided by nursing organizations, promotion of breastfeeding health literacy, and enhancement of nurses' self-efficacy.

Implications: This model can be used as a guideline applying a high-efficiency digital platform. It can be utilized as an important new policy to promote breastfeeding in Thailand.

Keywords: breastfeeding, health literacy, health literate organization

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Deputy Director of Nursing E-mail: p.rachel.ng@gmail.com

² Registered Nurse, Senior Professional Level, APN (Pediatric Nursing) E-mail: siriluck_t@hotmail.com

³ Corresponding author: Registered Nurse E-mail: benjamas32@hotmail.com

⁴ Registered Nurse, Professional Level E-mail: time2me@hotmail.com

¹⁻⁴ Queen Sirikit National Institute of Child Health, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

การพัฒนาองค์การพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Received: Feb 25, 2023
Revised: Mar 6, 2023
Accepted: Mar 10, 2023

รัชนิบูลย์ เงินวิลัย วท.ม.¹
ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ ศษ.ม.²
เบญจมาศ ทักษะสุภาพ สด.³
นพรัตน์ ละครเขต พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยลดต่ำลงอย่างมาก การประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจึงเป็นโอกาสในการพัฒนากลยุทธ์ใหม่ให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผนการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบ และ 3) การดำเนินงานและประเมินผล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ 250 คน และ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 37 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) กำหนดนโยบาย 2) พัฒนาบุคลากร 3) การสื่อสารและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 4) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ

ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบพบว่า พยาบาลวิชาชีพ 1) มีการรับรู้ในเรื่องการสนับสนุนขององค์กรพยาบาลที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่มากขึ้น 2) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่มากขึ้น 3) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องนมแม่และความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น และ 4) มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปผล: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการรับรู้ทางบวกเกี่ยวกับการสนับสนุนขององค์กรพยาบาลส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ และช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบโดยใช้ digital platform ที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถนำไปใช้เป็นนโยบายใหม่ที่สำคัญในการส่งเสริมให้ทารกและเด็กไทยได้รับนมแม่มากขึ้น

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ¹E-mail: p.rachel.ng@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ APN สาขาการพยาบาลเด็ก ²E-mail: siriluck_t@hotmail.com

³Corresponding author พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ³E-mail: benjamas32@hotmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ⁴E-mail: time2me@hotmail.com

¹⁻⁴สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้นมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยที่เหมาะสมจนถึง 2 ปีหรือนานกว่านั้น¹ มีการกำหนดเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร้อยละ 50 ภายในปี ค.ศ. 2025 แต่จากผลการสำรวจสถิติของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความน่ากังวลเป็นอย่างมากต่อสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากเดิมที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 23.1 ในปี พ.ศ. 2559 แต่จากการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 นั้น อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดต่ำลงอย่างมากเหลือเพียงร้อยละ 14² จากผลการสำรวจที่สวนทางกับโปรแกรมมากมายในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น อาจนำมาซึ่งโอกาสในการพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับยุคปัจจุบันต่อไป ซึ่งกลไกที่สำคัญในการพัฒนาการส่งเสริมให้ทารกและเด็กไทยได้รับนมแม่นั้น พยาบาลวิชาชีพมีส่วนสำคัญยิ่ง³

ปัจจุบัน การสาธารณสุขของประเทศไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มากขึ้น กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ ฯลฯ เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁴ จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้ป่วยบุคคลทั่วไป นักเรียนนักศึกษา ผู้รับบริการ มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์^{5,6} ซึ่งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์นั้น นับว่ามีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นกำลังสำคัญในโรงพยาบาลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุด พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ร้อยละ 55.3 ไม่เคยได้ยินเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก่อน⁷ โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจนจากผู้บริหารทางการแพทย์ ทั้ง ๆ ที่พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานที่สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการได้⁶ จากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย⁸ พบว่า ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพในมุมมองของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

ได้แก่ การขาดองค์กรหรือผู้นำที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 62.78 การขาดสิ่งสนับสนุนจากองค์กรในการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพมาปฏิบัติ ร้อยละ 60.56 และการขาดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 53.89

ในยุคสมัยปัจจุบัน ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีจำนวนมากในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในสังคมออนไลน์ มีข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมาก⁹ ดังนั้น การสร้างองค์กรพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพิ่มการเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือจึงมีความจำเป็น การที่พยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สูง จะนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถถ่ายทอดข้อมูลเหล่านี้แก่ผู้รับบริการ รวมถึงเฝ้าระวังตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ อันจะช่วยให้ประชาชนนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทปีม¹⁰ และแนวคิดการเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ 5 ทักษะ (K-shape) ของขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹¹ มาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถานบริการสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีโดยพัฒนาทักษะเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ 5 ด้าน^{12,13} ได้แก่ 1) การเข้าถึง 2) เข้าใจ 3) การไตร่ตรอง 4) การตัดสินใจ และ 5) การนำไปใช้ การพัฒนาเพิ่มทักษะ 5 ด้านเหล่านี้ จะเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนตามกระบวนการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 นับเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาส ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาบุคลากรใน รูปแบบเดิม ๆ ให้เป็น digital platform เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 และเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล/ การเรียนรู้ที่ไร้ขีดจำกัด ผู้วิจัยจึงมีการออกแบบทุกขั้นตอนของงานวิจัยนี้โดยใช้รูปแบบออนไลน์ในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องนมแม่ให้กับพยาบาลเพื่อช่วยให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีประสบผลสำเร็จ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของสตริงเกอร์ (Stringer)¹⁴ ที่มีลักษณะเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ (interacting spiral) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ดูว่ามีปัญหาอะไร (Look) คิดพิจารณา (Think) และลงมือปฏิบัติ (Act) มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาออกแบบรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีให้สอดคล้องบริบท ปัญหา และความต้องการที่เป็นอยู่จริงนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 510 คน ที่ปฏิบัติงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane (1973) กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 225 คน เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้โปรแกรม SurveyMonkey[®] ซึ่งเป็น online survey software ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยจึงมีอิสระสูงที่จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม¹⁴ เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบหรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากงานวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็น 270 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ เป็นการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน จำนวน 37 คน จาก 37 หน่วยงานของสถาบันสุขภาพเด็ก

แห่งชาติมหาราชินี จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 7-10 คน

เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละระยะ ดังแสดงรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1 ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ร่วมกับข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

2. แบบสอบถามการสนับสนุนขององค์กรพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ดัดแปลงมาจาก Chaiyaphum et al.⁶ มีลักษณะการวัดแบบ Likert's scale 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .98

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ดัดแปลงมาจากขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹⁶ มีลักษณะการวัดแบบ Likert's scale 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .96

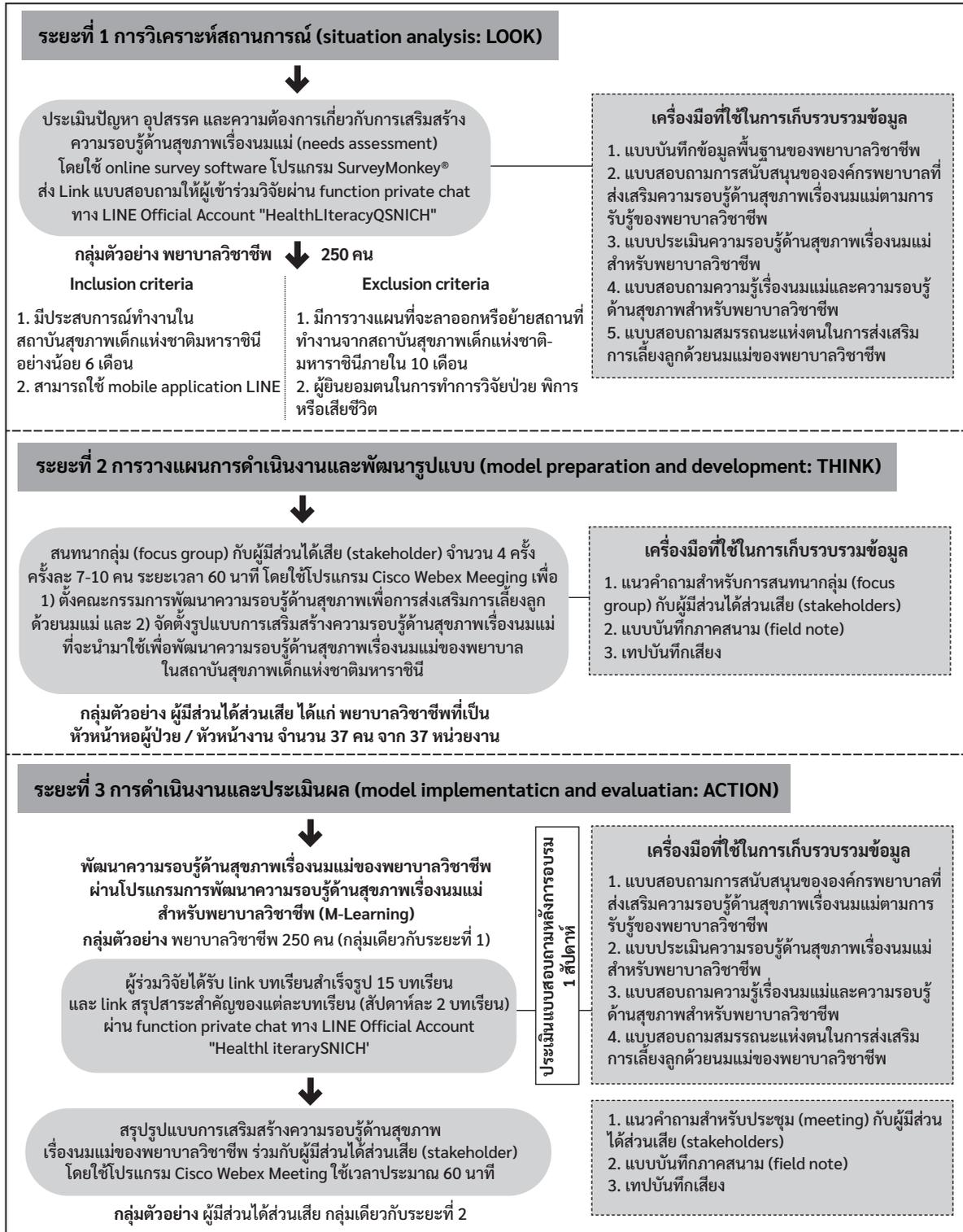
4. แบบสอบถามความรู้เรื่องนมแม่และความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ มีค่า Kuder-Richardson Formula 20 เท่ากับ .83

5. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลวิชาชีพ ดัดแปลงมาจาก Thussanasupap et al.¹⁷ มีลักษณะการวัดแบบ Likert's scale 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .97

6. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยประเด็นที่ศึกษา จำนวน 5 ข้อ

7. แนวคำถามสำหรับประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยประเด็นที่ศึกษา จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นโปรแกรม Mobile Learning (M-Learning) อันประกอบไปด้วยบทเรียนออนไลน์ 15 บทเรียน (ที่ออกแบบโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2) ดังแผนภูมิที่ 2



รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

 <p>กำหนดนโยบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> มีนโยบายและคณะกรรมการรับผิดชอบถ่ายโอนนโยบายสู่การปฏิบัติ มีการประกาศนโยบายเพื่อสร้างการรับรู้ raising awareness ของเป็นองค์กรพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ และเสริมสร้างอัตลักษณ์ของวิชาชีพ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพยาบาลของสถาบันให้มีความรู้เรื่องนมแม่แก่ผู้รับบริการตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน มีแผนการดำเนินงานตามนโยบายและประเมินผล 	 <p>พัฒนาบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> มีแผนงานจัดอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ มีการจัดอบรมตามโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาล (M-Learning) เป็นบทเรียนออนไลน์ สามารถเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีไร้สายได้จากทุกอุปกรณ์ ทุกที่ทุกเวลา และสามารถทบทวนซ้ำได้ตามความต้องการผ่าน function ใน LINE Official Account "HealthLiteracyQSNICH" มีการสุบสาระสำคัญจากโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาล (M-Learning) ในแต่ละบทเรียน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ง่ายต่อการทบทวนและนำไปปฏิบัติ ผ่าน website links และ infographics ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกที่ทุกเวลา และทุกอุปกรณ์การสื่อสารผ่าน function ใน LINE Official Account "HealthLiteracyQSNICH" 	 <p>การสื่อสารและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดการข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการเลือกดูนมแม่ที่เข้าใจง่าย และง่ายต่อการเข้าถึง สามารถนำไปใช้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการได้ ส่งเสริมให้มีช่องทางสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพและการเลือกดูนมแม่ขององค์กรพยาบาล และเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านทาง Application LINE Square "KM Health Literacy QSNICH" มีช่องทางที่เปิดโอกาสให้สอบถามเป็นส่วนตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ที่เข้าถึงง่าย มีแหล่งเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลจากแหล่งความรู้ที่นำเชื่อถือได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านทาง Health Literacy Digital Library มีการออกแบบสื่อความรู้หลากหลายรูปแบบที่ง่ายต่อการเข้าถึงและเข้าใจ 	 <p>การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ศึกษา วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ (needs assessment) พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อพัฒนาให้องค์กรพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่
--	---	--	---

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาล (M-Learning) ที่พยาบาลวิชาชีพของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีต้องการ

เนื้อหาครอบคลุม 10 หัวข้อ แบ่งเป็น 15 บทเรียน

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)	ประโยชน์ของนมแม่
โครงสร้างเต้านมและการหลั่งน้ำนม	การบีบน้ำนมด้วยมือและการใช้เครื่องปั๊มนม
ทำให้นมและการดูนมที่ถูกต้อง	เหตุใดทารกแรกเกิดควรกินนมแม่อย่างเดียว
การบีบเก็บน้ำนมและบริหารจัดการน้ำนมแม่	Breastfeeding Sick Babies
ปัญหานมแม่และแนวทางแก้ไข/ pitfall	Breastfeeding & COVID



Mobile Learning (M-Learning)
 คลิปวีดิโอยาว 10-15 นาที 15 บทเรียน
 บทเรียนสำเร็จรูป เรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีไร้สาย
 ได้จากทุกอุปกรณ์ ทบทวนซ้ำได้ตลอดเวลาที่ต้องการ



Website Links และ Infographics
 สรุบสาระสำคัญทุกบทเรียน
 เพื่อทบทวนเนื้อหาบทเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา
 ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ฯลฯ

แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ และโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แบบสอบถามและเนื้อหาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ เกี่ยวข้องเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ 2) กุมารแพทย์เชี่ยวชาญเรื่องนมแม่ 3) อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญเรื่องนมแม่ 2 ท่าน และ 4) พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญเรื่องนมแม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลดำเนินการตามวงจรปฏิบัติการของ Stringer¹⁴ ประกอบด้วย 3 ระยะ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ดังแผนภูมิที่ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ REC.015/2565 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและทำลายข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในตัดสินใจ และลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS statistics version 29 โดยวิเคราะห์ที่คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 1) คะแนนการสนับสนุนขององค์กรพยาบาลที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ 2) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพ 3) คะแนนความรู้เรื่องนมแม่และความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และ 4) คะแนนสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาล

วิชาชีพ ก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาล โดยใช้สถิติ Paired t-test ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.6) อายุระหว่าง 23-59 ปี (Mean = 40.75, SD = 11.23) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 18.07 ปี (SD = 11.50) นอกจากนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 59.5 เคยเข้ารับการอบรมเรื่องนมแม่ ร้อยละ 65.1 ไม่เคยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมาก่อน และร้อยละ 77.5 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รูปแบบ (model) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในเรื่องการสนับสนุนขององค์กรพยาบาลที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องนมแม่และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหाराชินี

ประสิทธิผลของ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่	ก่อนดำเนินการ ตามรูปแบบ		หลังดำเนินการ ตามรูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การสนับสนุนขององค์กร พยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ตามการ รับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	39.01	6.41	53.32	6.53	23.33	<.001
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง นมแม่สำหรับพยาบาลวิชาชีพ	63.92	12.89	81.29	12.70	15.02	<.001
3. ความรู้เรื่องนมแม่และความ รอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับพยาบาล วิชาชีพ	13.42	4.16	24.07	6.17	22.79	<.001
4. สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ พยาบาลวิชาชีพ	62.99	13.67	82.51	11.91	16.79	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ในการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization) นั้น เริ่มต้นจากการสร้างบุคลากรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate person) ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ยึดมั่นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร¹⁸ มีการขับเคลื่อนทั้งองค์กร และยอมรับนวัตกรรม diffusion of health literacy innovation ร่วมกัน¹⁹ จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานพบว่า องค์กรพยาบาลของสถาบันไม่เคยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) หรือดำเนินกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพยาบาลวิชาชีพมาก่อน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ทั้งองค์กร และยกระดับความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ (sense of ownership) จึงได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของสตรีทเจอร์¹⁴ พยาบาลวิชาชีพทุกระดับได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการวิจัย

เพื่อให้ “รูปแบบ” นี้มีความสอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นอยู่จริง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้ทั้งองค์กรพยาบาล องค์กรความรู้ที่เกิดขึ้นนี้ เป็นความรู้ในระดับคุณค่า (valence and value) ที่เกิดการยอมรับตามความต้องการของบุคคลและความต้องการขององค์กร²⁰ จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) กำหนดนโยบาย 2) พัฒนาบุคลากร 3) การสื่อสารและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 4) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (WHO, Regional Office for Europe) กล่าวคือ ผู้นำองค์กรต้องส่งเสริมแนวคิดและหลักการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการผลักดันนโยบายอย่างชัดเจน ออกแบบแผนงานโครงการ กิจกรรม ที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ มีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร ด้วยการฝึกอบรมความรู้ สร้าง

เสริมการสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการจัดบริการ ข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย มีสื่อทางเลือกที่หลากหลายด้วยการนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาใช้ และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่สร้างความตระหนักในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพร่วมกัน¹⁵

ในด้านประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดล จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ในเรื่องการสนับสนุนขององค์กรพยาบาลที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่ร่วมกัน จัดการอบรมแบบ Mobile Learning (M-Learning) และสร้างช่องทางการเข้าถึงข้อมูลวิชาการคุณภาพสูงโดยคำนึงถึงความต้องการของพยาบาลวิชาชีพเป็นสำคัญ ที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านทาง application LINE Official Account มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่สร้างความตระหนัก (raising awareness) ของความเป็นองค์กรพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพที่แสดงอัตลักษณ์ของวิชาชีพพยาบาลในสถาบัน นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่มากกว่าก่อนดำเนินการตามรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiyaphum et al.⁶ ที่พบว่า การถ่ายทอดนโยบายความรู้ด้านสุขภาพขององค์กรสู่การปฏิบัติจริงได้นั้น ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้วยการให้ความรู้ที่เพียงพอ และทำให้พยาบาลเข้าใจความสำคัญของการปฏิบัติงานตามแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษารั้งนี้ แม้พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ถึงร้อยละ 59.5 เคยรับการอบรมเรื่องนมแม่มาก่อน แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 77.5) ภายหลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พยาบาล

วิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องนมแม่และความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการอบรมที่จัดทำขึ้นในรูปแบบ M-Learning เป็นนวัตกรรมการเรียนรู้รูปแบบใหม่ที่พยาบาลมีอิสระในการศึกษาบทเรียนผ่านทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ สามารถจัดการความรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา²¹ และพยาบาลทั้งองค์กรสามารถได้รับความรู้พร้อมกันเพื่อการขับเคลื่อนตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพภายในระยะเวลาที่จำกัด ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องการจัดสรรเวลาเข้ารับการอบรม ปัญหาความเสี่ยงจากการติดเชื้อ COVID-19 และปัญหาการขาดอัตรากำลังจากการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในรูปแบบปกติ นอกจากนี้ สื่อที่นำเสนอใน M-Learning สามารถบูรณาการเป็นมัลติมีเดีย (ข้อความ เสียง และวิดีโอ) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้มากขึ้น²² จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้ที่ถูกต้องจึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องนมแม่แก่พยาบาลวิชาชีพนี้ขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่น ๆ เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดอบรมความรู้ให้กับบุคลากรโดยการใช้ digital platform ที่มีประสิทธิภาพสูง โดยไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณหรือเทคนิคขั้นสูง ลดปัญหาการขาดอัตรากำลังจากการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการศึกษาวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ และประเมินผลเพิ่มเติมในกลุ่มผู้รับบริการ เช่น อัตรากำลังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

References

1. Wambach K, Spencer B. Breastfeeding and human lactation. 6th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2021.
2. National Statistical Office of Thailand. Thailand multiple indicator cluster survey 2019: survey findings report 2020. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2020.
3. Thai Breastfeeding Center Foundation. Teaching and learning management of breastfeeding in the Bachelor of Nursing Science Program. Bangkok: Thai Breastfeeding Center Foundation; 2021 (in Thai).
4. Tanasugarn C. Health literacy: lessons learned from international experience to the Thailand context. *Journal of Public Health* 2018;48(1):1-4. (in Thai).
5. Kaeodumkoeng K, Chaiyaparn N, Boonkla S. A program development of promoting health literacy on disease prevention and control in public health officers. *Thai Journal of Health Education* 2021;44(2):187-201. (in Thai).
6. Chaiyaphum S, Boonsawatkulchai P. The head of outpatient nursing, support for promoting health literacy managed by registered nurses in diabetes and hypertension clinics, community hospitals, region area 7. *Research and Development Health System Journal* 2020;13(3):180-86. (in Thai).
7. Nantsupawat A, Wichaikhum O, Abhicharttibutra K, Kunaviktikul W, Nurumal MSB, Poghosyan L. Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy programs: a cross-sectional study. *Nurs Health Sci* 2020;22: 577-85.
8. Rajah R, Hassali MA, Lim CJ. Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: a cross-sectional study among physicians, pharmacists, and nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 15]; Article ID 281. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00281/full>
9. Thavonvattana S. Breaking the barriers: breastfeeding at the beginning. In: Sawasdivorn S, editor. *Proceedings of the 6th National Breastfeeding Conference*; 2017 Nov 8-10; Bangkok, Thailand. Bangkok: PNS Creation;2017. P. 59-63. (in Thai).
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine* 2008; 67(12): 2072-78.
11. Kaeodumkoeng K. K-shape 5 skills to increase health literacy. *Journal of The Health Education Professional Association* 2020;35(2):22-6. (in Thai).
12. Kaeodumkoeng K. *Health literacy: access, understand, and application*. Bangkok: Amarin; 2018. (in Thai).

13. Kaeodumkoeng K. Health literacy: functional, interactive, and critical. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2019. (in Thai).
14. Stringer E. Action research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1999.
15. Vehovar V, Manfreda KL. The SAGE handbook of online research methods. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2017.
16. Kaeodumkoeng K. Health literacy: processes, practice, evaluation tools. Bangkok: Ideol Digital Print; 2021. (in Thai).
17. Thussanasupap B, Lapvongwatana P, Kalampakorn S, Spatz DL. Effects of the community-based breastfeeding promotion program for working mothers: a quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2016;20(3):196-209.
18. Tanasugarn C, Samnuanklang M, Sarawasee R, Kloyiam S, Sukpresert K, editors. The concept and principles of a health literate organization. Nonthaburi: Office of the Department of Health 4.0 Driving Project for People's Health Literacy; 2018. (in Thai).
19. Tanasugarn C, Samnuanklang M, Sarawasee R, Kloyiam S, Sukpresert K, editors. Guidelines for the development of a health literate hospital. Nonthaburi: Office of the Department of Health 4.0 Driving Project for People's Health Literacy; 2018. (in Thai).
20. Sutthinarakorn W. Participatory action research and conscientization. Bangkok: Siampiritus; 2014. (in Thai).
21. Tuntrakul P. Learning results with M-learning lessons on portable devices in subject of "statistics for health science for freshmen of Faculty of Nursing, Mahidol University" [master's thesis]. [Bangkok]: Silpakorn University; 2018. (in Thai).
22. Sirikunpipat P, Thaisriharrach P, Kongtham A, Sriyamaka P. The development of mobile learning model for Sukhothai Thammathirat University students. *Journal of Educational Technology and Communications* 2021;16(21):1-17. (in Thai).
23. Supamontree S. Perceived self-efficacy and breastfeeding promotion behavior of healthcare providers in university hospitals [master's thesis]. [Nakhonpathom]: Mahidol University; 2010. (in Thai).

บทความวิจัย

Factors Related to Creative Systematic Thinking Coaching Performance of Healthcare Providers

Received: Oct 20, 2022
Revised: Jan 4, 2023
Accepted: Apr 11, 2023

Makarapan Jutarosaga, Ed.D.¹

Wacharee Amornrojanavaravutti, Ph.D.²

Saengdao Janda, D.N.S.³

Atchara Chanaboon, M.A.⁴

Kanchana Daoprasert, M.N.S.⁵

Anittha Jutarosaga, MSc.⁶

Rungaroon Kramutkant, M.B.A.⁷

Abstract

Introduction: Coaching Performance with Creative Systems Thinking could enhance learners to improve their capability. Hence, they can advance their learning and thinking process towards growth mindset.

Research Objectives: To investigate the relationships between administrative factors, coaching process factors of coaching performance, and creative systems thinking among healthcare providers.

Research methodology: A cross-sectional descriptive design was used in this study. Sample consisted of 127 healthcare providers who participated in the program of development of humanized service-learning process under virtual family project. Tools were the learning process skills using 3-basket techniques and a semi-structured interview. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's Rank correlation, and content analysis.

Funding: Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

¹Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. E-mail: j_makarapan@yahoo.com

²Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand. E-mail: directorbcnkk@gmail.com ³Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand. E-mail: sangdao_j@hotmail.com

⁴Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions), Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute, Thailand. E-mail: kdaoprasert@gmail.com

⁵Registered Nurse, Lampang Cancer Hospital, Lampang, Thailand. E-mail: kdaoprasert@gmail.com

⁶Researcher, King Mongkut's University of Technology Thonburi, Bangkok, Thailand. E-mail: anittha.jut@mail.kmutt.ac.th.

⁷Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute, Thailand. E-mail: rar11kmk@gmail.com

Results: Findings showed that mean scores of administrative and coaching process factors of coaching performance with creative systems thinking were at the highest level. Mean score of learning skills towards growth mindset was at the highest level. The administrative and coaching process factors were significantly positive associated with coaching performance with creative systems thinking using growth mindset ($p < .01$). Further findings also demonstrated that: 1) the atmosphere of learning process was friendly, using gentle dialog, reflecting a holistic thinking, and focusing on social benefit; 2) emerging various perspectives, including deep listening, better understanding the others, taking time before decision making, and thinking broadly; and 3) having the new creative system thinking for public and self-awareness towards their role.

Conclusions: Administrative factors, and coaching process factors had positive associations with coaching performance using creative systems thinking among healthcare providers.

Implications: Coaching performance using creative systems thinking should be promoted to enhance coaching skills among instructors.

Keywords: creative systems thinking, cognitive coaching, thinking reflection using 3-basket techniques

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ช การคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ

Received: Oct 20, 2022

Revised: Jan 4, 2023

Accepted: Apr 11, 2023

มกราพันธุ์ จุฑารสกร ศษ.ด.¹

วิชรี อมรโรจน์วรวุฒิ ปร.ด.²

แสงดาว จันทร์ตา พย.ด.³

อัจฉรา ชนะบุญ ศศ.ม.⁴

กาญจนา ดาวประเสริฐ พย.ม.⁵

อนิษฐา จุฑารสกร วท.ม.⁶

รุ่งอรุณ กระทบทากาญจน์ บธ.ม.⁷

บทคัดย่อ

บทนำ: โค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาได้เต็มศักยภาพ เกิดการเรียนรู้ กระบวนการคิด เปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดแบบเติบโต

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบริหาร และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช กับการปฏิบัติ บทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ผ่านการ พัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนจำนวน 127 คน ใช้เครื่องมือ 1) แบบวัดทักษะกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ มีความเที่ยง .99 2) แบบวัดกิ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย Spearman's Rank correlation และการวิเคราะห์ เนื้อหา

ผลวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านบริหาร ด้านกระบวนการโค้ช และการปฏิบัติ บทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนาความคิดแบบ เติบโต มีความเฉลี่ยมากที่สุด และปัจจัยด้านบริหารกับปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะกระบวนการ เรียนรู้ในการสร้างความคิดแบบเติบโต การสร้างนวัตกรรม และการสะท้อนคิดด้วยพลังคำถาม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 และ พบว่า 1) บรรยากาศการเรียนรู้เป็นกัลยาณมิตร ใช้สุนทรียสนทนา สะท้อนคิดมองภาพแบบองค์รวม และมองประโยชน์ส่วนรวม 2) กระบวนการทางความคิด ได้มุมมองทางความคิดแบบใหม่ หลากหลายมิติเมื่อฟังกันอย่าง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

¹อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย, E-mail: j_makarapan@yahoo.com

²Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย, E-mail: directorbcnkk@gmail.com

³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย, E-mail: sangdao_j@hotmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย, E-mail: atchara@scphkk.ac.th

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็่งลำปาง ประเทศไทย, E-mail: kdaoprasert@gmail.com

⁶นักวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า ธนบุรี ประเทศไทย, E-mail: anittha.jut@mail.kmutt.ac.th

⁷อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย, E-mail: rar11kmk@gmail.com

ลึกซึ้ง เข้าใจคนอื่น และคิดเชื่อมโยง 3) มีกระบวนการสร้างสรรค์ความคิดใหม่ต่อส่วนรวม เกิดความตระหนักรู้ต่อบทบาทของตน

สรุปผลการวิจัย: ปัจจัยด้านบริหารองค์การเชิงนโยบาย และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์

ข้อเสนอแนะ: สนับสนุนการโค้ชเป็นนโยบายในการจัดการศึกษาและส่งเสริมให้อาจารย์ผู้สอนมีทักษะในการโค้ชกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์

คำสำคัญ: การคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ การโค้ชทางความคิด การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ

บทนำ

การนำระบบโค้ชมาใช้ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะกับการโค้ชทางความคิดที่เป็นนามธรรมในการคิดระดับสูง อาทิเช่น การคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างเป็นระบบ คิดไตร่ตรอง เป็นต้น ในสังคมไทยได้กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาให้นำระบบโค้ชมาใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560-2580 ทั้งนี้สถาบันพระบรมราชชนกได้มีการพัฒนาการจัดการศึกษาเชิงนโยบายตลอดมา¹⁻³ สะท้อนถึงการนำระบบโค้ชมาใช้ทั้งการพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนและการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่เน้นกระบวนการโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์นวัตกรรมและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เป็นอัตลักษณ์ของบุคลากรด้านสุขภาพ⁴ ที่มีกลไกการสร้างความสัมพันธ์เครือข่ายนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนในการเกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์^{5,6}

สถาบันการศึกษาได้นำระบบโค้ชทางความคิดอย่างเป็นระบบมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ผ่านมานับศตวรรษ โดยวิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกหลายแห่งใช้วิจัยเป็นฐานในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (Professional Learning Community : PLC) ที่เรียกว่าครูกัลยาณมิตรหรือครูเพื่อศิษย์ที่สร้างความสัมพันธ์ในรูปเครือข่ายทั้งสถานศึกษาและสถานบริการทุกระดับในการขับเคลื่อนระบบโค้ชเพื่อการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุขในเชิงนโยบายให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่คุณครูทั้งในสถานศึกษาและในสถานบริการร่วมมือกันทำบทบาทครูโค้ช ทำให้เกิดการพัฒนารวมกันของชุมชนสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมได้อย่างเป็นรูปธรรม⁶⁻⁸

บทบาทของผู้สอนในฐานะเป็นโค้ชมีความสำคัญต่อการพัฒนาผู้เรียน เพราะการโค้ชจะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพช่วยให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้มีทักษะการเรียนรู้อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างสรรค์นวัตกรรม แนวคิดหลักการของรูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาผู้เรียนคือรูปแบบการโค้ช 3Es (Engage, Empower, and Enliven) เป็นรูปแบบที่สามารถเสริมสร้าง soft skills ให้กับผู้เรียนในยุคดิจิทัลได้เป็นการพัฒนาในด้านมากกว่า

การอบรมสั่งสอน ซึ่ง E1 (engage) หมายถึงความผูกพันที่ทำให้เกิดความสนใจ ใฝ่ใฝ่ใจ ดึงดูดใจ ยึดมั่น ผูกพันการมีส่วนร่วมการยอมรับนั้นคือการปฏิสัมพันธ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จ E2 (empower) หมายถึง การเสริมพลังการเรียนรู้ที่มอบหมายอำนาจการตัดสินใจในการกระทำบางอย่างเพื่อเสริมความเป็นตัวตน กระตุ้นความสามารถให้พึ่งตนเองได้ส่วน E3 (enliven) หมายถึง ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้นความท้าทายมีแรงบันดาลใจ ตั้งใจ ความสนุกสนาน ซึ่งทั้ง 3Es มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสามารถเลือกใช้วิธีการโค้ชแบบผสมผสานกันได้และมีส่วนสำคัญต่อการเกิดความคิดแบบเติบโตของผู้เรียน⁹ 3Es มีความสอดคล้องกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่ใช้ระบบโค้ชพัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักศึกษาใช้สุนทรียสนทนา การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิดด้วยพลังคำถามที่ใช้ให้ทะลุ 3 ใบ ก่อนที่จะใช้พลังคำถามต่อเนื่อง โดยครูเป็นผู้เอื้อกระบวนการเรียนรู้ คอยชี้แนะด้วยคำถามและประเมินผลการพัฒนาติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมการถอดบทเรียนด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ที่ให้ผู้เรียนใช้กระบวนการสะท้อนคิดตอบคำถามตนเอง 3 ประการ ได้แก่ รู้สึกอย่างไร ได้เรียนรู้อะไร และจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้อย่างไร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁰

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นแกนนำของเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มาอย่างต่อเนื่องนับศตวรรษให้มีความสำคัญกับการจัดการศึกษาแบบบูรณาการที่เน้นกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีกลไกในการขับเคลื่อน คือ ระบบครอบครัวเสมือน นำระบบโค้ชมาใช้ทั้งเชิงนโยบายและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีความเอื้ออาทร ให้กับอาจารย์ผู้สอนทั้งในสถานศึกษาและในสถานบริการที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติ เพราะเป็นการเปลี่ยนผ่านทางความคิดให้เกิดความคิดแบบเติบโตแก่ผู้เรียนและมีการวางนโยบายในการสอดแทรกในการเรียนการสอนทั้งวิชาศึกษาทั่วไป วิชาชีพ และกิจกรรมเสริมหลักสูตรตลอดจนการฝึกภาคสนาม ที่คุณครูต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นครูโค้ช

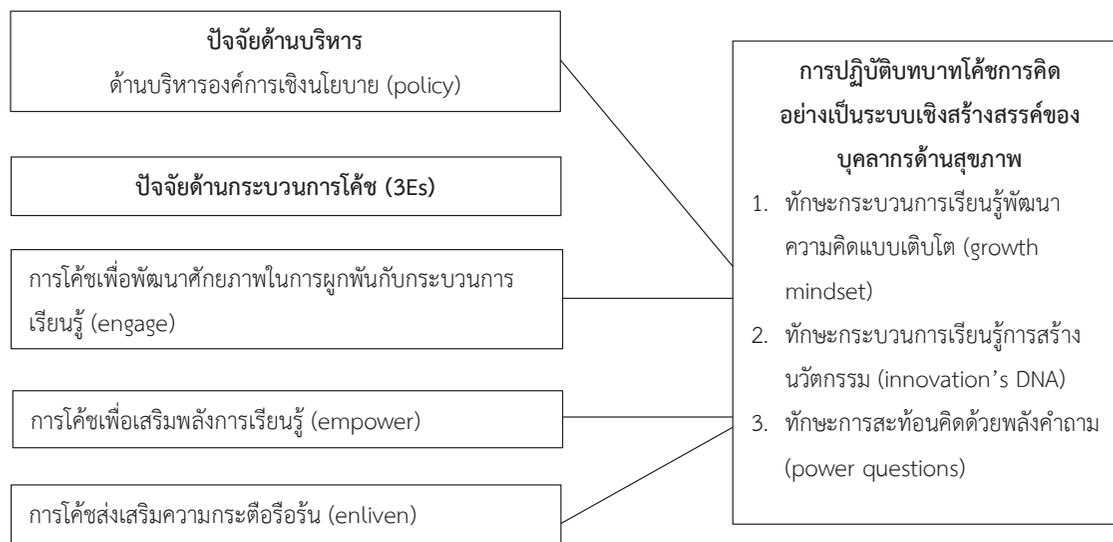
จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นว่าการปฏิบัติการโค้ชในการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ปัจจัยด้านบริหารองค์การเชิงนโยบายและปัจจัยกระบวนการซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการโค้ชที่พัฒนาทักษะกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาการคิดแบบเติบโต ทักษะกระบวนการเรียนรู้ การสร้างสรรคนวัตกรรม ทักษะการสะท้อนคิดและการใช้พลังคำถาม ซึ่งองค์ความรู้ในประเด็นนี้ยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าปัจจัยด้านบริหาร ได้แก่ ปัจจัยด้านบริหารองค์การเชิงนโยบาย และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช ทั้ง 3Es ได้แก่ ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียนให้ผูกพันกับกระบวนการเรียนรู้ ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียนให้เสริมพลังการเรียนรู้ และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร ซึ่งจะช่วยพัฒนากระบวนการคิดระดับสูงเพื่อเสริมสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพทั้งสถานศึกษาและสถานบริการด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง ด้วยการนำปัจจัยที่ศึกษานั้นมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในปัจจัยด้านบริหาร ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช ของบุคลากรด้านสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาทักษะการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบริหาร ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชกับการปฏิบัติบทบาทการโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยพัฒนากรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยด้านบริหาร ได้แก่ ปัจจัยด้านบริหารองค์การเชิงนโยบาย (policy) และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช ทั้ง 3Es ได้แก่ ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียนให้ผูกพันกับกระบวนการเรียนรู้ (engage) ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียนให้เสริมพลังการเรียนรู้ (empower) และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น (enliven) แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นแกนนำกัลยาณมิตรเพื่อขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมจริยธรรมให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพ และบุคลากรสายสนับสนุนในสถานศึกษา ที่ผ่านการอบรมร่วมเรียนรู้และเป็นเครือข่าย “จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน” ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกอย่างน้อย 1 ครั้ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา จำนวน 188 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Weiers เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาหาค่าเฉลี่ยประชากรและทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัด อ้างถึงใน Silanoi¹¹

$$\frac{N(1.96)^2(100)}{N + 100(1.96)^2}$$

คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 126.22 ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 127 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จาก 4 หน่วยงาน เป็นสถาบันการศึกษา 3 หน่วยงาน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น จำนวน 22 คน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 29 คน และสถานบริการด้านสุขภาพคือ โรงพยาบาลมะเร็งบึงลำปาง จำนวน 36 คน รวม 127 คน เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เป็นแกนนำกัลยาณมิตรเพื่อขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมจริยธรรมให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

2. เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะกระบวนการเรียนรู้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ทั้งหมดจำนวน 100 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น Rating Scale 5 ระดับ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามถึงโครงสร้างด้วยเทคนิคการสะท้อนคิดโดยตะกร้า 3 ใบ ที่สะท้อนคิดส่วนบุคคลซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 คำถาม มีลำดับชัดเจน ได้แก่ 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร 3) จะนำไปใช้อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่า Index of item-objective congruence (IOC) เท่ากับ .8 ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับแกนนำกัลยาณมิตรเพื่อขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมจริยธรรมให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ฯ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 คน มีความเที่ยงค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยทีมผู้วิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาทีและส่งคืนทีมผู้วิจัยที่เป็นผู้รวบรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติบทบาทได้คือการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยใช้ Spearman's Rank correlation เพื่อหาทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ในตัวแปรที่อยู่ในระดับ ordinal scale และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์โดยการคืนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและการให้นักวิจัยร่วมตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-6-2022 เมื่อวันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยให้ข้อมูลและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุถึงตัวบุคคล นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ด้านการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบคำถามและถอนตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์มีการตั้งรหัส ป้องกันบุคคลอื่นไม่สามารถเปิดได้ เก็บเอกสารในตู้มิดชิดเป็นเวลา 3 ปี และจะทำลายเอกสารโดยการเผาทำลาย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสุขภาพมาจาก สถาบันการศึกษา (ร้อยละ 72.43) และ สถานบริการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 28.35) มีประสบการณ์การร่วมเรียนรู้การพัฒนาทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ 1-10 ครั้ง ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ร่วมเรียนรู้ จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 76.38) รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยด้านบริหารและปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช

ผลการประเมินปัจจัยด้านบริหาร โดยประเมินด้านบริหารองค์การเชิงนโยบาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 127 คน)

รายการประเมิน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	19	14.96
	หญิง	108	85.04
อายุ	20-30 ปี	25	19.69
	31-40 ปี	25	19.69
	41-50 ปี	39	30.71
	51-60 ปี	37	29.13
	มากกว่า 60 ปี	1	0.78
ประเภทหน่วยงาน	สถาบันการศึกษา	91	71.65
	สถานบริการด้านสุขภาพ	36	28.35
หน่วยงาน	วพบ.ขอนแก่น	22	17.32
	วสส.ขอนแก่น	40	31.50
	วสส. อุบลราชธานี	29	22.83
	รพ.ศูนย์มะเร็ิงลำปาง	36	28.35

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านบริหาร ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช (n = 127)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ปัจจัยด้านบริหาร			
การบริหารองค์การเชิงนโยบาย	4.52	0.45	มากที่สุด
ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช			
1. การโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผู้ถูกฝึกกับกระบวนการเรียนรู้	4.66	0.42	มากที่สุด
2. การโค้ชเพื่อเสริมพลังการเรียนรู้	4.66	0.43	มากที่สุด
3. การโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น	4.66	0.44	มากที่สุด
รวม	4.63	0.41	มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 4.52 (SD = 0.45) และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช

1) การโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผู้ถูกฝึกกับกระบวนการเรียนรู้ 2) การโค้ชเพื่อเสริมพลังการเรียนรู้ และ 3) การโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น ทั้ง 3 ด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.66 เท่ากันทั้ง 3 ด้าน (SD = 0.42, SD = 0.43 และ SD = 0.44) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

3. การปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ

การปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนา ความคิดแบบเติบโต (growth mindset) 2) ทักษะกระบวนการเรียนรู้การสร้างนวัตกรรม (innovator's DNA) 3) ทักษะการสะท้อนคิดด้านพลังคำถาม (power question) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติบทบาทโค้ชในภาพรวมทั้ง 3 ด้าน ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.58 (SD = 0.47) โดยมีทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนาความคิดแบบเติบโต มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.67 (SD = 0.46)

รองลงมาคือ ทักษะกระบวนการเรียนรู้การสร้างนวัตกรรม

ค่าเฉลี่ย 4.58 (SD = 0.51) และทักษะการสะท้อนคิดด้านพลังคำถาม ค่าเฉลี่ย 4.49 (SD = 0.56) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านบริหารและปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทุกปัจจัย โดยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .61- .81 ซึ่งการบริหารองค์การเชิงนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนาความคิดแบบเติบโต ($r = .63$) และทักษะกระบวนการเรียนรู้การสร้างนวัตกรรม ($r = .61$) และ ทักษะการสะท้อนคิดด้านพลังคำถาม ($r = .61$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการปฏิบัติบทบาทโค้ช (n = 127)

การปฏิบัติบทบาทโค้ช	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. ทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนาความคิดแบบเติบโต	4.67	0.46	มากที่สุด
2. ทักษะกระบวนการเรียนรู้การสร้างนวัตกรรม	4.58	0.51	มากที่สุด
3. ทักษะการสะท้อนคิดด้านพลังคำถาม	4.49	0.56	มาก
รวม	4.58	0.47	มากที่สุด

สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช พบว่า การโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนาความคิดแบบเติบโตสูงที่สุด ($r = .81$) รองลงมาคือ การโค้ชเพื่อเสริมพลังการเรียนรู้ ($r = .78$) และการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผูกพันกับกระบวนการเรียนรู้ ($r = .78$) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสะท้อนคิดด้านพลังคำถามน้อยที่สุดโดยการโค้ชเพื่อเสริมพลังการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด ($r = .62$) ถัดมาคือ การโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผูกพันกับกระบวนการเรียนรู้ ($r = .64$) และการโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น ($r = .65$) ดังแสดงในตารางที่ 4

5. การสังเคราะห์ผลของการวิจัยที่ได้ในภาพรวมและการวิเคราะห์ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากถอดบทเรียนด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ

โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามในข้อคำถามปลายเปิดมาสร้างรหัส (coding) จัดกลุ่มข้อมูลแต่ละประเภทและสร้างแนวคิด (theme) วิจารณ์เชื่อมโยงความเหมือนและแตกต่าง สรุปผลข้อค้นพบดังนี้

1. บรรยากาศการเรียนรู้มีความเป็นกัลยาณมิตร ทั้งเครือข่ายภายในและภายนอกองค์กร โดยเฉพาะภายนอก

องค์กรที่มีผู้เชี่ยวชาญร่วมเรียนรู้ทำให้ได้มุมมองในมิติใหม่ มีความมั่นใจมากขึ้น ที่จะทำบทบาทแกนนำในองค์กรและชุมชนของตนเอง มีความอบอุ่นใจเมื่อใช้สุนทรียสนทนาที่มีการสะท้อนคิดร่วมกันไม่ตัดสินถูกผิด แต่เมื่อจำเป็นที่ต้องตัดสินใจจะใช้การพิจารณาใคร่ครวญมากขึ้นกว่าเดิม บรรยากาศของความเป็นกัลยาณมิตร เห็นได้จาก “...มีบรรยากาศกัลยาณมิตรและไว้วางใจ มีการรับฟังกันและกัน หากเราเป็นผู้ฟังที่ดี ฟังด้วยใจ ย่อมจะทำให้เราได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น ทั้งจากความรู้สึก ความคิดของบุคคลรอบข้างได้ตลอดเวลา...”

2. เกิดกระบวนการคิดแบบใหม่ ที่ท้าทายจากเดิมที่คิดว่ายากเกินกว่าที่จะทำได้ เช่น การใช้สุนทรียสนทนาเทคนิคตะกร้า 3 ใบ แต่เมื่อผ่านการเรียนรู้แล้วทำให้เปลี่ยนมุมมองใหม่ขอเพียงใช้สติกำกับตนเองให้ฟังกันและกัน มองภาพปรากฏการณ์แบบองค์รวม (holistic views) ที่นำ Mind Mapping มาใช้ ทำให้เห็นภาพความคิดของทุกคนในประเด็นที่กำลังเรียนรู้ และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบได้ เห็นได้จาก

“...มีแง่มุมในการมองโลกด้วยความเข้าใจ ยอมรับความคิดที่บางครั้งเราคิดไม่ถึง ตระหนักถึงคุณค่าทางความคิดของทุกคนเกิดมุมมองเชิงบวก ต่อสิ่งต่าง ๆ ด้วยใจจริงแท้...”

“การเปลี่ยนแปลงทางความคิดเกิดขึ้นได้จริง ทั้งสายสนับสนุนและอาจารย์ที่ร่วมเรียนรู้ด้วยกันมีมุมมองใหม่

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบริหาร และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ชกับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ ($n = 127$)

ปัจจัย	ทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนา ความคิดแบบเติบโต	ทักษะกระบวนการเรียนรู้การสร้างนวัตกรรม	ทักษะการสะท้อนคิดด้านพลังคำถาม
ปัจจัยด้านบริหาร			
1. การบริหารองค์การเชิงนโยบาย ปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช	.63**	.61**	.61**
2. การโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผูกพันกับกระบวนการเรียนรู้	.78**	.71**	.64**
3. การโค้ชเพื่อเสริมพลังการเรียนรู้	.78**	.70**	.62**
4. การโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น	.81**	.70**	.65**

** $p < .01$

ที่บางครั้งตัวเรายังคิดไม่ถึง เกิดความตระหนักถึงคุณค่าทางความคิดของกันและกันในทางบวกต่อสิ่งต่าง ๆ ด้วยความจริงใจ”

3. เกิดกระบวนการคิดแบบสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ “จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ที่ยังต้องอาศัยระบบโค้ชที่มีผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่เข้าใจ บริบท ภูมิสังคม และผู้บริหารที่ลดการสั่งการมาใช้การชี้แนะ สอนงานด้วยการรับฟังกันและกันมากขึ้น รู้สึกว่าการเรียนรู้แบบนี้มีความเป็นธรรมชาติ เคารพคุณค่าของกันและกันในวงสนทนา ทำให้มีความสุขเกิดขึ้นเสมอเมื่อนำสุนทรียสนทนามาใช้สร้างวัฒนธรรมการสื่อสารในองค์กร เห็นได้จาก

“หากต้องการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทางวิชาการ...การสื่อสารร่วมกันที่ใช้การรับฟังอย่างจริงจังนั้น จะเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความสุขที่สามารถแก้ปัญหาาร่วมกันได้ เป็นการพัฒนางาน ทำให้มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและทำให้เห็นว่าสิ่งที่กำลังทำ...เป็นการเพิ่มคุณภาพการผลิตนักศึกษาได้จริง...”

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการบริหารองค์การเชิงนโยบายเกี่ยวกับการนำระบบโค้ชมาใช้ และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช 3Es อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.63 (SD = 0.41) และการประเมินทักษะกระบวนการเรียนรู้ในการปฏิบัตินั้นในการสร้างความคิดแบบเติบโต การสร้างนวัตกรรม และการใช้พลังคำถาม (เทคนิคตะกร้า 3 ใบ) ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.58 (SD = 0.47) เมื่อนำมาหาค่าสหสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยด้านบริหาร และปัจจัยด้านกระบวนการโค้ช 3Es มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ 1) ทักษะกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาความคิดแบบเติบโต 2) ทักษะกระบวนการเรียนรู้การสร้างนวัตกรรม และ 3) ทักษะการสะท้อนคิดด้วยพลังคำถาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทโค้ชการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านทักษะกระบวนการเรียนรู้พัฒนาความคิดแบบเติบโตสูงสุด ($r = .81$) ทั้งนี้ การโค้ชส่งเสริมความกระตือรือร้น เป็นความท้าทาย มีแรง

บันดาลใจ กำหนดเป้าหมายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นพลังการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเกิดความคิดแบบเติบโตของผู้เรียน⁹ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า 1) บรรยากาศการเรียนรู้มีความเป็นกัลยาณมิตร ใช้สุนทรียสนทนา สะท้อนคิดมองภาพแบบองค์รวม และมองประโยชน์ส่วนรวมมากขึ้น 2) กระบวนการทางความคิด ได้มุมมองทางความคิดแบบใหม่ หลากหลายมิติ เมื่อฟังกันอย่างลึกซึ้ง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น ละการตัดสินและคิดเชื่อมโยง 3) มีกระบวนการสร้างสรรค์ความคิดใหม่ต่อส่วนรวม เกิดความตระหนักรู้ต่อบทบาทของตน รู้สึกภูมิใจในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ระบบครอบครัวเสมือนเป็นต้นทุนทางวัฒนธรรมที่เข้มเพาะกระบวนการเรียนรู้ให้ทุกคนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข จนเกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ และการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนที่ใช้ระบบโค้ชทางความคิด¹² เป็นกระบวนการพัฒนาวิทยาลัยให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้สอดคล้องกับ Sergiovanni^{13,14} ที่ให้ความสำคัญกับคุณธรรมเรื่องของความเอื้ออาทรในการเรียนรู้และความเป็นวิชาชีพ มีแนวคิดการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้โดยนำประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานในพื้นที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งเสริมให้องค์กรมีทั้งความรู้ คุณธรรมแห่งความเอื้ออาทรที่ทำให้เกิดความเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนาร่วมกันอย่างจริงจังต่อกัน^{15,16} เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่ไม่แยกส่วนระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jutarosaka¹⁰ พบว่า ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Wongyai และ Phatphon¹⁷ ที่ให้ความหมายของชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ คือ การรวมกลุ่มของผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และคุณภาพของผู้เรียนผ่านการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ โดยกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพนั้นได้เรียนรู้จากการถอดประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่ แล้วนำประสบการณ์ที่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สถาบันการศึกษาควรนำระบบการโค้ชมากำหนดเป็นนโยบายในการจัดการศึกษาเพื่อบรรลุเป้าหมายของ พรบ.การศึกษา
2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ ส่งเสริมให้อาจารย์ผู้สอนนำบทบาทโค้ชกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ มาเป็นกลยุทธ์การสอนทักษะการคิดให้กับผู้เรียน เพื่อให้สามารถจัดการเรียนการสอนส่งเสริมทักษะการคิดอย่างเป็นระบบแก่นักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมทักษะด้านการโค้ช การคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของอาจารย์ผู้สอน
2. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบกระบวนการโค้ชที่นำ 3Es มาใช้เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์นวัตกรรมของอาจารย์ผู้สอนซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดแบบเติบโตโดยใช้กิจกรรมที่ลงมือ ปฏิบัติจริงที่มีความหลากหลาย

References

1. Siriporn L, Jutarosaga M, Charoensuk S, Nopaphanlop F, Santwanpas N. Integrated education model of systems thinking and humanized health care within multi-cultural society, Praboromarajchanok Institute. Journal of Nursing and Education 2014;7(1):39-54. (in Thai)
2. Prombuasri P, Swangwatanasade O, Anucha C, Klayhiran W, Klayhiran W, Likitpongwit B, et al. The integrated education model of professional learning community, coaching, reflection and power question of the nursing colleges, Praboromarajchanok Institute. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;27(1):60-72. (in Thai)
3. Prombuasri P, Swangwatanasade O. Development of coaching instructor in 21st century. Journal of Health Science Research 2017;11(1):110 –121. (in Thai)
4. Jutarosaga M, Amornrojanavaravutti W, Charoensuk S, Tippayaphalapholgul B, Jutarosaga A. Innovative curriculum: Creative systems thinking and humanized healthcare in a multicultural society toward creating innovation in the areas of healthcare and public health services, Boromarajchanok Institute Ministry of Public Health. Journal of Health Science 2021;30(1):141-157. (in Thai)
5. Kittiraktrakul S, Jutarosaga M, Watanasrisen J, Panomrit S, Ariyanon W, Assavapittaya P, et al. Developing a network model: Humanized health care among nursing colleges under the Praboromarajanok Institute, Thailand. Journal of Nursing Division 2011;38(1):16-30. (in Thai)
6. Hanpattanachai S, Jutharosoka M, Siriporn L, Watanasrisen J, Charoensuk S, Amornrojanavaravutti W, et al. Community health development by using virtual family systems: One college, one community. Public Health Nurse Journal 2014;24(1):67-79. (in Thai)
7. Siriporn L, Jutarosaga M, Charoensuk S, Nopaphanlop F, Santwanpas N. Integrated education model of systems thinking and humanized health care within multi-cultural society, Praboromarajchanok Institute. Journal of Nursing and Education 2014;7(1):39-54. (in Thai)

8. Jutarosaga M, Prombuasri P, Amornrojanavaravutti W, Charoensuk S, Attohi P, Jutarosaga A, et al. Reflection pathway of humanized health care learning process reform by a simulated family model to a community of practice. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017;27(2): 31-46. (in Thai)
9. Wongyai W, Patphol M. Coaching paradigm for enhance hands-on and mind-on learning 2nd ed. Bangkok: Jaransanitwong Printing; 2019. (in Thai)
10. Jutarosaga M, Mahaprom T, Somtua N, Komaratat S, Sansuk J, Chanaboon A, et al. Effect of the humanizes health care development with simulated family system on systematic creative thinking skills with three baskets technique among health care personnel. *Journal of Research and Curriculum Development* 2021;11(1):49-70. (in Thai)
11. Silanoi L. How to use the appropriate statistical formulas for determining the sample size for quantitative research designs in the humanities and social science study. *Journal of Research and Development* 2017;12(2):50-61. (in Thai)
12. Amornrojanavaravutti W, Somtua N, Tippayaphalapholgul B. Integrated learning management for nursing student development in humanized health care, Praboromrchanok Institute. *Journal of Research and Curriculum Development* 2020;10(1):125-151. (in Thai)
13. Sergiovanni T. Building community in schools. San Francisco: Jossey-Bass;1994.
14. Sergiovanni T. Leadership as pedagogy, capital development and school effectiveness. *International Journal of Leadership in Education* 1998;1(1): 37-46.
15. DuFour R, DuFour R. The School leader's guide to professional learning communities at work. U.S.A.: Solution Tree;2012.
16. Emira M. Leading to decide or deciding to lead? Understanding the relationship between teacher leadership and decision making. *Educational Management Administration & Leadership* 2010;38(5):591-612.
17. Wongyai W, Phatphon M. Lecture document on the project of developing a systematic thinking process for integrated education management under the learning process of service mind with human heart 3-5 April 2013. Kanchanaburi;2013.(in Thai)

บทความวิจัย

Guideline for Identity Development to The Graduate of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province: Mixed Methods Research

Received: Oct 24, 2022

Revised: Jan 3, 2023

Accepted: Apr 9, 2023

Panisara Songwatthanayuth, Ph.D.¹Sarunrattana Polin, M.N.S.²Chanapa Somji, M.N.S.³

Abstract

Introduction: The identity of a nursing graduate is important in creating a symbol of nurse's identity to create a positive image of nursing profession.

Research objectives: This study aimed to: 1) examine the identity of nursing graduate, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; and 2) study guidelines for graduates' identity development.

Research methodology: The mixed-methods explanatory sequential design was used in this study. A purposive sampling technique was used to recruit 363 participants, including commanders, colleagues, and graduates. Data were analyzed using descriptive statistics, Analysis of Variance, and the Pearson correlation coefficient. Qualitative data were collected using in-depth interviews with key informants and then were analyzed using content analysis.

Results: Research findings were as follows:

1. Overall mean score of the identity of nursing graduate was at a high level ($M=4.29$). Opinions of commanders, colleagues, and graduates regarding the identity of nursing graduates were no difference. Attitude towards nursing profession, achievement motivation, learning styles, and learning environment statistically significant correlated to graduate's identity ($p<.01$) ($r= .663, .654, .572, \text{ and } .371$, respectively).
2. Guideline for developing graduates' identity should: 1) formulate policy for laying an integrated ladder for each grade and support lifelong learning; 2) organize teaching and learning according to generation of nursing students to become transformative leader; 3) organize moral college activities continually and build professional pride; 4) promote role models; and 5) organize corporate culture to create happiness and knowledge management.

Funding: Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

¹Corresponding author: Assistant Professor, E-mail: panisara@pckpb.ac.th

²Registered Nurse, Senior Professional Level, E-mail: Saraudrattana@pckpb.ac.th

³Registered Nurse, Professional Level, E-mail: Chanapa@pckpb.ac.th

¹⁻³Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand

Conclusions: Findings of this study can be used to develop a guideline for improving identity of nursing graduate.

Implications: The identity of nursing graduates should be developed through promoting attitude towards nursing profession and achievement motivation obtained from co-curricular activities with seniors and juniors. Teaching styles, focusing on students' participation in learning activities in the community and real situations continuously, might deliver nursing graduates with good quality to the real community.

Keywords: identity, graduates, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province, mixed methods

แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี: วิจัยแบบผสมผสาน

Received: Oct 24, 2022

Revised: Jan 3, 2023

Accepted: Apr 9, 2023

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ ปร.ด.¹

สรลรัตน์ พลอินทร์ พย.ม.²

ชนาภา สมใจ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัญลักษณ์ในการเป็นตัวตนของพยาบาลเพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีในวิชาชีพพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และ 2) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิต

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 363 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับมาก ($M = 4.29$, $SD = 0.40$) ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตโดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน ปัจจัยได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในการเรียน มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของบัณฑิต ($r = .663, .654, .572$ และ $.371$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$

2. แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตควรมี 1) กำหนดนโยบายวางบันไดบูรณาการรายชั้นปีและสนับสนุนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 2) จัดการเรียนการสอนตามยุคสมัยของนักศึกษาผู้ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง 3) จัดกิจกรรมวิทยาลัยคุณธรรมอย่างต่อเนื่องและสร้างความภาคภูมิใจต่อวิชาชีพ 4) ส่งเสริมครูต้นแบบ 5) จัดวัฒนธรรมองค์กรสร้างความสุขและการจัดการความรู้

สรุปผล: ผลการวิจัยนำไปพัฒนาแนวทางในการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัย โดยมีการส่งเสริมเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากกิจกรรมเสริมหลักสูตรร่วมกับรุ่นพี่รุ่นน้อง และการจัดการเรียนการสอนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เรียนรู้ในชุมชนและสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดบัณฑิตวิทยาลัยที่มีคุณภาพสู่ชุมชนที่แท้จริง

คำสำคัญ: อัตลักษณ์ บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิจัยผสมผสาน

แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

¹ Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์, E-mail: panisara@pckpb.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) E-mail: Saraudrattana@pckpb.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการสอน), E-mail: Chanapa@pckpb.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

บทนำ

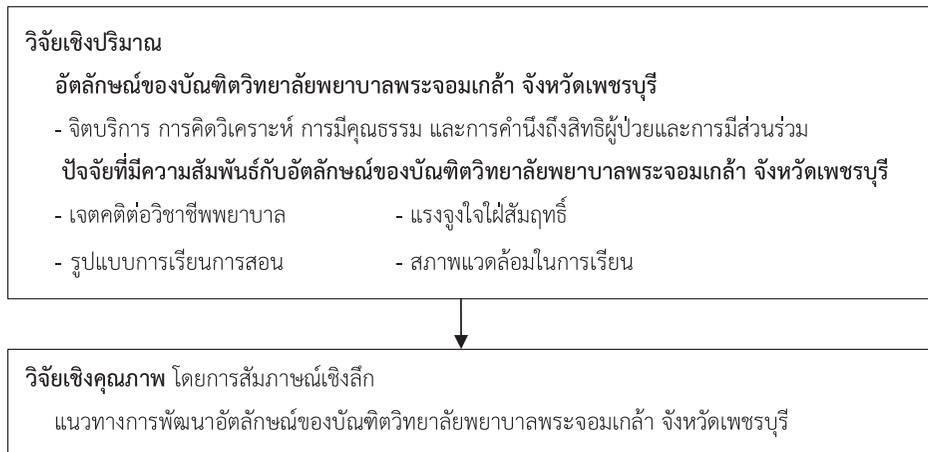
อัตลักษณ์ของบัณฑิตในระดับอุดมศึกษามีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนเข้าใจตนเอง เข้าใจในบทบาทของตนเอง ถือว่าเป็นคุณลักษณะในตัวบุคคลหรือกลุ่มชน ทำให้สังคมทราบถึงคุณลักษณะในตัวบุคคลหรือกลุ่มชนที่มีความโดดเด่นจนทำให้มีความแตกต่างกับบุคคลอื่น ซึ่งอัตลักษณ์สามารถสร้างได้จากกิจกรรมและการสร้างบรรยากาศของสถานศึกษา เพื่อเป็นการบ่มเพาะพฤติกรรมจนเกิดอัตลักษณ์¹ การสร้างอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลมีความสำคัญเพื่อเตรียมตัวในการเป็นพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของสังคม วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ได้กำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 4 ด้านคือ 1) จิตบริการ (Service mind: S) หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเข้าใจผู้อื่นตามเงื่อนไขเฉพาะของบุคคลสอดคล้องกับบริบทและสภาพจริงโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน 2) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical thinking: A) หมายถึง ความสามารถทางการคิดที่อยู่บนฐานของการมีข้อมูลที่หลากหลายตามสภาพความเป็นจริง เพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ โดยเชื่อมโยงความรู้สู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบริบทสภาพการดำรงชีวิต 3) คุณธรรมและจริยธรรม (Morality: M) หมายถึง คุณธรรมและจริยธรรมพื้นฐานของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ และการมีจิตอาสา ซึ่งรวมเรียกว่า “คุณธรรมอัตลักษณ์” 4) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation: P) หมายถึง การเป็นนักปฏิบัติการทางด้านสุขภาพที่ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจวางแผนการดูแล และบริการสุขภาพได้ตรงกับปัญหาและตรงตามสภาพจริง กระตุ้นให้ทางเลือกที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีศักยภาพแก้ปัญหาของตนเองและครอบครัว เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ซึ่งการมีอัตลักษณ์ที่ดีย่อมส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดี อัตลักษณ์ยังเป็นรากฐานแห่งความมั่นคงขององค์กรให้เป็นที่รู้จัก ได้รับการสนับสนุนร่วมมือ ได้รับการไว้วางใจ

ทำให้องค์กรนั้นประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า อัตลักษณ์ของบัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและมหาวิทยาลัยจากผู้บริการอยู่ในระดับมาก มีการศึกษาประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม และบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่า อัตลักษณ์บัณฑิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก^{3, 4} มีการศึกษาวิจัยการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอนตามวงจรปฏิบัติการในแต่ละชั้นปี⁵ ยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตและแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพและด้านอื่น ๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเป็นผู้ให้บริการทางการพยาบาลแก่สังคมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) แบบขั้นตอนเชิงบรรยาย (explanatory sequential design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ศึกษาอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ จิตบริการ การคิดวิเคราะห์ การมีคุณธรรม และการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม⁶ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของบัณฑิตประกอบด้วย 4 ปัจจัยได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียน นำข้อมูลไปใช้สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 - 1.1 เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 - 1.2 เพื่อศึกษาปัจจัย ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในการเรียนที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน แบบขั้นตอนเชิงบรรยาย โดยการศึกษา 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รุ่นที่ 29 ปีการศึกษา 2563 (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ. 2555) จบการศึกษาและปฏิบัติ

งานแล้ว 1 ปีขึ้นไป จำนวน 130 คน 2) ผู้บังคับบัญชาหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าในหน่วยงานซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้นของผู้สำเร็จการศึกษา 3) ผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 29 ปีการศึกษา 2563 (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ. 2555) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เกณฑ์การคัดเลือก คือ จบการศึกษาและปฏิบัติงานแล้ว 1 ปีขึ้นไป ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออก ลาออกจากความเป็นพยาบาลในระหว่างการเก็บข้อมูล ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 คน

2) ผู้บังคับบัญชาระดับต้นของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รุ่นที่ 29 ปีการศึกษา 2563 (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ. 2555) เกณฑ์การคัดเลือก เป็นหัวหน้าในหน่วยงาน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออก ย้ายที่ทำงานในระหว่างการเก็บข้อมูล ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 คน

3) ผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษา เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน สถานที่ปฏิบัติงานเดียวกันกับผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รุ่นที่ 29 ปีการศึกษา 2563 (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ. 2555) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออก ย้ายที่ทำงานในระหว่างการเก็บข้อมูล ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งเป็น 6 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบัณฑิต/ผู้บังคับบัญชา/ผู้ร่วมงาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตอนที่ 2 แบบสอบถามอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ จิตบริการ การคิดวิเคราะห์ การมีคุณธรรมและจริยธรรม การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการมีส่วนร่วม โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล โดยคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน ตอนที่ 5 แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ เป็นแบบสอบถามของ Songwatthanayuth และคณะ⁶ จำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน และตอนที่ 6 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการเรียน เป็นแบบสอบถามของ Songwatthanayuth และคณะ⁶ จำนวน 15 ข้อ

โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 ถึง 6 มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ⁷ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้ง 6 ตอน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามอัตลักษณ์ของบัณฑิตเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียน มีค่าเท่ากับ .82, .87, .89, 87, และ .89 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบัณฑิตที่สำเร็จ ในปีการศึกษา พ.ศ. 2562 ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91, .95, .95, .92, .90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นของบัณฑิตผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ของบัณฑิต ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียน กับคุณลักษณะบัณฑิตอันพึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient: r) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ ดังนี้⁸

$r = .10 - .29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ $r = .30 - .49$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง $r = .50 - 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ แนวทางการพัฒนา
อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี ผู้ให้ข้อมูลหลักมีคุณสมบัติประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ตามการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
ทั้งสามกลุ่ม กลุ่มละ จำนวน 10 คน จนข้อมูลอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างเอง ใช้ศึกษา
อัตลักษณ์บัณฑิต ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน
2. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการ
บันทึกวัน เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สิ่งที่เกิดขึ้น
3. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่อง
บันทึกเสียง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็น ผู้บังคับบัญชา
ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์
บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
จนข้อมูลอิ่มตัว ใช้เวลา 30-40 นาที ต่อครั้ง สัมภาษณ์ที่
สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนา
อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) แบบ
manifest content analysis⁹

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี เอกสารหมายเลขที่ PCKCN REC 16/2565
ลงวันที่ 25 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน
363 ฉบับ (ผู้บังคับบัญชา 121 ฉบับ ผู้ร่วมงาน 121 ฉบับ และ
บัณฑิต 121 ฉบับ) จาก 390 ฉบับ (ร้อยละ 92.36) ผลการวิจัย
พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 30 ปี
(ร้อยละ 31.95) ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ ตำแหน่งพยาบาล
วิชาชีพ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 95.04 และมี
ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 33.33)

2. อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประเมินอัตลักษณ์ของบัณฑิต
โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.29$, $SD = 0.40$)
การมีคุณธรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 4.47$,
 $SD = 0.62$) ส่วนการคิดวิเคราะห์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับ
มาก ($M = 4.06$, $SD = 0.54$)

เมื่อพิจารณารายกลุ่มพบว่า ผู้บังคับบัญชาประเมิน
อัตลักษณ์ของบัณฑิตโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.31$,
 $SD = 0.41$) การมีคุณธรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก
($M = 4.53$, $SD = 0.61$) ส่วนการคิดวิเคราะห์มีค่าเฉลี่ย
ต่ำสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$, $SD = 0.54$)

ผู้ร่วมงานประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวม อยู่ใน
ระดับมาก ($M = 4.31$, $SD = 0.44$) ด้านการมีคุณธรรม
มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 4.51$, $SD = 0.64$)
ส่วนการคิดวิเคราะห์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมาก
($M = 4.06$, $SD = 0.54$)

บัณฑิตประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวม อยู่ในระดับ
มาก ($M = 4.28$, $SD = 0.36$) การมีคุณธรรม มีค่าเฉลี่ย
สูงสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 4.37$, $SD = 0.61$) ส่วนการคิด
วิเคราะห์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$,
 $SD = 0.45$)

เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา
ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัย
พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผลจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์

ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	F	p
ผู้บังคับบัญชา	121	4.31	.40	.31	.73
ผู้ร่วมงาน	121	4.31	.43		
บัณฑิต	121	4.28	.35		

ปัจจัยได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะบัณฑิตอันพึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในการเรียน มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของบัณฑิต ($r = .663, .654, .572$ และ $.371$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ($n = 121$ คน)

ตัวแปร	r	ระดับ
เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล	.663**	สูง
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	.654**	สูง
รูปแบบการเรียนการสอน	.572**	สูง
สภาพแวดล้อมในการเรียน	.371**	ปานกลาง

** $p < .01$

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา (C1-C10) ผู้ร่วมงาน (N1-N10) บัณฑิต (S1-S10) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 33.33) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ร้อยละ 30) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 96.67) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 33.33)

2. แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ควรมีการพัฒนาอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้

1. กำหนดนโยบายวางบันไดบูรณาการรายชั้นปี และสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลควรต้องมีการบูรณาการทั้งการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมหลักสูตร ศิลปวัฒนธรรม อย่างมีส่วนร่วมของผู้สอน ผู้เรียน ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ สอดรับกับยุคสมัยกับนักศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

“น้อง ๆ ใน gen นี้ต้องมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อ Reskill, Up skill และ New Skill ตลอดเวลาเมื่อจบไปแล้ว เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปแล้ว” (C4)

“น้อง ๆ ควรได้รับการพัฒนาตามชั้นปีที่ชัดเจน เกี่ยวกับอัตลักษณ์ที่ชัดเจนหรือกำหนดนโยบายจากวิทยาลัยออกมา” (N3)

“หนูเป็นเด็กอีก gen หนึ่งที่ไม่เหมือนเก่า หนูอยากให้พัฒนาหนอย่างต่อเนื่องตามลักษณะวัยของหนู ทั้งในช่วงเรียนและช่วงกิจกรรมเสริม ไม่อยากหัวโตอย่างเดียวมันน่าเบื่อ” (S2)

2. จัดการเรียนการสอนตามยุคสมัยของนักศึกษา สู่ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลควรต้องมีการพัฒนาการเรียนการสอนเข้ากับยุคสมัยที่มีการใช้ดิจิทัลมาประยุกต์ รู้จักสื่อสาร รู้จักวิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์จริง เช่น การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBL) การพัฒนาการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning: TL) พร้อมทั้งพัฒนานวัตกรรมหรือแนวทางใหม่มาแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้

“น้อง ๆ ใน gen นี้ยังวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยยังไม่ค่อยจะครบ เน้นทำงานให้เสร็จไป ควรจะวิเคราะห์ที่รอบด้านก็จะดี ฝากอาจารย์ช่วยพัฒนาหน่อยนะคะ” (C2)

“น้องเก่งไอที น่าจะสร้างวิธีการใหม่ ๆ หรือพัฒนาอะไรในการดูแลผู้ป่วยได้” (N3)

“น้องพูดกับคนไข้ไม่ค่อยเป็น สื่อสารไม่เป็นโดยเฉพาะในช่วงโควิดยิ่งไม่ได้พูดกับผู้ป่วยและญาติเลย” (N5)

“ในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 น้องยังดูแลผู้ป่วยยังไม่คล่อง ยังต้องคอยแนะนำ” (C1)

3. จัดกิจกรรมวิทยาลัยคุณธรรมอย่างต่อเนื่องและสร้างความภาคภูมิใจต่อวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลควรต้องมีการจัดกิจกรรมวิทยาลัยคุณธรรม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม บ่มเพาะเมล็ดพันธุ์พยาบาล เพื่อให้เกิดความดีในตัวผู้เรียนและเกิดความรักผูกพันในวิชาชีพพยาบาล

“น้องสมัยนี้ชอบโพสโซเชียลต้องดูว่าเหมาะหรือเปล่า กระทบกับผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ทำงาน และวิชาชีพด้วยนะ ลืมเรื่องสิทธิผู้ป่วย” (N7)

“วิทยาลัยคุณธรรมเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวให้ผู้อื่นทั้งอาจารย์ เพื่อน และพี่ ๆ ง่าย ๆ สายสนับสนุนในการสร้างความดี รวมแก้ไขปัญหาของนักศึกษาได้อย่างดี” (S2)

“ถ้าน้อง ๆ มีเจตคติดีต่อวิชาชีพ ก็ทำให้แรงขับในจิตใจของน้องในการบริการที่ดีและมีความตั้งใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจเสริมได้ตลอดในทั้ง 4 ปี” (C1)

4. ส่งเสริมครูต้นแบบ

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลควรต้องมีการพัฒนาต้นแบบทั้งอาจารย์และอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก

“ครูเป็นคนสำคัญในการพัฒนานักศึกษา เข้าใจนักศึกษา เป็นแบบอย่างที่ดีทำให้นักศึกษาคูแบบได้” (N6)

“เวลาขึ้น ward พี่ ๆ พยาบาลเป็นไอดอลสำคัญที่ช่วยสอน เป็นแม่พิมพ์ ที่จะทำให้นักศึกษาเรียนรู้ตาม” (N7)

5. จัดวัฒนธรรมองค์กรสร้างความสุขและการจัดการความรู้

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลควรต้องมีการสร้างความสุขเพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และมีการจัดการความรู้โดยการรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยน และประยุกต์ใช้ความรู้ต่าง ๆ ของผู้เรียนผู้สอนในสังคม เพื่อให้เกิดความรู้และทำให้เกิดการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง

“ถ้าวิทยาลัยน่าอยู่ก็ทำให้เวลาเรียนแล้วมีความสุขอยากเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากขึ้นนะคะ” (N2)

“การแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างนักศึกษา และอาจารย์จะมีการเกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น” (N3)

การอภิปรายผล

1. อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก การมีคุณธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการคิดวิเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{2,10,11} อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เน้นการเข้าใจหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ศาสนา และวัฒนธรรมตลอดจนสิทธิมนุษยชน มีการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมทุกรายวิชาและทุกชั้นปี และมีชมรมปัญญาภิมิติ สำหรับนักศึกษาที่สนใจ มีชมรมจิตอาสาที่มีการจัดกิจกรรมค่ายอาสา กิจกรรมทำความดีสำหรับนักศึกษาทุกชั้นปี ส่วนด้านทักษะทางปัญญาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้และประสบการณ์วิชาชีพและที่เกี่ยวข้องเป็นฐานในการคิดเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ได้ อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ทางวิชาชีพหลังจากจบใหม่มา 1 ปี ยังไม่เพียงพอในการคิดและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการมีประสบการณ์น้อย ส่วนความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิต เกี่ยวกับอัตลักษณ์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้งบัณฑิต ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานมีความคาดหวังไปทางเดียวกัน จึงส่งผลให้ผลการประเมินอัตลักษณ์ของบัณฑิตไม่แตกต่างกัน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่าเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อธิบายได้ว่าเจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งความตั้งใจหรือแนวโน้มในการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อวิชาชีพพยาบาล ส่งผลให้เห็นความเป็นตัวตนของบัณฑิตทางการพยาบาล⁹ สำหรับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อธิบายได้ว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นเสมือนแรงผลักดันจากภายในตัวบุคคลที่ต้องการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ด้วยหลากหลายวิธี และขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จได้ และส่งผลต่อลักษณะและตัวตนของบัณฑิต¹² รูปแบบการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับอัตลักษณ์ของบัณฑิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³ อธิบายได้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนในห้องเรียนที่มีความหลากหลายและเน้นการสอนเป็นกลุ่มย่อย เป็นกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข และสภาพแวดล้อมการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตลักษณ์ของบัณฑิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัว ซึ่งทุกคนในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่และจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และอาจขยายไปยังชุมชนและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในการปลูกฝัง หล่อหลอม การสร้างสัมพันธ์อันดีหรือญาติ ทำให้นักศึกษามีทักษะการสร้างสัมพันธ์กับผู้บริหาร³ การที่อยู่ร่วมกันในสังคม ไม่ว่าจะในครอบครัว เพื่อน อาจารย์ ผู้คนในสังคมมีส่วนในการหล่อหลอมเกิดการเรียนรู้และช่วยในการพัฒนาอัตลักษณ์ในวิชาชีพพยาบาล¹³

2. แนวทางการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตอันพึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2.1 กำหนดนโยบายวางบันไดบูรณาการรายชั้นปีและสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต

แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลควรต้องมีการบูรณาการทั้งการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมหลักสูตร ศิลปวัฒนธรรม อย่างมีส่วนร่วมของผู้สอน ผู้เรียน ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สอดรับกับยุคสมัยกับนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁴ ที่พบว่าการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตทางการพยาบาลควรมีการประกาศนโยบายที่ชัดเจน พร้อมทั้งรับความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ คณาจารย์ ครูพี่เลี้ยงในแหล่งฝึก บุคลากรเจ้าหน้าที่ของวิทยาลัย ผู้ใช้บัณฑิต และผู้รับบริการ รวมทั้งมีการบูรณาการให้ครอบคลุมทุกพันธกิจเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล ให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต

2.2 จัดการเรียนการสอนตามยุคสมัยของนักศึกษาสู่ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนาการเรียนการสอนเข้ากับยุคสมัยมีการเรียนรู้บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ที่เป็นเด็กยุคใหม่ ยุคเจนเนอเรชัน Z ที่มีการใช้ดิจิทัลมาประยุกต์ รู้จักสื่อสาร รู้จักวิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์จริง เช่น การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ทั้งด้านความรู้

ทักษะพิสัยและจิตพิสัย ให้ผู้เรียนเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ ในสถานการณ์ทางคลินิกจำลองที่เสมือนกับชีวิตจริง ให้ผู้เรียน เรียนรู้การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดปัญหาทางคลินิก และการตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ควบคุมได้ โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ รวมทั้งการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพเพิ่มขึ้น^{12,14,15,16} การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน โดยจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่การคิดอย่างมี วิจารณ์ญาณ ประกอบด้วย 1) ชั้นเตรียมการก่อนการเรียน การสอน 2) การประเมินสมมติฐานเดิมของตนอย่างจริงจัง 3) การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง 4) การให้ผู้เรียนได้เผชิญ กับวิกฤตการณ์ที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิมของตน 5) การค้นหา ทางเลือกใหม่ 6) การวางแผนการกระทำใหม่ 7) การเริ่มทดลอง ทำตามบทบาทใหม่ 8) การสร้างความสามารถและความมั่นใจ ในบทบาทใหม่ 9) การบูรณาการและผนวกจนเป็นวิถีชีวิต ตามมุมมองใหม่ของตน¹⁷ เพื่อนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรม ทางการพยาบาลต่อไป

2.3 จัดกิจกรรมวิทยาลัยคุณธรรมอย่างต่อเนื่อง และสร้างความภาคภูมิใจต่อวิชาชีพ

กิจกรรมวิทยาลัยคุณธรรม เพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรมที่เหมาะสม ปมเพาะเมล็ดพันธุ์พยาบาล เพื่อให้เกิด ความดีในตัวผู้เรียน มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างการรับรู้ และการยอมรับ 2) การสร้างแกนนำ 3) การกำหนดอัตลักษณ์ 4) การกำหนดวิธี 5) ลงมือปฏิบัติ และ 6) พัฒนาให้เกิดความ ต่อเนื่องโดยใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ ทำให้นักศึกษา เข้าใจความแตกต่างในระหว่างบุคคลมากขึ้น เห็นอกเห็นใจ มีความเป็นกัลยาณมิตร มีวินัย มีความรับผิดชอบ มีจิตอาสา ในการช่วยเหลือประชาชน เป็นมิตรต่อผู้อื่น สังคม และ สิ่งแวดล้อม และเกิดร่วมมือร่วมใจและความภาคภูมิใจ ในวิชาชีพพยาบาล¹⁸

2.4 ส่งเสริมครุต้นแบบ ซึ่งการเป็นต้นแบบของ ผู้สอน เป็นครูที่มีมาตรฐานการปฏิบัติตนที่กำหนดขึ้น เพื่อ รักษาและส่งเสริมเกียรติคุณชื่อเสียงและฐานะของผู้ประกอบ วิชาชีพทางการศึกษาให้เป็นที่เชื่อถือ ศรัทธาแก่นักศึกษา ผู้รับบริการและสังคม สร้างแรงจูงใจให้นักศึกษา โดยผู้สอน ทุกคนมีส่วนร่วมสำคัญในการปลูกฝังเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการ พยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาล ขณะที่มีการจัดการเรียน การสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเป็นแบบอย่างที่ดี

แก่นักศึกษา ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้นักศึกษาเกิดเจตคติที่ ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลได้ เป็นต้นแบบในการพัฒนา นักศึกษา^{3, 19, 20}

2.5 จัดวัฒนธรรมองค์กรสร้างความสุขและ การจัดการความรู้

การสร้างความสุขเพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะ เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มีการจัดป้ายความรู้ นิทรรศการให้ความรู้ ทางวิชาการและวิชาชีพ การปรับภูมิทัศน์ให้สวยงาม นำอยู่ การจัดชั่วโมงการสอนที่เหมาะสมตามความต้องการของ นักศึกษา เพื่อช่วยในการหล่อหลอมนักศึกษา¹² และมีการ จัดการความรู้โดยผู้สอนคอยกระตุ้นให้เกิดข้อสงสัย เกิดความ สนใจใคร่รู้ เพื่อกำหนดความรู้ที่จำเป็นคืออะไร ต้องมีการ แสวงหาความรู้ว่าจะได้ความรู้มา จะจัดเก็บความรู้ อย่างไร มีการแบ่งปันความรู้กันได้ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่าง ผู้สอนและนักศึกษาทำให้มีความรู้ใหม่มากขึ้น²¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลในด้านคิดวิเคราะห์ทั้งในด้าน การจัดการเรียนการสอนที่เน้นกิจกรรมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และสนุกสนานมากขึ้นและการพัฒนาผู้เรียนซึ่งสอดคล้องกับ ลักษณะของผู้เรียนในยุคปัจจุบัน และความต้องการผู้ใช้บัณฑิต

2. วิทยาลัยควรนำแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์ ของบัณฑิตพยาบาล เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมเจตคติต่อวิชาชีพ พยาบาลและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จากกิจกรรมเสริมหลักสูตร ร่วมกับจัดเวทีเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนกับรุ่นพี่ที่สำเร็จการ ศึกษาและประสบความสำเร็จในการทำงาน รูปแบบการเรียน การสอนที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เรียนรู้ในชุมชนและ สถานการณ์จริงมากขึ้น และจัดสภาพแวดล้อมการเรียนที่นำ เรียนและศึกษาค้นคว้า ที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้สู่การ เปลี่ยนแปลงภายในตนเองของบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพสู่ชุมชน ที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

พัฒนารูปแบบอัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลของ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สอดคล้องวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ต่อไป

References

1. Pornrunroj C. Student identity school identity. Bangkok: Sino Publishing Ann Packaging;2014. (in Thai)
2. Ponham N, Intharakasem S, Sinthusir P. An assessment of graduate according to identity of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom. Journal of Education Research, Faculty of Education, Srinakhonrinwirot University 2014;8(2):104-112. (in Thai)
3. Thongsom P, Janpet A, Siriporn L, Hanbenjapong C. Graduated identity development process of colleges under Praboromaratchanok Institute Jurisdiction, Ministry of Public Health. Journal of Health Science 2020;29(3):547-560. (in Thai)
4. Khomtinet S, Saedkong P, Prombooth R, Tupsai T, Thitiyanviroj B, Butudom A, Klungklang, RA. Quality evaluation of the graduates, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. Journal of Curriculum and Instruction, Sakon Nakhon Rajabhat University 2020;12(34):133-144. (in Thai)
5. Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi province. Manual of nursing students of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi province. Phetchaburi province;2021. (in Thai).
6. Songwatthanayuth P, Kitsawat S, Sirichot K, Boonlua S. Factors related the characteristics of graduates framework for higher education among nursing students in Prachomkiao college of nursing, Phetchaburi province. Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province 2018;1(1):57-69.
7. Wanichbancha K. Statistical analysis: Statistics for administration and research. 16th ed. Bangkok: Printing House of Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;1988.
9. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004;24(2):105-112.
10. Khonhkhontot P, Jarupisitpaiboon C, Gaewgoontol N, Pramasawat N, Pha-Ngam M. Opinions of stakeholders on the qualities and identities of novice nurses graduated from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima in the academic year 2018. Journal of Health Science 2020;29(6):1086-1094. (in Thai)
11. Sitisart W, Teankhow S. Quality and identity of nursing graduates from Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj. Journal of Nursing, Siam University 2017;18(34):49-61. (in Thai)
12. Ploysuwan C, Pidej K, Posr S, Puengching T. Factors affecting to learning achievement motivation of nursing students, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University. Journal of Nursing and Health Education 2020;13(1):97-113. (in Thai)
13. Silva TA, Freitas GF. Primary socialization in the process of professional choice and identity of nurses: A Dubarian approach. Rev Bras Enferm 2021;74(2):e20200293.

14. Nawsuwan K, Wisalaporn S, Sattayarak WS. Strategies to develop the nursing students' identity in nursing colleges, Ministry of public health. *Hatyai Journal* 2015;13(2):117-132. (in Thai)
15. Lertlum L, Tanasansutee C, Panawatthanapisuit S, Bumrungsri C. Development of a simulation-based learning model. *The Southern College Network Journal of Nursing of Public Health* 2019;6(Special):43-57. (in Thai)
16. Zakari NM, Hamadi HN, Audi GR, Hamadi W. Impact of simulation on nursing student's competency: A perspective qualitative study in Saudi Arabia. *International Journal of Nursing Education* 2017;2(9):75-80.
17. Leaudnakrob N. The development of blended learning model by transformative learning to enhance critical thinking ability of nursing student [doctoral's thesis]. Pitsanulok: Naresuan University;2017. (in Thai)
18. Santwanpas N, Wanngamwiset S, Pratanvorapanya W, Kooariyakul A. The driving model of a moral college: A case study of Boromarajonani college of nursing, Nonthaburi. *JOPN* 2020;12(1): 197-209. (in Thai)
19. Sawaain R, Wilairat W, Maruekhi S, Rukwong M, Buaparot W. Building inspiration from the master teacher for self – development of professional teachers in the three southern border provinces. Faculty of Humanities and Social Sciences. Yala Rajabhat University; 2019. (in Thai)
20. Kuarriyakul A, Yottawee V, Intichol N, Noltong W, Inpanoa W. Attitude toward the nursing profession of nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. *Journal of Health Science Research* 2012;6(1):18-26. (in Thai)
21. Pheetarakorn P. Development of an integrated learning instructional model by using knowledge management process for community development of nursing student in nursing colleges under the Praboromarajchanok institute [doctoral's thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University;2015. (in Thai)

บทความวิจัย

The Development of a Chronic Renal Failure Prevention Model for Hypertensive Patients at Risk in Rural Communities in Doem Bang Subdistrict Doem Bang Nang Buat District, Suphanburi Province

Received: Oct 13, 2022
Revised: Dec 9, 2022
Accepted: Dec 19, 2022

Orawan Yusuwan, M.N.S¹
Napaphen Jantacumma, Dr.PH²
Mukda Nuysri, Dr.PH³

Abstract

Introduction: Patients, multidisciplinary teams, and community networkers should take part in the prevention of chronic kidney disease (CKD).

Research Objectives: This research and development (R & D) study aimed to: 1) investigate the situation and problems of CKD prevention among at risk hypertensive patients in rural communities; 2) develop a model for CKD prevention in at risk hypertensive patients; and 3) examine the effects of CKD prevention model for at risk hypertensive patients in the rural communities of Doem Bang subdistrict, Doem Bang Nang Buat district, Suphanburi province.

Research methodology: This R & D study consisted of 3 phases as follows: 1) situation investigation, 2) model development, and 3) examination of model effectiveness. Research instruments were a self-care behavior questionnaire, and satisfaction assessment of both patients and healthcare providers. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon-test.

Results: Findings revealed that 1) at the beginning of the study, there were no activities and plans regarding CKD prevention in the community. The roles of stakeholders were unclear; data was not linked; and there were lack of guidelines and manuals, and participation among community networks. 2) subsequently, a CKD prevention model was developed. A comprehensive treatment information system was implemented. Guidelines for giving feedback to patients, a clinical practice guideline, a manual to prevent CKD, and home visit guidelines were developed. Within this model, community networks took part in patient care. 3) at follow up, mean score of health behavior in patients was significantly higher than at base line ($p < .05$).

Conclusions: Stakeholder involvements, patients, multidisciplinary teams, and community networks, can prevent CKD.

Implications: The model can be used as a guideline for the development of a prophylactic model for end-stage renal disease in patients with at-risk diabetes mellitus and hypertension in rural communities.

Keywords: prevention model, chronic kidney disease, hypertensive patients, chronic care

¹Student of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner. E-mail: orawan.j2729@gmail.com

²Corresponding author : Assistant Professor Doctor of School of Nursing. E-mail: napaphen_ja@hotmail.com

³Associate Professor Doctor of School of Nursing. E-mail: mukda9.nuy@gmail.com

^{2,3}School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ตำบลเดิมบาง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดสุพรรณบุรี

Received: Oct 13, 2022

Revised: Dec 9, 2022

Accepted: Dec 19, 2022

อรรวรรณ อยู่สุวรรณ พย.ม.¹

ภาเพ็ญ จันทขัมมา ส.ค.²

มุกดา หนูยศรี ส.ค.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบฯ ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้แบบฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ การทดสอบทีและสถิติการทดสอบวิคคอกซ์สันไชน์แรงค์ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงพบว่าไม่มีการจัดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไม่ชัดเจน บันทึกข้อมูลไม่เชื่อมโยง ไม่มีแนวปฏิบัติและคู่มือขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน 2) รูปแบบฯ ที่พัฒนามีการจัดทำแผน หน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ข้อมูลครอบคลุมกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิก คู่มือ แนวทางการเยี่ยมบ้าน เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม 3) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังใช้แบบฯ ดีกว่าก่อนใช้แบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย: การมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน สามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถใช้แบบฯ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบทได้

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดูแลโรคเรื้อรัง

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: orawan.j2729@gmail.com

²Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: napaphen_ja@hotmail.com

³รองศาสตราจารย์ ดร. E-mail: mukda9.nuy@gmail.com

^{2,3}สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568¹ สถานการณ์ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ความชุกของความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 25.40 ในปี พ.ศ. 2562-2563² โรคความดันโลหิตสูงถือเป็น “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการแสดง จนทำให้หลายคนต้องเสียชีวิตจากโรคนี้ หากมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) ซึ่งเป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน โดยมีอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังในเวลาต่อมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 200 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเพิ่มแรงดันหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต ทำให้เยื่อหลอดเลือดฝอยได้รับอันตราย หลอดเลือดเกิดการอักเสบ เกิดเป็นพังผืด³ ไตที่เหลืออยู่ต้องปรับตัวทำหน้าที่ในการขับถ่ายของเสียมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไตและปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตน้อยลงพร้อมกับหน่วยไตที่ลดลง หรือพบอัลบูมินในปัสสาวะ (urine albumin/creatinine ratio) มากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อกรัม พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะหรือพบความผิดปกติของเกล็ดแร่ เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะไตวายในที่สุด ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 15.16⁴ และเพิ่มเป็นร้อยละ 40.36 ในปี พ.ศ. 2558⁵ จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มสูงเกือบ 3 เท่าในระยะเวลา 3 ปี ในปี พ.ศ. 2563 สาเหตุหลักของผู้เข้ารับการรักษาทดแทนไต คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.50

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมบางมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้ง 5 ระยะ ในปี พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 ระยะที่ 1 จำนวน 15, 13 และ 15 คน ระยะที่ 2 จำนวน 29, 39 และ 69 ระยะที่ 3 จำนวน 71, 85 และ 102 คน ระยะที่ 4 จำนวน 19, 16 และ 15 คน และระยะที่ 5 มีจำนวน 2, 4 และ 6 คน ตามลำดับ⁶ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่ารับประทานอาหารสำเร็จรูป ยาแก้ปวด ยาชุด ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 มีจำนวนมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะไม่มีอาการ จึงเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยไม่รู้ตัว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2

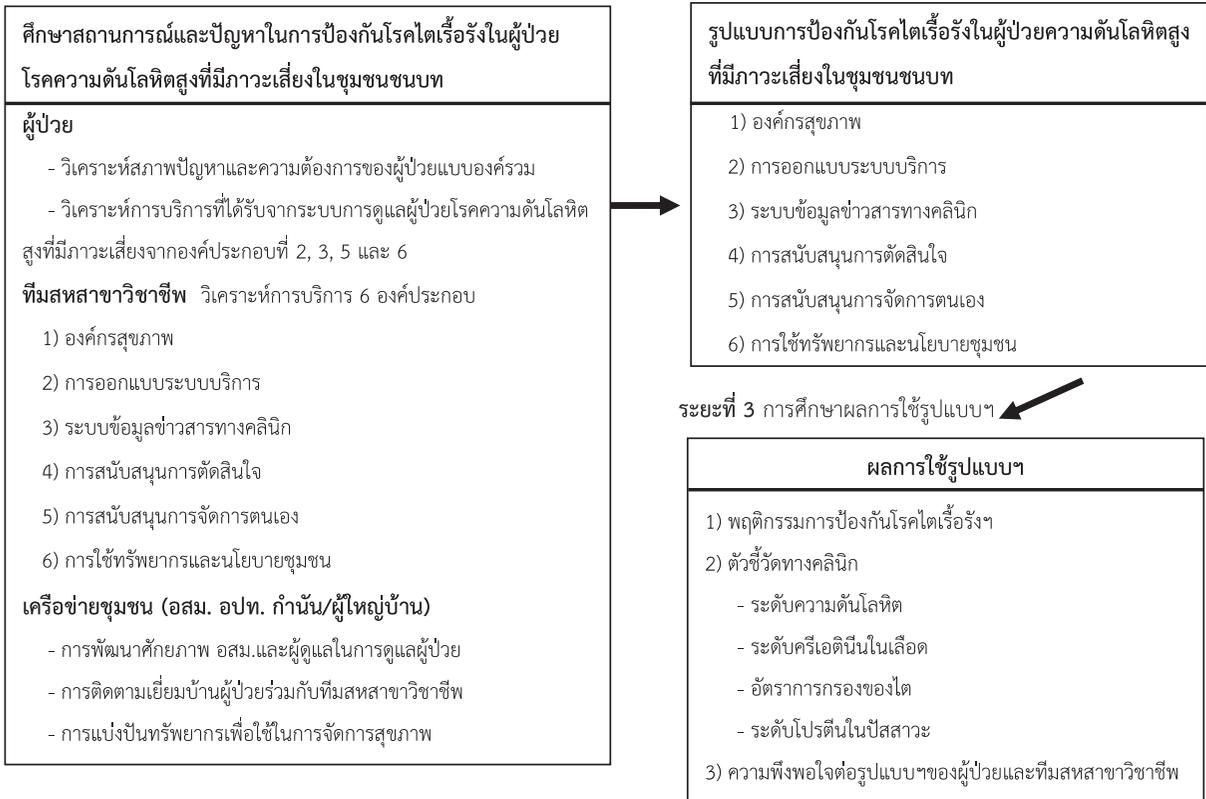
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) ของ Wagner และคณะ¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง ทั้ง 6 องค์ประกอบ ครอบคลุมทั้งการจัดการในระบบสุขภาพและการบริการ รวมถึงการเชื่อมโยงสู่ชุมชน ซึ่งทำให้สามารถอธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพและตอบโจทย์การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังในระดับปฐมภูมิได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ประยุกต์แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์กรสุขภาพ 2) การออกแบบระบบบริการ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ 5) การสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 6) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง โดยการวัดพฤติกรรม ความดันโลหิต ครีเอตินิน อัตราการกรองของไต โปรตีนในปัสสาวะ รวมถึงความพึงพอใจต่อ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบฯ ของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ แสดงในภาพที่ 1 **วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังหรือเป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 2 (อัตราการกรองของไต = 60-89.99 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร) ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน ในตำบลเดิมบาง อำเภอดเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข วิชาชีพละ 2 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเดิมบางนางบวชและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมบาง 3) เครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลเดิมบาง อำเภอดเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน

ชนบท โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 73 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน **กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วยถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่สมัครใจ 6 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน จำนวน 6 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ผู้ป่วย HT และ CKD ในรพ.เดิมบางนางบวชและ รพ.สต.เดิมบาง วิชาชีพละ 1 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 73 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน 3) เครือข่ายชุมชน จำนวน 101 คน **กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 50 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยค่า effect size 0.35 กำหนดให้อำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 ระดับความเชื่อมั่น (α) = .05 คำนวณค่า effect size จากผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ของ Khuanphet และคณะ¹¹ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โดยการพัฒนาแบบฯ ใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 80.19 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.70) ในขณะที่ก่อนการทดลองมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 74.03 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.60) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 50 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน 3) เครือข่ายชุมชน จำนวน 8 คน เครือข่ายชุมชนเลือกแบบเจาะจง คือ กำนันตำบลเดิมบาง 1 คน กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลเดิมบาง 1 คน และอสม. จากหมู่บ้าน 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวมเป็น 8 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 73 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน **กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วย จำนวน 50 คน 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ 1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ สัปดาห์ที่ 1-2 ประเมินภาวะสุขภาพ ทำแบบประเมินพฤติกรรม สุขภาพ ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอวสัปดาห์ที่ 3-4 ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง สัปดาห์ที่ 5-11 ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังที่บ้าน สัปดาห์ที่ 7-8 ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 9 ทบทวนความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบฯ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ข้อมูลทางคลินิก ส่วนที่ 2 พฤติกรรม การดูแลตนเอง จำนวน 51 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมรวม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการใช้ยา 4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามพฤติกรรม แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เสนออาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ สัมภาษณ์เชิงลึกและสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบสอบถามพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต

จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า 30 ปี จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) 0.94 , 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 20/2564 ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย การสมัครใจเข้าร่วมโดยอิสระ การขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 6 คน คนละ 1 ชั่วโมง สันทนาการกลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท นำรูปแบบฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 50 คน กิจกรรมที่ปฏิบัติในชุมชนมีรายละเอียด ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1-2 ประเมินภาวะสุขภาพ สัปดาห์ที่ 3-4 ให้ความรู้กับผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 7-8 ติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 9 ทบทวนความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ประเมินปัญหาและอุปสรรค สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลพฤติกรรม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง

ในชุมชนชนบท ระยะนี้เป็นช่วงการศึกษาผลจากการใช้รูปแบบฯ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดิมที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 50 คน ห่างจากระยะที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมและแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ระดับของพฤติกรรมในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการบริการและการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) และ การทดสอบวิลคอกซันไซน์แรงค์ (Wilcoxon Signed Rank test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($\alpha=.05$)

ผลการวิจัย

ระยะ 1 และระยะที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบทและการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนชนบท

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 6 คน และสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพจำนวน 6 คน ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 จัดเตรียมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาจัดการ เช่น ถอดเสียงเป็นข้อความ นำเอกสารมาสังเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2 กำหนดประเด็นวิเคราะห์ โดยนำกรอบการวิเคราะห์ที่กำหนด ขั้นตอนที่ 3 การเข้ารหัสข้อมูล เช่น การนำ

เอกสาร อักษร ข้อความมาให้รหัสตามประเด็นวิเคราะห์มา จัดหมวดหมู่ ขึ้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย ภายหลังจากขั้นตอนการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ได้ผลลัพธ์ การวิจัยเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. องค์กรสุขภาพ (health system organization)

ไม่มีการจัดกิจกรรม แผนงาน โครงการ ไม่มีนโยบายการจัด ทำแนวทางการดูแลและไม่มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ของเจ้าหน้าที่และอสม. หลังการพัฒนารูปแบบได้จัดทำ แผนการดำเนินงาน ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และอสม. จัดทำแนวทางการดูแล การพยาบาล การเยี่ยมบ้าน

2. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design)

เจ้าหน้าที่มีบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดแนวทางการ ปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม พยาบาลซักประวัติ วัดความดันโลหิต ตรวจรักษา และจ่ายยาเอง ทำให้ไม่มีเวลาให้ความรู้รายกลุ่ม หรือให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการพัฒนารูปแบบมีการกำหนดขั้นตอนการรับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง กำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ให้มีความชัดเจนขึ้น ร่วมกันติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังเครือข่ายชุมชน

3. ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (clinical information systems)

รพ. มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล (HOSxP) รพ.สต. บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (HOSxP PCU) ซึ่งทั้งสองโปรแกรมไม่เชื่อมต่อกัน การลงบันทึกในสมุดประจำตัวไม่ครอบคลุม ไม่มีการคืน ข้อมูลสุขภาพ ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล หลังการพัฒนารูปแบบ มีการแจ้งเตือนระยะอันตรายของไต เพิ่มประวัติ ลงข้อมูลครอบคลุมมากขึ้น มีผลเลือดอยู่ในหน้าแรกของ เวชระเบียน มีการแจ้งคืนข้อมูลให้กับผู้ป่วย บันทึกผลเลือด ประจำปลงในสมุดประจำตัว

4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support)

ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และคู่มือสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจ แต่ยังขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่มีคู่มือเกี่ยวกับโรค ไม่มีแผนพับ ป้าย ให้ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจรักษา หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไต

เรื้อรังเพิ่มเติมจากแนวทางเดิม และจัดทำคู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

5. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นบางครั้ง ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน หลังการพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง คั้นข้อมูลภาวะสุขภาพ เช่น ระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ การรับประทานยาอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด

6. การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (community resources and policies) ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ทั้งเทศบาล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกัน หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีแนวทางการเยี่ยมบ้าน สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และเครือข่ายชุมชน เพื่อกระตุ้นเตือน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลตนเอง

ระยะ 3 การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนบท

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรังรวม 50 คน เพศหญิง ร้อยละ 76 (38 คน) อายุเฉลี่ย 72.30 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.53 ต่ำสุด = 55 ปี สูงสุด = 83 ปี) นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94 (47 คน) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62 (31 คน) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 (15 คน) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 82 (41 คน) มีโรคร่วม ร้อยละ 62 (31 คน) โรคร่วมที่พบ คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 62 (31 คน) ยาลดไขมันที่รับประทานคือ Simvastatin 10 mg ร้อยละ 80.6 (25 คน) ระยะเวลาป่วย ค่าเฉลี่ย 12.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.97 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 23 ปี) ยาลด/ควบคุมความดันโลหิตที่ได้รับ คือ Amlodipine 10 mg ร้อยละ 60 (30 คน)

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังใช้

รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิต
ไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .05$) ระดับซีรั่มครีเอตินิน และระดับโปรตีนในปัสสาวะ
หลังใช้รูปแบบฯ ลดลงจากก่อนใช้รูปแบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p = .07, .16$ ตามลำดับ) ส่วนอัตราการกรองของไต
หลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p = .08$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้ Paired t-test (n = 50)

ข้อมูลทางคลินิก	ก่อนใช้รูปแบบ n = 50		หลังใช้รูปแบบ n = 50		t	P -value
	M	SD	M	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	139.82	23.03	129.66	15.60	3.91	0.00*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	83.94	13.93	77.64	8.21	3.64	0.00*
ระดับซีรั่มครีเอตินิน	0.81	0.143	0.79	0.142	1.46	0.07
อัตราการกรองของไต	77.15	8.06	78.65	9.92	-1.36	0.08
ระดับโปรตีนในปัสสาวะ	1.02	0.14	1.00	0.00	1.00	0.16

* p-value น้อยกว่า <.001

การเปรียบเทียบระยะของอัตราการกรองของไตก่อน และหลังใช้รูปแบบ

ข้อมูลทางคลินิก พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมี
อัตราการกรองของไต อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 100 (50 คน)

หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยง
โรคไตเรื้อรังมีอัตราการกรองของไต อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 92
(46 คน) อัตราการกรองของไตเปลี่ยนแปลงเป็นระยะที่ 1
ร้อยละ 8 (4 คน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 50)

ข้อมูลทางคลินิก	ก่อนใช้รูปแบบ n = 50		หลังใช้รูปแบบ n = 50	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการกรองของไต				
มากกว่า 90 ml/min/1.73 m ² (ระยะที่ 1)	-	-	4	8
60 - 89 ml/min/1.73 m ² (ระยะที่ 2)	50	100	46	92

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบฯ ($M = 4.22$, $SD = 0.17$) ดีวก่อนใช้รูปแบบฯ ($M = 3.72$, $SD = 0.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ ($p = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			z	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับประทานอาหารโซเดียมสูง	3.73	0.42	ดี	4.58	0.20	ดีที่สุด	-6.16	.00*
การรับประทานอาหารที่มีไขมัน	3.83	0.52	ดี	4.33	0.26	ดี	-6.04	.00*
การรับประทานแป้งและน้ำตาล	4.22	0.48	ดี	4.60	0.27	ดีที่สุด	-5.80	.00*
การรับประทานธัญพืช	2.79	0.36	ปานกลาง	3.09	0.32	ปานกลาง	-5.84	.00*
การดื่มน้ำ	3.56	1.18	ดี	4.44	0.57	ดี	-4.85	.00*
การดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน	4.06	0.89	ดี	4.41	0.58	ดี	-4.88	.00*
การออกกำลังกาย	2.13	1.32	ไม่ดี	2.49	1.33	ไม่ดี	-3.62	.00*
การैया	4.86	0.33	ดีที่สุด	5.0	0.00	ดีที่สุด	-3.12	.02*
การสูบบุหรี่	4.76	0.96	ดีที่สุด	4.76	0.96	ดีที่สุด	0.00	1.00
โดยรวม	3.72	0.27	ดี	4.22	0.17	ดี	-6.15	.00*

* p-value น้อยกว่า .05

ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบฯ

ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพหลังใช้รูปแบบฯ ความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด ($M = 4.6$, $SD = 0.2$) โดยระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 83.33 พึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 16.67 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบฯ ระดับความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด ($M = 4.2$, $SD = 0.1$) ระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 11 พึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 89

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ภายหลังจากพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลังใช้รูปแบบฯ ดีวก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khuanphet และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยมีการบริโภคโซเดียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) หลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง

เพิ่มขึ้น ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ได้รับการเยี่ยมบ้าน จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เดิมบาง และอสม.มีแนวทางการเยี่ยม บ้านที่ชัดเจนมากขึ้น เข้าไปดูถึงการประกอบอาหารในครัว เครื่องปรุงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการทำอาหาร อาหารที่ รับประทาน ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น ระดับ ความดันโลหิต พบว่าหลังใช้รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wajamun¹² ที่อธิบายว่า การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางไตระยะที่ 1-2 ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของ เจ้าหน้าที่และการพัฒนาศักยภาพของ อสม. 2) การพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) การพัฒนาระบบบันทึก ข้อมูลของผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน และ 5) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร้อยละ 64.20 รูปแบบนี้ได้มีให้บริการในคลินิกและการติดตาม เยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วย ดูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ ระดับครีเอตินิน อัตราการกรองของไต ระดับโปรตีนในปัสสาวะ พบว่าหลังใช้ รูปแบบมีความแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้เวลาเพียง 3 เดือน ทำให้ไม่ เห็นผลการเปลี่ยนแปลงชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนา ขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและผลลัพธ์ ทางคลินิก ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความรู้และสามารถประยุกต์ ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความร่วม

มือกัน การปฏิสัมพันธ์กันอย่างสร้างสรรค์ ระหว่างผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการป้องกันโรค ไตเรื้อรังและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงเหมาะสมกับบริบทของตำบลเดิมบาง อำเภอดำเนินนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี หากสถานบริการ อื่นจะนำไปใช้จะต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
2. รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรค หลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบฯ ยังไม่ เห็นผลครีเอตินินและอัตราการกรองของไตที่เปลี่ยนแปลง อย่างชัดเจนจึงควรใช้ระยะเวลาการศึกษาให้ยาวนานขึ้นเพื่อให้ เกิดผลชัดเจนและเกิดความต่อเนื่อง เช่น 6, 9 หรือ 12 เดือน เป็นต้น
2. ควรทำการศึกษาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังและศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาในทุกด้านอย่าง ต่อเนื่องให้ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนทางไตทุกระยะ เพื่อให้ เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

References

1. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis [Internet]. 2013 [cited 2021 January 9]. Available from:http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension.
2. Kanjanapibulwong A, Khamwangsanga P, Kaewtha S. NCD situation report 2019, diabetes, hypertension and related risk factors. Bangkok: Publishers Graphic and Design Fonts; 2020. (in Thai).
3. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adult [Internet]. 2015 [cited 2021 January 9]. Available from: <http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final/CKD>.
4. Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health. Annual report 2017 [Internet]. 2012 [cited 2021 January 9]. Available from:<http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&gid=1-015-008>.
5. Thanakijjaru P, Bunnag S, Pichaiwong W. Thailand medical services profile 2011-2014 [Internet]. 2014 [cited 2021 January 10]. Available from: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8.pdf>.
6. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1567-75.
7. Thanakitjaru P, Bunnag S, Pichaiwong W. Thailand medical services profile 2011-2014. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2014.
8. Thammathatchaaree J. World kidney day 65 [Internet]. 2022 [cited 2022 March 12]. Available from: <https://www.hffocus.org/content/2022/03/24680>.
9. Health Data Center Ministry of Public Health, Suphanburi. Information to meet the Kidney Branch Service Plan [Internet]. 2021 [cited 2021 April 10]. Available from: https://spb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce (in Thai).
10. Wagner, EH, Austin, BT, Davis, C, Hondmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. [Internet]. 2021 [cited 2021 April 10]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.long>.
11. Khuanphet P, Kawila R, Chaimuang A. Development of health service model for delaying kidney degeneration in chronic disease patients, health service networks of Mae Lao district, Chiang Rai province. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2020;7(1):57-74. (in Thai).
12. Wajamun J, Chomnirat W. The development of guideline for caring patients With diabetic nephropathy at secondary care, Nakhonratchasima province. *Journal of Nursing and Health Care* 2019;1:175-84. (in Thai).

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>