



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 Vol.39 No.2 May - August 2023

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

บทความวิชาการ

ประสบการณ์การวิจัยทางการพยาบาลด้วยทฤษฎีฐานราก

รุ่งทวรัตน์ ช้อยจ่อหอ จุฑามาศ โชติบาบ

บทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านในการป้องกันและดูแลผลตกต่งผู้ป่วยที่บ้าน: ประสบการณ์ของโรงพยาบาลรามารบิต
ภิญโญ อุทธิยา

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยรุ่นที่ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
วิดาพร ทับทิมศรี จันทร์เพ็ญ นิลาวัณย์ สมฤดี ศิลาพัชรนันท์ จินตนา รังษยา

ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด
ศิริวรรณ สมใจจริง ปณัชชิตา ขุนบุญยัง

การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ในจังหวัดฉะเชิงเทรา
แววดาว พิมพ์พันธ์ดี

ผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักเรียนชาย มัธยมศึกษาตอนต้น
ขวัญเรือน ล้วนดี อาภาพร เผ่าวัฒนา สุณีย์ ละกะปัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน
ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ พิมพ์ภา ปัญโญใหญ่ ฌยภา อนุภรณ์มกุล

การสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
ปานทิพย์ บุญประเสริฐ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนเมืองภาคใต้
กมลชนก ทอเลียด พิไลพร สุขเจริญ สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป จิตภา พลรักษ์

การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น : กรณีศึกษา จังหวัดพะเยา
ธานี กล่อมใจ กนกวรรณ เอี่ยมชัย สมศรี สังจะสกุลรัตน์ ชลธิมา ปันสกุล

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย
เพ็ญจันทร์ โอหมงษ์ พุทธวร พิลาวุธศิริ ศิริวรรณ สิงห์ศิริ กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร
พัชญา ชำนาญกุล อาภาพร เผ่าวัฒนา สุรินทร์ กลัมพากร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค
ทัตติยา นครไชย พชรนันท์ รัตนภาค จิราภรณ์ จันทน์แก้ว

ผลการเรียนรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ความเข้าใจและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สองในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน
ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและผู้อยู่ดูแล

ศรีสุนทรา เจริมวิวัฒน์ ฤฎาภา ตีเมสร์ ศิริพร ขุนฉาย

กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
ปรศินี ศรีกัน ดารารวรรณ รองเมือง พิเชต วรอรต ศรีสุตา งามชา

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
อดิยาณ์ ศรีเกษตริน ทิพวัลย์ พรหมณ้อย มุสดี สระทอง พิชญ์สินี มงคลศิริ เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน
กัลปิงหา ไชยสกุล เพ็ญใจ ศรียอด วรางคณา ตาปลันนัท นิตยา เศรษฐวรานนท์

ผลของนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันต่อความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
กุลทิธาน จุลเสวก อรุณรัตน์ อุทัยแสง ยวนุช กุลชาติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอกะรุบแบน จังหวัดสมุทรสาคร
ชนิดาภา กล่อมสมบัติ สุณีย์ ละกะปัน เพลินพิศ บุญมาลิก

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
เกศราภรณ์ อุดกันทา เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

Vol. 39 No. 2 May – August 2023

บรรณาธิการ ดร.ขวัญตา บุญวาต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.กุลธิดา พานิชกุล

อ.ศศิวิมล บุรณะเรช

กองบรรณาธิการ

ศ. เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ. ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

ผศ. ดร.ละอียด แจ่มจันทร์

ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

Prof. Dr. Henrik Eriksson

Assoc. Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

ดร.ศุภกิจ เจริญสุข

ดร.เนกฐรรณ คำแสน

ผศ.ดร.นันทกา สวัสดิพานิช

ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

ดร.พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร

ดร.ปฐมภรณ์ ทองเดิม

ดร.ปัญญาดี ทองแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

นายสมคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ประเทศไทย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒานครินทร์ ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย

กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง

แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย

Department of Health Sciences, The Swedish Red Cross University College

and Department of Health Sciences, University West, Sweden

Department of Nursing, College of Medicine

National Cheng Kung University, Taiwan

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

สำนักงาน:

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรช

นางสาวสุวิมล อินทร์วิเศษ

นางสาวรุ่งกานดา ภูมิรา

พิมพ์ที่: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร. 02-215-3612

cuprint@hotmail.com



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

Vol. 39 No. 2 May – August 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 Silapasuan		Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand
Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol		Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand
Assoc. Prof. Dr. Siriphun Siriphun		Faculty of Nursing, Narathiwat Rajanagarindra University, Thailand
Asst. Prof. Dr. Laiad Chaemchan		Faculty of Nursing, St. Louis College, Thailand
Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian		The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand
		Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand
Prof. Dr. Henrik Eriksson		Department of Health Sciences, The Swedish Red Cross University College and Department of Health Sciences, University West, Sweden
Assoc. Prof. Dr. Hsing-Mei Chen		Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan
Dr. Sukjai Charoensuk		Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand
Dr. Natawan Khumsaen		Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong , 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. Doungetre Thummakul		Faculty of Nursing, Suan Dusit University
Dr. Panarut Wisawatapnimit		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

1. รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
2. รศ.ดร.นพวรรณ เปียชื่อ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. พ.ต.หญิง ผศ.ดร.นภาพิณ จันทขัมมา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
6. ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิโย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
8. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
10. ผศ.ดร.พิมสุภาว จันทะโสตร์ นักวิชาการอิสระ
11. ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12. ผศ.ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
13. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก นักวิชาการอิสระ
14. ผศ.ดร.วรรณภา พาหุวัฒนกร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
16. ผศ.ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
17. ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18. ผศ.ดร.อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
19. ผศ.ดร.อรนุช ชูศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
20. ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ อัครราชกุมารีราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
21. นาวาโทหญิง ดร.กิตติมา สารวงษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
22. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
23. ดร.กฤตพัทธ์ ฝักฝน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
24. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
25. ดร.กุลธิดา พานิชกุล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
26. ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
27. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
28. ดร.เชษฐา แก้วพรม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
29. ดร.ณรินทร์ แยมสกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่
30. ดร.ณัฐวรรณ คำแสน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
31. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี นักวิชาการอิสระ

32. ดร.ธนาภา ฤทธิวงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
33. ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
34. ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
35. ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
36. ดร.ปลื้มจิต โชติกิจะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
37. ดร.พรทิพย์ สุขอดิศัย	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
38. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
39. ดร.พิริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
40. ดร.พุทธิราภรณ์ หังสวนัส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
41. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
42. ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
43. ดร.ลักขณา ศิริถิรกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
44. ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
45. ดร.สาดี แอมมิตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
46. ดร.สุดคณิง ฤทธิฤชัย	วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข
47. ดร.สุชีวา วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
48. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
49. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
50. ดร.สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
51. ดร.แสงดาว จันทรดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
52. ดร.สุวรรณณี สร้อยสงค์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
53. ดร.ศรีสุตา งามขำ	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
54. ดร.อรวรรณ แพนคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
55. ดร.อุไร นิโรธนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

สารบัญ
ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

บทความวิชาการ

ประสบการณ์การวิจัยทางการแพทย์ด้วยทฤษฎีฐานราก	1
รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ จุฑามาศ โชติบาง	
บทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านในการป้องกันและดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่บ้าน:	12
ประสบการณ์ของโรงพยาบาลรามารามิบัติ	
ภิญโญ อุทธิยา	

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยรุ่นพี่ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์	22
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ	
วิดาพร ทับทิมศรี จันทรเพ็ญ นิลวัชรณิ สมฤดี ศิลาพัชรนันท์ จินตนา รังษา	
ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์	34
ต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด	
ศิริวรรณ สมใจจริง ปณัชชัฐิตา ขุนบุญยัง	
การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ในจังหวัดฉะเชิงเทรา	47
แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี	
ผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	57
สำหรับนักเรียนชาย มัธยมศึกษาตอนต้น	
ขวัญเรือน ล้วนดี อาภาพร เผ่าวัฒนา สุณีย์ ละกะปิ่น	
ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน	68
ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่ ญญา ธนกิจธรรมกุล	
การสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขภาพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร	81
ปานทิพย์ บุญประเสริฐ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนเมืองภาคใต้	92
กมลชนก ทองเอียด พิไลพร สุขเจริญ สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป จิตภา พลรักษ์	
การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น : กรณีศึกษา จังหวัดพะเยา	102
ธานี กล่อมใจ กนกวรรณ เอี่ยมชัย สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ ชลธิมา ปิ่นสกุล	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย	112
เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ พุทธวร พิลาฤทธิ์ ศิริวรรณ สิงห์ศิริ กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์	
ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร	123
พัชญา ชำนาญกุล อาภาพร เผ่าวัฒนา สุรินทร์ กลัมพากร	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมกาดูแลตนเอง	134
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค	
ทัตติยา นครไชย พัทธนันท์ รัตนภาค จิราภรณ์ จันทรแก้ว	
ผลการเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สอง	147
ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและผู้ป่วยดูแล	
ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์ ลลภาภา ดีไมล์ ศิริพร ขุนฉาย	

สารบัญ
ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19	161
ปรีศินี ศรีกันัน ดาราวรรณ รองเมือง พิเชต วงรอต ศรีสุตา งามคำ ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	173
อติญาณ ศรีเกษตริน ทิพัทธ์ พรหมณ้อย ฟูสดี สระทอง พิชญ์สินี มงคลศิริ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน	184
กัลปิงหา โชสิวสกุล เพียงใจ ศรียอด วรางคณา ตาปสนันท์ นิตยา เศรษฐวรานนท์ ผลของนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	195
กุลพิธาน จุลเสวก อรุณรัตน์ อุทัยแสง ยุวนุช กุลลาดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร	209
ชนิตาภา กล่อมสมบัติ สุณีย์ ละกะปิ่น เพลินพิศ บุญยมาลิก ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	220
เกศราภรณ์ อุดกันทา เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล	

Content

Volume 39 Number 2 May – August 2023

Articles

The Experiences in Nursing Research with A Grounded Theory study Rungtawan Chojjorhor Juthamas Chotibang	1
Roles of Home Health Care Nurses in Prevention & Care for Patients with Pressure Injury at Home: The experience of Ramathibodi hospital Pinyo Utthiya	12

Research Articles

The Effectiveness of Basic Life Support Programs by Senior Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Vidaporn Dhabdhimsri Chanpen Ninwatcharamanee Somrudee Silapatcharanun Jintana Rungsa	22
Relationship between Pre-Pregnancy Maternal BMI and Total Gestational Weight Gain on Birth Asphysis Sriwan Somjaijing Panuttita Khoonboonyung	34
People's Resilience during the First Wave of COVID-19 Pandemic in Chachoengsao Province Waeodao Phimphandee	47
Effects of Theory of Planned Behavior-Based Application Program to Avoid Alcohol Use among Male Secondary School Students Khwanraun Luandee Arporn Powwattana Sunee Lagampan	57
Health Literacy, Social Support, and Breast Cancer Screening Behaviors Among Working-Age Women Sirakarn Chantachaloempong Pimpaka Panyoyai Nayada Thanakijtummakul	68
Modeling to Predict Happiness of Registered Nurses in Bang Mun Nak Hospital, Phichit Province Pantip Boonprasert Ansuree Sirisophon	81
The Effectiveness of Empowering The Health Literacy Among Elderly People With Hypertension Disease in A Southern-Thai Context Kamonchanok Thongied Pilaiporn Sukcharoen Sadakan Eamchunprathip Jidapa Polruk	92
Health Promotion with Folk Wisdom in Ethnic People: Case Study in Phayao Province Thailand Thanee Glomjai Kanokwan Aiemchai Somsri Sujjasakulrut Chontima Pinsakul	102
The development of a system of care for patients in the pre-treatment phase, outpatient department, Pone Pi Sai Hospital NongKhai Penjan Homehong Phutthaworn Philalit Siriwan Singhasiri Kalayarath Anonrath	112
Predictive Factors of Intention to Quit E-cigarettes among Young Adults in Bangkok Phachaya Chumnankul Arporn Powwattana Surintorn Kalampakorn	123

Content

Volume 39 Number 2 May – August 2023

Relationship between Health Literacy, Self-Efficacy and Self-Care Behaviors among Patients with Multiple Chronic Diseases	134
Tattiya Nakornchai Pacharanan Rattanapark Jiraporn Jankaew	
The Effects of Learning with a Video Lesson on Sophomore Nursing Students' Knowledge, Confidence and Practice Satisfaction of Discharge Planning for Patients with Tracheostomy and Caregivers	147
Srisuntra Jermworapipat Ladapha demile Siriporn Chunchai	
A Multidisciplinary Team, Patients and Caregivers Preparation of the Home Chemotherapy Services for Colorectal Cancer Patients in the Situation of the COVID-19 Outbreak	161
Pratsani Srikan Daravan Rongmaung Pichet Wongrot Srisuda Ngamkham	
Effects of the Village Health Volunteers Knowledge and Attitude Development Program on Stroke Prevention	173
Atiya Sarakshetrin Thippawan Pramnoi Pussadee Srathong Pitsini Mongkhonsiri	
Factors related to foot ulcers of type 2 diabetic patients in diabetes clinics	184
Kullapungha Chosivasakul Peangjai Siyod Warangkana Taapasanan Nittaya Sethavaranon	
Effects of The Innovative Insulin Injection Point Plates and LINE Application on Insulin-Penfill Injection Ability and Fasting Plasma Glucose among Diabetic Patients	195
Khunphitha Junsevg Arunrat Utaisang Yuwanuch Gulatee	
Factors influencing preventive behavior of coronavirus disease 2019 among secondary school students in krathum baen district, samut sakhon province	209
Chanidapa Klomsombut Sune Lagampan Plernpit Boonyamamalik	
Factors Affecting the Patient Participation in Safety as Perceived by Nurses in University Hospitals	220
Kedsaraporn Udkunta Petsunee Thungjaroenkul	

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ซึ่งดำเนินการจัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร (วพก.) มาอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากหลากหลายสถาบัน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทุกท่านได้เพิ่มพูนความรู้และมุมมองต่าง ๆ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ เนื้อหาในทั้ง บทความวิชาการ และบทความวิจัย บทความวิชาการในฉบับนี้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์การวิจัยทางการพยาบาลด้วยทฤษฎีฐานราก และบทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน ในการป้องกันและดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนบทความวิจัย มีทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ โดยศึกษาปัจจัยการรับรู้ ความรอบรู้ ประสิทธิภาพของโปรแกรม การพัฒนานวัตกรรม และการจัดการเรียนการสอน มีกลุ่มตัวอย่างมีทั้งในผู้ป่วย โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และกลุ่มปกติในช่วงวัยต่าง ๆ ทั้งในคลินิกและชุมชน เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ นักเรียน นักศึกษา พยาบาล ประชาชนทั่วไป รวมถึงกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ

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

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ตลอดจนผู้นิพนธ์บทความ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกันกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ดร. ขวัญตา บุญวาต

บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

The Experiences in Nursing Research with A Grounded Theory study

Received: Apr 4, 2023

Revised: Jul 5, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

Rungtawan Chojjorhor, Ph.D.¹Juthamas Chotibang, Ph.D.²

Abstract

Introduction: Grounded theory is a qualitative research method utilized to discover or theorize from the immerging data and analyze it systematically using constant comparative analysis. Although grounded theory is flexible, methods are complex. Therefore, researchers need to understand methods and applications of grounded theory concepts and processes before applying the theory to nursing research. The explicit understanding of grounded theory is significant to properly conduct research.

Objectives: To present knowledge of the grounded theory in nursing research.

Key issues: Grounded theory study is a research method in which the steps of analysis and data collection are concurrent conducted to maintain a constant comparison analysis method. This leads to categorization of data until it is saturated for developing a theory from the data called substantive theory.

Conclusions: Grounded theory was developed from the concept of symbolic interaction. The key features of the theory include theoretical sampling, constant comparison, theoretical sensitivity, and coding and categorizing to develop or create a theory.

Implications: Researchers can apply knowledge of grounded theory to conduct research and develop or create nursing theories in other perspectives.

Keywords: grounded theory, nursing, substantive theory, experiences

¹Corresponding author Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand. E-mail: rungtawan.c@bcn.ac.th

²Associate Professor Dr. Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. E-mail: chotibang.coact@gmail.com

ประสบการณ์การวิจัยทางการแพทย์ด้วยทฤษฎีฐานราก

Received: Apr 4, 2023

Revised: Jul 5, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

รุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ ปร.ด.¹

จุฑามาศ โชติบาง ปร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ทฤษฎีฐานรากเป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นพบหรือสร้างทฤษฎีจากข้อมูลที่ได้มาและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบคงที่ แม้ว่าทฤษฎีฐานรากจะมีความยืดหยุ่น แต่วิธีการมีความซับซ้อน ดังนั้นนักวิจัยจึงควรทำความเข้าใจแนวคิดทฤษฎีก่อนนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์เพื่อให้ถูกต้องตามกระบวนการของทฤษฎีฐานราก

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยทางการแพทย์ด้วยทฤษฎีฐานราก

ประเด็นสำคัญ: วิธีการศึกษาทฤษฎีฐานราก เป็นวิธีการวิจัยที่ขั้นตอนของการวิเคราะห์และการเก็บรวบรวมข้อมูลทำควบคู่กันไป โดยวิธีการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคงที่ เพื่อจัดหมวดหมู่ จนข้อมูลอิ่มตัว เพื่อให้ได้ทฤษฎีจากข้อมูลที่เรียกว่าทฤษฎีเนื้อหา (substantive theory)

สรุป: ทฤษฎีฐานรากพัฒนามาจากแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ คุณลักษณะที่สำคัญของทฤษฎี ประกอบด้วย การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี การเปรียบเทียบคงที่ ความไวทางทฤษฎี การให้รหัสและการจัดหมวดหมู่ เพื่อพัฒนาหรือสร้างทฤษฎี

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้: นักวิจัยสามารถนำความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีฐานรากไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาหรือสร้างทฤษฎีทางการแพทย์ในอนาคตในมุมมองอื่นได้

คำสำคัญ: ทฤษฎีฐานราก การพยาบาล การสร้างทฤษฎีเนื้อหา ประสบการณ์

¹Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

E-mail: rungtawan.c@bcn.ac.th

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประเทศไทย E-mail: chotibang.coact@gmail.com

บทนำ

ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) เป็นวิธีการวิจัยประเภทหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interactionism: SI) ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในบริบทเฉพาะเพื่ออธิบายพฤติกรรมของมนุษย์¹ เพื่อพัฒนาหรือสร้างทฤษฎีเนื้อหา² จากข้อมูลของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นการอธิบายและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับปรากฏการณ์ที่เลือกศึกษา รวมถึงหาความหมายของความสัมพันธ์ที่เกิดจากข้อมูล และการแปลความหมายต่าง ๆ จึงเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของมนุษย์ในสังคมนั้น³ ดังนั้นการวิจัยทฤษฎีฐานรากจึงใช้เพื่อสำรวจกระบวนการทางสังคมสร้างคำอธิบายเชิงทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการแสวงหาความรู้⁴

การวิจัยทฤษฎีฐานราก ได้นำมาใช้ในการศึกษาในศาสตร์หลายสาขา สำหรับทางการพยาบาลนำมาใช้เพื่อทำความเข้าใจการตีความ และการแสดงออกของบุคคลแต่ละบริบท แต่เนื่องจากทฤษฎีค่อนข้างมีความซับซ้อน ทำให้การนำทฤษฎีไปใช้ในการพยาบาลยังไม่แพร่หลายมากนัก บทความวิชาการนี้ได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎีฐานรากและแสดงตัวอย่างการประยุกต์ใช้ทฤษฎีฐานรากในการวิจัยทางการพยาบาลจากประสบการณ์จริงเพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีฐานรากและแนวทางการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอย่างแพร่หลายต่อไป

ทฤษฎีฐานราก

ทฤษฎีฐานราก พัฒนามาจากหลักการพื้นฐานของแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ โดย Barney Glaser และ Anselm Strauss³ ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกของสังคม ถ้าปราศจากสังคม บุคคลก็จะมีตัวตน ไม่มีจิตสำนึกของตัวเองและไม่มีการติดต่อสื่อสาร⁵ นักวิจัยทฤษฎีฐานราก จึงต้องทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์¹

แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์

แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เป็นกระบวนการทางสังคมที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยบุคคลกำหนด

สัญลักษณ์ใช้ในการสื่อความหมายการอยู่ร่วมกันในสังคม มีการกำหนดว่าผู้อื่นตีความหมายของการกระทำอย่างไร เพื่อคาดการณ์การตอบสนองของการกระทำบุคคลจะปรับหรือแก้ไขการกระทำของตนเองผ่านข้อเสนอแนะจากผู้อื่น⁶ หลักการสำคัญของแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ คือ 1) มนุษย์มีพฤติกรรมกระทำต่อสิ่งต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความหมายของสิ่งนั้น 2) การให้ความหมายของวัตถุหรือสิ่งต่าง ๆ มาจากหรือเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีกับผู้อื่น และ 3) การอธิบายให้ความหมายต่อสิ่งใด ๆ เป็นผลจากการจัดการและแก้ไข โดยผ่านกระบวนการตีความของบุคคลในการจัดการกับสิ่งที่พบ⁷

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ได้มาจากการสังเกตและวิธีการอุปนัย โดยแนวคิดหลักของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ประกอบด้วย 1) โลก (The world) 2) ความเป็นตัวตน (The self) และ 3) การกระทำร่วมกันทางสังคม (Social action)⁴

1. โลก ในทางทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง โลกของสัญลักษณ์ที่ต้องตีความ โลกในที่นี้คือ "โลกวัตถุ (object world)" โดย วัตถุ คือสิ่งที่สามารถอ้างถึงความ เป็นตัวตนและการสะท้อนให้เห็น แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) วัตถุทางกายภาพ เช่น แก้วและบ้าน 2) วัตถุทางสังคม เช่น เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน 3) วัตถุที่เป็นนามธรรม เช่น หลักการหรือความคิดทางศีลธรรม⁷ และวัตถุที่เป็นผลผลิตจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างมนุษย์ คือ การแสดงออกถึงพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น ท่าทาง เวลา การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกายและน้ำเสียง ซึ่งวัตถุไม่มีความหมายตามธรรมชาติ แต่ความหมายได้มาจากวิธีที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อวัตถุ และแสดงเป็นสัญลักษณ์ทางการกระทำและภาษา⁸ ยิ่งกว่านั้น มนุษย์ยังมีความสามารถในการจัดการกับตัวเองในฐานะวัตถุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสวมบทบาท (Role-taking) ซึ่งเป็นความสามารถในการวางตนเองในจินตนาการของบุคคลอื่นในเชิงสัญลักษณ์⁵ และเป็นความสามารถในการทำให้ตนเองที่อยู่สถานที่ต่าง ๆ ทราบความหมายและความตั้งใจของผู้อื่นและสามารถตอบสนองการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม⁹

2. ความเป็นตัวตน เป็นความสามารถในการสะท้อนตัวเองจากมุมมองของผู้อื่นในกระบวนการตีความที่

ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ความเป็นตัวตนเป็นเหมือนกระจก (looking-glass self) ที่เป็นการมองตนเองเหมือนที่คนอื่นเห็น ซึ่งความเป็นตัวตน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ "ฉัน (I) " และ "ตัวฉัน (Me) " โดย "ฉัน (I) " ถูกกำหนดให้เป็นความรู้สึกอิสระของมนุษย์และความคิดริเริ่มสำหรับพฤติกรรมของพวกเขาในฐานะมนุษย์ ในขณะที่ "ตัวฉัน (Me) " เป็นเป้าหมายของการสะท้อนตนเอง ซึ่งสามารถนิยามได้ว่าเป็น "ตัวเอง" และผู้อื่นที่เป็นประสบการณ์ด้วยตนเองจากการคิด การกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์ และการอยู่ในบริบททางสังคมต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเกิด ดังนั้น "ตัวฉัน (Me) " จึงเป็นชุดของทัศนคติ คำจำกัดความ ความเข้าใจ และความคาดหวังของผู้อื่น แต่ละคนจึงมีภาพ "ตัวฉัน (Me) " หลายภาพ เช่น สตรีที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด มีภาพ "ตัวฉัน (Me) " ของลูกสาว ภรรยา และแม่ สิ่งเหล่านี้สามารถมีอยู่พร้อมกันและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา⁵ ดังนั้น ความเป็นตัวตนของมนุษย์จึงมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ในด้าน active กระบวนการนี้เรียกว่า "ฉัน (I) " ซึ่งเป็นส่วนที่เคลื่อนไหวของตัวตนที่ริเริ่มความคิดและการกระทำ ในด้าน passive คือ เป้าหมายที่พฤติกรรมสะท้อนกลับของมนุษย์มุ่งตรงไปยังสิ่งที่เรียกว่า "ตัวฉัน (Me) " ^{5,10}

3. การกระทำร่วมกันทางสังคม คือ ความสำเร็จของการกระทำร่วมกันอย่างเหมาะสมในบริบทของสังคม การกระทำของบุคคลจำเป็นต้องสอดคล้องกับการกระทำของผู้อื่นโดยการตีความและนิยามการกระทำของกันและกัน ดังนั้น การกระทำที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นจึงกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในบริบททางสังคมที่กว้างขึ้น มนุษย์จำเป็นต้องตีความโลกเพื่อทำหน้าที่ เลือกดำเนินการอย่างเหมาะสมทั้งทางวจนภาษาและอวัจนภาษา โดยตีความผ่านข้อเสนอแนะหรือมุมมองของผู้อื่นในสังคม⁷ การกระทำร่วมกันทางสังคม ได้รับการออกแบบและดำเนินการในบริบททางสังคมที่ซับซ้อนและมีพลวัตอยู่เสมอ เพื่อทำความเข้าใจการกระทำทางสังคม จึงต้องมีการสังเกตและตีความในบริบททางสังคมที่ซับซ้อนเหล่านั้น⁹

ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ จึงเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แนวทางในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาททางสังคมของมนุษย์ ซึ่งมนุษย์ได้พัฒนาการ

มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่สำคัญในชีวิตโดยการสร้างสัญลักษณ์และทำการตีความหมายสัญลักษณ์เหล่านี้ เพื่อนำมาใช้ในการอธิบายว่า บุคคลพยายามที่จะปรับการกระทำของพวกเขาให้เข้ากับคนอื่นอย่างไร³ ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์เปรียบเหมือนเลนส์ที่ใช้เป็นกลไกการแปล ความ การค้นหาเพื่อตีความโลกส่วนตัวที่เป็นรากฐานของพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล¹¹

รูปแบบของทฤษฎีฐานราก

ทฤษฎีฐานราก เป็นวิธีการเชิงคุณภาพที่ใช้สำหรับการพัฒนาทฤษฎีที่ได้มาจากข้อมูลและอธิบายปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์¹ โดยเริ่มต้นด้วยข้อมูลและใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อพัฒนาทฤษฎี ทฤษฎีฐานรากจึงเหมาะสมในการใช้ทำความเข้าใจกระบวนการอย่างลึกซึ้งและสร้างทฤษฎีเพื่ออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่สนใจ¹² เรียกทฤษฎีประเภทนี้ว่าทฤษฎีเนื้อหา (substantive theory)³ สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบตามแนวคิดของนักสังคมวิทยา¹³ ดังนี้

1. รูปแบบการศึกษาตามสิ่งที่ปรากฏ (Emerging study) หรือ Glaser's classical grounded theory³ เป้าหมายของรูปแบบนี้ คือ การสร้างทฤษฎีแนวคิดที่อธิบายถึงรูปแบบของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องและเป็นปัญหาสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาตามสิ่งที่ปรากฏ มีวิธีแสวงหาความรู้ รูปแบบนี้ผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องมีแนวคิดเป็นกรอบการวิจัย หรือการทบทวนวรรณกรรมล่วงหน้า และปราศจากการตั้งสมมติฐาน¹⁴ รูปแบบนี้ผู้วิจัยจะเริ่มต้นจากประเด็นเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่สนใจว่าสิ่งที่สนใจเกิดขึ้นได้อย่างไร และทำการค้นหาหรือเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญคือกลุ่มบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจภายใต้การสังเกต และรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม โดยใช้วิธีการอุปนัย⁴

2. รูปแบบวิวัฒนาการ (Evolved study) หรือ Strauss, Corbin and Clarke grounded theory มีรูปแบบกระบวนการที่เป็นระบบ โดยพัฒนาจากรูปแบบดั้งเดิมร่วมกับการค้นพบปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ และเกิดจากผลงานที่เกี่ยวข้องกับงานของ Strauss, Corbin และ Clarke¹³ ทฤษฎีฐานรากรูปแบบนี้ มีวิธีแสวงหาความรู้ได้จากการทบทวนประเด็นหรือปรากฏการณ์ที่สนใจผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาช่องว่างขององค์ความรู้

ใช้เป็นแนวทางในการตั้งคำถามในระยะแรกของการวิจัย และดำเนินการวิจัยโดยมีโครงสร้างพื้นฐานจากกระบวนการให้รหัส (coding) กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling procedures) และใช้การวิเคราะห์แบบ conditional matrix เพื่อค้นหาภาพจริงที่เป็นตัวแทน (visual representation) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทฤษฎีที่มีความชัดเจน รูปแบบกระบวนการที่เป็นระบบนี้ ทำให้เกิดประโยชน์กับนักวิจัยมือใหม่ที่ใช้การศึกษาด้วยทฤษฎีฐานราก⁴

3. รูปแบบการสร้างสรรคนิยม (Constructivism)

หรือ Constructing grounded theory ของ Charmaz⁶ รูปแบบนี้มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก Constructivism โดยให้ความสำคัญกับความจริงที่ถูกสร้างขึ้น การแสวงหาความจริงต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา¹⁴ โดยมุ่งเน้นไปที่ความสำคัญของความหมาย (meaning) มุมมอง (view) ค่านิยม (values) ความเชื่อ (beliefs) ความรู้สึก (feeling) เป็นการบรรยายภาพความจริงที่เกิดจากการตีความ และนักวิจัยร่วมเป็นผู้สร้างความจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาและความหมายกับผู้ให้ข้อมูล⁴

คุณลักษณะที่สำคัญของทฤษฎีฐานราก

การศึกษาทฤษฎีฐานราก มีคุณลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1) **การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling)** มาจากพื้นฐานของแนวคิดการเปรียบเทียบสิ่งที่มีความแตกต่างเพื่อค้นหาความเหมือนหรือเพื่อเพิ่มความหนาแน่นในการจัดหมวดหมู่ข้อมูลในแง่ของคุณสมบัติและมิติข้อมูล¹⁵ โดยนักวิจัยคำนึงถึงข้อมูลและพยายามทำความเข้าใจ กับสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าสำคัญ รวมไปถึงวรรณกรรมและทฤษฎีที่มีอยู่ ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ของนักวิจัย เมื่อเริ่มการวิจัยนักวิจัยตัดสินใจเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งแรก โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อม บุคคล กลุ่มบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเรื่องที่ศึกษา หลังจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น การคัดเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎีจะถูกใช้เพื่อตัดสินใจว่าจะรวบรวมข้อมูลต่อไป และจะหาข้อมูลจากที่ใดเพิ่มเพื่อพัฒนาทฤษฎี การสุ่มนี้จะดำเนินไปจนกว่าจะบรรลุความอิ่มตัวของหมวดหมู่ตามทฤษฎี¹⁵ ซึ่งความอิ่มตัวทางทฤษฎี

เกิดขึ้นเมื่อไม่มีคุณสมบัติใหม่เกิดขึ้นและมีคุณสมบัติเดิมปรากฏขึ้นผ่านข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทฤษฎีฐานราก จึงไม่สามารถทำนายได้จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว¹⁶

2) **การเปรียบเทียบคงที่ (Constant comparison techniques)** เป็นวิธีการวิเคราะห์ตามหลักการของทฤษฎีฐานราก ซึ่งเริ่มขึ้นหลังจากการเก็บข้อมูลในภาคสนามครั้งแรก โดยการให้รหัส (coding) แต่ละหน่วยรหัสจะถูกเปรียบเทียบกับหน่วยการให้รหัสอื่น ๆ ทุกหน่วย และแต่ละประเภทจะถูกเปรียบเทียบกับประเภทอื่น ๆ ทั้งหมด รหัสจะถูกเปรียบเทียบกับหมวดหมู่ (category) และเหตุการณ์ (incidents) ต่อเหตุการณ์ ถูกนำมาใช้จนกระทั่งหมวดหมู่หลัก (core category) หรือกระบวนการทางสังคมขั้นพื้นฐาน (social process) ปรากฏขึ้น การวิเคราะห์นี้มีสองขั้นตอน โดยการเปรียบเทียบถามคำถาม บันทึกช่วยจำ (memos) และไดอะแกรม (diagramming) ร่วมกับกระบวนการให้รหัส (coding) การวิเคราะห์เปรียบเทียบคงที่ช่วยสร้างและเชื่อมโยงหมวดหมู่โดยการเปรียบเทียบเหตุการณ์ (incident) กับข้อมูลของเหตุการณ์อื่น ๆ (incidents) เหตุการณ์กับหมวดหมู่ (categories) และหมวดหมู่ (categories) กับหมวดหมู่อื่น ๆ (other categories) แล้วนำมาจำแนกหมวดหมู่ให้เป็นกลุ่มที่มีความหมายเหมือนหรือใกล้เคียงกันประกอบด้วยหมวดหมู่หลัก (core category) และหมวดหมู่ย่อย (subcategories)¹⁷ โดยนักวิจัยจะทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากภาคสนาม และจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁸

3) **ความไวทางทฤษฎี (Theoretical sensitivity)** เกี่ยวข้องกับความสามารถในการแยกความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่มีนัยสำคัญและมีความสำคัญน้อยกว่า และมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการตีความ นักวิจัยจำเป็นต้องมีความไวในทางทฤษฎี โดยสามารถสร้างขึ้นจากการอ่านและประสบการณ์ที่ซึ่มนักวิจัยให้ตรวจสอบข้อมูลจากทุกด้าน แทนที่จะยึดติดกับสิ่งที่เห็น¹ ซึ่งความไวทางทฤษฎี ได้มาจากสองแหล่ง ประการแรก มาจากการมีพื้นฐานที่ดีในเอกสารทางเทคนิคและจากประสบการณ์ส่วนตัวนักวิจัยนำความรู้ที่ซับซ้อนนี้มาใช้ในสถานการณ์การวิจัย ประการที่สอง ได้มาในระหว่างกระบวนการวิจัยผ่านการโต้ตอบอย่างต่อเนื่องกับ

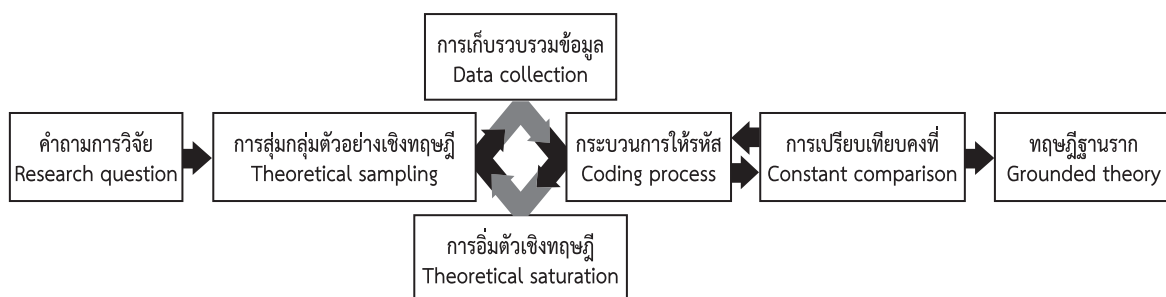
ข้อมูล การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล¹⁵ ดังนั้น นักวิจัยที่มีความตระหนักรู้ถึง ความละเอียดอ่อนของข้อมูล นัยสำคัญของข้อมูล โดยการหยั่งรู้เข้าใจ จึงเป็นนักวิจัยที่มีความไวทางทฤษฎีสามารถพัฒนาทฤษฎีจากต้นตอที่เป็นจริงได้อย่างรวดเร็วและรอบคอบ ซึ่งความไวทางทฤษฎีได้มาจากหลายแหล่งและถูกสร้างขึ้นได้ตลอดเวลา¹⁸

4) การให้รหัสข้อมูลและการจัดหมวดหมู่ (coding and categorizing) การให้รหัสข้อมูล (coding) เกี่ยวข้องกับการแยกข้อมูล การกำหนดแนวคิด และประกอบเข้าด้วยกันใหม่ด้วยวิธีใหม่และเป็นนามธรรมมากขึ้น ซึ่งใช้ในการจับเนื้อหาสำคัญภายใต้การศึกษาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในข้อมูล รหัสเป็นเหมือนป้ายกำกับกับแนวคิดที่กำหนดให้กับหน่วยข้อมูล ดังนั้น การให้รหัส สามารถนิยามได้ว่าเป็นการได้มาและการพัฒนาแนวคิดจากข้อมูลโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การถามคำถาม การเปรียบเทียบระหว่างข้อมูล เป็นต้น¹⁵ ขั้นตอนการให้รหัสนี้อยู่ภายใต้หลักการของวิธีการเปรียบเทียบค่าคงที่ โดยที่ข้อมูลจะถูกรวบรวมและตีความไปพร้อมกัน นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและแยกย่อยออกเป็นแนวคิด เหตุการณ์ หรือวัตถุที่แตกต่างกัน ระบุข้อมูลสำคัญต่าง ๆ ในกระบวนการ ตั้งชื่อกำกับ (label) ซึ่งสามารถ

เลือกได้โดยการวิเคราะห์หรือนำมาจากเนื้อหา เรียกว่า "in vivo coding"³ โดยกระบวนการให้รหัสข้อมูล จากนั้นจะจัดหมวดหมู่ (categorizing) ความคิด หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกันเข้าด้วยกัน สิ้นสุดเมื่อ 1) ไม่พบข้อมูลใหม่เกี่ยวกับหมวดหมู่ แม้ว่าจะพยายามรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ แล้วก็ตาม 2) มีการอธิบายหมวดหมู่ด้วยคุณสมบัติการแปรผัน และกระบวนการทั้งหมด และ 3) มีการเชื่อมโยงระหว่างหมวดหมู่อย่างแน่นหนา⁴

5) การสร้างทฤษฎีเนื้อหา หรือ การสร้างทฤษฎี (substantive theory or theory) ภายหลังการวิเคราะห์เปรียบเทียบคงที่ จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวแล้ว จากนั้นนักวิจัยเลือกหมวดหมู่หลัก (core category) ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่นักวิจัยต้องการศึกษาแล้วนำมากำหนดความสัมพันธ์กับหมวดหมู่อื่น เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลหรือแผนภาพของทฤษฎี ผลลัพธ์ที่ได้จากวิจัยเกิดขึ้นจากข้อมูลพื้นฐานที่ปรากฏ นำมาสร้างเป็นทฤษฎีเนื้อหา (substantive theory) และพัฒนาเป็นทฤษฎี (theory)³

สำหรับกระบวนการสำคัญในการวิจัยสร้างทฤษฎีฐานราก¹⁹ สามารถสรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการออกแบบการวิจัยทฤษฎีฐานราก

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีฐานรากทางการพยาบาล

เนื้อหาในส่วนนี้ แสดงตัวอย่างประสบการณ์ของผู้เขียน ในการนำทฤษฎีฐานรากไปใช้ในงานวิจัยทางการพยาบาล เรื่อง ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาครั้งแรกที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย: การศึกษาโดยใช้ทฤษฎีฐานราก²⁰ โดยรูปแบบการศึกษาตามสิ่งที่ปรากฏจากข้อมูล³ โดยนักวิจัยจะเริ่มจากปรากฏการณ์ที่สนใจ โดยไม่มีกรอบแนวคิดในการวิจัย การรวบรวมข้อมูลมีวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม ซึ่งจากการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว นักวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนในการสร้างทฤษฎีเนื้อหาจากข้อมูลที่ปรากฏ รายละเอียดการนำเสนอตามกระบวนการสำคัญในการวิจัยสร้างทฤษฎีมีดังนี้

1. คำถามการวิจัย (research question)

คำถามการวิจัยในงานวิจัยนี้ มี 2 คำถามคือ

1) ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาครั้งแรกที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายเป็นอย่างไร? และ 2) มารดาครั้งแรกที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายมีวิธีการจัดการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างไร?

2. การสุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (theoretical sampling)

ในการสุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีเพื่อเลือกผู้ให้ข้อมูล (ผู้ร่วมวิจัย) รายต่อไป เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการ

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเมื่อมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการศึกษา นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ ประสบการณ์ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นนักวิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎีจากสิ่งกระตุ้น (trigger) จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว เช่น จากการสัมภาษณ์ นักวิจัยพบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ภายหลังคลอดทารกถูกแยกจากมารดา แล้วส่งต่อไปยังตึกทารกแรกเกิดมี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกส่งไป NS 2 และ กลุ่มที่สองส่งไป NICU ตามภาวะสุขภาพของทารกแต่ละราย ดังนั้น นักวิจัย จึงต้องสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น “ประสบการณ์และการจัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายที่ทารกส่งตึกดูแลทารก ระหว่างตึก NS2 และ ตึก NICU ที่ทารกมีภาวะสุขภาพต่างกัน เป็นอย่างไร”จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

ภายหลังจากที่นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนักวิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) และบันทึกเทป เพื่อรวบรวมข้อมูล ภายหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง นักวิจัยถอดเทป การสัมภาษณ์ทั้งหมด โดยถอดความแบบคำต่อคำ (transcribed verbatim) และนักวิจัยตรวจสอบความชัดเจนและครบถ้วนของเนื้อหาเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ต่อไป ดังตัวอย่าง

บทสัมภาษณ์	
ก.	วันนี้...ช่วยเล่าประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ฟังหน่อยว่าเป็นอย่างไรบ้าง
ข.	ตอนแรกที่คลอดออกมาลูกหนัก 2300 กรัมเอง เกิดออกมาพยาบาลก็เอาลูกมาให้ดูเฉย ๆ บอกลูกตัวเล็กต้องอยู่ตู้อบไม่ได้ให้นมแม่ เพราะน้ำนมไม่มี จากนั้นพยาบาลสอนให้นวดเต้านม หัวนมกระตุ้น หนูก็นวดตามที่สอน ประมาณวันที่ 3 หลังคลอด จะเป็นน้ำนมเหลือง ๆ พยาบาลให้เอาใส่ syringe ไปให้ลูกที่ห้องเด็ก ตอนเอานมไปให้ลูก หนูสงสัยลูกมาก จนกลัวไม่อยากมีลูกอีกเลย

ในระหว่างการสัมภาษณ์นักวิจัยจะทำการบันทึกภาคสนามโดยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การสัมภาษณ์และการตั้งคำถามเพื่อเตือนผู้วิจัยถึงเหตุการณ์ การกระทำ และปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วม รวมถึงบันทึกบรรยากาศระหว่างสัมภาษณ์ เช่น ความเงียบ เสียงหัวเราะ การร้องไห้ และสีหน้าของผู้ให้ข้อมูล และประเด็นสำคัญในระหว่างการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนามเป็นการทบทวนอย่างละเอียดในแต่ละวัน ช่วยให้ผู้วิจัยมีความไวทางทฤษฎี (theoretical sensitivity) หรือความไวต่อข้อมูล ในแง่มุมเฉพาะที่ต้องให้ความสนใจในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

นอกจากนี้ นักวิจัยจะบันทึกช่วยจำ (memoing) โดยเน้นสาระสำคัญ ระบุขนาดและคุณสมบัติของหมวดหมู่ต่าง ๆ ที่พบในข้อมูลในเชิงทฤษฎี โดยนักวิจัยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่และความสัมพันธ์ภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ (constant comparison) รวมทั้งบันทึกการตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับการเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี โดยที่ตลอดกระบวนการบันทึกช่วยจำ นักวิจัยพยายามค้นหาคำตอบจากคำถามการวิจัย “ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาครั้งแรกที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายเป็นอย่างไร” และ “วิธีการจัดการการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่อย่างเดียวเป็นอย่างไร” ดังตัวอย่าง

Memoing 02 /1

- ดิ้นมาปั๊มนม เพราะอยากให้นมน้ำนมเยอะ ๆ
- ให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว ลูกจะได้แข็งแรง
- การส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ทำให้

อยากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. กระบวนการให้รหัสข้อมูล (coding process)

ภายหลังที่นักวิจัยถอดข้อมูลแบบคำต่อคำเป็นลายลักษณ์อักษรและลงบันทึกช่วยจำหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นักวิจัยทำการให้รหัส (coding) เริ่มจากการเปิดรหัส (open coding) โดยอ่านข้อมูลที่ถอดความที่ละบรรทัดจนกว่าจะเข้าใจอย่างถ่องแท้ จากนั้นแบ่งข้อมูลออกแยกเป็นเหตุการณ์ ตรวจสอบความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูลอย่างถี่ถ้วน ตามคำถามการวิจัย “ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาครั้งแรกของทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายเป็นอย่างไร” จากนั้นนักวิจัยตั้งชื่อรหัสตามสิ่งที่แสดง ไม่ว่าจะเป็นความคิด การกระทำ หรือเหตุการณ์ ในช่วงแรกของการให้รหัสข้อมูล นักวิจัยเน้นข้อมูลโดยใช้รหัสตาม in vivo (การใส่ที่ตรงกับคำพูดของผู้ให้ข้อมูลทุกประการ) จากนั้นนักวิจัยทำการเลือกรหัส โดยเลือกแบบมุ่งเน้นเชิงทฤษฎี (theoretical coding) ดังตัวอย่าง

บทสัมภาษณ์	Open coding
ก. วันนี้พี่จะขอน้องช่วยเล่าประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ฟังหน่อยว่าเป็นอย่างไรบ้าง	- ลูกตัวเล็ก ลูกอยู่ตู้อบ
ข. ตอนแรกที่คลอดออกมาลูกหนัก 2300 กรัมเอง เกิดออกมาพยาบาลก็เอากลูมาให้ดูเฉย ๆ บอกลูกตัวเล็กต้องอยู่ตู้อบ ไม่ได้ให้นมแม่ เพราะน้ำนมไม่มี จากนั้นพยาบาลสอนให้นวดเต้านม หัวนมกระตุ้น หนูก็นวดตามที่สอน ประมาณวันที่ 3 หลังคลอด จะเป็นน้ำนมเหลืองๆ...	- น้ำนมไม่มี: พยาบาลสอนนวดเต้านม

จากตัวอย่างการให้รหัส สามารถจัดกลุ่มรหัส เป็นการแก้ปัญหาการดาที่ไม่มีน้ำหนัก โดยจัดให้อยู่ในกลุ่ม ของ การเอาชนะปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอ ซึ่งได้แสดงช่วงท้าย ของบทความนี้ (แผนภูมิภาพที่ 1)

5. การอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (theoretical saturation)

นักวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูล ในแง่มุมต่าง ๆ เช่น มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายรายหนึ่ง กล่าวว่า เธอสามารถให้นมลูกได้เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิก ในครอบครัว นักวิจัยตระหนักถึงประเด็นนี้และใช้คำถามเชิง ลึกในการสัมภาษณ์กับมารดาในรายต่อไปเพื่อสำรวจหรือ ค้นหาความคล้ายคลึงกันของข้อมูล ในแง่ของความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยการเปรียบเทียบสิ่งที่ จนกว่ามีการอิ่มตัวเชิงทฤษฎี ไม่มีข้อมูลใหม่หรือหมวดหมู่ ใหม่เกิดขึ้น

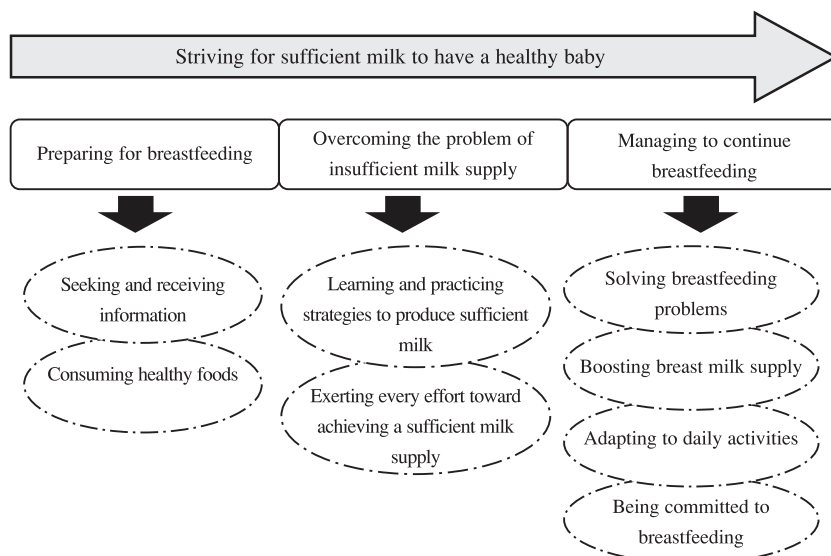
6. การเปรียบเทียบคงที่ (constant comparison)

นักวิจัยอ่านรหัสทั้งหมดซ้ำ ๆ พร้อมกับทำเครื่องหมาย แนวคิดของการให้รหัส ที่เป็นนามธรรม โดยเน้นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงการให้รหัสเชิงแนวคิด จากนั้นจัดเป็นหมวดหมู่ และ วิเคราะห์ตามคำถาม คือ “เหตุการณ์นี้บ่งชี้ถึงประสบการณ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาครั้งแรกที่มีทารก เกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ในหมวดหมู่ใด” ในการศึกษานี้มี ข้อมูล/ประโยคที่ผู้ให้ข้อมูลให้เหมือนกัน เช่น “ฉันมีน้ำมน้อย

แต่การดื่มชาหัวปลีทำให้น้ำมนมมากขึ้นสำหรับการให้นมครั้งต่อไป” หรือ “ฉันกินอาหารที่ช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม... ฉันดื่ม ชาขิง” หรือ “ฉันดื่มไม้นมนาง...ฉันอยากมีน้ำนมเยอะ ๆ” ในกรณีนี้ นักวิจัยได้กำหนดแนวคิดและสร้างรหัสนามธรรมนี้ คือ “การดื่มชาสมุนไพร” ช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม จะเปรียบเทียบข้อมูลจนกว่าไม่มีข้อมูลใหม่ปรากฏ

7. ทฤษฎีฐานราก (grounded theory)

การสร้างทฤษฎีเนื้อหา (substantive theory) เกิดขึ้นหลังจากที่นักวิจัยจัดหมวดหมู่ จาการรหัสของข้อมูล และวิเคราะห์แบบเปรียบเทียบสิ่งที่แล้ว จากนั้นเลือก หมวดหมู่หลัก (core category) ที่แสดงถึงความสัมพันธ์กับ หมวดหมู่อื่น ๆ ที่สามารถอธิบายประสบการณ์และการจัดการ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาครั้งแรกที่มี ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ซึ่งหมวดหมู่หลักในงาน วิจัยนี้ คือ “การเพียรพยายามให้น้ำมนเพียงพอเพื่อให้บุตรมี สุขภาพดี (striving for sufficient milk to have a healthy baby)” ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมการสำหรับการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (preparing for breastfeeding) การเอาชนะปัญหาน้ำมนไม่เพียงพอ (overcoming the problem of insufficient milk supply) และการจัดการ เพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง (managing to continue breastfeeding)²⁰ โดยหมวดหมู่หลักนี้เรียกได้ว่าเป็น ทฤษฎี เนื้อหา รายละเอียดดังแผนภูมิรูปภาพที่ 1



แผนภูมิภาพที่ 1 กระบวนการของการเพียรพยายามให้น้ำมนเพียงพอเพื่อให้บุตรมีสุขภาพดี

บทสรุป

ทฤษฎีฐานรากเป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างทฤษฎีเนื้อหา โดยใช้แนวคิดการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ การนำทฤษฎีฐานรากไปใช้ในการวิจัยนั้น ผู้วิจัยต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีฐานราก ในเรื่องของคุณลักษณะที่สำคัญของทฤษฎี เข้าใจกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยทฤษฎีฐานรากนี้ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำได้ไปพร้อมกับรวบรวมข้อมูล ในขณะที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยต้องมีความไวทางทฤษฎี หลังจากได้ข้อมูลมาแล้ว จะให้รหัสข้อมูลและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีความหมายเหมือนหรือใกล้เคียงกัน จนขอมูลอิ่มตัว จัดหมวดหมู่หลักและนำมาหาความสัมพันธ์เพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาจากนั้นมาสร้างเป็นทฤษฎีเนื้อหา ซึ่งทฤษฎีฐานรากนี้ มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ได้ เนื่องจากสามารถ

อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ภายใต้บริบททางสังคม อธิบายปรากฏการณ์หรือสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนทางด้านสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคล ประสบการณ์ พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก โดยคำนึงถึงข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ภายใต้บริบททางสังคมของบุคคลนั้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. งานวิจัยทฤษฎีฐานราก ช่วยทำให้นักวิจัยเข้าใจความคิด พฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลได้อย่างลึกซึ้งเพื่อนำเป็นข้อมูลในการพัฒนาภาวะสุขภาพต่อไป
2. ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีฐานราก สามารถไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ในมุมมองอื่นได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจบุคคลนั้นมากขึ้น

References

1. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and health care. 4th ed. London: Blackwell; 2017.
2. Cullen MM, Brennan NM. Grounded Theory: Description, Divergences and Application. Rev Account Finance 2021;27. doi:10.52399/001c.22173.
3. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing; 1967.
4. Klunklin A, Uppor W. Grounded Theory Study in Nursing Research. Nursing J 2019;46(Supplement December):116-27. (in Thai)
5. Mead, GH. Mind, self and society. Chicago: The University of Chicago Press; 1934.
6. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage; 2014.
7. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Berkeley; 1969.
8. Klunklin A, Greenwood J. Symbolic Interactionism in grounded theory studies: Women surviving with HIV/AIDS in rural northern Thailand. J. Assoc. Nurses AIDS Care 2006;17(5):32-41. doi:10.1016/j.jana.2006.07.005.
9. West R, Turner LH. Understanding interpersonal communication: Making choices in changing times. Wassworth: Cengage learning; 2010.

10. Aldiabat KM, Le Navenec C. Philosophical roots of classical grounded theory: Its foundations in symbolic interactionism. *Qual Rep* 2011;16(4):1063-80. Available from: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol16/iss4/9>
11. Handberg C, Thorne S, Midtgaard J, Nielsen CV, Lomborg K. Revisiting symbolic interactionism as a theoretical framework beyond the grounded theory tradition. *Qual Health Res* 2015;25(8), 1023-32. doi:10.1177/1049732314554231.
12. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Chamberlain-Salaun J, Mills J and Usher K. Linking symbolic interactionism and grounded theory methods in a research design: from Corbin and Strauss' assumptions to action. *SAGE Open* 2013;3(3), 215824401350575. doi: 10.1177/2158244013505757
14. Chun Tie Y, Melanie Birks M, Francis K. Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *Sage Open Med* 2019;7:1-8.
15. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing grounded theory. 4th ed. Sage; 2015.
16. Glaser BG. Theoretical sensitivity. Mill Valley: Sociology Press; 1978.
17. Creswell JW. Qualitative inquiry research design: choosing among five approaches. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2013.
18. Holloway I, Todres L. Grounded theory. In Gerrish K, Lacey A, editors. The research process in nursing. 6th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2010. p. 153-64.
19. Rose S, Spinks N, Isabel Canhoto A. Management research: applying the principles. New York: Routledge; 2015. p. 1-6. Available from: <https://docplayer.net/21772930-Grounded-theory-1-introduction-1-2-applications-of-grounded-theory-1-3-outline-of-the-design-2.html>
20. Chojjorhor R, Kantaruksa K, Chotibang J, Chaloumsuk N. Experience of exclusive breastfeeding among first-time mothers of late preterm infants: A grounded theory study [doctoral's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020.

บทความวิชาการ

Roles of Home Health Care Nurses in Prevention & Care for Patients with Pressure Injury at Home: The experience of Ramathibodi hospital

Received: Apr 12, 2023

Revised: Jun 8, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

Pinyo Utthiya, M.N.S.¹

Abstract

Introduction: Pressure injury a major global public health problem affecting quality of life of patients and their families. Home healthcare nurses are key personnel who play a vital role in prevention and care for patients with pressure injury.

Objective: To enable home healthcare nurses to create a comprehensive care plan for patients and families to effectively prevent and manage pressure sores at home.

Key issues: Home health care nurses must have competency relating to the pressure injury, including prevention before pressure injury occur such as risk assessment, skin assessment, repositioning, the use of pressure redistributing devices, use of cream to prevent skin damage, knowledge of pressure injury, international classification of the pressure injury, risk factors causing the pressure injuries, and factors related to pressure injury healing, integrating nurses' role through the process of preparing patient and family before patient's discharge, home visit, telecare and to pass on useful health sources in communities for continuous care.

Conclusion: Prevention and care of pressure injury is very important. Home health care nurses play a major role in caring for patients from a hospital to home, focusing on participation of patients and family.

Implication: Home health care nurses should be competent in prevention and care for pressure injury. This leads to system development to prevent pressure injury for patient since the hospital admission focusing on patient and family center.

Keywords: Home health care nurse, prevention and care, pressure injury

¹Corresponding author: Senior Professional level Nurse, ET nurse, Home Health Care Unit, Department of nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand. E-mail: tan.pinyoamb2557@gmail.com

บทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านในการป้องกัน และดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่บ้าน: ประสบการณ์ของโรงพยาบาลรามาริบัติ

กัญญ์ โสภณ อุตยา พย.ม.¹

Received: Apr 12, 2023

Revised: Jun 8, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลกดทับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบุคลากรสำคัญที่มีบทบาทในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถป้องกันและดูแลแผลกดทับที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นสำคัญ: พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน มีความจำเป็นต้องมีสมรรถนะเรื่องแผลกดทับ อันได้แก่ การป้องกันแผลกดทับก่อนที่จะเกิดแผลกดทับขึ้น โดยมีการประเมินความเสี่ยง ประเมินผิวหนัง การพลิกตะแคงตัว การใช้อุปกรณ์กระจายแรงกดทับ และการใช้ครีมป้องกันผิวหนังถูกทำลาย การมีความรู้เกี่ยวกับความหมายของแผลกดทับ การแบ่งระดับแผลกดทับที่เป็นระดับสากล ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผลกดทับ โดยบูรณาการบทบาทของพยาบาล ผ่านกระบวนการในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน การเยี่ยมบ้าน ติดตามผ่านระบบ telecare และส่งต่อแหล่งประโยชน์สุขภาพในชุมชนดูแลต่อเนื่อง

สรุป: การป้องกันและดูแลแผลกดทับผู้ป่วยมีความสำคัญ พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านมีบทบาทในการร่วมดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านควรมีสมรรถนะในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ เพื่อนำไปพัฒนาระบบการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

คำสำคัญ: พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน การป้องกันและดูแล แผลกดทับ

¹Corresponding author พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ ประเทศไทย E-mail: tan.pinyoamb2557@gmail.com

บทนำ

แผลกดทับคือบริเวณของผิวหนังถูกทำลายเฉพาะที่ ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดทับร่วมกับแรงเฉือน¹ จะนำไปสู่ความปวดที่รุนแรงและความทุกข์ทรมาน ตลอดจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่การเสียชีวิตได้²⁻³ บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลกดทับ คือผู้ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว⁴⁻⁵ ปัญหาแผลกดทับยังเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ด้านการดูแลรักษา⁶ ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับมีราคาสูงกว่าการป้องกันถึง 2.5 เท่า และจากรายงานข้อมูลในการรักษาแผลกดทับในประเทศอังกฤษพบว่าค่าใช้จ่ายสูงถึง 1.4-2.1 พันล้านปอนด์ต่อปี⁷ จากการสำรวจสถิติการเกิดแผลกดทับทั่วโลก ซึ่งมีการรายงานเป็นความชุกสูงถึงร้อยละ 12.8 และอัตราแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ร้อยละ 8.4 ตามลำดับ⁸ จากสถิติแผลกดทับของโรงพยาบาลรามาริบัติซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน พบว่ามีความชุกของการเกิดแผลกดทับในการสำรวจครั้งล่าสุดในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เท่ากับ 11.08 ต่อ 1,000 วันนอนและแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเท่ากับ 5.57 ต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งเป็นสถิติที่ค่อนข้างสูงสาเหตุจากการดำเนินของโรคที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วยก่อให้เกิดผู้ป่วยบางรายมีปัญหาแผลกดทับตามมา⁹ หน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บที่ซับซ้อนต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พบว่ามีสถิติผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจากในหอผู้ป่วยและหน่วยตรวจต่าง ๆ ส่งปรึกษาสูงถึงร้อยละ 9 ของผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2565¹⁰ พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีบทบาทอิสระในการป้องกันและจัดการแผลกดทับ จึงต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะที่เท่าทันต่อการดูแลแผลกดทับในปัจจุบัน เพื่อช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถป้องกันและดูแลแผลกดทับที่บ้านได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นบริบทของพยาบาลในโรงพยาบาล บทความนี้จึงได้รวบรวมแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับแผลกดทับไว้เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านและพยาบาลผู้สนใจ

องค์ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

ความหมายของแผลกดทับ National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) เป็นองค์กรอิสระที่เป็นการรวมตัวของผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลก โดยมีพันธกิจเพื่อสร้างผู้นำ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญระหว่างประเทศในการจัดการป้องกันและจัดการแผลกดทับ ได้ให้ความหมายของแผลกดทับในปี ค.ศ. 2016 และใช้ความหมายนี้เพื่อสื่อสารในระดับสากลไว้ว่า แผลกดทับ หมายถึง บริเวณของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ปกคลุมที่บริเวณปุ่มกระดูกถูกทำลายเฉพาะที่ หรือเกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ โดยการกดทับนั้นสามารถเป็นทั้งมีผิวหนังปิดหรือแผลเปิดและอาจมีความเจ็บปวดร่วมด้วย การกดทับของเนื้อเยื่อดังกล่าวเกิดจากแรงกดทับบริเวณผิวหนังเป็นเวลานาน หรือแรงกดทับร่วมกับแรงเฉือน อาจเป็นผลร่วมกันกับความชื้น โภชนาการ การแลกเปลี่ยนก๊าซ โรคร่วม และข้อจำกัดของเนื้อเยื่อ ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ¹¹ ซึ่งปัจจุบันพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายในประเทศไทยได้ใช้ความหมายนี้ในการสื่อสารเพื่อให้แนวทางการดูแลเป็นไปตามระดับสากล

ตำแหน่งและระดับของแผลกดทับ ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณ กระดูกกระเบนเหน็บก้น และกระดูกก้นกบ มากที่สุด ร้อยละ 41 รองลงมาคือบริเวณ ส้นเท้าสูงถึงร้อยละ 31¹² พบว่าแผลกดทับส่วนใหญ่จะเป็นระดับ 1 สูงถึงร้อยละ 43.5 รองลงมาคือระดับ 2 พบร้อยละ 28.0 ระดับ 3 และ 4 พบน้อยลงมาก คือร้อยละ 12.8 และร้อยละ 9.9 ตามลำดับ ส่วนแผลกดทับที่มีการกดทับของเนื้อเยื่อชั้นลึกและแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้พบร้อยละ 2.4 และ 7.8 ตามลำดับ⁸ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องสามารถแบ่งระดับของแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การป้องกันและจัดการแผลกดทับได้ โดย National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) ได้แบ่งระดับของแผลกดทับดังนี้¹¹

แผลกดทับระดับ 1 (Stage 1 pressure injury) ผิวหนังยังไม่เปิด เป็นรอยแดงเฉพาะที่ เมื่อใช้นิ้วมีรอยแดงดังกล่าวยังคงอยู่ในผู้ที่มีผิวสีเข้ม หรือผิวหนังบริเวณนั้นแข็งขึ้น หรืออุณหภูมิเปลี่ยนแปลงไป

แผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 pressure injury) สูญเสียผิวหนังบางส่วน ถึงชั้นหนังแท้ พื้นแผลมีสีแดงหรือสีชมพู ชุ่มชื้น และอาจเป็นลักษณะถุงน้ำใสหรือถุงน้ำที่แตกแล้ว มองไม่เห็นไขมันหรือเนื้อเยื่อที่ลึกลงไป

แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 pressure injury) สูญเสียผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อ งอกทดแทนสีแดงในแผล และมีลักษณะของแผลม้วน อาจพบเนื้อเยื่อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแข็งแห้ง

แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 pressure injury) มีการสูญเสียผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด สามารถเห็นถึงเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกหรือกระดูกอ่อนได้ในแผล เนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายอาจพบได้ และจะพบโพรงหรือรูใต้ขอบแผลได้บ่อยครั้ง

แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable pressure injury) มีการสูญเสียผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทั้งหมด เนื้อเยื่อมีการถูกทำลายภายในแผล ไม่สามารถระบุได้ระดับได้เนื่องจากถูกปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแข็งแห้งทั้งหมด หากตัดเอาเนื้อตายดังกล่าวออกอาจจะลึกถึงระดับ 3 หรือ 4

แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep tissue pressure injury) ผิวหนังยังไม่เปิดหรือมีการสูญเสียผิวหนังในบริเวณเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดในบริเวณที่แดงคล้ำ ม่วง หรือผิวหนังชั้นหนังกำพร้าสีขาวยเห็นพื้นแผลเป็นสีดำหรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างในแผล

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ (Medical Device-Related Pressure Injury) เป็นผลจากการใช้อุปกรณ์การแพทย์มาใช้ในการวินิจฉัยหรือการรักษา ลักษณะแผลกดทับจะมีรูปร่างเหมือนอุปกรณ์นั้น ๆ

แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือก (Mucosal membrane pressure injury) พบได้ในบริเวณที่เคยใช้อุปกรณ์การแพทย์ และส่งผลให้เยื่อได้รับบาดเจ็บ เช่น สายออกซิเจน ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น แต่เนื่องจากกายวิภาคของเยื่อเมือกนั้นมีความแตกต่างจากชั้นผิวหนัง ดังนั้นจึงไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและเป็นสิ่งสำคัญ

ที่พยาบาลจำเป็นต้องใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วยเพื่อจำกัดหรือลดปัจจัยดังกล่าวให้ได้มากที่สุด ในปี ค.ศ. 2019 ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับย่อโดย European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel และ Pan Pacific Pressure Injury Alliance ซึ่งเป็นอีกหน่วยงานระดับสากลเกี่ยวกับแผลกดทับ ได้จัดทำข้อเสนอแนะตามแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการสำหรับการปฏิบัติทางคลินิกของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้ระบุ ดังนี้¹³

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เกิดแผลกดทับ ระดับหลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 1 มีปัจจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวเนื่องจากมีแรงเสียดสีและแรงเฉือน 2) ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 มีความเสี่ยงสูงในการเป็นระดับที่รุนแรงมากขึ้นได้ 3) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน 4) ผู้ป่วยที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ (perfusion) และการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ 5) ผู้ป่วยที่มีผิวหนังที่เปื่อยขึ้น 6) ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้น หรือมีไข้ และ 7) ผู้ป่วยที่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เกิดแผลกดทับ โดยมีระดับหลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 2 มีปัจจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก่อนการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน และ 2) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและระยะเวลาที่ดูแลรักษาในหน่วยวิกฤติ

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลทำให้เกิดแผลกดทับอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีอยู่เดิม 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องโภชนาการ 3) อายุที่เพิ่มขึ้น และ 4) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส

จากปัจจัยการเกิดแผลกดทับข้างต้น สามารถเชื่อมโยงแนวทางการป้องกันแผลกดทับไว้โดย¹³ 1) มีการป้องกันและการดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ใช้แผ่นโฟมปิดแผลชนิดหลายชั้นที่เคลือบด้วยซิลิโคน ในการป้องกันสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) คัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแนะนำให้รับประทานอาหารเสริมชนิดพลังงานสูง โปรตีนสูงเสริม 3) การเปลี่ยนท่าโดยเปลี่ยนท่าทุกรายทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ตามความเหมาะสมเฉพาะราย จัดทำอนตะแคงด้านข้าง 30 องศา แทนที่การจัดทำอนตะแคง 90 องศา

เมื่อเปลี่ยนท่า ปรับหัวเตียงให้ราบเท่าที่จะทำได้ ส่งเสริมให้จัดที่นั่งออกจากเตียง ในเก้าอี้หรือรถเข็นนั่งที่เหมาะสมในระยะเวลาที่จำกัด และยกส้นเท้าลอย หรือรองหมอน/เบาะโฟม เพื่อกระจายเอาน้ำหนักออกจากส้นเท้า และ

4) การใช้อุปกรณ์รองรับร่างกาย เช่น ที่นอนทำจากโฟมล้วนที่เป็นชั้นเดียว หรือใช้เบาะรองนั่งกระจายแรงกด ป้องกันแผลกดทับในผู้ที่มีความเสี่ยงแผลกดทับนั่งอยู่ในเก้าอี้/รถเข็นนั่งเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผลกดทับ

ในการศึกษาเรื่องแผลกดทับที่ผ่านมา ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผลกดทับไม่แพร่หลาย โดยพยาบาลต้องมีความเข้าใจในพื้นฐานกระบวนการหายของแผล ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่มีเลือดออก (hemostasis) 2) ระยะของการอักเสบ (inflammation) 3) ระยะการสร้างเนื้อเยื่อเส้นใย (proliferation) และ 4) ระยะเนื้อเยื่อเจริญเต็มที่ (remodeling)¹⁴ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับที่พยาบาลสามารถใช้การส่งเสริมและให้ความรู้แก่ตัวผู้ป่วยและครอบครัว มีดังต่อไปนี้

ปัจจัยภายใน (intrinsic factor) เป็นสิ่งที่ขึ้นกับเฉพาะบุคคลนั้น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการได้ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอายุน้อยกว่า 70 ปี มีสัดส่วนการหายของแผลกดทับดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี¹⁵ เนื่องจากผู้สูงอายุผิวบางและมีการผลิตเซลล์ผิวช้า คอลลาเจน อิลาสติน และไฮยาลูรอน growth hormone และเลือดไปเลี้ยงผิวหนังลดลง ทำให้เกิดกระบวนการซ่อมแซมของแผลได้ช้า¹⁶ 2) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่า ในแผลกดทับของผู้ป่วยที่มีจุลชีพที่หลากหลายในแผลจะส่งผลต่อการหายของแผลกดทับได้ดียิ่งขึ้น¹⁷ 3) ฮอโมนเพศ จากการศึกษาพบว่า ฮอโมนเอสโตรเจนในผู้หญิงส่งผลให้มีการเร่งต่อกระบวนการหายของแผลกดทับ แต่ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกราย¹⁶ 4) โรคที่มีผลต่อกระบวนการหายของแผลข้างลง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคทางหลอดเลือดดำ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคปอด โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง และโรคที่ส่งผลให้มีการอักเสบ¹⁸

ปัจจัยภายนอก (extrinsic factor) เป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกของแผล และควบคุมปัจจัยดังกล่าวได้ ได้แก่

1) ยาที่อาจส่งผลต่อการหายของแผลข้างลง ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ เนื่องจากส่งผลให้น้ำตาลในกระแสเลือดสูงส่งผลให้กระบวนการหายของแผลข้างลง การใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้แผลหายช้า เนื่องจาก ยาเคมีบำบัด ทำให้มีการอักเสบยาวนานและยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน¹⁶ 2) โภชนาการ ความต้องการทางโภชนาการสำหรับการหายของแผลนั้นเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง¹⁹ โดยควรเป็นไปตามคำแนะนำของนักโภชนาการและแพทย์ผู้รักษา 3) ความเครียดและระดับคอร์ติซอล ความเครียดส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ และลด growth factor¹⁷ 4) การนอนหลับไม่มีคุณภาพ ส่งผลให้เพิ่มคอร์ติซอล เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและติดเชื้อ ลดการสร้าง growth hormone²⁰ 5) บุหรี่และแอลกอฮอล์ เนื่องจากการสูบบุหรี่นำไปสู่ภาวะขาดออกซิเจนและเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและหลอดเลือดอักเสบ 6) การติดเชื้อ โดยแบ่งออกเป็น การติดเชื้อแบคทีเรียเนื่องจากส่งผลให้ลดการสร้างคอลลาเจน ลดปริมาณสารอาหารที่จะช่วยในการหายของแผลและฆ่าเซลล์มีชีวิตที่เสริมสร้างการหายของแผล และการติดเชื้อรา น้ำจากแผลจะทำให้เชื้อราเติบโตได้ดียิ่งขึ้น การจัดการแผลที่มีเชื้อราสามารถทำได้โดยใช้ยาฆ่าเชื้อราเฉพาะที่ ทำความสะอาดแผลบ่อยขึ้น และใช้อุปกรณ์ช่วยดูดซับน้ำจากแผล 7) Biofilm ประเด็นนี้เป็นการค้นพบจากการศึกษาวิจัยใหม่ ว่าแบคทีเรียมีวิวัฒนาการในการสร้างกลยุทธ์ในการเอาชีวิตรอดโดยการสร้าง polysaccharide capsule เป็นตัวป้องกันไม่ให้มีการถูกทำลายตัวของแบคทีเรียจะเคลือบอยู่บนพื้นแผลไม่สามารถทำความสะอาดได้ถึงพื้นแผล ส่งผลให้แผลหายช้า มีลักษณะมันวาว และพบได้ในแผลกดทับได้มากถึง 90 เปอร์เซ็นต์ การนำเอา biofilm ออกทำได้โดยการตัดเอาออก ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดแผลที่มีฤทธิ์ต้านจุลชีพไม่สามารถทำลายได้ และ 8) โรคอ้วนเนื่องจากน้ำหนักที่มากทำให้แรงกดบริเวณปุ่มกระดูกมากขึ้น และผู้ป่วยโรคอ้วนมักจะมีโรคเบาหวานร่วมทำให้เพิ่มโอกาสการติดเชื้อที่แผลมากขึ้น¹⁶

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการดูแลแผล ได้แก่ การเลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดหลอดเลือดเกินไป หรือน้ำยาทำความสะอาดที่ไม่เป็นพิษต่อเซลล์ที่กำลังเจริญเติบโตในกระบวนการหายของแผล

การทำความสะอาดแผลในกรณีที่เหมาะสมไม่น้อยครั้งจนส่งผลให้แบคทีเรียเจริญเติบโต หรือทำความสะอาดบ่อยครั้งเกินไปอาจส่งผลต่อการรบกวนเซลล์ที่กำลังเจริญเติบโต¹⁶

บทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหรือเกิดแผลกดทับขึ้นแล้วสำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ และปัญหาที่เกิดขึ้นที่ผ่านมาก็คือผู้ป่วยเกิดแผลกดทับและกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังพรั่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการเมื่อเกิดแผลกดทับที่บ้าน และไม่มีช่องทางในการขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับที่เป็นรูปธรรม จึงเป็นหนึ่งในความท้าทายของพยาบาลหน่วยบริการผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลรามาธิบดี ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยกลุ่มโดยมีเป้าหมายให้สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับและจัดการดูแลแผลกดทับได้ไม่เกิดการติดเชื้อและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทางหน่วยงานจึงส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาสมรรถนะโดยการผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติและให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ตลอดจนเป็นผู้พัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพ และเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับแก่พยาบาลในหน่วยงาน โดยให้การดูแลอย่างมีคุณภาพภายใต้สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพ และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีสุขภาพเข้าสู่ภาวะปกติ และใช้แนวปฏิบัติที่เป็นสากลของ European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel และ Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2019 มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีกระบวนการในการปฏิบัติดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับระดับ Braden Scale น้อยกว่าเท่ากับ 18 คะแนน หรือเกิดผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับขึ้นแล้วจะมี

การส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยหรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมายังหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

- 1.1 ศึกษาประวัติการเจ็บป่วยและประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดแผลกดทับ และประเมินสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับและสิ่งที่ปัจจัยที่ส่งเสริมการหายของแผลแก่ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับขึ้นแล้ว และประเมินแผล
- 1) ประเมินระดับของแผลกดทับ ประเมินพื้นแผล (wound bed) ว่ามีเนื้อตายที่ต้องตัดออกได้หรือไม่ ขอบแผล (wound edge) ว่ามีซีสต์ หรือเปื่อยยุ่ย (maceration) จากน้ำในแผลที่มากเกินไปหรือมีโพรงใต้ขอบแผล (undermining or tunneling) หรือไม่ ประเมินรอบแผล (peri wound) ว่ามีการอักเสบ บวม แดง ร้อน ต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อ ประเมินน้ำจากแผล (exudate) ว่ามีปริมาณสี กลิ่น ผิดปกติหรือไม่ และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

- 1.2 วินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น ผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงระดับสูงในการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้และมีแรงเสียดสีจากการดึงหรือวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ พื้นแผลมีเนื้อตายปกคลุมและจำเป็นต้องตัดออกเพื่อส่งเสริมการหายของแผล เป็นต้น

- 1.3 วางแผนทางการพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับสูง เมื่อกลับบ้านจำเป็นต้องให้ญาติฝึกการพลิกตะแคงตัวในการป้องกัน ตลอดจนการใช้ที่นอนโฟมหรือที่นอนลม มีการวางแผนให้ญาติจัดเตรียมอุปกรณ์ดังกล่าวหรือช่วยหาแหล่งประโยชน์ในการจัดหาอุปกรณ์กรณีครอบครัวมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย หรือผู้ป่วยที่มีเนื้อตายปกคลุมแผลจะต้องตัดเนื้อตายออกบางส่วนโดยหากผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงในการเล็ดออกง่าย หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด สามารถปรึกษาพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลบาดแผล ออสโตมี และ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse) ประจำหน่วยเพื่อทำการตัดเล็มเอาเนื้อตายออก หรือส่งปรึกษาศัลยแพทย์หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงดังกล่าว

- 1.4 ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย กรณีมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ จะมีการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลและป้องกันแผลกดทับที่บ้าน โดยประเมิน

ความรู้และทักษะการป้องกันและดูแลแผลกดทับก่อน และตั้งเป้าหมายในการดูแลแผลกดทับร่วมกันคือป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับและฝึกทักษะเพื่อลดโอกาสเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตามแนวปฏิบัติสากลข้างต้น ในกรณีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับแล้ว พยาบาลจะให้ความรู้และฝึกทักษะดูแลทำความสะอาดและการประเมินแผลกดทับด้วยตนเองที่บ้าน ด้วยการสอนสาธิตจากพยาบาลและให้ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวสาธิตย้อนกลับเตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ทำความสะอาดที่มีประสิทธิภาพในการดูแลแผลกดทับก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ความรู้ในด้านปัจจัยที่ส่งเสริมการหายของแผลของผู้ป่วย เปิดโอกาสในการสอบถามข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงที่อยู่บ้าน และเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ และการให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานและ line official account ของหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรึกษาเมื่อกลับไปที่บ้าน

1.5 ประเมินผล ความรู้และทักษะตลอดจนความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหรือเกิดแผลกดทับขึ้นแล้ว

2. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับหรือเกิดแผลกดทับขึ้นแล้วและครอบครัวมีพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองในระยะยาวที่บ้านได้ โดยมีการติดตามหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 7 วัน โดยใช้หลัก INHOMESSS²¹ ในการให้บริการที่บ้าน ดังนี้

2.1 การเคลื่อนไหวร่างกาย (Immobility) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัวขณะอยู่ที่บ้านซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาล ประเมินและทบทวนการจัดทำผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์หรืออุปกรณ์ในการป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน

2.2 ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ประเมินภาวะโภชนาการต่อเนื่องที่บ้าน มีอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วยตามคำแนะนำหรือไม่และให้การช่วยเหลือหากพบอุปสรรค และเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผลกดทับ

2.3 สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (Home environment) ประเมินสิ่งแวดล้อมในและรอบบ้านผู้ป่วย ที่ลดความเสี่ยงในการเกิดและส่งเสริมการหายของแผลกดทับ เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์ทำความสะอาดแผลไม่ถูกต้องหรือภายในบ้านอับชื้น อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อราในแผลกดทับได้ พยาบาลจะให้คำแนะนำตลอดจนส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมโดยอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว

2.4 การตรวจตามนัด และบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Out patients & other people) ทบทวนวันมาตรวจตามนัดของแพทย์ การเตรียมความพร้อมในการมารับการรักษาครั้งต่อไป กรณีผู้ป่วยเคลื่อนย้ายลำบากแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษารูปแบบการตรวจทางไกล ลดการรอตรวจและข้อจำกัดด้านสถานที่

2.5 ยา (Medication) ทวนสอบการบริหารยาตามแผนการรักษา เช่น การใช้ยาฆ่าเชื้อบริเวณแผลกดทับอย่างเหมาะสมที่บ้าน การใช้ยาที่ซื้อมารับประทานเอง เช่น กลุ่มสเตียรอยด์ที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับช้าลง โดยรับฟังถึงเหตุผลการใช้ยาดังกล่าว และอธิบายถึงเหตุผลที่ไม่ควรใช้แก่ผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลและครอบครัว

2.6 การตรวจร่างกาย (Examination) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ การวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายตามระบบ การประเมินแผลกดทับให้ครอบคลุม และปรับเปลี่ยนวิธีการทำแผลกดทับตามความเหมาะสม เช่น กรณีแผลกดทับไม่มีเนื้อตายแล้ว ไม่มีสัญญาณของแผลติดเชื้อ แนะนำให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัว เปลี่ยนเป็นผลิตภัณฑ์ที่ส่งเสริมการหายของแผลที่ไม่มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น

2.7 ความปลอดภัย (Safety) ประเมินความปลอดภัยของบ้าน ที่อาจจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย เช่น ที่นอนของผู้ป่วยมีความแข็ง อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับหรือแผลกดทับแย่ลง พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนที่นอนให้เหมาะสม เป็นต้น

2.8 จิตวิญญาณ (Spiritual) ประเมินด้านจิตใจ ความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลและครอบครัว ในการเผชิญกับความเจ็บป่วย รวมถึงเข้าใจความกังวลของแผลกดทับ รับฟังให้กำลังใจส่งเสริมพลังอำนาจให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

2.9 ระบบการรับบริการ (Service) ทบทวนแหล่งประโยชน์ในการขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เช่น กรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาค่าใช้จ่ายพยาบาลจะประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อจัดหาที่นอนสำหรับป้องกันแผลกดทับให้ผู้ป่วย เป็นต้น

3. การดูแลติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (follow up) เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีปัญหาที่จำเป็นต้องติดตาม โดยจะติดตามผ่านระบบ telecare โดยใช้ Rama application โดยจะสามารถเห็นภาพแผลกดทับจริงของผู้ป่วยและมีการบันทึกภาพและเสียงในระบบ HIS ของโรงพยาบาล เพื่อสื่อสารสหสาขาวิชาชีพอื่นที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทำให้สามารถให้คำแนะนำในการดูแลแผลให้เหมาะสมกับลักษณะแผลปัจจุบันได้ดีขึ้น และเมื่อมาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และกรณีมานอนรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินแผลกดทับ จะมีการติดตามผู้ป่วยไปยังหน่วยตรวจ/หอผู้ป่วยนั้น ๆ

4. การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพในชุมชน (referral service in community) ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นกรณีที่มีแผลกดทับมีแนวโน้มดีขึ้น ญาติผู้ดูแลและครอบครัวสามารถดูแลแผลกดทับได้และมีความมั่นใจ แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องได้รับ

การดูแลที่ต่อเนื่อง จากแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุป

แผลกดทับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านควรมีบทบาทสำคัญในการร่วมป้องกันและดูแลแผลกดทับ ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน การเยี่ยมบ้าน ติดตามผ่านระบบ telecare และส่งต่อแหล่งประโยชน์สุขภาพในชุมชนดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถป้องกันและดูแลแผลกดทับที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ปัจจุบันได้มีแนวปฏิบัติที่เป็นสากลในการป้องกันและจัดการแผลกดทับของผู้ป่วย พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน ควรศึกษาเรียนรู้ความรู้ใหม่และพัฒนาสมรรถนะตลอดเวลาและนำความรู้และสมรรถนะดังกล่าวไปใช้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้านโดยสามารถประยุกต์ให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยที่พยาบาลให้การดูแลของแต่ละพื้นที่โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

References

1. EPUAP, NPIAP, & PPPIA. Prevention and treatment of pressure ulcer/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline (E. Haesler, Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
2. Haesler E. National pressure ulcer advisory panel, european pressure ulcer advisory panel and pan pacific pressure injury alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide[Internet] 2014.
3. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. Clinics in Geriatric Medicine 1997;13:421–36.
4. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. International Journal of Nursing and Health Care Research 2013;50:974–1003.

5. Moore Z, Cowman S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing* 2012;21:362–71.
6. Gress HB, Beresova A, Tkacova L, Magurova D, Lizakova L. Nurses' Knowledge and Attitudes towards Prevention of Pressure Ulcers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18:1-9.
7. Gedamu H, Abate T, Ayalew E, Tegenaw A, Birhanu M, Tafere Y. Level of nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: A systematic review and meta-analysis study in Ethiopia. *Heliyon*. 2021;7:1-7.
8. Li Zhaoyu, et al. "Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2020;105: 1-13.
9. The pressure injury subcommittee, Ramathibodi Hospital. Pressure injury annual report. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2022. (in Thai)
10. Home health Care, Ramathibodi Hospital. Pressure injury annual report. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2022. (in Thai)
11. Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2016;43:585-597.
12. Rodgers K, Sim J, Clifton R. Systematic review of pressure injury prevalence in Australian and New Zealand hospitals. *Collegian* 2021;28 310-323.
13. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA:2019.
14. Guo S, Dipietro LA. Factors affecting wound healing. *J Dent Res* 2010;89:219–29.
15. Artico M, Angelo DD, Piredda M, Petitti T, Lamarca L, Marinis MGD, et al. Pressure Injury Progression and Factors Associated With Different End-Points in a Home Palliative Care Setting: A Retrospective Chart Review Study. *Journal of pain and symptom management* 2018;56:23-32.
16. Palmer, D. Physiotherapy Wound Care Programme. Factors Affecting Wound Healing. Plus. 2022.
17. Tipton CD, Wolcott RD, Sanford NE, Miller C, Pathak G, Silzer TK, et al. Patient genetics is linked to chronic wound microbiome composition and healing. *PLoS pathogens* 2020;16:1-22.
18. Ateeq I, Kennedy L, Baby T, Amer IC, hehab F, Salim N. Associated Risk Factors and Barriers of Pressure Injury Wound Healing Process: A Retrospective Study of Single-Center Experience. *Dubai Medical Journal* 2022;5:163-170.

19. T. H. Chan School of Public Health, Harvard University. The nutrition source: Vitamin D. [Internet]. 2023 [cited 2023 March]; Available from: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/vitamin-d/>.
20. Garbarino S, Lanteri P, Bragazzi NL, Magnavita N, Scoditti E. Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. *Commun Biol* 2021 Nov 18;4(1):1-7. DOI: 10.1038/s42003-021-02825-4
21. Hathirat S. Family medicine handbook. 3rd ed. Bangkok: Mor Chaw Ban: 2012 (in Thai)

บทความวิจัย

The Effectiveness of Basic Life Support Programs by Senior Nursing Students,
Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Jan 27, 2023

Revised: May 23, 2023

Accepted: Jun 9, 2023

Vidaporn Dhabdhimsri, Ph.D¹Chanpen Ninwatcharamanee, D.N.S²Somrudee Silapatcharanun, M.S³Jintana Rungsa, M.S.N.⁴

Abstract

Introduction: unconsciousness attributed to cardiopulmonary arrest is crisis and may lead to patient death or brain death.

Research objectives: to investigate the effectiveness of Basic Life Support Programs delivered by Senior Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Research methodology: this was a quasi-experimental study with two group pretest-posttest design. A purposive sampling method was used to recruit nursing students from the first year of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok in the 2021 academic year. Sixty nursing students were recruited into the study; 30 participants were assigned to the experimental group and 30 to the control group. To be eligible for the study, the participant must never receive basic life support (BLS) training prior to participate in the study. The experimental group received the BLS program delivered by 15 nursing students from the third year. The BLS program included participatory learning, demonstration and return demonstration, and focus group. Data were collected using the BLS knowledge and BLS skills questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), paired t-test, and independent t-test.

Results: at follow-up, between-group significant differences of BLS knowledge mean scores were not found ($p > .05$). At follow-up, between-group statistically significant differences of BLS skills mean scores were found ($p < .001$). The mean score on BLS skills of the experimental group at follow-up ($\bar{X} = 29.83$, $SD = 0.65$) was significantly greater than the control group ($\bar{X} = 20.30$ $SD = 2.05$) ($p < .001$).

Conclusion: the BLS program delivered by the third-year nursing students enabled the first-year nursing students to improve knowledge and BLS skills.

Implications: The BLS program should be continuously promoted to other nursing students.

Keywords: Programs, Basic Life Support, Senior, Nursing Students

Funding : Alumni Association of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

¹Corresponding author ¹⁻⁴Lecturer, ¹E-mail: vidaporn.d@bcn.ac.th, ²E-mail: chanpen.n@bcn.ac.th, ³E-mail: somrudee.s@bcn.ac.th,

⁴E-mail: jintana.r@bcn.ac.th

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

ประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยรุ่นพี่ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

Received: Jan 27, 2023

Revised: May 23, 2023

Accepted: Jun 9, 2023

วิดาพร ทับทิมศรี ปร.ด.¹

จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี พย.ด.²

สมฤดี ศิลาพัชรนันท์ พย.ม.³

จินตนา รังษา พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะหมดสติจากหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น เป็นภาวะวิกฤติที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือสมองตายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยพี่สอนน้องของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่เคยได้รับอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากรุ่นพี่ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที (Paired t-test และ Independent t-test)

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p > .05$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 29.83$, $SD = 0.65$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 20.30$ $SD = 2.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยพี่สอนน้อง สามารถพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องกับนักศึกษาพยาบาลในรุ่นอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รุ่นพี่ นักศึกษาพยาบาล

แหล่งทุน: สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

¹Corresponding author ¹⁻⁴อาจารย์ ¹E-mail: vidaporn.d@bcn.ac.th, ²E-mail: chanpen.n@bcn.ac.th ³E-mail: somrudee.s@bcn.ac.th

⁴ E-mail: jintana.r@bcn.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

จากสถานการณ์โลกและประเทศไทยปี 2000-2019 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นมากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก¹ เกี่ยวกับเรื่องนี้ทาง สมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA)² ได้กำหนดขั้นตอนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น เรียกกระบวนการนี้ว่า “ห่วงโซ่การรอดชีวิต (Chain of survival)” ถ้าสามารถดำเนินการในทุกขั้นตอนได้อย่างถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยการกดหน้าอกโดยผู้พบเหตุสูงขึ้น จะเพิ่มโอกาสรอดชีวิต สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตในระยะเวลา 5 ปี (2559-2563) เท่ากับ 12,000 ต่อประชากรการแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่ผลสัมฤทธิ์ของระบบการช่วยเหลือไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยอัตราการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น จาก 9.92 เป็น 22.36¹ สิ่งสำคัญเร่งด่วนคือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นสามารถทำการกู้ชีพและปฐมพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพจึงเป็นความรู้ขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนชาวไทยทุกคนต้องได้รับการอบรม หรือเรียนรู้เพื่อเพิ่มโอกาสรอดของผู้บาดเจ็บ³

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและความสามารถในการกดหน้าอก ในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่ามีการกดหน้าอกที่ตื้น (< 50 มม.) กดด้วยอัตราเร็วเกินไป (> 120 ครั้งต่อนาที) ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับร้อยละของความถูกต้องในการกดหน้าอก ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับร้อยละของความถูกต้องในการกดหน้าอก⁴ และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ในภาคการศึกษาที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยวิทยากรมาเป็นเวลานาน 1 ปี โดยการใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ

การช่วยเหลือนั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น จำนวน 20 ข้อ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความรู้ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 90 คิดเป็นร้อยละ 27.08 (คะแนนสูงสุด/ต่ำสุด= 19/6) ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีความรู้ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 90 คิดเป็นร้อยละ 29.58 (คะแนนสูงสุด/ต่ำสุด= 20/10) สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความรู้ผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 90 คิดเป็นร้อยละ 9.23 (คะแนนสูงสุด/ต่ำสุด= 19/3) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยวิทยากรจำนวน 1 ครั้ง/ปี ไม่เพียงพอสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จะให้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยที่หมดสติหัวใจหยุดเต้นได้ โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่เข้ามาใหม่และไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาก่อน ทั้งที่นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรที่มสุขภาพและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ควรจะมีความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่หมดสติได้อย่างทันทีทุกสถานการณ์ทุกที่และทุกเวลาที่พบเจอผู้ป่วยหมดสติหัวใจหยุดเต้น ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างต่อเนื่องและจำนวนครั้งควรมากกว่า 1 ครั้ง/ปี ซึ่งการเชิญวิทยากรมาอบรมให้นักศึกษาทุกครานั้นไม่ได้เป็นทักษะการเรียนรู้แบบ Active learning ในศตวรรษที่ 21 อาจทำให้นักศึกษาเกิดความรู้กระตือรือร้น หรือเกิดองค์ความรู้ด้วยตนเองได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่มุ่งเน้นไปที่ทักษะของการเรียนรู้ (Learning skills) โดยผู้เรียนจะต้องมีความใฝ่รู้ สามารถคิด วิเคราะห์วิจารณ์สร้างสรรค์ มีความรู้ในสาขาวิชาและมีมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ นำรูปแบบการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการจัดการศึกษา (Transformative learning) เพื่อต้องการให้ผู้เรียนสามารถเกิดทักษะในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองมากขึ้น และเข้ากับบริบทของโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว⁵ ในฐานะที่ทีมผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลจึงพยายามสรรหาวิธีที่จะทบทวนและสร้างองค์ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้นักศึกษาเป็นระยะ ๆ ในลักษณะการสร้างแกนนำเพื่อเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ศึกษารุ่นน้องเป็นระยะ ๆ ต่อไป โดยวิธีการให้รุ่นพี่ที่ผ่านการอบรม

การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างสมบูรณ์ 100% มาช่วยสอนรุ่นน้อง นับเป็นระบบที่สำคัญด้านการสนับสนุนดูแลน้องช่วยก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจกันระหว่างกัน และเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดการร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนางาน โดยที่ถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่รุ่นน้องนั้น ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองแก่รุ่นน้อง และสร้างความน่าเชื่อถือในตัวรุ่นพี่ นั่นคือ การยอมรับถึงความสามารถของรุ่นพี่ ขณะเดียวกันรุ่นพี่ต้องเปิดใจกว้าง ยอมรับฟังความคิดเห็นของน้อง รับผิดชอบดูแลเอาใจใส่น้อง และให้คำปรึกษาแนะนำแก่รุ่นน้องหาทางแนะนำแก้ไขปัญหาด้วยความเต็มใจและเต็มความสามารถ ก่อให้เกิดความรัก ความอบอุ่น ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี ความผูกพันที่มีต่อกัน ซึ่งระบบดังกล่าวยังช่วยสร้างแกนนำในการถ่ายทอดความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในอนาคต⁶ จึงทำให้คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยพี่สอนน้องของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาให้มากขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's taxonomy)⁷ กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ ความคิด (Cognitive domain) 2) ด้านความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective domain) และ 3) ด้านความชำนาญ (Psychomotor domain) ซึ่งหากบุคคลเกิดการเรียนรู้เกิดความเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นแล้ว จะทำให้น่าสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการอบรมอย่างสมบูรณ์เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้รุ่นน้องชั้นปีที่ 1 ที่ยังไม่ผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาก่อน โดยวัดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ส่วนกลุ่มควบคุมไว้เปรียบเทียบ

ตัวแปรอิสระ

กลุ่มทดลอง
โดยพี่สอนน้อง

โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูมที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ด้านความรู้: โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยวิธีการบรรยายและเปิดวิดีโอทัศน์
2. ด้านความรู้สีก: ใช้การสนทนากลุ่ม
3. ด้านความชำนาญ: โดยการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ร่วมกับการใช้เครื่อง AED

ตัวแปรตาม

ผลของการจัดโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยวัดจาก

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ
3. ผลจากการสนทนากลุ่ม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้รับโดยพี่สอนน้องของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้รับโดยพี่สอนน้องของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับโดยพี่สอนน้องของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ประจำปีการศึกษา 2564

ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่เคยได้รับอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 60 คน และใช้โปรแกรม G-power ในการคำนวณ โดยกำหนดขนาดผลการทดลอง (effect size, ES) = 0.8 และค่าความเชื่อมั่น = 95% อำนาจการทดสอบ = 0.85 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจ จัดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกันทั้งด้านความรู้และทักษะเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกนักศึกษารุ่นพี่ที่ผ่านเกณฑ์โดยได้คะแนนความรู้และทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตั้งแต่ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน ให้เป็นแกนนำ จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ประชุมปรึกษาหารือกับแกนนำเกี่ยวกับรูปแบบของโปรแกรมที่จะจัดให้รุ่นน้อง และสร้างไลน์กลุ่มสำหรับช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อความสะดวกในการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ ได้ตลอดเวลาที่แกนนำมีข้อสงสัย ทั้งนี้แกนนำทั้ง 15 คน ร่วมกันสร้างสื่อการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภายใต้คำแนะนำของหัวหน้าหน่วยกู้ชีพนเรนทร รวมทั้งฝึกซ้อมการกดหน้าอกหุ่นจำลองและการใช้เครื่อง AED ให้มีความพร้อม 100 % เพื่อจัดโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่รุ่นน้องที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาก่อน

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังเรียนเกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และได้การยอมรับในมาตรฐานของเครื่องมือ รวมทั้งถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นการจัดโปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจำลองที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมหัวใจอเมริกันและเป็นที่ยอมรับของทีมงานกู้ชีพ ประกอบด้วย การกดหน้าอกในส่วนของความลึก (50-60 มม.) อัตราเร็ว (> 100 ครั้ง ต่อนาที) ตำแหน่งการวางมือที่ถูกต้องที่บริเวณ

กึ่งกลางของกระดูกกลางอก (Sternum) ในแนวเส้นลากผ่านหัวนมทั้งสองข้าง (Nipple line) การปล่อยให้ทรวงอกคืนตัวอย่างเต็มที่ก่อนการกดหน้าอกครั้งต่อไป ร่วมกับการใช้เครื่อง AED มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ลักษณะแบบประเมินจะประกอบด้วย ไม่ได้ทำ ทำไม่ถูกหรือผิดขั้นตอน และทำ และ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ก่อน - หลังเรียนเกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น ในประเด็น “หัวใจหยุดเต้นสำคัญอย่างไรและใครเป็นกลุ่มเสี่ยงบ้าง” เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ที่ถูกสร้างขึ้นมาแล้ว^๖ นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเนื้อหาของข้อคำถามที่สร้างขึ้นครอบคลุมสมรรถนะปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องและเป็นแบบทดสอบที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เป็นที่ยอมรับของทีมงานกู้ชีพ ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ ชนิดแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบ 20 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานก่อนและหลังเรียน เกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานในภาวะหัวใจหยุดเต้นและ/หรือการพัฒนาสื่อการสอน จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ในแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.6-1 และหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ลงวันที่ประชุม 9 สิงหาคม 2564 รหัสการรับรองจริยธรรม BCNB-2564-05 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวม

ข้อมูล เข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการเรียนการสอน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเพื่อดำเนินงานวิจัยในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2564 ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่จัดโดยวิทยาลัยฯมาก่อนและสมัครเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย จำนวน 60 คน

2. ประชาสัมพันธ์การวิจัยและติดต่อประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่มีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์และปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออาสาสมัครวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จะขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยการลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมตน (Inform consent form)

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1 ทำการประเมินทักษะและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยใช้โจทย์สถานการณ์ “เมื่อเจอผู้ป่วยหมดสติและหยุดหายใจ เป็นคนแรก ท่านจะทำอย่างไร” สำหรับปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพกับหุ่นจำลอง และให้เวลานักศึกษาค้นละ 2 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่ใช้สำหรับกดหน้าอกหุ่นจำลอง

3.2 ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น ในประเด็น “หัวใจหยุดเต้นสำคัญอย่างไรและใครเป็นกลุ่มเสี่ยงบ้าง” ผ่าน QR code/ google forms ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบ 20 นาที แ่งข้อมูลให้ทราบในภาพรวม จากนั้นคณะผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน จำนวนกลุ่มละ 30 คน แยกไว้กลุ่มละห้องที่ไม่สามารถมองเห็นกันได้ เพื่อดำเนินการวิจัยเปรียบเทียบ

3.3 คณะผู้วิจัยดำเนินการให้รุ่นพี่ซึ่งเป็นแกนนำดำเนินจัดโปรแกรมที่กำหนดไว้ให้กลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นนักศึกษาที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 30 คน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยวิธีบรรยายแบบมีส่วนร่วม และสื่อที่ใช้ในการบรรยายประกอบด้วย Power point ที่ทีมแกนนำช่วยกันสร้างขึ้นมาภายใต้คำแนะนำของหัวหน้าหน่วยกู้ชีพนเรนทรและคณะผู้วิจัย ใช้เวลาในการบรรยาย 1 ชั่วโมง/กลุ่ม จากนั้นเปิดวิดีโอแสดงถึงขั้นตอนวิธีฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเทคนิคการจำขั้นตอนอย่างง่าย

กิจกรรมที่ 2 การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม ๆ ละ 5 คน เพื่อทำการฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจำลอง ร่วมกับการใช้เครื่อง AED โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3) การสนทนากลุ่มกับตัวแทนในกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ถึงประโยชน์ การใช้เวลาที่เหมาะสม ปัญหา และแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ส่วนกลุ่มควบคุมจัดแยกให้อยู่ห้องให้ศึกษาด้วยตนเองจากสื่อออนไลน์หรือช่องทางอื่นๆ และคณะผู้วิจัยได้แนะนำการดู VDO จาก YouTube เว็บไซต์ต่าง ๆ พร้อมนำหุ่นจำลอง และเครื่อง AED ไว้ให้ฝึกทักษะ โดยให้เวลาในการศึกษา 3 ชั่วโมง

3.4 ทำการประเมินความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

3.5 หลังเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยให้รุ่นพี่ดำเนินการจัดโปรแกรมที่กำหนดไว้ให้กับกลุ่มควบคุมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยทั้ง 2 ตัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านความรู้				
กลุ่มทดลอง	12.93	2.15	0.65	0.52
กลุ่มควบคุม	12.57	2.25		
ด้านทักษะ				
กลุ่มทดลอง	17.67	1.67	1.38	0.17
กลุ่มควบคุม	17.00	2.05		

2. หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p > .05$)

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองพบว่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านความรู้				
กลุ่มทดลอง	17.10	1.49	1.12	0.24
กลุ่มควบคุม	16.53	2.11		
ด้านทักษะ				
กลุ่มทดลอง	29.83	0.65	24.25***	0.000
กลุ่มควบคุม	20.30	2.05		

*** $p < .001$

3. หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน

ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านความรู้				
ก่อนทดลอง	12.93	2.15	9.17***	0.000
หลังทดลอง	17.10	1.49		
ด้านทักษะ				
ก่อนทดลอง	17.67	1.67	40.08***	0.000
หลังทดลอง	29.83	0.65		

*** $p < .001$

4. หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน

ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ด้านความรู้				
ก่อนทดลอง	12.57	2.25	7.16***	0.000
หลังทดลอง	16.53	2.11		
ด้านทักษะ				
ก่อนทดลอง	17.00	2.05	8.73***	0.000
หลังทดลอง	20.30	2.05		

*** $p < .001$

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ของกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเห็นว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับจากรุ่นพี่มีประโยชน์ เพราะช่วยเพิ่มทักษะในการช่วยชีวิต มีความรู้เกี่ยวกับการ CPR ที่ถูกต้อง และเข้าใจหลักการใช้เครื่อง AED ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวด้วยคำพูดดังตัวอย่างต่อไปนี้ “เกิดความรู้สึกที่ดีต่อรุ่นพี่” “เกิดความรู้สึกเห็นความตั้งใจของรุ่นพี่ และรุ่นพี่ที่สอนเก่งมากเป็นต้นแบบที่ดี” ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การมอบหมายให้รุ่นพี่มาจัดกิจกรรมให้ เป็นการเปิดกว้างทางความคิดให้รุ่นน้องได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ และแสดงให้เห็นว่ารุ่นพี่มีภาวะความเป็นผู้นำ เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับรุ่นน้อง ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และใส่ทัศนคติที่ดี โดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้รุ่นน้องได้เข้าใจอย่างละเอียดชัดเจน รวมถึงเต็มใจที่จะให้คำปรึกษา ตอบคำถามข้อสงสัยของรุ่นน้องได้อย่างเป็นกันเอง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานใกล้เคียงกันคือ 12.93 และ 12.57 ตามลำดับ และมีความแตกต่างระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานไม่แตกต่างกันมากคือ 17.67 และ 16.00 ตามลำดับ เพราะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ยังไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษาผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเท่ากับ 12.52 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันมาก⁹ และวิจัยการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง¹⁰

2. หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น

พื้นฐานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p > .05$) แสดงว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากรุ่นพี่ ส่วนกลุ่มควบคุมทำการศึกษาด้วยตนเองจากสื่อออนไลน์หรือช่องทางอื่นๆ เช่น ดู VDO จาก YouTube การอ่านหนังสือที่คณะผู้วิจัยนำมาให้ แสดงว่าสื่อในปัจจุบันมีการพัฒนาได้ดี ช่วยให้ นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองและควบคุมสูงขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันมาก จึงทำให้การวิเคราะห์ทางสถิติไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาความรู้ความเข้าใจนั้น สามารถพัฒนาโดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning: SDL) ได้ และมีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) ทำให้คนสามารถเรียนรู้ได้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้นจากการเรียนรู้ และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งใหม่ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย กำลังมุ่งเน้นการสร้างประเทศให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ (Knowledge-based society: KBS) ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ ได้ง่ายและสะดวกขึ้น จากการใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลาง เช่น อินเทอร์เน็ต ทำให้ผู้เรียนสามารถสืบค้นข้อมูลหรือติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญได้อย่างอิสระ (Independent inquiry) เพื่อให้บรรลุผลการเรียนรู้ สอดคล้องกับการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง พบว่าสามารถทำให้นักศึกษามีผลงานทางวิชาการที่ดีขึ้น¹¹

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) แสดงว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ด้วยการฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจำลอง ร่วมกับการใช้เครื่อง AED และการสนทนากลุ่ม โดยให้รุ่นพี่เป็นผู้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทุกขั้นตอน และจากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ให้

ข้อมูลหลักทั้งหมดเห็นว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสามารถพัฒนาทักษะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้จริง เช่น วัฏวิธี CPR ที่ถูกต้อง สามารถช่วยผู้ที่หมดสติได้ ลำดับขั้นตอนการปฏิบัติ CPR ได้ พร้อมทั้งจะเข้าไปช่วยเหลือโดยใช้ทักษะที่ได้จากการอบรมให้ดีที่สุด เข้าใจหลักการและวิธีการทำ CPR และการใช้เครื่อง AED รวมทั้งเกิดความรู้สึกที่ดีต่อรุ่นพี่ เกิดความสามัคคี เห็นความตั้งใจของรุ่นพี่ และรุ่นพี่ที่สอนเก่งมากเป็นต้นแบบที่ดี ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบสาธิตเป็นเทคนิคการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงเห็นสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ใช้เวลาอย่างเหมาะสม ขณะสาธิตเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามหรือซักถามผู้เรียนเป็นระยะ ๆ เพื่อกระตุ้นความคิดและความสนใจของผู้เรียน และการจัดกิจกรรมได้ดำเนินการไปตามกระบวนการของรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูม (Bloom)⁷ ทางด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าใจ และสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้ดีและนาน โดยเริ่มจากการเลียนแบบ การกระทำตามแบบ การตรวจสอบความถูกต้องตามแบบ และการกระทำอย่างต่อเนื่องจนเคยชิน สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองของนักวิชาการหลายท่านทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยใช้โปรแกรมหรือจัดกิจกรรมการฝึกอบรมขั้นตอนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ระดับ .01 ($p < .01$)^{4,9-10,12-14}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์หรือผู้ที่สนใจ สามารถนำโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ไปปรับใช้กับนักศึกษาในสถานศึกษาทั่วประเทศ หรือกลุ่มคนในชุมชน โดยการสร้างแกนนำให้เข้มแข็งและมีความเชี่ยวชาญ เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะต่อไป

2. การพัฒนาด้านความรู้ อาจไม่จำเป็นต้องอาศัยครู เนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ มีการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ ได้สะดวกขึ้น สามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างอิสระ แสดงว่า การเรียนในบางเรื่อง อาจารย์สามารถใช้สื่อการสอนแทนได้ ส่วนการพัฒนาด้านทักษะจำเป็นต้องอาศัยครูหรือผู้เชี่ยวชาญในการสอนสาธิตและฝึกลงมือปฏิบัติถึงจะบรรลุเป้าหมาย เช่น การฉีดยา การวัดสัญญาณชีพ

3. ควรสนับสนุนการสร้างแกนนำจากรุ่นพี่ในการสอนรุ่นน้องหรือเป็นแบบอย่างที่ดีให้ขยายเป็นวงกว้างขึ้น เพื่อส่งเสริมการเป็นพลเมืองโลกที่ดี มีภาวะผู้นำ สร้างความสามัคคีระหว่างพี่น้อง ตลอดจนเกิดความเชี่ยวชาญ สามารถนำความรู้และทักษะที่มีอยู่ไปถ่ายทอดให้แก่ชุมชนรอบวิทยาลัยฯ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในรูปแบบอื่น เช่น เพื่อนสอนเพื่อนเปรียบเทียบกับรุ่นพี่สอนน้อง หรือพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบท จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. ด้านแบบแผนการวิจัย (Research design) อาจปรับแผนการวิจัยให้แตกต่างไปจากการวิจัยในครั้งนี้และมีความหลากหลายยิ่งขึ้น เช่น การจัดโปรแกรมให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัย การสร้างแกนนำจากอาสาสมัครที่มีใจรักในการเป็นผู้นำ เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุด

References

1. National Institute for Emergency Medicine. Situations and Trends in Health and Emergency Medicine. (Global and Thailand). [internet]. 2022 [cited 2023 Mar 31]; 2–32. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf.
2. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, Cheng A, Aziz K, Berg KM, et al. Part 1: Executive Summary 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, [internet]. 2020 [cited 2023 Jan 06]; S337–S357. Available from: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_thai.pdf.
3. Relief and Community Health Bureau, The Thai Red Cross Society and National Institute for Emergency Medicine. Emergency. First Aid and Basic CPR. 1st ed. Bangkok: New Thammasat Press; 2020. (in Thai).
4. Partiprajak S. Relationship between Knowledge, Perceived Self-efficacy in Basic Life Support (BLS) and Chest Compression Performance among Undergraduate Nursing Students. *Songklanagarind Journal Nursing* 2015;35(1):119-34. (in Thai).
5. Panich V. 21st Century Skills. Bangkok: Tathakod. 2012; 16-1. (in Thai).
6. Ouppinjai S, Sukprapaporn T, Yaviraj P, Tunkaew S, Ariya S. The Model of Using the Coaching and Mentoring System in for Induction Program of Teachers in School Under the Office of Primary Education Area, Chiang Rai province. *Buabundit Journal of Education Administration*. 2019;19(4):1-13. (in Thai).
7. Anderson LW, David K. (Ed.). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. [internet]. 2020 [cited 2022 Sep 25]; Available from: <https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>
8. Chaisongmuang P, Pearkao C. Effects of First Aid to Sudden Cardiac Arrest Program for High-school Students in Northeast Thailand. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2018;28(2):118-32. (in Thai)
9. Ninwatcharamanee C, Dhabdhimsri V, Somboon P. Effects of Providing Knowledge and Skills for Cardiopulmonary Resuscitation of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal Health and Nursing Research* 2021;37(1):180-91. (in Thai).
10. Sriklo M, Yujaiyen M, Sriamonruttanakul T. The Effects of an Education Program Promoting Basic Cardiopulmonary Life Support on Knowledge and Skills of Basic Cardiopulmonary Life Support of Middle School Students. *Journal Health and Nursing Research* 2019;35(1):239-51. (in Thai).
11. Tawata A, Lertwittayapradit A, Akkawanitcha C, Sumransart T, Vajirasirodom R. Self-directed learning (SDL) by adopting business plan to develop SDL as personality characteristics. [thesis]. Silpakorn University. 2014. (in Thai).

12. Baunoo W. Effectiveness of Telephone Cardiopulmonary Resuscitation Program for Out of Hospital Cardiac Arrest of Senior High School Students. Journal of Professional Routine to Research 2019;(6):37-47. (in Thai).
13. Buathongjun J, Teerawatskul S, Suttineam U. Effect of Basic Life Support Program on Basic Life Support Competency in the Supporting Staff of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2018;10(1):69-82. (in Thai).
14. Srisuk P, Apiratwarakul K, Ienghong K, Rattanaseeha W, Kotruchin P, Buranasakda M. Effectiveness of Basic Life Support and Automated External Defibrillator Short-course Training in Undergraduate Students. Srinagarind Medical Journal. 2017;32(4):332-7. (in Thai).

บทความวิจัย

Relationship between Pre-Pregnancy Maternal BMI
and Total Gestational Weight Gain on Birth Asphyxia

Received: Jan 30, 2023

Revised: May 28, 2023

Accepted: Jun 12, 2023

Sriwan Somjaijing, B.N.S.¹Panuttita Khoonboonyung, M.S.N.²

Abstract

Introduction: According to recent statistics, an incidence of birth asphyxia has significantly increased, and this is a leading cause of perinatal mortality. Additionally, the prevalence of maternal overweight and obese while entering pregnancy has been increased.

Research objectives: The study aimed to investigate association between pre-pregnancy maternal body mass index (BMI) and gestational weight gain (GWG) and birth-asphyxia-related outcomes in singleton term pregnant women.

Research methodology: This retrospective analytic study collected data from medical records of the singleton pregnant women, 37-42 weeks gestation, having labour pain and deliver at labor room, Nakhon Pathom hospital. Data were collected between January 1 - December 31, 2020. Information from the records were assigned into two groups as following: 215 mothers who delivered the infant with Apgar score > 7; and 85 mothers who delivered the infant with Apgar score < 7. Instruments included personal information, obstetric history, pre-pregnancy body mass index, and gestational weight gain. Data were analyzed using Spearman and binary logistic regression analysis.

Results: Pre-pregnancy maternal BMI was negatively related to Apgar score at a low level ($r_s = -0.246$). The study also found significantly negatively moderate association between maternal overweight (BMI >25-29.9 kg/m²) and Apgar score. ($r_s = -0.489$). The results of binary logistic regression show that pre-pregnancy maternal BMI 25-29.9 kg/m² ($\beta = 7.63$, $p < 0.01$) and weigh gain more than 11.5 kg ($\beta = 9.6$, $p < 0.01$) during pregnancy was significant predictor of birth asphyxia. Pre-pregnancy maternal BMI 25-29.9 kg/m² and weigh gain more than 11.5 kg together explained 23.6% of the variance in birth asphyxia (Cox and Snell R square = .236, Negalkerke R square = .318)

Funding: Thai Society of Meternal and Fetal Medicine.

¹Registered Nurse, Professional Level E-mail: sriwan2514@gmail.com

²Corresponding author. Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, E-mail: Panuttita.k@bcn.ac.th

¹Nakhonpathom hospital, Nakhonpathom, Thailand

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

Conclusions: Pregnant women with pre-pregnancy overweight were 7.6 times more likely to have a neonatal birth asphyxia. Pre-pregnancy overweight with weight gain more than 11.5 kg during pregnancy was 9.6 times more likely to cause neonatal birth asphyxia.

Implications for practice: Midwives and stakeholders could support women of reproductive age planning for a pregnancy to optimize weight management. They are responsible for advice and support overweight or obese women to maintain a healthy weight during pregnancy.

Key words: birth asphyxia, body mass index, body weight gain, antepartum

ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์ต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด

Received: Jan 30, 2023

Revised: May 28, 2023

Accepted: Jun 12, 2023

ศิริวรรณ สมใจจริง พย.บ.¹

ปณัฏฐ์จิตตา ขุนบุญยัง พย.ม.²

บทคัดย่อ

บทนำ: จากสถิติพบอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดสูงกว่าเกณฑ์และเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายปริกำเนิด ทั้งนี้ยังพบมารดาที่เข้าสู่ระยะคลอดมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (BMI) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (GWG) ต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดี่ยวครบกำหนด

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิของหญิงครรภ์เดี่ยวครบกำหนด ที่มีอาการเจ็บครรภ์และคลอดที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐมในเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม 2563 แบ่งเป็นเวชระเบียนของมารดาที่ทารกมีคะแนน APGAR > 7 จำนวน 215 ฉบับ และมีคะแนน APGAR < 7 จำนวน 85 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล การตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ BMI ก่อนการตั้งครรภ์และ GWG วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสเปียร์แมนและวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: BMI ก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน APGAR ระดับต่ำ ($r_s = -0.246$) GWG กลุ่ม BMI เกินเกณฑ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน APGAR ระดับปานกลาง ($r_s = -0.489$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าการเพิ่ม BMI เกินเกณฑ์ ($\beta = 7.63$, $p < 0.01$) และ GWG > 11.5 kg. ($\beta = 9.6$, $p < 0.01$) มีอิทธิพลต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้ร้อยละ 23.6 (Cox and Snell R square = .236, Nagelkerke R square = .318)

สรุปผล: หญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์และมี GWG > 11.5 kg. ส่งผลให้มีคะแนน APGAR น้อย โดยทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด 7.6 เท่า และ 9.6 เท่า ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลผดุงครรภ์และผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ให้มี BMI ที่เหมาะสมและควรกำหนด GWG ให้เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

คำสำคัญ: ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ระยะตั้งครรภ์

ได้ทุนสนับสนุนจาก สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, E-mail: srirwan2514@gmail.com

²Corresponding author อาจารย์ประจำ, E-mail: Panuttita.k@bcn.ac.th

¹ โรงพยาบาลนครปฐม, นครปฐม, ประเทศไทย

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

บทนำ

ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ทารกแรกคลอดมีภาวะล้มเหลวในการเริ่มต้นการหายใจหรือไม่สามารถดำรงการหายใจให้ต่อเนื่องได้ในขณะแรกคลอด โดยมีคะแนนการประเมินสภาวะทารกแรกเกิด (APGAR score) ใน 1 นาที มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 สามารถแบ่งออกเป็น ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate asphyxia/blue asphyxia) คะแนน APGAR 4-7 และภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดรุนแรง (severe asphyxia/white asphyxia) คะแนน APGAR 0-3¹ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2563 พบทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonatal mortality) 2.4 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 75 หรือราว 1 ล้านคน เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยพบว่าภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากการคลอดก่อนกำหนด² นอกจากนี้พบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดน้อยกว่า ร้อยละ 0.1 จากการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดทั้งหมด ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีอัตราการเกิดสูงถึง 4.6 ถึง 26 ต่อพันการเกิดมีชีพ³ โดยพบว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดเท่ากับ 13 ต่อพันการเกิดมีชีพ⁴

อัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย ซึ่งกำหนดเกณฑ์เป้าหมาย คือ มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดน้อยกว่า 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ⁵ โดยภาพรวมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยในการป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในระดับชาติค่อนข้างได้ผลดี จากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่าใน ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 5 (จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) มีอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบเพียง 16.47 ต่อพันการเกิดมีชีพ⁶ อย่างไรก็ตาม บางโรงพยาบาลยังมีอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดสูงกว่าเกณฑ์มาก เช่น โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยของการศึกษาคั้งนี้ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด 4 ปีซ้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2561-2564) เท่ากับ 41.32, 47.96, 43.35 และ 43.81 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ⁷ ทั้งที่อุบัติการณ์การ

เกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในภาพรวมทั้งจังหวัดพบเพียง 18.15, 20.31, 18.88 และ 18.54 ต่อพันการเกิดมีชีพ⁶ ตามลำดับ เท่านั้น นอกจากนี้ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดยังเป็นสาเหตุการตายปริกำเนิดเท่ากับ 2.15, 1.23, 1.78 และ 2.26 ต่อพันการเกิดมีชีพ⁷ ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลนครปฐมเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องรับส่งต่อมารดาและทารกที่มีความเสี่ยงสูงจากโรงพยาบาลชุมชน จึงทำให้มีโอกาสดังกล่าวจะมีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวมจังหวัดและยังมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและทารก ปัจจัยเสี่ยงระหว่างการคลอดและปัจจัยอื่น ๆ โดยปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ได้แก่ อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือ มากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ภาวะเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ มารดาไม่มีแรงเบ่ง และภาวะโลหิตจางเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดปัจจัยเสี่ยงด้านทารก เช่น ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะค้ำคั้น มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะมีซีเทาในน้ำคร่ำ⁸⁻⁹ ปัจจัยเสี่ยงระหว่างการคลอด ได้แก่ การผ่าตัดคลอด การใช้เครื่องมือช่วยคลอดทางช่องคลอด การให้ยาเร่งคลอด ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนน้ำที่ไม่ใช่ซีระ ภาวะรกเกาะต่ำ¹⁰ และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับอุ้งเชิงกรานและดัชนีมวลกายก่อนการคลอด ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹⁻¹⁰ ดังนั้นหากต้องการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดควรคำนึงถึงดัชนีมวลกายก่อนการคลอดร่วมด้วย

ดัชนีมวลกายก่อนการคลอดที่ผิดปกติส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับทารกในครรภ์ ปัจจุบันพบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยพบว่าสตรีมีครรภ์ร้อยละ 45 มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนก่อนคลอด และพบว่าร้อยละ 48 มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักกระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์ตามคำแนะนำของสถาบันการแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine; IOM) กำหนด¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะภาวะแทรกซ้อนใน

มารดาและทารกโดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes mellitus; GDM) ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง (hypertensive disorder in pregnancy; HPD) ทารกตัวโต (macrosomia) น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (Low birth weight) ความเสี่ยงสูงของการผ่าตัดคลอดและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด รวมทั้งมีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของ Johansson และคณะที่พบว่ามารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนระดับที่ 1 (BMI ≥ 30 -34.99 kg/m²) และระดับที่ 2-3 (BMI 35.00-39.00, BMI ≥ 40 kg/m² ตามลำดับ) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดเป็นกรดของทารก (fetal acidosis) เท่ากับ 1.35 เท่า (95% CI 1.23–1.47), 1.46 เท่า (95% CI 1.27–1.69) และ 1.75 เท่า (95% CI 1.42–2.15) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับมารดาที่มีดัชนีมวลกายปกติ¹³

จากข้อมูลดังกล่าวมาไม่เพียงแต่ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ของมารดาเท่านั้น การศึกษาวิจัยยังพบอีกว่าการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดอีกด้วย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 3 ร่วมกับมี GWG ที่เพิ่มมากกว่าเกณฑ์ตามคำแนะนำของ IOM มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรักษาของทารกที่หน่วยทารกวิกฤติมากกว่า 7 วัน¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hansol และคณะพบว่าสตรีที่เป็นโรคอ้วนก่อนตั้งครรภ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกมากกว่า 2.5 เท่า (OR 2.512 ; 95% CI, 1.817–3.473) เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI ปกติ และสตรีตั้งครรภ์ที่มี GWG เกินเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ [OR 1.364; 95% CI, 1.115–1.670] นอกจากนี้พบว่าหากสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI เกินเกณฑ์หรือมีภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับมี GWG เกินเกณฑ์นั้นมีความเสี่ยงของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นเป็นสามเท่า [OR 3.460; 95% CI, 2.210–5.417]¹⁵ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับ BMI และ GWG เนื่องจากมีความสำคัญต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า BMI และ GWG มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด และเมื่อสุ่มข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลนครปฐมย้อนหลังในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและภาวะอ้วนเข้าสู่ระยะคลอดเพิ่มสูงขึ้น ในเดือนมกราคม-มีนาคม ร้อยละ 31.18 และเดือนตุลาคม-ธันวาคม ร้อยละ 42.17⁷ ร่วมกับมีอุบัติการณ์ทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดที่เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย ซึ่งอาจแสดงถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ผิดปกติ ให้มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด
3. เพื่อศึกษาดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ที่ทำนายภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical research) จากชุดข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ เวชระเบียนของหญิงครรภ์เดียวอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์

และคลอด ณ หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐมในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เวชระเบียนของหญิงครรภ์เดียวที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์และมี GWG ที่ปกติและมากขึ้นกว่าเกณฑ์และคลอดทารกที่ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด 3,357 ฉบับ

2. เวชระเบียนของหญิงครรภ์เดียวที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์และมี GWG ที่ปกติและมากขึ้นกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและคลอดทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดทุกฉบับ จำนวน 85 ฉบับ

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Green¹⁶ ดังนั้น $N \geq 50 + 8m$ โดย N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง m คือ จำนวนตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 8 ตัวแปร ประกอบด้วย BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) ปกติ ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) เกินเกณฑ์ ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$) และภาวะอ้วน ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ 12.5-18 kg., 11.5-16 kg., 7-11.5 kg. และ 5-9.1 kg. สามารถแทนสูตรได้ ดังนั้น $N \geq 50 + 8 \times 8$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง (N) ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 114 ฉบับ ซึ่งจากรายงานอุบัติการณ์ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดของโรงพยาบาลพบว่า หญิงครรภ์เดียวที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ คลอดทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในช่วงเดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนธันวาคม 2563 มี 85 คน โดยมีสัดส่วนของทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดต่อทารกปกติ 1: 2.5 คน หรือเท่ากับ 1: 212.5 และผู้วิจัยได้เก็บเพิ่ม 3 ฉบับ ดังนั้นกลุ่มเปรียบเทียบควรเป็น 215 ฉบับ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 ฉบับ ซึ่งหลังจากได้เวชระเบียนของกลุ่มเปรียบเทียบที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายมาเดือนละ 17-18 ฉบับ จนครบ 215 ฉบับ

เกณฑ์การคัดเข้า

กลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย เวชระเบียนของหญิงครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐมมีอาการเจ็บครรภ์และคลอดและทารกที่ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดหรือมีคะแนน APGAR มากกว่า 7

กลุ่มที่ศึกษา ประกอบด้วย เวชระเบียนของหญิงครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐมมีอาการเจ็บครรภ์และคลอด ทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด แบ่งเป็นภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดเล็กน้อยถึงปานกลางและภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย เวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาไม่ครบถ้วน มารดาที่มีประวัติใช้สารเสพติด ทารกมีความพิการแต่กำเนิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนมีลักษณะคำถาม-คำตอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 4 ปัจจัย ประกอบด้วย อายุ สัญชาติ สถานภาพสมรส ประวัติการสูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด ข้อมูลการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ 5 ปัจจัย ประกอบด้วย ลำดับการตั้งครรภ์ สถานที่ การฝากครรภ์ คุณภาพ อายุครรภ์และการเจ็บป่วยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระหว่างการคลอด 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด วิธีการคลอดและคะแนน APGAR

ส่วนที่ 3 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์โดยคัดลอกข้อมูลที่ถูกรวบรวมไว้แล้วจากเวชระเบียน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) ปกติ ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) เกินเกณฑ์ ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$) และภาวะอ้วน ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$)

ส่วนที่ 4 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 12.5-18 kg., 11.5-16 kg., 7-11.5 kg. และ 5-9.1 kg. ตาม BMI

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีในระยะคลอดและอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยเพิ่มเติมปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ประกอบด้วย การได้รับยาเร่งคลอดและการได้รับยาแก้ปวด ก่อนคลอด คำนวนหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล นครปฐม ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อ พิจารณานุมัติการเก็บข้อมูลโดยได้รับการอนุมัติ เลขที่ COA NO 028/2022 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการผ่านหัวหน้า กลุ่มการพยาบาล เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการ ศึกษา โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงครรภ์เดียวที่ บันทึกอยู่ในแผ่น CD หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจาก เวชระเบียนลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังจากนั้น บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการ ฝากครรภ์ โดยใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาต่อภาวะพร่องออกซิเจน แรกเกิดโดยใช้สถิติไคสแควร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ .05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อน การตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์กับ

ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด โดยพบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจง แบบปกติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Mean=23.63, S.D.=12.80, p-value=<.01) จึงใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation test) โดยแปลค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r) ตามแนวคิดของ Bartz¹⁷ คือ ความสัมพันธ์สูงมาก ($\geq .80$) ความสัมพันธ์สูง (.60-.79) ความสัมพันธ์ปานกลาง (0.40-0.59) มีความสัมพันธ์ต่ำ (.20-.39) และความสัมพันธ์ต่ำมาก (< .20)

4. วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression analysis) เพื่อทำนายอิทธิพลของดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .01

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทยร้อยละ 85.6 และ 76.5 มีอายุระหว่าง 19-35 ปี ร้อยละ 78.6 และ 78.8 ปฏิเสธโรคทางอายุรกรรมก่อนการตั้งครรภ์ร้อยละ 81.4 และ 77.6 เป็นการตั้งครรภ์หลังร้อยละ 56.7 และ 51.8 ตามลำดับ
2. เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มที่ศึกษาต่อภาวะพร่องออกซิเจน แรกเกิดพบว่า ระดับการศึกษา การฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ขณะคลอด วิธีการคลอดและส่วนนำ มีความสัมพันธ์กับ ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบกลุ่มศึกษามีภาวะ Fetal distress มากที่สุด รองลงมา เป็นภาวะ Previous C/S และภาวะ Prolong 2nd stage of labour และมีวิธีการคลอดบุตรโดยการผ่าตัด (C/S) และ มีส่วนนำเป็นท่าก้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=215) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มศึกษา (n=85) จำนวน (ร้อยละ)	Chi-square	p-value
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	28 (13.0)	22 (25.9)	14.41	.013
ประถมศึกษา	36 (16.7)	19 (22.4)		
มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	59 (27.4)	25 (29.4)		
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	60 (27.9)	12 (14.1)		
ปริญญาตรี	30 (14.0)	7 (8.2)		
การฝากครรภ์				
รพ.นครปฐม	99 (46)	31 (36.5)	16.076	.001
รพ.ชุมชน	69 (32.1)	43 (50.6)		
คลินิก	47 (21.9)	9 (10.6)		
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด				
Fetal distress	5 (2.3)	26 (30.6)	120.68	<.001
Prolong 2 nd stage of labour	8 (3.7)	10 (11.8)		
CPD	13 (6.0)	7 (8.2)		
Shoulder dystocia	1 (0.5)	4 (4.7)		
Mecronium stain	8 (3.7)	8 (9.4)		
Previous C/S	11 (5.1)	13 (15.3)		
ไม่พบ	119 (55.3)	7 (8.2)		
วิธีการคลอด				
NL	148 (68.8)	21 (24.7)	51.181	<.001
C/S	63 (29.3)	55 (64.7)		
V/E	4 (1.9)	9 (10.6)		
ส่วนนำ				
Cephalic	209 (97.2)	76 (89.4)	7.798	.014*
Breech	6 (2.8)	9 (10.6)		
*Fisher's Exact Test				

3. ความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และความสัมพันธ์ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์กับคะแนน APGAR โดยทดสอบด้วยสถิติ Spearman Rang-Correlation ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน

APGAR อยู่ในระดับต่ำ ($r_s = -0.246, p < .01$) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ในกลุ่มดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25-29.9 kg/m² มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน APGAR อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = -0.489, p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์กับคะแนน APGAR (n=300)

ความสัมพันธ์	APGAR score	
	Correlation* (r)	P value
ค่าดัชนีมวลกาย กับ APGAR score	- .246	<.001*
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ กับ APGAR score		
กลุ่ม BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5 kg/m ²)	- .062	.826
กลุ่ม BMI ปกติ (18.5-24.9 kg/m ²)	.038	.569
กลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ (25-29.9 kg/m ²)	- .489	.002*
กลุ่ม BMI ภาวะอ้วน (≥30 kg/m ²)	- .384	.053
* ค่าสหสัมพันธ์ของ Spearman's rank correlation test		

4. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression analysis) ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนน APGAR ($p < .01$) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Spearman Rang-Correlation ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ในกลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ (25-29.9 kg/m²) นำมาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะพร่อง

ออกซิเจนแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1) กลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ ($\beta = 7.63, p < .01$) 2) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่า 11.5 kg. ในกลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ ($\beta = 9.6, p < .01$) พบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้ร้อยละ 76.3 โดยมี R² ของ Cox & Snell เท่ากับร้อยละ 23.6 และ Nagelkerke R² ร้อยละ 31.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01 (p-value = <.001, .007 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด (n=300)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	P value	95%CI
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)					
Constant	-0.177	1.233	0.838	.886	
กลุ่ม BMI ปกติ (18.5-24.9 kg/m ²)	0.493	0.748	1.637	.510	0.378 - 7.095
กลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ (25-29.9 kg/m ²)	2.032	0.532	7.632	<.001*	2.691 - 21.646
กลุ่ม BMI ภาวะอ้วน (≥ 30 kg/m ²)	-0.030	0.613	0.97	.960	0.292 - 3.224
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์					
Constant	-1.281	.506	.278	.011	
กลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ (25-29.9 kg/m ²)					
มีน.เพิ่มขึ้น 7 - 11.5 kg.	2.380	1.261	10.8	.059	0.913 - 127.754
มีน.เพิ่มขึ้น > 11.5 kg.	2.262	0.845	9.6	.007*	1.833 - 50.288
Cox & Snell R square .236, Nagelkerke R square .318, p < .01					

อภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนดจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า BMI มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด กล่าวได้ว่าหากสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์สูงจะทำให้มีคะแนน APGAR ต่ำ อาจเนื่องมาจากภาวะน้ำหนักเกินเป็นผลโดยตรงจากความไม่สมดุลของการบริโภคอาหารและพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ ส่งผลให้ร่างกายมีการสะสมเนื้อเยื่อไขมันและเซลล์ไขมันสูงกว่าปกติ ดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์สูงจะยังมีความรุนแรงของภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น และหากมีการตั้งครรภ์เกินวันจะผลิตฮอร์โมนที่กระตุ้นกระบวนการอักเสบเกิดการสูญเสียหน้าที่ของหลอดเลือด อีกทั้งร่างกายไม่สามารถนำพลังงานไปใช้ได้ จากภาวะดังกล่าวจึงทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในครรภ์ (fetal hypoxia) และภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Klemetti¹⁸ พบว่าทารกที่มีภาวะพร่องออกซิเจนมีความสัมพันธ์กับมารดาที่มีภาวะเบาหวาน มีดัชนีมวลกายและ

ปริมาณอินซูลินในกระแสเลือดสูง (hyperinsulinaemia) เนื่องจากมีความเข้มข้นของสารชีวเคมีในน้ำคร่ำ (amniotic fluid erythropoietin; AF EPO) สูงขึ้น ซึ่งสารดังกล่าวช่วยบ่งชี้ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ได้อย่างแท้จริง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Çalik และคณะ พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด การเข้ารับดูแลในหน่วยวิกฤติและทารกมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)¹⁹

ความสัมพันธ์ของการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์กับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด จากการศึกษานี้พบว่า GWG มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดในหญิงครรภ์เดียวครบกำหนด กล่าวได้ว่าหากมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากโดยเฉพาะในกลุ่มที่ BMI เกินเกณฑ์ จะยิ่งทำให้มีคะแนน APGAR ต่ำ อาจเนื่องมาจาก GWG เป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของมวลไขมันที่สะสมอยู่บริเวณรอบช่องท้อง (visceral fat) ตั้งแต่ไตรมาสแรกจนเพิ่มสูงขึ้นในไตรมาสที่สอง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ปกติ จะมีการเก็บสะสมไขมันอยู่บริเวณดังกล่าวทำให้มีลักษณะคล้ายลูกแพร

และมี GWG เพิ่มขึ้นได้มากกว่ากลุ่มที่ BMI เกินเกณฑ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนนั้น มีมวลไขมันสะสมบริเวณ visceral fat อยู่แล้วก่อนการตั้งครรภ์ และหากมี GWG เกินเกณฑ์หมายถึงการมีปริมาณมวลไขมันที่มากจนเกินไป จนร่างกายต้องนำมวลไขมันไปสะสมอยู่บริเวณแกนกลางของลำตัว ดังกล่าวแสดงถึงความล้มเหลวในการจัดเก็บมวลไขมันและเกิดเผาผลาญที่ผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะต้านอินซูลิน ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด เกิดแรงต้านในหลอดเลือดบริเวณรก (uteroplacental vascular resistance) และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Daniela และคณะ²⁰ ที่พบว่าความอ้วนของมารดาและ GWG ที่มากเกินไปมีผลต่อระบบการไหลเวียนของมารดาและทารกในครรภ์ เกิดความไม่สมดุลในการขนส่งสารอาหาร เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทั้งมารดาและทารกและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh และคณะ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มี GWG มากกว่าเกณฑ์ตามคำแนะนำของ IOM มีความสัมพันธ์กับคะแนน APGAR ที่ 1 นาที น้อยกว่า 8 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$)²¹

ในส่วนปัจจัยทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า BMI เกินเกณฑ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่า 11.5 kg. ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI เกินเกณฑ์สามารถทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด โดยอธิบายได้ดังนี้

สตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI เกินเกณฑ์สามารถทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้ถึง 7.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ กล่าวได้ว่ามารดาที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์และภาวะอ้วนจะมีภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้เกิดมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง และมีระดับอินซูลินในเลือดสูง ทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้ไม่สามารถนำพลังงานไปใช้ได้ ทารกในครรภ์จึงมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในครรภ์และภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด ดังนั้นอัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิดจึงเพิ่มสูงขึ้นตาม BMI ก่อนตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Johansson และคณะ ที่พบว่า มารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนระดับที่ 1 และระดับที่ 2-3 เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ fetal acidosis เท่ากับ 1.35 เท่า

(95% CI 1.23–1.47), 1.46 เท่า (95% CI 1.27–1.69) และ 1.75 เท่า (95% CI 1.42–2.15) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับมารดาที่มีดัชนีมวลกายปกติ¹³

สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่า 11.5 kg. กรณีที่มี BMI เกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้ถึง 9.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 7 kg. กล่าวได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI เกินเกณฑ์ร่วมกับมี GWG เกินเกณฑ์จะมีความล้มเหลวในการจัดเก็บมวลไขมันและการเกิดเผาผลาญที่ผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะต้านอินซูลิน ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด เกิดแรงต้านในหลอดเลือดบริเวณรกและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hansol และคณะพบว่า สตรีที่เป็นโรคอ้วนก่อนตั้งครรภ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกมากกว่า 2.5 เท่า (OR 2.512 ; 95% CI, 1.817–3.473) เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI ปกติ และสตรีตั้งครรภ์ที่มี GWG เกินเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ [OR 1.364; 95% CI, 1.115–1.670] นอกจากนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มี BMI เกินเกณฑ์หรือมีภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับมี GWG เกินเกณฑ์มีความเสี่ยงของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นสามเท่า [OR 3.460; 95% CI, 2.210–5.417]¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์และผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ (Preconception care) เพื่อส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนตั้งครรภ์สามารถควบคุม BMI ก่อนการตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ รวมทั้งควรเฝ้าระวังและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI เกินเกณฑ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และต่อเนื่องถึงระยะคลอด เนื่องจากมีโอกาสที่จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิดได้

2. ควรมีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่น หน่วยโภชนาการ พยาบาลเวชกรรมสังคมในการกำหนดน้ำหนักที่ควรเพิ่มสำหรับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายอย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละคน รวมถึงการติดตามน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นต่อสัปดาห์อย่างใกล้ชิดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การติดตามเยี่ยม

การให้บันทึกน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือเมนูอาหารที่รับประทาน
การโทรศัพท์ติดตามการเพิ่มของน้ำหนักหรือการรับประทาน
อาหาร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้หญิง
วัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนตั้งครรภ์สามารถควบคุมน้ำหนักให้
มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติก่อนการ
ตั้งครรภ์

2. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์
ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ที่สามารถควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น
ระหว่างการตั้งครรภ์ให้เหมาะสม

3. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในการศึกษา
ครั้งต่อไป เพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ในแต่ละกลุ่มมากขึ้น
โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี BMI >30 kg/m²

References

1. World Health Organization. ICD-10 Version 2019 [Serial online]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/P21>
2. World Health Organization. Newborn Mortality [Internet]. 2022 [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>
3. Workineh Y, Semachew A, Ayalew E, Animaw W, Tirfie M, Birhanu M. Prevalence of perinatal asphyxia in East and Central Africa: systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2020;6(4):e03793.
4. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019 Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2019. [cited October, 2019]. Available from: <https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>
5. National Institute of Child Health Development. The results of the development screening campaign for the year 2020. Paper presented at National Institute of Child Health Development Meeting; 2020 Aug 13; Thailand. (in Thai) [cited October, 2021]. Available from: https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/nich/n819_57c086f83458c45371180494cb01030c_DS_03.pdf
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Birth Asphyxia Rate of Regional Health [Internet]. 2021. (in Thai) [cited October, 2021]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/birthasphyxia/index?year=2021>
7. Nakhon Pathom Hospital. Nakhon Pathom Hospital Annual Report 2021; 2021. (in Thai)
8. Panna S. Risk Factors for Birth Asphyxia in Newborns Delivered at Nongkhai Hospital. Srinagarind Medical Journal. 2020;35:278-86. (in Thai)

9. Saksangawong S, Rattanamongkolgul S. Risk Factor and Risk Score for Birth Asphyxia in Kumpawapi Hospital, Udonthani Province. *Royal Thai Army Medical Journal*. 2019;72:41-52. (in Thai).
10. Booranavanich K, Cheawcharnprapan K. Risk Factors Affecting to Perinatal Asphyxia in Faculty of Medicine Vajira Hospital. *Vajira Medical Journal*. 2020;64(1):11-22. (in Thai).
11. NHS Digital. NHS Maternity Statistics 2018–2019. NHS Digital; 2019. Available from: <https://files.digital.nhs.uk/D0/C26F84/hosp-epis-stat-mat-summary-report-2018-19.pdf>.
12. Zhao R, Xu L, Wu ML, Huang SH, Cao XJ. Maternal pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain influence birth weight. *Women and Birth*. 2018;31:e20-e25.
13. Johansson S, Sandström A, Cnattingius S. Maternal overweight and obesity increase the risk of fetal acidosis during labor. *Journal of Perinatology*. 2018;38: 1144–50.
14. Njagu R, Adkins L, Tucker A, Gatta L, Brown HL, Reiff E, et al. Maternal weight gain and neonatal outcomes in women with class III obesity. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;35(3):1-5.
15. Choi H, Lim JY, Lim NK, Ryu HM, Kwak DW, Chung JH, et al. Impact of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of maternal and infant pregnancy complications in Korean women. *Int J Obes (Lond)*. 2022;46:59-67. doi: 10.1038/s41366-021-00946-8.
16. Memon MA, Ting H, Cheah J-H, Thurasamy R, Chuah F, Cham TH. Sample Size for Survey Research: Review and Recommendations. *Journal of Applied Structural Equation Modeling*. 2020;4(2):i–xx.
17. Bartz AE. *Basics Statistical Concepts*. 4 th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1999. cited in Wijitwanna S. Correlation in Statistics: How to Use. *Rajapruk University Journal*. 2022;8(2):1-15.
18. Klemetti MM, Teramo K, Kautiainen H, Wasenius N, Eriksson JG, Laine MK. Late-Pregnancy Fetal Hypoxia Is Associated With Altered Glucose Metabolism and Adiposity in Young Adult Offspring of Women With Type 1 Diabetes. *Frontiers in Endocrinology (Lausanne)* 2021;12:738570. doi: 10.3389/fendo.2021.738570.
19. Çalik KY, Yildiz NK, Erkaya R. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome. *Saudi Journal Biological Science*. 2018;25(6):1085-9.
20. Álvarez D, Muñoz Y, Ortiz M, Maliqueo M, Chouinard-Watkins R, Valenzuela R. Impact of Maternal Obesity on the Metabolism and Bioavailability of Polyunsaturated Fatty Acids during Pregnancy and Breastfeeding. *Nutrients*. 2020;13(1):19.
21. Singh K, Goel A, Narain A. Gestational weight gain and its effect on fetomaternal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2020;9(11): 4477-81.

บทความวิจัย

People's Resilience during the First Wave of COVID-19 Pandemic
in Chachoengsao Province

Received: Feb 24, 2023

Revised: May 22, 2023

Accepted: May 30, 2023

Waeodao Phimphandee, Dr.P.H.¹

Abstract

Introduction: The first wave of the COVID-19 pandemic between January and May 2020 has affected people in multiple dimensions. People's resilience and ability to rapidly recover, including promoting and supporting people's resilience through the involvement of relevant agencies, are therefore important.

Research objectives: To examine the resilience of people and communities, and propose policy recommendations for people's resilience during the COVID-19 pandemic.

Research methodology: This descriptive study consisted of two groups of samples: 1) The first group included 422 household representatives aged 20 years and above obtained by a multi-stage random sampling technique, with data collected using interviews. Data were analyzed using descriptive statistics. 2) The second group consisted of 12 stakeholders involved in policymaking or implementing measures to prevention and control the pandemic. A purposive sampling method was used to recruit the sample. In-depth interview technique was used to collect data. Data were analyzed using content analysis.

Results: People's resilience during the first wave of the COVID-19 pandemic covered five aspects including: economy, health, social, information technology, and education. Policy recommendations for people's resilience included promoting employments, fostering knowledge based on the principles of self-sufficiency economy, promoting financial planning, encouraging the return of the workforce to their hometowns, and promoting knowledge related to their own healthcare. Additionally, there were recommendations for mental health counseling services, developing inclusive health service systems, improving communication and public relations, developing community health volunteer networks, enhancing social networks, promoting participation from all sectors, encouraging the use of technology, developing information platforms in the health sector, enhancing parental skills for children's learning, improving internet infrastructure, and supporting educational equipment.

Implications: People can use the guidelines emerged from the study and apply them to tackle the new waves of pandemics, emerging diseases, or future crises that may occur. The government and relevant organizations can utilize the policy recommendations to develop various policies and measures that enable people to adapt effectively.

Keywords: resilience, COVID-19, policy recommendations

การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

Received: Feb 24, 2023

Revised: May 22, 2023

Accepted: May 30, 2023

แววดาว พิมพ์พันธ์ดี ส.ด.¹

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ระหว่างเดือนมกราคม ถึงพฤษภาคม 2563 ส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายด้าน การปรับตัวของประชาชนในการเผชิญกับสถานการณ์และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการปรับตัวของประชาชนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการปรับตัวของประชาชนและชุมชน และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) ตัวแทนครัวเรือนที่เป็นประชาชนอายุ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 422 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและควบคุมการระบาด จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านการศึกษา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของประชาชน ได้แก่ การส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมความรู้ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ส่งเสริมการวางแผนการเงิน ส่งเสริมแรงงานกลับภูมิลำเนา ส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีหน่วยงานให้คำปรึกษาสุขภาพจิต พัฒนาระบบบริการที่ทั่วถึง พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาเครือข่ายทางสังคม พัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี พัฒนาแพลตฟอร์มสารสนเทศ ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะผู้ประกอบการการเรียนรู้ของเด็ก พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางอินเทอร์เน็ต และสนับสนุนอุปกรณ์ทางการศึกษา

ข้อเสนอแนะ: ประชาชนสามารถนำแนวทางในการปรับตัวจากงานวิจัยนี้ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การระบาดระลอกใหม่ โรคอุบัติใหม่หรือวิกฤตอื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปพัฒนาโยบายหรือมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับตัวได้

คำสำคัญ : การปรับตัว โควิด 19 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทนำ

การระบาดระลอกแรก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของโควิด 19 เกิดขึ้นที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2562 ทำให้การระบาดแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโควิด 19 ของระลอกแรก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 โดยพบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนในสนามมวยและสถานบันเทิงในกรุงเทพมหานคร จึงได้ประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งแรกเมื่อเดือนมีนาคม 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตาม พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2663 เป็นต้นมา ทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศไทยต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ คัดกรองและติดตามการสัมผัสและค้นหาผู้ป่วย เน้นการรักษาความสะอาด เช่น การล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่าง การเลี่ยงฝูงชนและการใส่หน้ากากอนามัย เป็นต้น¹ สถานการณ์เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น จนกระทั่งพบผู้ป่วยภายในประเทศรายสุดท้ายของระลอกแรกถูกรายงานเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563²

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประชาชนเข้าไปปรับชมการแข่งขันชมมวยในเดือนดังกล่าวเดินทางกลับมาในพื้นที่ และใช้ชีวิตตามปกติ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด จนเป็นเหตุให้ต้องมีการปิดหมู่บ้านเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาด โดยพบผู้ป่วยโควิด 19 รายแรกในเดือนมีนาคม 2563³ โควิด 19 เป็นโรคระบาดที่สามารถแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเป็นโรคที่มีความซับซ้อน รุนแรงและส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมในทุกระดับ⁴ โดยจังหวัดฉะเชิงเทราจัดอยู่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศเป็นอันดับต้น ๆ จากการระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในภาพรวมทุกด้าน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลงหนี้สินเพิ่มขึ้น ความเครียด ความวิตกกังวลในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ความเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสาร และขาดอุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์⁵⁻⁶ ผลกระทบเหล่านี้หากประชาชนไม่สามารถ

ปรับตัวได้ สิ่งที่น่ากังวลใจไม่เพียงสุขภาพกายเท่านั้น แต่สุขภาพจิตที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความกังวล ความโดดเดี่ยวและความสิ้นหวังเป็นระยะเวลานาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว การปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁷ โดยสมาคมนักจิตวิทยาแห่งอเมริกาได้นิยามการปรับตัว (Resilience) ว่าเป็นความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด การบาดเจ็บทางจิตใจ หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน เป็นต้น โดยบุคคลสามารถฟื้นตัวจากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ได้⁸

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ในจังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างมาก และการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของประชาชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำใช้ในการพัฒนาแนวทางในการปรับตัวของประชาชนให้สามารถปรับตัวต่อการระบาดระลอกใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือภาวะวิกฤติอื่นที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก
2. เพื่อศึกษาแนวทางการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 720,718 คน 313,586 ครั้วเรือน⁹

กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนครั้วเรือนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ครั้วเรือนละ 1 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan¹⁰ ได้กลุ่มตัวอย่าง 384 ครั้วเรือน เพื่อลดปัญหากรณีการตอบแบบสัมภาษณ์ที่ไม่สมบูรณ์ จึงสำรวจกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 422 ครั้วเรือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยกำหนดขนาดอำเภอเป็น 3 ขนาด คือ อำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ตามจำนวนประชากร 2) สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ได้ตัวแทนของอำเภอแต่ละขนาด ๆ ละ 1 อำเภอ รวม 3 อำเภอ 3) สุ่มอย่างง่าย ให้ได้ตัวแทนของตำบลในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาลของอำเภอแต่ละอำเภอ ๆ ละ 2 ตำบล รวม 6 ตำบล 4) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของครั้วเรือน 5) เลือกตัวอย่างครั้วเรือนแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ครั้วเรือนละ 1 คน โดยตัวแทนครั้วเรือนที่ให้ข้อมูลมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และหากไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้จะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย มาตรการในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด 19 หรือมีส่วนในการนำนโยบาย มาตรการต่าง ๆ ไปใช้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) ระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดฉะเชิงเทรา 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 1 คน 2) ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการ 1 คน กำนัน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ 1 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน 3) ระดับประชาชน คือ ประชาชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะในครั้วเรือน ที่ตั้งของครั้วเรือน จำนวนสมาชิกในครั้วเรือน สถานะทางการศึกษาของสมาชิกในครั้วเรือน อาชีพหลักของหัวหน้าครั้วเรือน อาชีพเสริมของหัวหน้าครั้วเรือน รายได้รวมของสมาชิกในครั้วเรือน และความเพียงพอของรายได้ เป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของประชาชน ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ใช่หรือไม่ใช่ และแบบหลายตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านสุขภาพ เป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 14 ข้อ 3) ด้านสังคม เป็นแบบ Rating scale 3 ระดับ ได้แก่ มากขึ้น ปกติ และน้อยลง จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นแบบ Rating scale 3 ระดับ ได้แก่ มี บางครั้ง และไม่เคย จำนวน 4 ข้อ และ 5) ด้านการศึกษา เป็นแบบ Rating scale 3 ระดับ ได้แก่ มี บางครั้ง และไม่เคย จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย มาตรการในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด 19 หรือมีส่วนในการนำนโยบาย มาตรการต่าง ๆ ไปใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข้อคำถามเป็นปลายเปิด ได้แก่ จากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้คนในชุมชนของท่านมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ต่อไปอย่างไร 1) ด้านเศรษฐกิจ 2) ด้านสุขภาพ 3) ด้านสังคม 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ 5) ด้านการศึกษา จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า

ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.87 และ 1.00 ตามลำดับ และนำแบบสัมภาษณ์ การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพด้านความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-138-2563 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2563 พิกษสิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับ การทำลายข้อมูล สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่เกิดผลกระทบ หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสัมภาษณ์ในพื้นที่หรือทางโทรศัพท์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอจดบันทึกและบันทึกเสียง การสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับทราบ ยอมรับและยินดีให้ความร่วมมือ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 เป็นช่วงที่สามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรกได้ และเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 2 โดยเก็บข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้ 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างจำนวน 422 คน จาก 422 ครั้วเรือน ๆ ละ 1 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนครั้วเรือนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะและสามารถยินยอมให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยได้รับการอบรมและฝึกหัดการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15-20 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำการสัมภาษณ์ทีละคน ทีละคำถาม และขออนุญาตบันทึกเสียงและจดประเด็นสำคัญ ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที และดำเนินการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นต่อจนกว่าข้อมูล

มีความอิ่มตัว (Data saturation) ทำการถอดข้อความเสียง และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลโดยการฟังข้อความเสียงซ้ำ ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของงานวิจัย โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องด้านข้อมูล โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่าง (Data triangulation) ได้แก่ ประสบการณ์ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความคิด และความเชื่อ การตรวจสอบโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Method triangulation) ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาเอกสารในพื้นที่ การตรวจสอบจากพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล การตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) โดยอ่านทวนบทสัมภาษณ์ที่จดบันทึกกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลจากการสัมภาษณ์การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดการข้อมูลให้เป็นระเบียบ กลั่นกรองเฉพาะความหมายที่สำคัญตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย การนำเสนอข้อมูลในรูปของการพรรณนาประกอบคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 422 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.24 อายุเฉลี่ย 49.23 ปี (S.D.=19.70) ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นสมาชิกในครั้วเรือน ร้อยละ 53.55 อยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 68.00 มีสมาชิกในครั้วเรือน 4-6 คน ร้อยละ 48.82 ไม่มีสมาชิกในครั้วเรือนที่กำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 45.97 ประกอบอาชีพหลักรับจ้าง/รับจ้างรายวัน ร้อยละ 27.25 ไม่มีอาชีพเสริม ร้อยละ 69.67 รายได้รวมของสมาชิกในครั้วเรือนต่อเดือนไม่เกิน 30,000 บาท ร้อยละ 68.25 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.95

2. การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก มี 5 ด้าน ดังนี้

2.1 การปรับตัวของประชาชนด้านเศรษฐกิจ
พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการสร้างอาชีพใหม่เพื่อเพิ่มรายได้ ร้อยละ 93.84 มีการพัฒนาทักษะของตนเองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 52.60 วิธีที่ใช้พัฒนาตนเอง คือ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ ร้อยละ 73.42 พฤติกรรมการจับจ่ายใช้สอยเพื่ออุปโภคบริโภคส่วนใหญ่เป็นการทำอาหารทานเองในครัวเรือนมากที่สุด ร้อยละ 79.86 รองลงมา คือ การปลูกผักเพื่อบริโภค ร้อยละ 51.42 และการซื้อสินค้าออนไลน์ ร้อยละ 45.97 ตามลำดับ ครัวเรือนส่วนใหญ่มีการวางแผนการใช้เงิน ร้อยละ 81.28 และมีการวางแผนด้านอาชีพ ร้อยละ 55.69

2.2 การปรับตัวของประชาชนด้านสุขภาพ
พบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 โดยปฏิบัติเป็นประจำในประเด็นหมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 81.75 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่กับผู้อื่น ร้อยละ 81.28 มากกว่าครึ่งรับประทานอาหารสุกใหม่ ร้อยละ 78.44 แยกของใช้ส่วนตัวและไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 76.30 ไม่นำมีมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ร้อยละ 61.85 ไม่รับประทานอาหารร่วมสำหรับเดียวกันหรือใช้ช้อนกลางร่วมกันกับผู้อื่น ร้อยละ 61.37 การเข้าใช้บริการสถานประกอบการตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ราชการกำหนดและตรวจวัดอุณหภูมิของผู้เข้าใช้บริการ ร้อยละ 53.32 และหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ชุมชน ร้อยละ 50.71 ส่วนประเด็นที่มีการปฏิบัติบ่อย คือ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่ผู้คนพลุกพล่านหรืออยู่ในสถานที่ที่มีการระบายอากาศเป็นระบบปิด ร้อยละ 52.13 รองลงมา คือ รักษาระยะห่างไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร หรือ 1-2 ช่วงแขน และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด ร้อยละ 50.47 และมีการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือปรับวิถีชีวิตในการรับมือกับโควิด 19 ร้อยละ 50.24 ตามลำดับ

2.3 การปรับตัวของประชาชนด้านสังคม
พบว่า ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวเป็นปกติ ร้อยละ 79.15 การพูดคุยกันปกติ ร้อยละ 70.62 การทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชนลดลง ร้อยละ 43.60 การใช้โทรศัพท์

มากขึ้น ร้อยละ 43.13 และการใช้สังคมออนไลน์มากขึ้น ร้อยละ 47.87

2.4 การปรับตัวของประชาชนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า สมาชิกในครัวเรือนครึ่งหนึ่งมีการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์สื่อสารด้วยตนเอง ร้อยละ 50.00 มีการขอคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์สื่อสาร (ถามลูก/หลาน/เพื่อน) ร้อยละ 36.97 มีการเรียนรู้ที่จะรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากสื่อสารสนเทศ ร้อยละ 36.50 และมากกว่าครึ่งไม่เคยเรียนรู้การใช้อุปกรณ์สื่อสารจากผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 53.79

2.5 การปรับตัวของประชาชนด้านการศึกษา
พบว่า ครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนกำลังศึกษาอยู่จำนวน 217 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 51.42 มากกว่าครึ่งมีคนในครอบครัวต้องแบ่งเวลาสอน/ดูแลลูกหลาน ร้อยละ 57.60 ส่วนใหญ่ไม่เคยจ้างครูสอนพิเศษเพิ่มให้ลูกหลาน ร้อยละ 79.26 ไม่เคยขอให้คนรู้จักสอนหนังสือให้ลูกหลาน ร้อยละ 74.65 และไม่เคยขอให้คนรู้จักช่วยดูแลลูกหลานระหว่างหยุดเรียน ร้อยละ 72.35

3. ผลการวิเคราะห์แนวทางการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรกจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

3.1 การปรับตัวของชุมชนด้านเศรษฐกิจ
พบว่า 1) คนในชุมชนมีการวางแผนด้านการเงิน ได้แก่ ประหยัด ลดค่าใช้จ่าย ออมเงิน และลดต้นทุนในการประกอบอาชีพ 2) การหาอาชีพเสริม ได้แก่ ขายของออนไลน์ เลี้ยงสัตว์ ปลูกผักขาย และสอนอาชีพเสริมให้คนในชุมชน 3) การใช้ชีวิตแบบพอเพียง พึ่งตนเอง เช่น เลี้ยงปลา ปลูกผัก และทำอาหารทานเอง 4) การปรับเปลี่ยนอาชีพ ได้แก่ กลับภูมิลำเนาเพื่อทำการเกษตร 5) การใช้บริการรูปแบบออนไลน์ ได้แก่ ซื้อสินค้า สั่งอาหาร และมีบริการส่งถึงบ้าน ตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ “บางคนเขาก็ขายของออนไลน์นะ อย่างไปเปิดแผงที่ตลาดนัดเหมือนจะไปลำบากขึ้นจ๊ะ เขาก็สร้างกลุ่มเฟสอะไรนี่ที่ก็ไม่ค่อยรู้ เขาก็เริ่มมีขายของออนไลน์กันขึ้น เราโทรไปเขาก็จะส่งถึงบ้านเลยจ๊ะ” “ก็มีหลายกลุ่มมาสอนทำอาชีพเสริม ทำปลาแดดเดียวแล้วก็หัวไชโป้วหวานอะไรแบบนี้” (ID7, ID5)

3.2 การปรับตัวของชุมชนด้านสุขภาพ พบว่า

1) คนในชุมชนใส่ใจดูแลสุขภาพตัวเอง ป้องกันตนเองมากขึ้น ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน ไม่ไปที่คนพลุกพล่าน 2) การปรับตัวและจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวลมากเกินไป 3) หน่วยงานต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค โดยใช้สื่อออนไลน์ หอกระจายข่าว เสียงตามสาย 4) อสม.เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย แบ่งหน้าที่ดูแลช่วยเหลือครัวเรือน และสอนคนในชุมชนให้รู้จักดูแลสุขภาพตนเอง เช่น สอนออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ “ดูแลสุขภาพตัวเองนี่สำคัญมาก ไปไหนมาไหนเราต้องมีที่คลุมปากคลุมจมูกใช้มะ ต้องระวังตัวเอง” “ไปไหนมาไหนก็ต้องล้างมือ ใส่แมส ใช้เจลแอลกอฮอล์อย่างเนี่ยะคะ” (ID6, ID3)

3.3 การปรับตัวของชุมชนด้านสังคม พบว่า

1) มีการลดการทำกิจกรรมในชุมชน ลดการพบปะผู้คน หากมีการจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น งานศพ จะมีอสม. ดำเนินการคัดกรองและวัดอุณหภูมิให้ผู้มาร่วมงาน 2) หน่วยงานทุกภาคส่วนมีการร่วมมือกันมากขึ้น มีการแบ่งหน้าที่และการประสานงานกันดีขึ้น 3) งดการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว ตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ “อย่างงานศพเนี่ยเขาจะมี อสม. คัดกรองทุกครั้ง เขาก็จะจัดให้นั่งห่าง ๆ กัน” “น่าจะเป็นงานควบคุมโรคติดต่อครั้งแรกที่ทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือกันดีมาก ตั้งแต่ผู้ว่านั่งหัวโต๊ะแล้วสั่งการอย่างจริงจังครับ” (ID3, ID1)

3.4 การปรับตัวของชุมชนด้านเทคโนโลยี

สารสนเทศ พบว่า 1) คนในชุมชนมีการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือมากขึ้น เพื่อเปิดรับข้อมูลข่าวสารและรองรับมาตรการเฝ้าระวังจากรัฐบาล 2) ผู้สูงอายุเรียนรู้การใช้สมาร์ตโฟนมากขึ้นเพื่อผ่อนคลายความเครียดและติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน 3) นักเรียนมีการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีในการเรียนออนไลน์มากขึ้น ตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ “การใช้เทคโนโลยีมันเป็นผลดีมากในแง่การเข้าถึงสื่อและการเผยแพร่ข้อมูลที่รวดเร็ว... และคนก็ใช้สื่อสารกันทางนี้มากขึ้น ผมว่าดินะคนก็เข้าหาไอทีมากขึ้น ลดการแออัด ลดการติดโรค” “อย่างพี่ปั่นลาดขึ้น

ใช้เทคโนโลยีได้หลากหลาย ตอนแรกใช้ไม่เป็นและไม่ชวนขวยด้วย คนรุ่นเก่านะ” (ID1, ID2)

3.5 การปรับตัวของชุมชนด้านการศึกษา พบว่า

1) โรงเรียนปรับรูปแบบการเรียนเป็นแบบออนไลน์ และมอบหมายงานให้นักเรียนกลับมาทำที่บ้าน 2) ผู้ปกครองปรับบทบาทเป็นผู้สอนให้สมาชิกในครอบครัว 3) ผู้ปกครองมีการจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการเรียนออนไลน์ของลูกหลาน ตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ “ระลอกแรกอะคะ เด็กแถวบ้านที่มีเรียนออนไลน์นะคะ ก็มีอาจารย์ให้การบ้านไปแล้วก็มาส่ง ให้ผู้ปกครองมารับการบ้านนะวันนี้นะ แล้วก็ให้ทำ” “คือพ่อแม่ก็ต้องสอนลูกหลานอย่างเงี้ยะ เวลาครูให้การบ้าน อีกร้อยพวกอุปกรณ์การเรียนอย่างเงี้ยะ ผู้ปกครองก็ต้องหาซื้อให้ไม่เงินก็ได้เรียนกะเขา” (ID2, ID9)

4. ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของประชาชน

นำผลการวิจัยที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชาชนและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของประชาชน ทั้ง 5 ด้าน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการ ดังนี้ 1) ด้านเศรษฐกิจ 1.1) ส่งเสริมอาชีพเสริมให้กับประชาชน อบรมให้ความรู้ให้คำปรึกษาด้านอาชีพเสริมที่ประชาชนสนใจ และจัดหาตลาดรองรับ 1.2) ส่งเสริมให้ความรู้ ให้คำแนะนำตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงแก่ประชาชนให้สามารถนำหลักการไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ 1.3) ส่งเสริมการวางแผนด้านการเงิน เช่น มีหน่วยงานให้คำปรึกษา การออมเงิน การจัดตั้งกลุ่มสหกรณ์ การจัดตั้งกองทุนเพื่อการประกอบอาชีพ 1.4) ส่งเสริมให้แรงงานกลับคืนสู่ภูมิภาค พัฒนาศักยภาพของแรงงาน เช่น เกษตรกรรุ่นใหม่ การจัดสรรทรัพยากร/ทุนในชุมชน สร้างระบบเศรษฐกิจฐานรากที่มั่นคง 2) ด้านสุขภาพ 2.1) ส่งเสริมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา 2.2) มีหน่วยงานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพื่อลดความวิตกกังวล และจัดการความเครียดได้ 2.3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทั่วถึงและเป็นธรรม 3) ด้านสังคม 3.1) พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว 3.2) พัฒนา

ศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของประชาชน 3.3) พัฒนาเครือข่ายทางสังคมแห่งการช่วยเหลือ แบ่งปัน ดูแลกัน ช่วยให้ประชาชนสามารถปรับตัวได้ 3.4) สร้างระบบและกลไกเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และส่งเสริมการทำงานจิตอาสาในพื้นที่ 3.5) พัฒนาศักยภาพของชุมชนในการสร้างความเชื่อมั่นให้สามารถพึ่งตนเองได้ 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 4.1) ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คนและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ 4.2) พัฒนาแพลตฟอร์มเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ 5) ด้านการศึกษา 5.1) พัฒนาทักษะของผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ของบุตรหลาน 5.2) การขยายความครอบคลุมของโครงสร้างพื้นฐานทางอินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์สนับสนุนการศึกษา

อภิปรายผลการวิจัย

การปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกแรก จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 ด้าน สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1) การปรับตัวของประชาชนด้านเศรษฐกิจ พบว่าครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่มีการสร้างอาชีพใหม่เพื่อเพิ่มรายได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง/รับจ้างรายวัน มีทักษะความชำนาญเฉพาะด้าน ในช่วงการระบาดระลอกแรกประชาชนจึงยังไม่มีการสร้างอาชีพใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruamek และคณะ¹¹ พบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรีไม่มีการสร้างอาชีพใหม่ แตกต่างจากการศึกษาของ Manlae และคณะ¹² พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้มีการสร้างอาชีพใหม่ และผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า ประชาชนเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ ส่วนใหญ่ทำอาหารทานเอง ปลูกผักเพื่อบริโภค ซื้อสินค้าออนไลน์ มีการวางแผนการใช้เงินและด้านอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruamek และคณะ¹¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำอาหารทานเอง วางแผนการใช้เงินและอาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonchai และคณะ¹³ พบว่า การปรับตัวของชุมชนในจังหวัดน่าน ชุมชนน้ำชี จังหวัดมหาสารคาม ชุมชนริมน้ำโขง ชุมชนฉะเชิงเทรา ชุมชนภูเก็ตพังงา และชุมชนสงขลา ใช้วิธีประหยัดเงิน ลดรายจ่าย เลี่ยงสัตว์ ทำประมงและปลูกผักสวนครัวไว้ทาน

2) การปรับตัวของประชาชนด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ได้แก่ หมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่ออยู่กับผู้อื่น รับประทานอาหารสุกใหม่ แยกของใช้ส่วนตัวและไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่รับประทานอาหารร่วมสำหรับเดียวกันหรือใช้ช้อนกลางร่วมกันกับผู้อื่น การเข้าใช้บริการสถานประกอบการตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ราชการกำหนด และตรวจวัดอุณหภูมิของผู้เข้าใช้บริการ และหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ชุมนุม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้มีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นประชาชนจึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungrut และคณะ¹⁴ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังปรุงอาหาร พกแอลกอฮอล์เจล เว้นระยะห่าง และลดเวลาการอยู่ในพื้นที่สาธารณะ

3) การปรับตัวของประชาชนด้านสังคม พบว่าส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวและพูดคุยกันเป็นปกติ ทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชนลดลง ใช้โทรศัพท์ และใช้สังคมออนไลน์มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุม ป้องกันโควิด 19 ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม การงดจัดกิจกรรมรวมกลุ่มเพื่อลดการแพร่ระบาดของโควิด 19 จึงมีการใช้โทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับการรายงานของ National Statistical Office¹⁵ พบว่า การท่องอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การได้พูดคุยกับคนในครอบครัวญาติหรือเพื่อนเป็นวิธีบรรเทาความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19

4) การปรับตัวของประชาชนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า สมาชิกในครัวเรือนมีการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์สื่อสารด้วยตนเอง มีการขอคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้งานอุปกรณ์สื่อสารจากลูกหลานหรือเพื่อน มีการเรียนรู้ที่จะรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากสื่อสารสนเทศ ทั้งนี้เนื่องจากเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ประชาชนจำเป็นต้องเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ และเพื่อการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับ Kittinaraporn¹⁶ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้

ประโยชน์จากสื่ออินเทอร์เน็ตมากที่สุดในการเปิดรับข้อมูล ข่าวสารการป้องกันตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Manlae และคณะ¹² พบว่า กลุ่มตัวอย่างปรับตัวโดยเรียนรู้ การใช้อุปกรณ์สื่อสารด้วยตนเอง

5) การปรับตัวของประชาชนด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยจ้างครูสอนพิเศษและไม่เคยขอให้ คนรู้จักสอนหนังสือหรือดูแลลูกหลาน ปรับรูปแบบการศึกษา เป็นแบบออนไลน์ ผู้ปกครองปรับบทบาทเป็นผู้สอนให้ สมาชิกในครอบครัวและจัดหาอุปกรณ์สนับสนุนการเรียน ออนไลน์ ทั้งนี้เนื่องจากการให้บุคคลอื่นมาใกล้ชิดลูกหลาน อาจทำให้มีโอกาสดูดเชื้อโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Choolert¹⁷ พบว่า นักเรียนต้องปรับตัวและเตรียมพร้อม สำหรับการเรียนที่บ้าน ต้องเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีผู้ปกครอง ทำหน้าที่ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับตัว

ของประชาชนต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอก ใหม่ โรคอุบัติใหม่ หรือสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ โดยมีแนวทาง ในการปรับตัว 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านการศึกษา

2. ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผล การวิจัยไปพัฒนานโยบายเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับตัวได้ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของ ประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอก อื่น ๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงกลไกการปรับตัวของประชาชนใน ระยะต่าง ๆ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของ ประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำข้อเสนอ เน้นเชิงนโยบายไปดำเนินการในพื้นที่

References

1. Ministry of Public Health. Endemic approach to COVID-19 [Internet]. 2022 [Cited 2022 Jun 23]. Available from: <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42090.pdf>. (in Thai).
2. Plipat T. Lessons from Thailand's response to the COVID-19 pandemic. Thai Journal of Public Health 2020;50(3):268-77.
3. Kunchusawad P, Nuntapanich C, editors. Planning and evaluation committee meeting and monthly meeting no. 1/2021; 2021 Jan 28. Chachoengsao: 2021. Provincial Public Health Office. (in Thai).
4. Kullavanijaya C. Development of public health emergency management strategies for disease control and prevention of Coronavirus 2019, Chachoengsao province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2021;11(2):218-38. (in Thai).
5. Chinsiraprapa A. The impact of COVID-19 on the tourism economy in the eastern region. Journal of Industrial Business Administration 2021;3(2):1-4. (in Thai).
6. United Nations Thailand. Assessment of the total economic impact and society from the spread of COVID-19 in Thailand. Bangkok: United Nations Thailand; 2020. (in Thai).

7. Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health. The result of overall mental health problem surveillance data analysis among Thai people [Internet]. 2021 [Cited 2022 Jan 9]. Available from: <https://www.mhllibrary.com>. (in Thai).
8. American Psychological Association. The road to resilience [Internet]. 2014 [Cited 2020 Nov 10]. Available from: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
9. Department of Provincial Administration. Thai population 2020 [internet]. 2020 [cited 2020 Oct 15]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php. (in Thai).
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607-10.
11. Kruamek S, Kulprasutidilok A, Ngamsakoo R. The people's adaptation towards the new normal lifestyle during the Covid-19 pandemic in Nonthaburi province. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Humanities and Social Sciences)* 2021;16(2):87-103. (in Thai).
12. Manlae W, Prathum B, Kaew-On S, Chamnian K. Effects and adjustment of people during COVID-19 pandemic in Nakhon Si Thammarat. *Journal of MCU Nakhondhat* 2021;8(11):327-40. (in Thai).
13. Boonchai K, Maneepong C, Panyong P, Tejo P, Pintobtang P, leanjamroon V, et al. A study on socio-economic impact assessment and adaptation of rural communities against the COVID 19 epidemic. Bangkok: King Prajadhipok's Institute; 2020. (in Thai).
14. Rungrut S, Maso S, Kadem Y. The economic and social impacts from the COVID-19 pandemic toward the people in Yala city municipality Yala province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology* 2021;6(2):160-74. (in Thai).
15. National Statistical Office. The survey on the impact of the COVID-19 epidemic situation [Internet]. 2020 [Cited 2021 Aug 5]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/Press_Release/2563/P28-04-63.pdf. (in Thai)
16. Kittinaraporn J. Media uses and the adaption to the new normal healthcare practices during the Coronavirus (Covid-19) pandemic: A case of Pathum Thani province's citizens. *Journal of Communication Arts Review* 2021;25(1):15-34. (in Thai).
17. Choolert P. The new normal life of parents and guardians: on the day that they have to take on roles "Special Teacher" [Internet]. 2020 [Cited 2022 Jan 25]. Available from: https://tpak.or.th/th/article_print/52. (in Thai).

บทความวิจัย

Effects of Theory of Planned Behavior-Based Application Program to Avoid Alcohol Use among Male Secondary School Students

Received: Mar 28, 2023

Revised: Apr 18, 2023

Accepted: May 11, 2023

Khwanraun Luandee, M.N.S.¹Arpaporn Powwattana, Ph.D.²Sunee Lagampan, Ed.D.³

Abstract

Introduction: Alcohol drinking before the age of 15 increases the risk of alcohol addiction which affects the adolescents' health, behavior, and cognitive, especially for the brain that is not fully developed. To prevent new drinkers, program guided by the theory of planned behavior (TPB) was investigated.

Research objective: To compare the average scores within the intervention group and between the intervention group and the comparison group at baseline, after the intervention, and 4-week follow-up period.

Research methodology: This study used a quasi-experimental design. Participants consisted of 72 male students in secondary school in Loei province. Thirty-four participants were assigned to the intervention group and 38 to the control group. The TPB was applied to guide the program. A set of self-administered questionnaires was used to collect data at baseline, after the intervention, and 4-week follow-up period. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Squares, Independent t-test, and Paired t-test.

Results: Significant higher scores by intervention group participants between baseline and follow-up were found for knowledge of avoiding alcohol consumption, attitudes towards alcohol consumption behavior, conformities to the reference group in avoiding alcohol consumption, self-efficacy in avoiding alcohol consumption, and intention to avoid alcohol consumption ($p < .05$). At follow-up, between-group significant differences of all these variables were also found ($p < .05$).

Conclusion: As a result, the program guided by the TPB affected the increasing of the intention to avoid alcohol consumption.

Implications: The TPB -based program should be used to guide the activities for both male and female students by adapting the activities appropriately.

Keywords: alcohol drinking behavior, male adolescents, theory of planned behavior, secondary school

¹Student in the Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner E-mail: khwanraunl@gmail.com

²Corresponding author Associate Professor E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

³Associate Professor E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

¹⁻³Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

ผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการส่งเสริมการหลีกเลี่ยง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักเรียนชาย มัธยมศึกษาตอนต้น

Received: Mar 28, 2023

Revised: Apr 18, 2023

Accepted: May 11, 2023

ขวัญเรือน ล้วนดี พย.ม.¹

อภาพร เผ่าวัฒนา ปร.ด.²

สุนีย์ ละกำป็น กศ.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 15 ปี พบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ พฤติกรรมและเชาวน์ปัญญา โดยเฉพาะสมองที่ยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ จึงได้ศึกษาโปรแกรมที่นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลการทดลอง 4 สัปดาห์

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเลย จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 38 คน โปรแกรมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-Squares, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.05$) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผล: ผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทำให้ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้: สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนบูรณาการกิจกรรมไปใช้กับกลุ่มนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัยรุ่นชาย ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มัธยมศึกษาตอนต้น

¹นักศึกษาลัทธิศรัทธาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน E-mail: khwuanraunl@gmail.com

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

¹⁻³ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2564 พบว่า ประชากรวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวนประมาณ 387,986 คน ตีสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 8.97 เป็นวัยรุ่นชาย 312,471 คน (ร้อยละ 14.22) วัยรุ่นหญิง 75,515 คน (ร้อยละ 3.55) นอกจากนี้ พบว่านักดื่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี เป็นเพศชาย อัตราความชุก ร้อยละ 32.38 เพศหญิง อัตราความชุก ร้อยละ 9.15 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักดื่มเยาวชนเพศชาย¹ ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปี 2564 พบว่า อัตราความชุกของนักดื่มหน้าใหม่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าจังหวัดเลยมีสัดส่วนของนักดื่มหนัก และนักดื่มที่ดื่มแล้วขับยานพาหนะ ถึงร้อยละ 73.4 และร้อยละ 78.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของประเทศ²

การเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 15 ปี พบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์มากกว่าการเริ่มต้นการดื่มแอลกอฮอล์หลังอายุ 15 ปี ถึง 4 เท่า ทั้งนี้วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 14 ปี³ ในช่วงวัยนี้มีความเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมนที่อาจทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์แปรปรวน ใจร้อน ด่วนตัดสินใจ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่ดี และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสมองที่ยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ ซึ่งส่งผลเสียตามมามากมาย เช่น ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของสมอง พฤติกรรมและเขาวนปัญญา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อุบัติเหตุบนท้องถนน ผลการเรียนตกต่ำ และติดสุราเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่⁴ สำหรับวัยรุ่นนั้นแอลกอฮอล์สามารถทำให้โครงสร้างของสมองส่วนหน้า ส่วนฮิปโปแคมปัสผิดปกติได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ การวางแผน ทักษะด้านความสามารถในการจดจำ การพัฒนาความคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ และการควบคุมตนเอง¹

การศึกษาวัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มีการจัดโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอาชีวศึกษา แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีแนวโน้มของอายุที่เริ่มดื่มลดลง และพบในกลุ่มวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง⁵ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นนั้นเกิดจากปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม⁶ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม⁶ รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมและความสามารถของตนเองในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เช่น กลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม⁶ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB)⁷ เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายถูกกำหนดขึ้นโดยความตั้งใจในการกระทำ การกระทำนั้น ๆ เกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นได้รับอิทธิพลจาก ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันเพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่จะกลายเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมเครื่องดื่มในวัยรุ่นชายที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

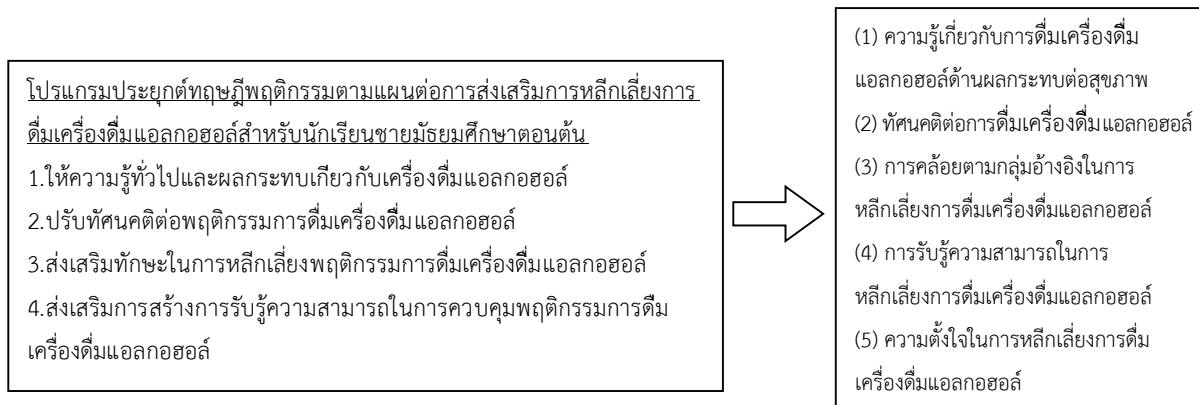
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการส่งเสริมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับนักเรียนชาย โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดเลย

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชายที่กำลังศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คัดเลือกจากการเลือกโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกโรงเรียนประจำอำเภอที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์คล้ายคลึงกัน แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกตามคุณสมบัติ คือ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นนักเรียนชายกำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเข้าร่วมโปรแกรมต่าง ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกับโปรแกรมที่ศึกษา และนักเรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมตน และผู้ปกครองอนุญาตและลงนามยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาจนสิ้นสุดการวิจัย และคัดกรองหาผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้มาจากการคำนวณ Power analysis จากการศึกษาผลของการใช้

โปรแกรมการวางแผนพฤติกรรมต่อทัศนคติ บรรทัดฐานการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจและพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น⁸ ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) หรือค่า d เท่ากับ 0.73 นำมาคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G Power เวอร์ชัน 3.1 กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนที่ 1 เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 37 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 38 คน คิดเป็นอัตราการสูญหายร้อยละ 7.7 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างติดโควิดจึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการป้องกันพฤติกรรม การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนชาย มัธยมศึกษาตอนต้น ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้ โดยใช้กระบวนการให้ผู้เรียนได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มีส่วนร่วมมากที่สุด และมีการประเมินผลระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมรู้โทษและพิษภัยของเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ เป็นกิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการบรรยาย ใบงาน สื่อวีดิทัศน์ เกมส์ สื่อที่ใช้คือ แผ่นการนำเสนอ และวีดิทัศน์ เรื่อง “โทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” จากนั้นร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเล่นเกมตอบปัญหา 2) กิจกรรมทัศนคติชีวิตปลอดภัย เป็นกิจกรรมปรับทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์ ใบงาน การอภิปรายกลุ่ม โดยให้ชมวีดิทัศน์เรื่อง “อย่าปล่อยให้เหล้ามาลงเรา” และแบ่งกลุ่มร่วมกันอภิปรายสะท้อนคิดเหตุการณ์ที่ได้รับชม 3) กิจกรรมเราต้องไปทางไหนดีเมื่อมีคนชวน เป็นกิจกรรมส่งเสริมทักษะในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยแบ่งกลุ่มและสร้างสถานการณ์จำลองจากโจทย์ที่กำหนดให้ โดยมีผู้วิจัยคอยชี้แนะให้แนวทางในการป้องกันพฤติกรรมมารดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสถานการณ์ 4) กิจกรรมชีวิตสดใสถ้าไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ชมวีดิทัศน์เรื่อง “ชีวิตสดใสถ้าไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” แล้วร่วมกันอภิปรายสะท้อนคิดเหตุการณ์ที่ได้รับชม 5) กิจกรรมทบทวนและประมวลความรู้ เป็นกิจกรรมการสรุปทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁶ โดยมีการขออนุญาตใช้เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน มีแบบสอบถาม 5 ชุด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบถูกหรือผิด

ชุดที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นแบบวัดทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบวัดความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีลักษณะการวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบและโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพในเด็ก การพยาบาลครอบครัว อนามัยและการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำค่าความค่า CVI = 0.7, 1.0, 1.0, 0.0 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำแบบวัดความรู้มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) และแบบวัดทัศนคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.700, 0.707, 0.795, 0.857 และ 0.795 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ เลขที่ MUPH 2021-133 ขออนุญาตดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง มีการแนะนำตัว ชี้แจงการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนในโรงเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง 4 สัปดาห์ ด้วยตนเอง ระยะเวลาทำกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยใช้คาบกิจกรรมแนะแนวกลุ่มทดลองทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที โดยสัปดาห์ที่ 3 มี 2 กิจกรรม ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมสรุปความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย Chi-Squares (χ^2) Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน เป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 38 คน มีอายุตั้งแต่ 12-14 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 12.83 เกรดเฉลี่ยล่าสุดของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.01-4.00 กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่เล่นโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 80.5 รองลงมาเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 69.5 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่ บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.7 บุคคลที่นักเรียนอาศัยด้วย คือ บิดาและมารดา ร้อยละ

73.55 ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 73.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่ม ร้อยละ 57.9 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิทของตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 87.4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่าของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่าง แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean difference	S.D.	t	p-value* (one-tailed)
ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-.68	1.39	-2.85	.004
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	-.59	1.44	-2.39	.011
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	.09	1.11	.48	.323
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-2.91	6.60	-2.57	.007
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	-3.50	5.44	-3.75	.001
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	-.59	6.14	-.56	.290
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-1.47	4.32	-1.98	.028
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	-.41	4.98	-.48	.316
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	1.06	3.52	1.75	.044

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean difference	S.D.	t	p-value* (one-tailed)
การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-2.15	6.45	-1.94	.030
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	-.68	7.08	-.56	.290
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	1.47	6.26	1.37	.900
ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-1.38	3.12	-2.58	.007
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	-1.12	3.46	-1.88	.034
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	.27	2.53	.61	.272

* = p-value < .05

เนื่องจากคะแนนความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน ($\bar{d}$) มาคำนวณหาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างของคะแนน และค่าสถิติทดสอบที ของการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value* (one-tailed)
	(n = 34)		(n = 38)			
ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{d}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
หลัง - ก่อนการทดลอง	0.68	1.05	1.05	1.08	1.07	.297
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	0.59	1.13	0.26	1.31	2.97	.028
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
หลัง - ก่อนการทดลอง	2.91	4.78	0.58	5.72	-0.13	.131
ติดตามผล - ก่อนการทดลอง	3.50	4.70	1.18	5.59	-0.15	.078

* = p-value < .05

ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($p>0.05$)

ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบ ของการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value* (one-tailed)
	(n = 34)		(n = 38)			
ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
หลังการทดลอง	27.59	2.97	27.74	4.05	-0.18	.104
ติดตามผล	26.53	4.68	27.13	4.45	-0.56	.450
การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
หลังการทดลอง	39.35	5.25	38.82	7.19	0.36	.148
ติดตามผล	37.88	6.11	38.08	7.52	-0.49	.028
ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
หลังการทดลอง	14.03	1.71	13.71	2.47	0.63	.070
ติดตามผล	13.76	2.02	13.42	2.37	0.66	.081

* = p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เกิดจากโปรแกรมที่ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่าง ๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา โดยผ่านแผนภาพสไลด์ประกอบการบรรยาย และสื่อวีดิทัศน์ วิธีการให้ความรู้รูปแบบนี้มีความเหมาะสมกับวัยรุ่นในวัยเรียน เนื่องจากวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและความคิดก้าวหน้า สนใจแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีเหตุผล และมีกระบวนการคิดจากสิ่งที่เห็น⁹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กรุงเทพมหานคร¹⁰ พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจในวัยรุ่น ครอบครัว พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสังคม โดยผ่านรูปแบบกิจกรรมสื่อวีดิทัศน์ ใบบาง อภิปรายกลุ่ม เกมส์ และการแสดงบทบาทสมมติ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้น

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง การสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษาครั้งนี้ ผ่านกิจกรรม สื่อวีดิทัศน์ ใบบาง การอภิปรายกลุ่ม โดยให้ชมหนังสือเรื่อง “อย่าปล่อยให้เหล้ามาลวงเรา” และแบ่งกลุ่มร่วมกันอภิปรายสะท้อนคิดเหตุการณ์

ที่ได้รับชมจากวิดีโอทัศนโดยทัศนนี้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อตนเองและผู้อื่นขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมเป็นการประเมินทางบวกหรือลบ ต่อการกระทำนั้น ๆ จัดได้ว่าทัศนคติต่อพฤติกรรมเป็นปัจจัย ส่วนบุคคล ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้ว จะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อ พฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้าม หากมีความเชื่อว่าการทำ พฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีแนวโน้มที่จะมี ทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และเมื่อมีทัศนคติทางบวก ก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น⁷ แต่เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบาย ได้ว่าความเชื่อส่วนบุคคลจะส่งผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรม วิเคราะห์จากข้อมูลการสัมภาษณ์เด็กนักเรียนเพื่อสำรวจปัญหา และเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนดำเนินการวิจัย พบว่า เด็กนักเรียนที่เห็นผู้ปกครองและเพื่อนสนิทมีพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะส่งผลไปยังทัศนคติต่อพฤติกรรม เนื่องจากนักเรียนกลุ่มนี้มีการประเมินและมีความเชื่อว่าเมื่อ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วเกิดความสุขสนุกสนานและ ไม่มีความผิด จึงส่งผลให้มีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลอง มีอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปได้ว่าในช่วงอายุที่ ต่ำกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบมีความ อยากรู้อยากลอง มีความคิดคะนองน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่เข้า ร่วมโปรแกรม

การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงในการหลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่า ก่อนการทดลอง จากกิจกรรมที่มีการเสริมแรงการรับรู้ต่อความ เชื่อของนักเรียนกับเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ผ่านกิจกรรมแสดงบทบาทสมมุติ การอภิปราย กลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มและสร้างสถานการณ์จำลอง เมื่ออยู่ใน สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการถูก เพื่อนชักชวน ทำให้บุคคลเข้าใจถึงสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการ รับรู้ที่มีต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตาม แผนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ตำบลช่องชัยพัฒนา อำเภอช่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น¹¹ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองส่งผลต่อการคล้ายตาม กลุ่มอ้างอิง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญ และ พบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครองใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสูงถึงร้อยละ 50 และ 65.8 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนอาชีวศึกษาชาย จังหวัดชัยนาท⁵ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคนในครอบครัวดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคนในครอบครัวดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์หลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เกิดจากกิจกรรมที่จัดขึ้น ในโปรแกรมช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ การตัดสินใจ และการหลีกเลี่ยง โดยให้ชมวิดีโอเรื่อง “ชีวิตสดใสถ้าไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” มีการสร้างการรับรู้ ความสามารถควบคุมตนเองในส่วนของสร้างเชื่อมั่น ในความสามารถการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ได้ ฝึกฝนให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมที่ใช้แบบจำลองการ ให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อ พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน อาชีวศึกษาหญิง กรุงเทพมหานคร¹⁰ พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผ่านกิจกรรม สื่อวิดีโอ ใบบาน และการอภิปรายกลุ่ม ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบาย ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการเชื่อมั่นใน ความสามารถในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง⁷ ซึ่งเมื่อเวลา

เปลี่ยนแปลงไปความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถนี้อาจลดลงได้ หากไม่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่มีความเฉพาะกับพฤติกรรมนั้น ๆ ประกอบกับกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจึงทำให้โอกาสในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น จึงส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนชาย มัธยมศึกษาตอนต้น ที่ได้มีการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้ผ่านกิจกรรมให้ความรู้ ใบบาง อภิปรายกลุ่ม เกม และแสดงบทบาทสมมติ การนำกลวิธีที่หลากหลายมาใช้ เน้นนักเรียนเป็นศูนย์กลาง พร้อมทั้งเน้นกิจกรรมที่ให้นักเรียนมีส่วนร่วม และฝึกทักษะต่างๆที่มีประโยชน์ต่อการหลีกเลี่ยงตนเองจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อธิบายว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการชี้นำโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม กลุ่มอ้างอิง และความสามารถในการควบคุม ซึ่งความเชื่อแต่ละตัวส่งผลต่อตัวแปรต่าง ๆ⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมกลุ่มอ้างอิง และการควบคุมต่อความตั้งใจในการไม่ดื่มสุราในอีก 6 เดือนข้างหน้า ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1¹² พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม กลุ่มอ้างอิง

และการควบคุม มีอิทธิพลเป็นตัวชี้นำความตั้งใจไม่ดื่มสุรา และพฤติกรรมการไม่ดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำให้กับนักเรียนเพื่อป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และป้องกันการเกิดนักดื่มหน้าใหม่
2. หลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนมัธยมศึกษาควรส่งเสริมการป้องกันพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการพัฒนาทักษะ การนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดนักดื่มหน้าใหม่ในวัยรุ่น
3. สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นฐานต่อความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบูรณาการกิจกรรมไปใช้ได้กับกลุ่มนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการพัฒนาแบบการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นอื่น ๆ เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาเพศหญิง เพื่อใช้ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในเพศหญิง
2. ควรมีการศึกษาและติดตามพฤติกรรมความยั่งยืนของการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจที่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะยาวมากกว่า 4 สัปดาห์ เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน

References

1. Atsanangkornchai S. Stereotypes and trends drinking behavior of Thai population. Songkhla: Center of Alcohol Studies; 2002.
2. Center of Alcohol Studies. The public research project on public opinion on important issues related to alcohol and public drinking plans. 1st ed. Songkhla: Faculty of Medicine Prince Songkhla University; 2019. (in Thai).
3. Chowchalard P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effects of an alcohol use prevention program applying self-efficacy theory among 7th grade students in Nakhon Pathom province. Ramathibodi Nursing journal 2018;24(2):210-24. (in Thai).
4. Tumarungsri T. Associations between alcohol consumption and injuries in emergency room patients. Nontaburi: Center of Alcohol Studies; 2013. (in Thai).
5. Kunteeya W, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors related to alcohol drinking among male vocational students in Chai Nat province. Journal of Nursing and Education 2015; 8(1):11-26. (in Thai).
6. Chiraparadispol R, Pichayapinyo P, Lagampan S, Dusit S. Prevalence and factors associated with new students drinker in Bangkok metropolitan high schools. Journal of Public Health Nursing 2018; 32(2):155-71. (in Thai).
7. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organization Behavior and Human Decision Processes 1991;50(2):179-211
8. Chaosurin S, Phuphaibul R, Nintachan P, Kongsaktraktrakul C. Effects of the planned behavior program on attitudes, norms, perceived behavior control, intentions, and alcohol use in adolescents [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2011. (in Thai).
9. Hunnirun P, Suwan P, Worapong S, Malarat A. Basic textbooks, health education, secondary 2. 1st ed. Bangkok: Aksorn Charoen Tat; 2009. (in Thai)
10. Sukkum S, Powwattana A, Auemaneekul N. Effects of the program with the information motivation behavioral skill model toward the preventive behavior in alcohol drinking among the female vocational students in Bangkok. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(3):57-68. (in Thai).
11. Phalasarn A, Duangsong R. The effective of health education program by application of theory of planned behavior and social support for prevention alcohol drinking behavior among secondary level 4 Khongchaipattana sub-district, Khongchai district, Kalasin province. KKU Research Journal 2011;11(1):83-92. (in Thai).
12. Junyaem U, Yuttatri P. Prediction of undergraduate freshmen's international abstinence of alcohol: application of the theory of planned behaviour. Thai Journal of Nursing Council 2016;31(2): 28-40. (in Thai).

บทความวิจัย

Health Literacy, Social Support, and Breast Cancer Screening Behaviors
Among Working-Age Women

Received: Feb 26, 2023

Revised: May 08, 2023

Accepted: May 24, 2023

Sirakarn Chantachaloempong, M.N.S.¹Pimpaka Panyoyai, M.N.S.²Nayada Thanakijtummakul, M.S.³

Abstract

Introduction: Working-aged women are at risk of developing breast cancer. Proper breast cancer screening behaviors in working-aged women require health literacy and social support, which may be an important factor in implementing appropriate breast cancer screening behavior.

Research Objectives: To examine health literacy in breast cancer, social support, and breast cancer screening behavior of working-aged women.

Research Methodology: Sample consisted of 341 working-aged women aged 40 to 59. Research instrument was a set of questionnaires including 4 parts: 1) general information, 2) health literacy in breast cancer, 3) social support for breast cancer screening, and 4) breast cancer screening behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square statistics.

Results: More than half (64.52%) of working-aged women had a high level of health literacy in breast cancer, and approximately 57.77% received a high level of social support for breast cancer screening. About 22.87% of working-aged women had the recommended breast cancer screening behavior. Social support was statistically significantly associated with breast cancer screening behavior ($p < 0.05$).

Conclusion: Working-aged women had a good health literacy in breast cancer, and high level of social support. However, they did not follow recommendations of breast cancer screening behavior. Social support was associated with breast cancer screening behavior.

Implications: Results of the study provide a foundation for healthcare professionals to promote social support for working-aged women; hence, they can adopt appropriate breast cancer screening behavior.

Keywords: health literacy, social support, breast cancer screening behavior, working-aged women

Funding: Payap University

¹Corresponding author: Lecturer, E-mail: sirakarn.ch@gmail.com

²Assistant Professor, E-mail: putter2546@gmail.com

³Lecturer, E-mail: nayada54@gmail.com

¹⁻³McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiangmai, Thailand.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

Received: Feb 26, 2023
Revised: May 08, 2023
Accepted: May 24, 2023

ศิริกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ พย.ม.¹

พิมพ์กา ปัญโญใหญ่ พย.ม.²

ณยญา ธนกิจธรรมกุล วท.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: สตรีวัยทำงานมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การที่สตรีวัยทำงานจะมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในโรคมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 341 ราย เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติโคสแควร์

ผลการวิจัย: สตรีวัยทำงานร้อยละ 64.52 มีความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 57.77 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง สตรีวัยทำงานมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำ ร้อยละ 22.87 โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผล: สตรีวัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมไม่เป็นไปตามคำแนะนำ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ: เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สตรีวัยทำงานมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม สตรีวัยทำงาน

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในสตรี องค์การอนามัยโลกรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 47.8 ต่อแสนประชากรและอัตราการตายเท่ากับ 13.6 ต่อแสนประชากร¹ สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกัน โดยมีอุบัติการณ์เท่ากับ 37.8 ต่อแสนประชากร และอัตราการตาย 12.7 ต่อแสนประชากร² จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายในสตรี ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมได้แก่ อายุมากขึ้น ประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม การกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 หรือ BRCA2 เป็นต้น³ จากรายงานของ American Cancer Society และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบโรคมะเร็งเต้านมในสตรีตั้งแต่อายุ 20 ปี แต่พบมากคือในอายุ 40 ปีขึ้นไป³⁻⁴ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ คือ อายุ 40, 50 และ 60 ปี เพิ่มความเสี่ยงเป็นร้อยละ 1.5, 2.4 และ 3.5 ตามลำดับ³ ซึ่งช่วงอายุดังกล่าวจัดอยู่ในสตรีวัยทำงาน ด้วยช่วงอายุที่มีความเสี่ยง ประกอบกับสตรีวัยทำงานมีความเสี่ยงจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตต้องรับผิดชอบหน้าที่การงานและครอบครัว ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ ยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น

สตรีวัยทำงานควรตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁵ คือ สตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ร่วมกับตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (แมมโมแกรม) ทุก 1-2 ปี การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมมีความสำคัญจะช่วยให้สตรีค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรก ได้รับการวินิจฉัยการรักษาที่รวดเร็วทำให้พยากรณ์ของโรคดี และจะมีโอกาสรอดชีวิตสูง³ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสตรีวัยทำงานทั้งในประเทศไทย⁶⁻⁸ และในต่างประเทศ⁹⁻¹⁰ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำไม่เป็นไปตามคำแนะนำ จากพฤติกรรมดังกล่าวอาจทำให้สตรีวัยทำงานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมล่าช้า ซึ่งจากข้อมูลด้านการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 26.71 ตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 53.94¹¹

ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดสาขามะเร็ง การที่สตรีวัยทำงานจะมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมนั้น อาจต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม

ความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม เป็นความสามารถและทักษะของสตรีวัยทำงานในการเข้าถึงข้อมูลทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลที่ได้รับและนำมาจัดการสุขภาพตนเองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบตามแนวคิดของ Sorensen และคณะ¹² ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม จากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศพบว่า สตรีที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอตรวจเต้านมด้วยตนเอง และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมมากกว่าสตรีที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ¹³⁻¹⁴ สตรีที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำสามารถทำนายการตรวจเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมต่ำ¹⁵ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรอง¹⁶ สำหรับประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของ Somkwan และคณะ¹⁷ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บางการศึกษาในต่างประเทศไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง¹⁸⁻¹⁹ และอาจมีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่สตรีวัยทำงานได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้านตามแนวคิดของ House²⁰ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านเครื่องมือสิ่งของ จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง²¹ และสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเพื่อนสามารถ

ทำนายการตรวจเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมได้²²⁻²³ และทำนายความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมในอนาคตได้²⁴ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ⁸ และในระดับปานกลางกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง²⁵ และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้⁶

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม แต่การศึกษาความรอบรู้ ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบในต่างประเทศ ซึ่งไม่สามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในสตรีวัยทำงาน ในประเทศไทยได้ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมพบการศึกษา ในประเทศไทยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน ทางสังคมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งไม่ครอบคลุม การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองในสตรีวัยทำงาน ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จะทำให้ ทราบความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม และการ สนับสนุนทางสังคมจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทาง ส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็ง เต้านม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน สุขภาพโรคมะเร็งเต้านมและการสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Sorensen และคณะ¹² การสนับสนุนทางสังคมของ House²⁰ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอธิบาย

ได้ว่า สตรีวัยทำงานมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ควรตรวจคัดกรองตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ประกอบด้วย 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดย บุคลากรทางการแพทย์และการตรวจเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรอง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุน ทางสังคม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม เป็นความสามารถและทักษะของสตรีวัยทำงานในการเข้าถึง ข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลที่ได้รับและนำมาจัดการ สุขภาพตนเองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านม สำหรับการสนับสนุน ทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่สตรีวัยทำงานได้รับจาก บุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และ ด้านเครื่องมือ สิ่งของ หากสตรีวัยทำงานมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการสนับสนุนทางสังคม คาดว่าจะทำให้มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความ สัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีวัยทำงานที่ มีอายุ 40-59 ปี

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง สำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan²⁶ กำหนดให้ระดับ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 และระดับความเชื่อมั่น 95% จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำพูน²⁷ ปี พ.ศ. 2563 มีสตรีวัยทำงานที่อายุ 40-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 2,909 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยทำงานอายุ 40-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยอำเภอบ้านธิ มี 2 ตำบล คือ ตำบลบ้านธิ และตำบลห้วยยาบ ทำการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ตำบล และทุกหมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สตรีอายุ 40-59 ปี และสัญชาติไทย 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน 3) เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคไตได้แก่ โรคไตเรื้อรังไตเสื่อม เป็นต้น 4) เป็นผู้ที่ไม่มีอาการของโรคไตได้แก่ มีก้อนที่ไตหรือรู้สึกแสบ น้ำปัสสาวะผิดปกติจากหิวนม เป็นต้น 5) ไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงได้แก่ มีญาติสายตรงเป็นโรคไตเรื้อรังไตเสื่อมหรือโรคไตเรื้อรังไข่ว่ายได้รับการฉายแสงบริเวณหน้าอก และรับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมดประจำเดือนเกิน 5 ปี 6) อ่านออกเขียนได้และสื่อสารภาษาไทยได้ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังไตเสื่อมและโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม ของ Kiatlertdecha และคณะ²⁸ ตามกรอบแนวคิดของ Sørensen และคณะ¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความกว้างของอันตรภาคชั้น²⁹ แบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.67 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพระดับสูง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จัดกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำและปานกลางไว้ด้วยกัน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องจัดการให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงต้องส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านเครื่องมือ สิ่งของ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความกว้างของอันตรภาคชั้น²⁹ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ เช่นเดียวกับแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม พัฒนาโดย Chotsangsakorn และคณะ³⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังไตเสื่อม 3 วิธี คือ การตรวจไตด้วยตนเอง การตรวจไตโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจไตด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีไต โดยแต่ละข้อมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ 1) เคยปฏิบัติหรือเคยไปตรวจ ความถี่และสาเหตุในการปฏิบัติหรือไปตรวจ 2) ไม่เคยปฏิบัติหรือไม่เคยไปตรวจ ความถี่และสาเหตุในการไม่ปฏิบัติ การแปลความหมายตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁵ ดังนี้ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังไตเสื่อมเป็นไปตามคำแนะนำ หมายถึง ตรวจไตด้วยตนเองทุกเดือนและตรวจไตโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือตรวจไตด้วยตนเองทุกเดือน ตรวจไตโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และตรวจไตด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีไตไตทุกปี 1-2 ปี พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังไตเสื่อมไม่เป็นไปตามคำแนะนำ หมายถึง ตรวจไตด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว หรือตรวจไตโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียว หรือการตรวจไตอย่างน้อยหนึ่งวิธีแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสมหรือไม่ตรวจไตด้วยวิธีใด ๆ เลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.94 และ 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับสตรีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 30 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.98 ตามลำดับ

แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้นำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีก ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ จากนั้นนำมาทดสอบโดยใช้สถิติแมกนิมา (McNemar test) ผลการทดสอบพบว่าพฤติกรรมทั้งสองครั้งไม่แตกต่างกัน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านสำนักวิจัยและบริการวิชาการมหาวิทยาลัยพายัพ เสนอต่อสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการทำวิจัย ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ผ่านโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับของการลงทะเบียน ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุข ตำบลบ้านธิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไซ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ และบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ผู้เข้าร่วมวิจัยครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยพายัพ ตามเอกสารเลขที่ PYU_REC No. 65/015 เมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 51.11 ปี (SD=5.85) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.01 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.53 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มากที่สุด ร้อยละ 42.23 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ 3 ลำดับคือ รับจ้าง หรือพนักงานบริษัท ร้อยละ 28.74 เกษตรกร ร้อยละ 27.27 และค้าขายหรืออาชีพอิสระ ร้อยละ 23.75 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68.33 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 78.89 รองลงมาจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ ร้อยละ 50.15 และจากเพื่อนญาติ ครอบครัว ร้อยละ 39.90

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัยความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามองค์ประกอบและภาพรวม (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 64.52 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.60 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.88

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัยการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมจำแนกรายด้านและภาพรวมเมื่อจำแนกตามระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 3 ระดับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 57.77 ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.19 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.04 ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นไปตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพียงร้อยละ 22.87 แบ่งเป็น การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนร่วมกับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ทุกปี ร้อยละ 10.56 และการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนร่วมกับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม ร้อยละ 12.31 ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เป็นไปตามคำแนะนำมีจำนวนมากถึง ร้อยละ 77.13 เมื่อจำแนกพฤติกรรมการคัดกรองแต่ละวิธี พบการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ร้อยละ 42.81 ตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี ร้อยละ 36.07 และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมทุก 1-2 ปี ร้อยละ 20.82 สาเหตุที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่ตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ และไม่ตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม คือ เห็นว่าไม่จำเป็น/ไม่พบความผิดปกติ ร้อยละ 53.85, 40.54 และ 47.93 ไม่เคยรู้เรื่องการตรวจวิธีนี้มาก่อน ร้อยละ 43.59, 21.62 และ 39.26 และรู้สึกอาย ร้อยละ 15.38, 19.59 และ 6.20 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม (n = 341)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม	คะแนนที่ได้ ($\bar{X}$)	SD	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	4.06	0.67	สูง
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	4.01	0.72	สูง
การประเมินข้อมูลสุขภาพ	3.63	0.79	ปานกลาง
การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ	3.49	0.76	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมภาพรวม	3.80	0.59	สูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม (n = 341)

การสนับสนุนทางสังคม ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	คะแนนที่ได้ ($\bar{X}$)	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.78	0.89	สูง
ด้านการประเมินค่า	3.56	0.92	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.82	0.84	สูง
ด้านเครื่องมือ สิ่งของ	3.76	0.87	สูง
การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม	3.73	0.83	สูง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมพบว่าความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

ตัวแปร	กลุ่มที่มีพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง เต้านมตามคำแนะนำ (n=78)		กลุ่มที่มีพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง เต้านมไม่เป็นไปตาม คำแนะนำ (n=263)		χ^2	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	23	29.49	98	37.26	1.58	.20
ระดับสูง	55	70.51	165	62.74		
การสนับสนุนทางสังคม						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	25	32.05	119	45.25	4.29	.03*
ระดับสูง	53	67.95	144	54.75		

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

ความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมโดยภาพรวมในระดับสูง อภิปรายตามองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในปัจจุบัน สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุที่สามารถค้นคว้าข้อมูลได้ด้วย

ตนเอง สามารถใช้อินเทอร์เน็ตในชีวิตประจำวันและการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Somkwan และคณะ¹⁷ ที่พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปางที่มีความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.58 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลในระดับสูง สื่อสุขภาพปัจจุบันมีรูปแบบหลากหลาย น่าสนใจและเข้าใจง่าย เช่น สื่อวิดีโอทัศน์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการอ่าน การเขียน และการสื่อสารทำให้สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Somkwan และคณะ¹⁷ ที่พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่

ในระดับสูง ร้อยละ 78.59 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเกี่ยวกับความสามารถในการพิจารณาพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองที่อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเมเร็งเต้านม และกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจเลือกใช้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่อาจสรรพคุณว่าช่วยป้องกันโรคเมเร็งเต้านมระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Somkwan และคณะ¹⁷ ที่พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความรอบรู้สุขภาพโรคเมเร็งเต้านมด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.98 อธิบายได้ว่าข้อมูลหรือสื่อโฆษณาไม่สามารถเชื่อถือได้ทั้งหมด สตรีควรมีทักษะการประเมินตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่งก่อนตัดสินใจเชื่อและนำข้อมูลไปใช้จริง และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าเมื่อสตรีผ่านขั้นตอนการประเมินข้อมูลสุขภาพ จะสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลที่ได้รับนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพกับตนเองได้อย่างถูกต้อง มีการวางแผน ให้ความสนใจและให้ความตระหนักต่อการคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้องค์ประกอบการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมไม่เป็นไปตามคำแนะนำถึงร้อยละ 77.13

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมภาพรวมอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งตามบริบทของชุมชน สตรีมีความใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงได้ง่าย และระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนได้จัดโครงการรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านม ทำให้สตรีในชุมชนได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การให้ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเมเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Phakjeerasakul และคณะ⁶ ที่พบว่าสตรีจังหวัดลำปาง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคเมเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.00 อย่างไรก็ตามด้านการประเมินค่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ

ปานกลาง อาจเป็นเพราะโครงการส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นประเด็นการได้รับการยอมรับ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การยกย่องชมเชยเมื่อตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านม จึงเป็นผลให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านม

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.13 มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมไม่เป็นไปตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างรายงานสาเหตุที่ไม่ตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธี ได้แก่ เห็นว่าไม่จำเป็น หรือไม่พบความผิดปกติ ไม่เคยรู้เรื่องการตรวจวิธีนี้มาก่อน และรู้สึกอาย อธิบายตามสาเหตุ คือ กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และไม่เคยรู้เรื่องการตรวจเต้านมวิธีนี้มาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chotsangsakorn และคณะ³⁰ ที่ศึกษาในสตรีวัยหมดระดูพบว่าพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.21 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง อธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ การที่กลุ่มตัวอย่างไม่รับรู้ประโยชน์ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมมาก่อน จึงทำให้ไม่สามารถจะปฏิบัติได้ และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอายโดยเฉพาะการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม อาจเป็นเพราะต้องเปิดเผยร่างกายส่วนบน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตรวจคัดกรอง

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคเมเร็งเต้านม และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคเมเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านม

ผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพโรคเมเร็งเต้านมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งเต้านม เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่เป็นไปตามคำแนะนำ ซึ่งจำเป็นต้องฝึกทักษะในการแปลผล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อมูลนั้นมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการตรวจคัดกรอง เพื่อให้สตรีวัยทำงานเลือกปฏิบัติการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมที่ถูกต้องเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ¹⁸ และการศึกษาของ O'Hara และคณะ¹⁹ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมอย่างเดียวอาจจะไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเพราะพฤติกรรมอาจขึ้นกับความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

จากผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesamut และคณะ²⁵ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r=.31$) และการศึกษาของ Phakjeerasakul และคณะ⁶ ที่ศึกษาในสตรีไทยในจังหวัดลำปางพบว่าการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ อธิบายได้ว่าสตรีได้รับข้อมูล คำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรอง ตลอดจนได้รับคำปรึกษาเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ จากบุคลากร

ทางการแพทย์ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายรณรงค์ส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมทางบวกก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรสนับสนุนการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในสตรีวัยทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมให้ถูกต้อง เหมาะสมและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีวัยทำงานที่อาศัยในสังคมชนบทซึ่งบริบททางสังคมอาจมีความแตกต่างจากสตรีวัยทำงานในสังคมเมือง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะองค์ประกอบการประเมินข้อมูลสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้านการประเมินค่าเพื่อให้สตรีวัยทำงานมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้กับสตรีวัยทำงานที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำและปานกลาง และศึกษาผลของโปรแกรมนี้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

Reference

1. World Cancer Research Fund International. Breast cancer statistics [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 30]. Available from: Breast cancer statistics | World Cancer Research Fund International (wcrf.org).
2. International Agency for Research on Cancer. Thailand: Global Cancer Observatory. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 5]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>.
3. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020. [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 5]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>.
4. National Cancer Institute. Hospital Based Cancer Registry Annual Report 2020. Bangkok: Digital Medical Group National Cancer Institute; 2021. (in Thai).
5. National Cancer Institute. Guidelines for screening, diagnosis and treatment of breast cancer. Nonthaburi: Kosit Press; 2017. (in Thai).
6. Phakjeerasakul P, Sampaothong G, Nounghkam L, Pongnikorn D. Factors affecting breast self-examination behavior among Thai woman in Lampang Province. Naresuan Research Journal 2016;13:693-701. (in Thai).
7. Buranaruangrote S. Factors related to breast self-examination behavior in Thai women living in Ongkharak District Nakhonnayok. Journal of Behavioral Science for Development 2016;8(1):279-94. (in Thai).
8. Chamnanchang S, Priyatrak P, Moopayak K. Factors Associated with Breast Self-examination Behaviors among Women Workers. Journal Nursing Science 2014;32(3):42-51. (in Thai).
9. Gan YX, Lao CK, Chan A. Breast cancer screening behavior, attitude, barriers among middle aged Chinese women in Macao, China. Journal Public Health (Oxf). 2018;40(4).
10. Tari Selçuk K, Avcı D, Yılmaz Dünder G, Mercan Y. Breast Cancer Screening Behaviors in Women Aged 40 Years and Over in a Semi-Urban Region in Turkey: Relationships with Health Beliefs. Healthcare. 2020;8(2):1-10.
11. Health Data Center Ministry of Public Health. Breast cancer screening rate in women aged 30–70 years [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 15]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai).
12. Sørensen 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(80):1-13.
13. Pagán JA, Brown CJ, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. Journal of Cancer Education 2012;27(1):132-7.

14. Rakhshkhorshid M, Navaee M, Nouri N, Safarzaii F. The Association of Health Literacy with Breast Cancer Knowledge, Perception and Screening Behavior. *European journal of breast health* 2018;14(3):144-7.
15. Yilmazel G. Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. *Journal of Cancer Education* 2018;33(1):89-94.
16. Kadivar H, Kenzik KM, Dewalt DA, Huang IC. The Association of English Functional Health Literacy and the Receipt of Mammography among Hispanic Women Compared to Non-Hispanic U.S.-Born White Women. *PLoS One* 2016;11(10):1-11.
17. Somkwan T, Chautrakarn S, Warangkana N. Health Literacy in Breast Cancer among Reproductive-aged Women in Lampang Province. *Lanna Public Health Journal* 2022;18(1):45-56. (in Thai).
18. Huang CH, Lo YJ, Kuo KM, Lu IC, Wu H, Hsieh MT. et al. Health literacy and cancer screening behaviors among community-dwelling female adults in Taiwan. *Women Health* 2021;61(5): 408-419.
19. O'Hara J, McPhee C, Dodson S, Cooper A, Wildey C, Hawkins M. et al. Barriers to Breast Cancer Screening among Diverse Cultural Groups in Melbourne, Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15(8):1-13.
20. House JS. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley;1981
21. Bashirian S, Barati M, Shoar LM, Mohammadi Y, Dogonchi M. Factors Affecting Breast Self-examination Behavior Among Female Healthcare Workers in Iran: The Role of Social Support Theory. *J Prev Med Public Health* 2019;52(4):224-233.
22. Documet P, Bear TM, Flatt JD, Macia L, Trauth J, Ricci EM. The association of social support and education with breast and cervical cancer screening. *Health Education Behavior* 2015;42(1): 55-64.
23. Farhadifar F, Taymoori P, Bahrami M, Zarea S. The relationship of social support concept and repeat mammography among Iranian women. *BMC Womens Health* 2015;15(92):1-8.
24. Molina Y, Ornelas IJ, Doty SL, Bishop S, Beresford SA, Coronado GD. Family/friend recommendations and mammography intentions: the roles of perceived mammography norms and support. *Health Education Research* 2015;30(5):797-809.
25. Tesamut L, Kosanwat S, Nantakaew K, Khamkeaw W. Survey of Breast Self-examination among Female Workers in University of Phayao. *Christian University Journal* 2018;25(4):600-12. (in Thai).
26. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
27. Public health office Lamphun Province. Population data report for the year 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 10]. Available from:<https://www.lamphunhealth.go.th/office/frontend/web/>. (in Thai).

28. Kiatlertdecha T, Chiangkhong A, Thongsri P, Sarachan A. Development and Validation of A Scale Measuring Health Literacy for Breast and Cervical Cancer Prevention with Women's Reproductive in Bangkok Metropolitan. *Vajira Medical Journal* 2019;63(Suppl):31-42. (in Thai).
29. Srisathitnarakoon B. Research methodology in nursing science. Bangkok: U&I Inter Media Co., Ltd;2010. (in Thai).
30. Chotsangsakorn R, Thanasilp S, Pudtong N. Predicting Factors of Breast Cancer Screening Behaviors among Menopausal Women. *Kuakarun Journal of Nursing* 2019;26(2):107-120. (in Thai).

บทความวิจัย

Modeling to Predict Happiness of Registered Nurses in
Bang Mun Nak Hospital, Phichit Province

Received: Mar 21, 2023

Revised: Jun 12, 2023

Accepted: Jun 30, 2023

Pantip Boonprasert, B.N.S.¹Ansuree Sirisophon, M.Sc.²

Abstract

Introduction: Happiness can reflect the quality of working life of registered nurses in hospitals. Hospital can manage factors influencing personnel happiness resulting in efficient and effective health services in registered nurses. This is a benefit to people, community, and society.

Research objectives: To examine happiness levels and compare the differences in demographic data of registered nurses, including classifying registered nurses, and creating a predictive equation model in Bang Mun Nak Hospital, Phichit Province.

Research methodology: This descriptive study consisted of 81 registered nurses in Bang Mun Nak Hospital Phichit Province. A purposive sampling method was used to recruit the participants. Research instrument was a happiness scale adapted from HAPPINOMETER with a validity of 0.98 and a reliability of 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics, ANOVA, and discriminant analysis.

Results: Findings revealed that overall, the registered nurses were happy. Demographic characteristics, including age, job characteristics, work level, and monthly income had a statistically significant difference ($p < .01$). In comparison, factors affecting the happiness of registered nurses consisted of: Happy Family, Happy Heart, and Happy Money. These can classify groups and create a predictive equation model of registered nurse happiness with validation and accuracy at 90.01%.

Conclusions: Happy family was the most predictive factor for registered nurse happiness, followed by happy heart, and happy money. These were determined by canonical coefficients (0.63, 0.60, and 0.47, respectively).

Implications: Hospital administrators should pay attention to the happiness of registered nurses, particularly, the happy family, happy heart, and happy money. These findings should be utilized to inform guideline development of human resource improvement to enhance happiness among registered nurses who were expected to provide efficiently and effectively public health services.

Keywords: happiness, registered nurse, predictive equation model, discriminant analysis

¹Registered Nurse, Bangmunnak Hospital, Phichit, Thailand. E-mail: pan7742@gmail.com

²Corresponding author. Lecturer, Baromrajonani College of Nursing Sawanpacharak Nokornsawan, Faculty of Nursing, Prabromrajchanok institute, Ministry of Public Health, Nokornsawan, Thailand. E-mail: ansuree@bcnspm.ac.th

การสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขภาพาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

Received: Mar 21, 2023

Revised: Jun 12, 2023

Accepted: Jun 30, 2023

ปานทิพย์ บุญประเสริฐ พย.บ.¹

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ วท.ม.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ความสุขสามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลได้ และหากโรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรมีความสุข ย่อมส่งผลให้บริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นประโยชน์ต่อประชาชน ชุมชน และสังคมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความสุขและเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ รวมถึงจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขภาพาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 81 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้มาตรวัดความสุขที่ดัดแปลงจาก HAPPINOMETER โดยมีค่าความตรงเท่ากับ 0.98 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนและการวิเคราะห์การจำแนก

ผลการวิจัย: พยาบาลวิชาชีพโดยรวมมีความสุข ลักษณะทางประชากรศาสตร์ในด้านอายุ ลักษณะงาน ระดับปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือนส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขภาพาบาลวิชาชีพ คือ ด้านครอบครัวที่ดี ด้านน้ำใจงาม และด้านการใช้เงินเป็น โดยสามารถจำแนกกลุ่มและสร้างสมการทำนายความสุขภาพาบาลวิชาชีพได้ถูกต้องและแม่นยำร้อยละ 90.01

สรุปผล: ด้านครอบครัวที่ดีเป็นตัวแปรที่ทำนายความสุขภาพาบาลวิชาชีพมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านน้ำใจงาม และด้านการใช้เงินเป็นพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานแคนอนิคอล มีค่าเท่ากับ 0.63, 0.60 และ 0.47 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับความสุขภาพาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านครอบครัวที่ดี ด้านน้ำใจงาม และด้านการใช้เงินเป็น และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปกำหนดแนวทางการพัฒนาและบริหารงานทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาล และเสริมสร้างความสุขให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลและการให้บริการสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไปได้

คำสำคัญ: ความสุข พยาบาลวิชาชีพ ตัวแบบสมการทำนาย การวิเคราะห์การจำแนก

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. E-mail: pan7742@gmail.com

²Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. E-mail: ansuree@bcnspmnw.ac.th

บทนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12¹ ได้กำหนดตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) ประเด็นหนึ่งคือ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญที่มีได้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว หากแต่ยังต้องรับผิดชอบการดูแล บริการพยาบาลให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพในงานบริหารจัดการหรืองานคลินิก อีกทั้งยังต้องปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมายอีกด้วย² ซึ่งในปัจจุบัน พบว่าพยาบาลวิชาชีพต้องทำงานภายใต้ความกดดันหลายประการ ทั้งการมีภาระงานที่มากขึ้น ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่สูงขึ้น การระบาดของโรคอุบัติใหม่ การทำงานที่หมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง และมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้า โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้พยาบาลต้องปรับตัวและปรับบทบาทหน้าที่ของตนหลายด้านในเวลาเดียวกัน จึงเป็นเหตุให้พยาบาลไม่มีความสุขในการทำงาน ส่งผลให้มีการย้ายงานหรือลาออกจากวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น และทำให้ขาดแคลนบุคลากรในที่สุด³

โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 90 เตียง รับผิดชอบประชากรในพื้นที่กว่า 44,000 คน มีบุคลากรรวมทั้งสิ้น 273 คน ในจำนวนนี้มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 81 คน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 (ปัจจุบัน) โดยมีปริมาณจำนวนครั้งในการดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ย 267,000 ครั้ง ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (covid-19) จนถึงปัจจุบัน มีการปรับระบบบริการ การควบคุมป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ และอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชนโดยทั่วไป สถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักต้องมีการงาน ความเสี่ยง ความเครียด และแรงกดดันที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สถานการณ์การทำงานของพยาบาลว่าเป็นการทำงานที่หนัก เหนื่อย เครียด ต้องรับผิดชอบภาระงานที่ไม่ใช่งานในวิชาชีพ ได้รับค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม และก้าวหน้าในงานน้อย⁴ ทั้งนี้ อ้างอิงข้อมูลของพยาบาลโรงพยาบาล

บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มีการลาออกของพยาบาลวิชาชีพก่อนวัยเกษียณที่ผ่านมาเฉลี่ย ร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2564 ปรากฏว่า มีผู้ตัดสินใจจะย้ายและลาออก สูงถึง ร้อยละ 59 โดยมีสาเหตุหลักจากปัญหาสุขภาพส่วนตัวและปัญหาครอบครัว ร้อยละ 45 ปัญหาการบริหารจัดการองค์กร ร้อยละ 38 ปัญหาสิ่งแวดล้อม/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 5 และปัญหาสวัสดิการ/แรงจูงใจ ร้อยละ 4 ตามลำดับ

ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับความสุขของพยาบาลวิชาชีพและลักษณะขององค์กรแห่งความสุขพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของพยาบาลวิชาชีพ คือ ลักษณะงาน แผนกที่ปฏิบัติ เงินเดือน ค่าตอบแทนการทำงานเป็นทีม เพื่อนร่วมงาน นโยบายและการบริหาร⁵ รวมถึงความมั่นคงปลอดภัย⁶ ตลอดจน วัฒนธรรมองค์กร ความผูกพันในองค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน ขวัญและกำลังใจ และความก้าวหน้าในงาน⁷ เป็นต้น

ผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบงานการบริหารอัตรา กำลังของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางมูลนาก ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาในประเด็นปัญหาความสุขของพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น จึงสนใจที่จะศึกษาความสุข เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรศาสตร์กับความสุข และสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มากำหนดแนวทางในการพัฒนาและบริหารงานทรัพยากรบุคคลและทุนมนุษย์ รวมถึงกิจกรรมในการสร้างความสุขในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังประโยชน์ต่อประชาชน ชุมชน และสังคมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรศาสตร์กับความสุขพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

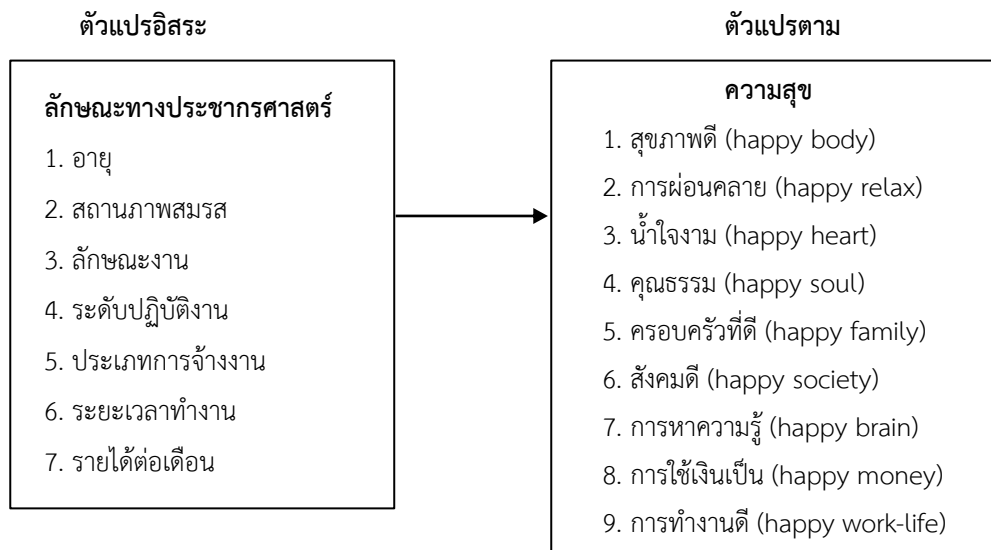
3. เพื่อสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ด้วยองค์ประกอบความสุข 9 ประการของ HAPPINOMETER

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดความสุขในการทำงานตามที่ Kittisuksathit, Tangchonlatip, Jaratsit, Saiprasert, Boonyatearana และ Ari⁸ ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงานในองค์กร และพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดความสุขคน

ทำงานและบุคคลทั่วไปในประเทศไทยในรูปแบบของแบบประเมินตนเอง (self-assessment) ที่สามารถประเมินความสุขของตนเองได้มีชื่อว่า HAPPINOMETER

ทั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการวัดความสุขคนทำงานภายใต้ความสุขทั้ง 9 องค์ประกอบของ HAPPINOMETER อีกทั้งยังมุ่งศึกษาภูมิหลังหรือลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อความสุขที่แตกต่างกันด้วย สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research)⁹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพเท่ากับจำนวนประชากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 81 คน เพื่อต้องการให้ผลการวิจัยมีความตรงภายนอก (External Validity) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ (Generalization)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ระดับปฏิบัติงาน ประเภทการจ้างงาน ระยะเวลาทำงาน และรายได้ต่อเดือน
2. แบบวัดความสุขของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำมาตรวัดมาตรฐานความสุข HAPPINOMETER ที่สถาบันวิจัย

ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดย Kittisuksathit และคณะ^๑ ได้พัฒนาขึ้นมาใช้ในการเก็บข้อมูล ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 69 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบความสุข 9 ด้าน ได้แก่ สุขภาพดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี กำหนดการ แปลผลความสุขด้วยค่าเฉลี่ย คือ 1.00-1.75 หมายถึง ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง 1.76-2.51 หมายถึง ไม่มีความสุข 2.52-3.27 หมายถึง มีความสุข และ 3.28-4.00 หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 จากนั้น นำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลอื่น จำนวน 30 คนได้ค่าความเที่ยง (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่ 14/2565 เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนและถูกต้องทั้งหมด 81 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าร้อยละ (percentage) และวิเคราะห์ระดับความสุขด้วย ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. สถิติอนุมาน วิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างกับความสุข และวิเคราะห์การจำแนก (discriminant analysis) ด้วยวิธีการ

วิเคราะห์แบบขั้นตอน (Stepwise Method) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงพหุและการจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ แล้วนำมาสร้างเป็นตัวแบบสมการทำนายความสุขพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 32.10) มีสถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 48.15) เป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 91.36) ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการ (ร้อยละ 85.19) ในระดับปฏิบัติงาน (ร้อยละ 79.01) มีอายุราชการมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 72.84) และรายได้ต่อเดือนระหว่าง 40,001-50,000 บาท (ร้อยละ 29.63)

2. ความสุขพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ปรากฏว่า มีความสุข ($M=2.59$, $SD.=0.41$) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความสุข ปรากฏด้านที่มีความสุข ได้แก่ ด้านคุณธรรม (Soul) ($M=2.84$, $SD.=0.5$) ด้านน้ำใจงาม (Hera) ($M=2.80$, $SD.=0.51$) ด้านสังคม (Society) ($M=2.68$, $SD.=0.47$) ด้านสุขภาพดี (Body) ($M=2.65$, $SD.=0.65$) ด้านการทำงานที่ดี (Work life) ($M=2.61$, $SD.=0.44$) ด้านครอบครัวที่ดี (Family) ($M=2.56$, $SD.=0.8$) และด้านการใช้เงินเป็น (Money) ($M=2.56$, $SD.=0.8$)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความสุขในด้านที่ไม่มีความสุข ได้แก่ ด้านการใช้เงินเป็น (Money) ($M=2.48$, $SD.=0.69$) ด้านการหาความรู้ (Brain) ($M=2.36$, $SD.=0.7$) และด้านการผ่อนคลาย (Relax) ($M=2.31$, $SD.=0.58$) ตามลำดับ

3. ความแตกต่างของลักษณะทางประชากรศาสตร์ กับความสุขพยาบาลวิชาชีพ ปรากฏว่า อายุ ลักษณะงาน ระดับปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือนของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้มีความสุขต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ สถานภาพสมรส ประเภทการจ้างงาน และระยะเวลาทำงานของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้มีความสุขไม่ต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรศาสตร์กับความสุขภาพาบาลวิชาชีพ

ความสุขภาพาบาลวิชาชีพ		SS	df	MS	F	Sig.
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	2.38	3.00	0.79	5.37**	.00
	ภายในกลุ่ม	11.37	77.00	0.15		
	รวม	13.75	80.00			
ลักษณะงาน	ระหว่างกลุ่ม	3.39	3.00	1.13	8.38**	.00
	ภายในกลุ่ม	10.36	77.00	0.13		
	รวม	13.75	80.00			
ระดับปฏิบัติงาน	ระหว่างกลุ่ม	2.50	2.00	1.25	8.67**	.00
	ภายในกลุ่ม	11.25	78.00	0.14		
	รวม	13.75	80.00			
	รวม	13.75	80.00			
รายได้ต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	3.04	4.00	0.76	5.39**	.00
	ภายในกลุ่ม	10.71	76.00	0.14		
	รวม	13.75	80.00			

4. การวิเคราะห์การจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและมาสร้างเป็นตัวแบบสมการทำนายความสุขภาพาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามความสุขที่มีได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสุข ได้แก่ กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยความสุขระหว่าง 2.52-4.00 คือ มีความสุขถึงมีความสุขอย่างยิ่งมีจำนวน 48 คน (ร้อยละ 59.26) กับกลุ่มที่ไม่มีความสุข ได้แก่ กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยความสุขระหว่าง 1.00-2.51 คือ ไม่มีความสุขถึงไม่มีความสุขอย่างยิ่งมีจำนวน 33 คน

(ร้อยละ 40.74) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนใกล้เคียงกัน แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบความสุขภาพาบาลวิชาชีพ จำแนก 2 กลุ่ม ปรากฏว่า ความสุขในแต่ละองค์ประกอบของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่มีความสุขและกลุ่มไม่มีความสุขต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านสุขภาพดีต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยความสุขภาพาบาลวิชาชีพ 2 กลุ่มต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์ประกอบความสุขภาพาบาลวิชาชีพ

องค์ประกอบความสุข	กลุ่มที่มีความสุข (n=48)		กลุ่มที่ไม่มีความสุข (n=33)		F	Sig.
	M	SD.	M	SD.		
ด้านสุขภาพดี (BODY)	2.78	0.64	2.47	0.64	4.79*	.03
ด้านการผ่อนคลาย (RELAX)	2.56	0.50	1.95	0.48	30.19**	.00
ด้านน้ำใจงาม (HEART)	3.04	0.41	2.47	0.46	33.95**	.00
ด้านคุณธรรม (SOUL)	3.08	0.46	2.50	0.35	38.09**	.00
ด้านครอบครัวที่ดี (FAMILY)	2.98	0.64	1.95	0.60	53.50**	.00
ด้านสังคมดี (SOCIETY)	2.92	0.38	2.33	0.36	49.21**	.00
ด้านการหาความรู้ (BRAIN)	2.67	0.63	1.90	0.52	33.83**	.00
ด้านการใช้เงินเป็น (MONEY)	2.78	0.61	2.05	0.56	29.76**	.00
ด้านการทำงานดี (WORK-LIFE)	2.84	0.37	2.28	0.32	49.48**	.00

ผลการวิเคราะห์และคัดเลือกองค์ประกอบความสุข ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (stepwise method) เพื่อนำเข้าสู่การจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุข ปรากฏว่า มี 3 องค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขจากลำดับความสำคัญมากไปน้อย ได้แก่ ด้านครอบครัวที่ดี (FAMILY) ด้านน้ำใจงาม (HEART) และด้านการใช้เงินเป็น (MONEY) จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์

มาตรฐานแคนอนิคอล ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.63 , 0.60 และ 0.47 ตามลำดับ อีกทั้งยังปรากฏค่าเฉลี่ยความสุขพยาบาลวิชาชีพ 2 กลุ่มต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าแลมดา (lamda) ในระดับต่ำเท่ากับ 0.41 และค่าความสัมพันธ์แคนอนิคอล (canonical correlation) ในระดับค่อนข้างสูงเท่ากับ 0.77 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ค่าจำแนกองค์ประกอบความสุขด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบขั้นตอน

องค์ประกอบความสุข	Lamda	F	Tolerance	STD.Canonical	Sig.
ด้านครอบครัวที่ดี (FAMILY)	0.53	23.27**	.97	0.63	.00
ด้านน้ำใจงาม (HEART)	0.52	20.83**	.99	0.60	.00
ด้านการใช้เงินเป็น (MONEY)	0.46	10.99**	.97	0.47	.00

Lamda = 0.41, Canonical Correlation = 0.77, F= 37.13, Sig = .00

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกกลุ่ม (classification function coefficient) ของพยาบาลวิชาชีพ 2 กลุ่ม ด้วยวิธี Fisher's Linear Discriminant Functions

สามารถสรุปค่าสัมประสิทธิ์ (ค่าน้ำหนัก) และค่าคงที่ (constant) เพื่อนำไปสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกกลุ่ม

องค์ประกอบความสุข	สัมประสิทธิ์การจำแนก	
	กลุ่มที่มีความสุข	กลุ่มที่ไม่มีความสุข
ค่าคงที่ (Constant)	-48.356	-28.452
ด้านครอบครัวที่ดี (FAMILY)	6.960	4.497
ด้านน้ำใจงาม (HEART)	17.363	14.003
ด้านการใช้เงินเป็น (MONEY)	7.872	5.970

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกกลุ่มสามารถนำมาสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขพยาบาลวิชาชีพ ได้ดังนี้

$$\hat{D}_{\text{มีความสุข}} = -48.356 + 6.960(\text{FAMILY}) + 17.363(\text{HEART}) + 7.872(\text{MONEY}) \dots (1)$$

$$\hat{D}_{\text{ไม่มีความสุข}} = -28.452 + 4.497(\text{FAMILY}) + 14.003(\text{HEART}) + 5.970(\text{MONEY}) \dots (2)$$

ทั้งนี้ ความสุขพยาบาลวิชาชีพจะต้องแทนค่าองค์ประกอบความสุขทั้ง 3 ด้านลงในตัวแบบสมการทำนายทั้ง 2 สมการ แล้วนำค่าคำนวณผลลัพธ์ของแต่ละสมการ ถ้าผลลัพธ์ในตัวแบบสมการใดมีค่ามากกว่าก็จะสรุปผลได้ว่าพยาบาลวิชาชีพคนนั้นอยู่ในกลุ่มของตัวแบบสมการนั้น หรือสามารถจำแนกกลุ่มและทำนายความสุขได้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความสุขพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยรวมอยู่ในระดับมีความสุข โดยเฉพาะในด้านด้านคุณธรรม ด้านน้ำใจงาม ด้านสังคมดี ด้านสุขภาพดี ด้านการทำงานดี อาจกล่าวได้ว่าเป็นด้านที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำนวน 76 คนด้วย HAPPINOMETER พบว่ามีความสุขอยู่ในระดับมาก¹⁰ การศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พบว่ามีความสุขในระดับมาก โดยเฉพาะความเพลิดเพลินและความสบายใจทำให้มีความกระตือรือร้นในการทำงาน¹¹ และการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์พบว่าความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก¹²

2. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของพยาบาลวิชาชีพที่อายุ ลักษณะงาน ระดับปฏิบัติงาน และรายได้ต่อเดือนส่งผลให้มีความสุขต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อพยาบาลมีอายุมากขึ้นก็จะมีมีความสุขเพิ่มขึ้นตามลำดับ อธิบายได้ว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีอายุมากขึ้นมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับระดับการปฏิบัติงานก็จะมีความก้าวหน้าจากระดับปฏิบัติงานพัฒนาสู่ระดับหัวหน้างานและระดับผู้บริหารในที่สุด ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าเฉลี่ยความสุขของพยาบาลวิชาชีพด้วยเช่นกัน ดังนั้นสามารถกล่าว

ได้ว่าอายุ ระดับปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และความสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับที่ Nezhad และคณะ¹³ กล่าวว่าอายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสุข เนื่องจากการได้รับอิทธิพลจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งหมายถึงรายได้ที่สอดคล้องกับค่าครองชีพ

หากพิจารณาลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพในงานบริการ ปรากฏว่ามีค่าเฉลี่ยความสุขต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะงานบริการที่มีความไม่แน่นอนที่ต้องทำงานในช่วง 7 วันตลอดทั้งสัปดาห์ และเวลาทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งช่วงเวลากลางวันและกลางคืนสลับหมุนเวียนกันไป โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องขึ้นเวรทำงานในหอผู้ป่วย Raisanthia และ Jaroensook¹⁴ กล่าวว่าลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพแบบงานบริหารจะมีเวลาทำงานที่แน่นอน เลิกงานตรงตามเวลา ไม่ต้องทำงานแบบขึ้นเวร และมีวันหยุดพักผ่อนเสาร์-อาทิตย์ มีเวลาพักผ่อนได้เต็มที่ สามารถจัดสรรเวลาได้อย่างลงตัว และเป็นลักษณะงานที่ไม่ต้องลงไปสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงด้วย

เมื่อพิจารณาระดับปฏิบัติงาน ปรากฏว่าความสุขพยาบาลวิชาชีพมีความผันแปรตามตำแหน่งหรือระดับการปฏิบัติงาน กล่าวคือพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างานมีค่าเฉลี่ยความสุขสูงกว่าระดับปฏิบัติงาน แต่น้อยกว่าระดับบริหารที่มีค่าเฉลี่ยความสุขสูงสุด ทั้งนี้เนื่องจากระดับปฏิบัติงานสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่และภาระงานที่แตกต่างกัน รวมถึงรายได้ที่จะได้รับ ปรากฏว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสุขเพิ่มขึ้น อีกทั้งสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านการใช้เงินเป็นที่ยอมรับต่อความสุขพยาบาลวิชาชีพเช่นกัน ดังที่ Patrician และคณะ¹⁵ กล่าวว่าการมีรายได้ที่เพียงพอและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขพึงพอใจในชีวิต

3. ตัวแบบสมการทำนายความสุขพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ด้วยองค์ประกอบความสุข 9 ประการของ HAPPINOMETER ส่วนองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขพยาบาลวิชาชีพสำหรับนำมาสร้างตัวแบบสมการทำนายความสุขพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มี 3 องค์ประกอบ คือ ด้านครอบครัวที่ดี ด้านน้ำใจงาม และด้านการใช้เงินเป็น อธิบายด้าน

ครอบครัวที่ดี เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันแรกในโครงสร้างทางสังคม ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานและอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวแล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีภาระงานที่มากขึ้น และรูปแบบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่หมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมง และอาจมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน³ ทำให้การให้เวลากับตนเองและครอบครัวมีน้อยลง และความสัมพันธ์ในครอบครัวถือว่าเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด¹⁶⁻¹⁷ อีกทั้งครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล¹⁸⁻¹⁹ ซึ่งพยาบาลควรจัดการและแบ่งเวลาในงานกับครอบครัวให้เหมาะสม เกิดความสมดุลระหว่างการทำงานและครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนด้านน้ำใจงาม (HEART) มีค่าเฉลี่ยความสุขที่ค่อนข้างสูง Chirawatkul และคณะ⁴ กล่าวถึงความสุขของพยาบาลไทยว่าดี มีผู้ร่วมงานดี และการเอื้ออาทรเป็นปัจจัยหนึ่งในการเพิ่มความสุขและการสร้างเสริมการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพทั้งในระดับโครงสร้างและระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลด้วย ด้านน้ำใจงามที่เกี่ยวกับความรู้สึกเอื้ออาทร ห่วงใย ช่วยเหลือคนรอบข้าง เสียสละ และนึกถึงประโยชน์ส่วนรวมที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีตามจรรยาบรรณในวิชาชีพ แม้ว่าภาระงานจะหนักเหนื่อยหรือมีความลำบากอย่างไร ระดับความสุขพยาบาลก็ยังคงอยู่ในระดับที่มีความสุข เนื่องจากจากบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้มีโอกาสทำงานช่วยเหลือผู้อื่น สำหรับด้านการใช้เงินเป็น ครอบครัววินัยในการใช้จ่ายเงินความสามารถและพึงพอใจในการบริหารจัดการการเงินทั้ง

การรับ การใช้จ่ายและการชำระหนี้สิน การออม และความเพียงพอของรายได้ที่ได้รับ Mongkhonpan และคณะ⁵ กล่าวว่าเงินเดือนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ ตลอดจน Luekitinan¹⁹ และ Barua และ Tejativaddhana²⁰ กล่าวว่าการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทำงานและได้ค่าตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ จากองค์กรทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินจะส่งผลต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขใน 3 องค์ประกอบนี้ โดยจัดกิจกรรมเสริมสร้างด้านทักษะชีวิตครอบครัว ส่งเสริมการมีน้ำใจ ทักษะการใช้เงินเป็น
2. ควรให้ความสำคัญกับพยาบาลวิชาชีพพระดัตถ์ปฏิบัติการ ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีและมีรายได้ต่อเดือนที่อย่างน้อยกว่า 40,000 บาท โดยค้นหาปัญหาความต้องการในเชิงลึก เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรดังกล่าว มีความสุขและมีความสุขอยู่ในองค์กรอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรนำตัวแบบสมการไปขยายผลการศึกษาเกี่ยวกับโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นใกล้เคียง
2. ควรขยายผลการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรอื่น เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความผูกพันในองค์กร หรือวัฒนธรรมองค์กร

References

1. Strategy and Planning Division. Action Plan 2022 of Ministry of Public Health [Internet]. 2020 [cited 2022 August 5]. Available from: <https://www.moph.go.th/document/> (in Thai).
2. Nursing Division. Roles and Duties of Registered Nurses. Nonthaburi: Publishing of Suetawan 2018. (in Thai).
3. Sawaengdee K. Crisis of Nursing shortage in Health Service Facilities under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health: Policy Recommendations. *Journal of Health Science* 2017;26(2):456-68. (in Thai).
4. Chirawatkul S, Songwathana P, Rungreangkulkij S, Fongkhew W, Deoisres W, Sindhu S, et al. Happiness and Professional Attachment amongst Thai Registered Nurses. *The journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2012;27(4):26-42. (in Thai).
5. Mongkhonpan N, Ngamthipwatthana T, Phattharayuttawat S, Manusirivithaya, V. The Happiness at Work of Tertiary Hospital Staffs. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Med Education Center* 2017;34(2):87-99. (in Thai).
6. Lorsisirat S. Happiness of Hospital Personnel Under the Phichit Provincial Public Health Office in 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 September 19]. Available from: https://spbo3.moph.go.th/ket/?page_id=12223 (in Thai).
7. Trakulmaykee Y, Ngamyinyod, W. Happiness at Workplace of Health Personnel in Public Hospital, Four Provinces of Southern Thailand. In: *The 12th Hatyai National and International Conference*; 2021 June 25; Hatyai, Songkhla. Hatyai University; 2021. p.1522-30. (in Thai).
8. Kittisuksathit S, Tangchonlatip K, Jaratsit S, Saiprasert C, Boonyatearana P, Ari W. HAPPINOMETER. Bangkok: Thammasat Press; 2012. (in Thai).
9. Edmonds WA, Kennedy TD. *An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2017.
10. Chaikongkiat P, Makchuchit S, Klungmun A. Relationships among Work-life Balance, Personnel Happiness Index, and Employee Engagement of Personnel Working at Boromarajonani College. *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2019;20(2):48-59. (in Thai).
11. Khunphet S, Binyala H. Factors Associated with Happiness in working of Professional Nurses in Operating room at Tertiary Hospital of Southern Thailand. *Journal of Humanities and Social Sciences* 2017;4(2):69-80. (in Thai).
12. Panwong R, Cheevakasemsook A, Thongkamrod R. Joy at work of professional nurses in Surin Hospital. *Thai Journal of Nursing* 2022;69(3):11-19. (in Thai).
13. Nezhad JA, Abazari F, Mardani A, Maleki M, Hebda T. Happiness and Achievement Motivation among Iranian Nursing Students: A Descriptive Correlational Study. *BioMed Research International* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 15]: 1-10. Available from: <https://doi.org/10.1155/2022/4007048>

14. Risanthia P, Jaroensook P. Happiness of Nurses in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2016;10(1):1-14. (in Thai).
15. Patrician PA, Bakerjian D, Billings R, Chenot T, Hooper V, Johnson CS, et al. Nurse well-being: A concept analysis. Nursing Outlook 2022;70(4):639-50.
16. Panyapinitnugoon C, Harabutra T. Selected Factors Related to Happiness of Nursing Lecturers. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2022;36(1):104-19. (in Thai).
17. Gurdogan EP, Uslusoy EC. The Relationship between Quality of Work Life and Happiness In Nurses: A Sample from Turkey. International Journal of Caring Sciences 2019;12(3):1364-71.
18. Mirfarhadi N, Moosavi S, Tabari R. Life satisfaction and its determinants: a survey on Iranian nurse's population. Journal of Paramedical Sciences 2013;4(4):11-15.
19. Luekitinan W. The Casual Model of Work Happiness and Organizational Commitment. Panyapiwat Journal 2017;9(3):55-66. (in Thai).
20. Barua P, Tejatvaddhana P. Impact of Application of Sufficiency Economy Philosophy on the Well-Being of Thai Population: A Systematic Review and Meta-Analysis of Relevant Studies. Journal of Population and Social Studies 2019;27(3):195-219. (in Thai).

บทความวิจัย

The Effectiveness of Empowering The Health Literacy Among Elderly People With Hypertension Disease in A Southern-Thai Context

Received: Dec 10, 2022

Revised: Mar 10, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

Kamonchanok Thongied, M.N.S.¹Pilaiporn Sukcharoen, Ph.D.²Sadakan Eamchunprathip, Ph.D.³Jidapa Polruk, M.P.H.⁴

Abstract

Introduction: For elderly people living with hypertension, health literacy is a concept that contributes to their self-care knowledge and proper caring of themselves.

Research objectives: This study aimed to examine the effectiveness of the health literacy promotion program, and knowledge acquisition in elderly people after receiving e program.

Research methodology: This explanatory sequential mixed method study consisted of 2 phases. Phase 1 was a quasi-experimental study with one group-pretest and posttest design. Sample consisted of 60 elderly people with hypertension in Lang Suan District, Chumphon Province. Research tools were the health literacy promotion program and the health literacy scale. A Cronbach's alpha coefficient of health literacy scale was 0.89; this was examined using a Paired Samples *t*-test. Phase 2 was a qualitative study using focus group discussions with 12 older people after receiving the program. Research instrument was a semi-open-ended question. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The overall significant improvement by participants between baseline and post-test was found for health literacy ($t = 10.14$, $p < .05$). Four issues of qualitative data were found to support the quantitative data as follows. Bed paralysis is a silent killer of hypertension. Avoiding salty foods and reducing added condiments are necessary. Controlling emotions and keeping the mind calm are important. And exercising regularly every day is crucial.

Conclusions: The health literacy promotion program can increase health literacy level and change behavior of the elderly people living with hypertension.

Implications: The health literacy promotion program should be used to organize learning activities for the elderly with hypertension to enhance health literacy and better caring of themselves.

Keywords: health literacy, elderly people, southern-thai context

² Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, Surattani, Thailand.

E-mail: Pilaiporn.navynurse@gmail.com

^{1,3,4}Teacher, Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, Surattani, ¹E-mail: giftkamolchanok@gmail.com,

³E-mail: sadakan-e@hotmail.co.th, ⁴Email: jidapapolruk@gmail.com

^{1,4}Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University, Surattani, Thailand.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชนเมืองภาคใต้

Received: Dec 10, 2022

Revised: Mar 10, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

กมลชนก ทองเอียด พย.ม.¹

พิไลพร สุขเจริญ ปร.ด.²

สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป ปร.ด.³

จิตาภา พลรักษ์ ส.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: จากการที่ผู้สูงอายุป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ความรู้ทางสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง และดูแลตนเองได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยผานวิธีชนิดปริมาณนำคุณภาพ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงของเทศบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ และแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .89 วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรม 12 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ คำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 10.14, p < .05$) โดยพบข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนเชิงปริมาณ 4 ประเด็น ได้แก่ อัมพาตติดเตียงเป็นภัยเงียบของโรคความดันโลหิตสูง การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มและลดการดื่มเครื่องดื่มปรุงรส การควบคุมอารมณ์และหมั่นทำจิตใจให้สงบ และการออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสู่การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อเกิดความรู้ทางสุขภาพ และดูแลตนเองได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ วิถีชุมชนภาคใต้

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, E-mail: Pilaiporn.navynurse@gmail.com

^{1,3,4}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, ¹Email: giftkamolchanok@gmail.com, ³Email: sadakan-e@hotmail.co.th,

⁴Email: jidapapolruk@gmail.com

¹⁻⁴ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย.

บทนำ

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28¹⁻² แต่ในทางตรงข้าม สิ่งที่มาพร้อมสังคมผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และใช้เวลารักษายาวนาน² บุคลากรทีมสุขภาพควรทราบวิธีเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี³⁻⁴

เมื่อศึกษาจำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนของจังหวัดชุมพร พบว่า จังหวัดชุมพรมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด⁵ ถือเป็นจังหวัดที่มีสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตภาคใต้ตอนบน และเมื่อสำรวจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดชุมพร พบว่า ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนบางอีไร และชุมชนประชาเอื้ออารีย์ ของเทศบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 180 คน ประกอบกับจากข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยส่วนใหญ่มีการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า ครึ่งหนึ่งของประชากรที่เสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง⁵⁻⁶ และกลายเป็นความท้าทายของบุคลากรทีมสุขภาพที่ควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อทำให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และดูแลตนเองได้ถูกต้อง¹

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทักษะการรับรู้ และสังคม มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้^{4,7} ตลอดจนช่วยกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี⁸⁻¹¹ ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ที่มีความดันโลหิตสูง บุคลากรทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ทางสุขภาพ และเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง^{7,11-14}

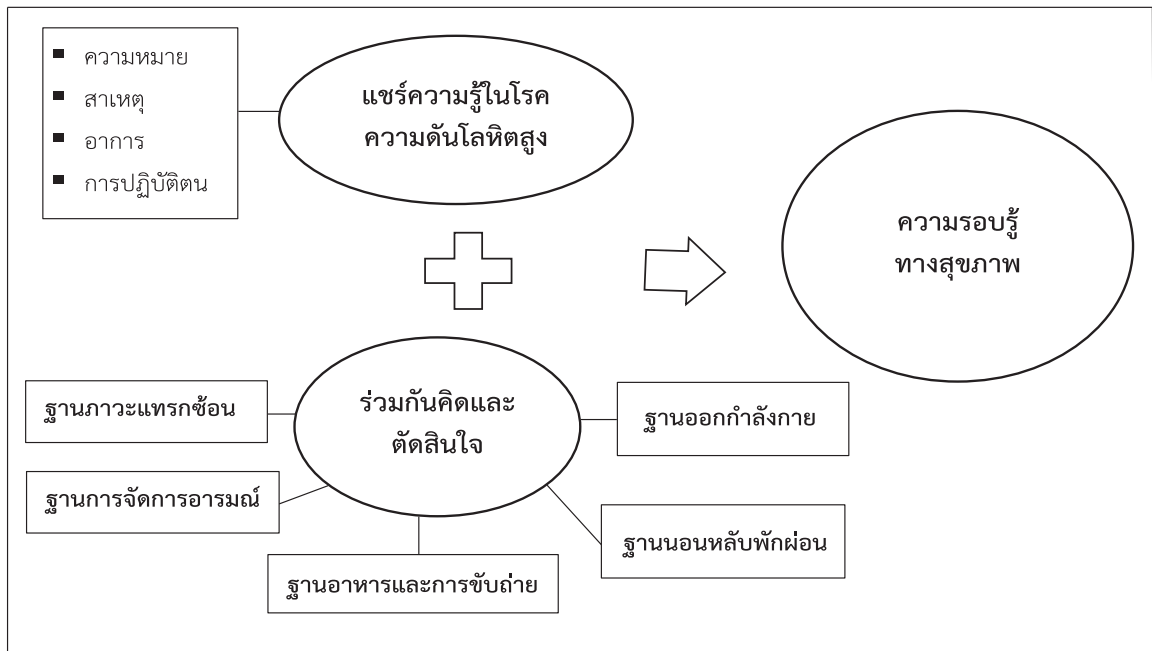
เมื่อศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงกับระดับความดันโลหิต¹⁵⁻¹⁷ และการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย^{10,17-19} แต่ยังไม่พบบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะพื้นที่เทศบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยเกิดความสนใจส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนภาคใต้ เพื่อเกิดองค์ความรู้ใหม่ในการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ในการดูแลตนเอง และเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ภายหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยได้ประยุกต์แนวคิดความรู้ทางสุขภาพที่ว่า เป็นความสามารถและทักษะต่าง ๆ ของบุคคลในการรับรู้ เข้าถึง เข้าใจ และการมีความสามารถในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตน⁷⁻¹¹ รวมถึง การใช้กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถาม การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง และสามารถบอกเล่าวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้อื่น^{8,11} ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยผสมผสานวิธีชนิดเชิงปริมาณนำคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนบางอีไร และชุมชนประชาเอื้ออารีย์ ของเทศบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร 180 คน และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และ 3) มีความสามารถในการสื่อสารและช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ พัฒนามาจากฐานคิดของ Department of Health¹² ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่

1 การแชร์ความรู้โรคความดันโลหิตสูงแก่ กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ระยะเวลา 4 ชั่วโมง และขั้นตอนที่ 2 การร่วมนึกคิด และตัดสินใจ จำนวน 5 ฐาน ได้แก่ ฐานภาวะแทรกซ้อน ฐานอาหารและการขับถ่าย ฐานการออกกำลังกาย ฐานการนอนหลับพักผ่อน และฐานการจัดการอารมณ์ โดยแต่ละฐานมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ร่วมกับการโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

2) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ โดยเป็นแบบวัดของ Sukcharoen และคณะ¹³ จำนวน 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ และแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 27 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพ 1 ท่าน ประกอบด้วย โปรแกรมฯ มีค่า

IOC เท่ากับ 1 ทั้งสองขั้นตอน และแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 25 ข้อ และ IOC เท่ากับ 0.67 จำนวน 2 ข้อ และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการทดลองใช้โปรแกรมฯ กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และใช้แบบวัดกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ ก่อนการใช้โปรแกรมฯ และทดลองใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มตัวอย่าง ต่อมา ภายหลังจากใช้โปรแกรมฯ เสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ทางสุขภาพชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

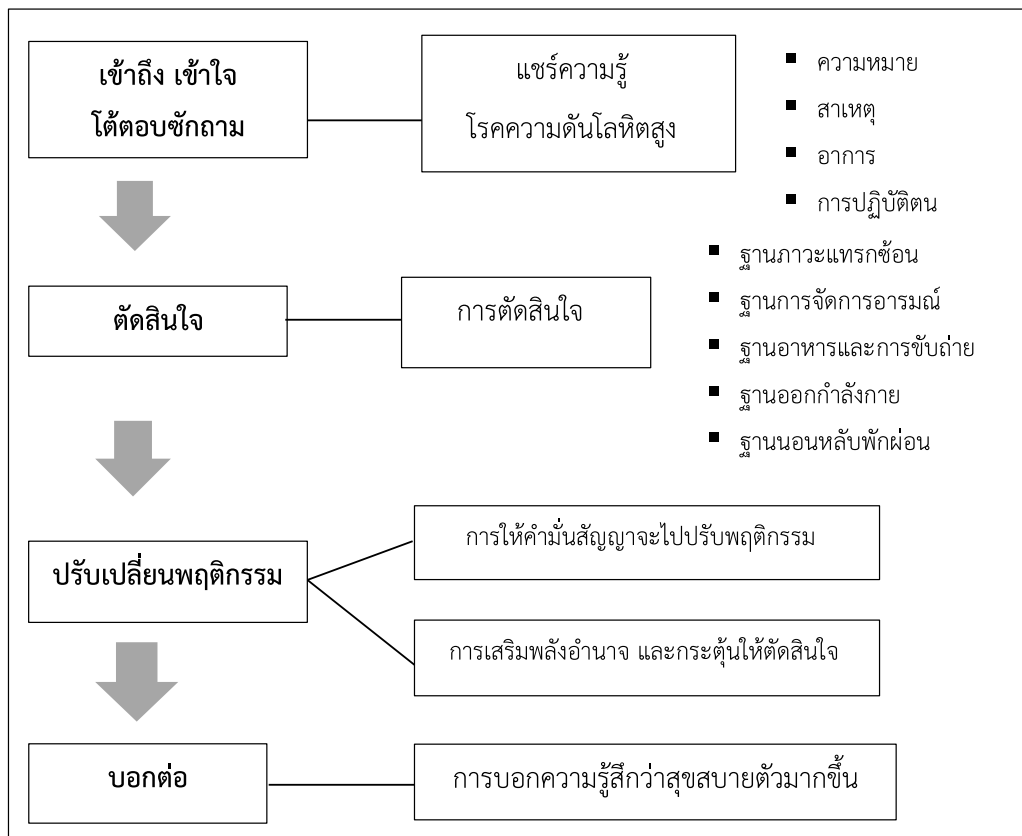
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ใ้รับรองโครงการ COA

No. 179/2564 (วันที่รับรอง 11 สิงหาคม 2564) คณะผู้วิจัยเริ่มดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัย พบประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูล ทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ก่อน และหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ paired t-test เพื่อสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ จากนั้น ตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะถัดไป เพื่อสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งนี้ รายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ภายหลังทดลองใช้โปรแกรม ฯ ในการวิจัยระยะก่อนหน้าเสร็จสิ้น มีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อศึกษาการเรียนรู้ภายหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ และ 2) มีคะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพสูงสุดตามลำดับ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน และนำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สอดคล้อง และใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ คำถามปลายเปิดถึงโครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่ม เพื่อนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ “โรคความดันโลหิตสูงคืออะไร และส่งผลอย่างไรต่อร่างกาย” “ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงคืออะไรบ้าง...ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร” “คนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารชนิดใด... เพราะอะไร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่มได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ก่อนใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้สูงอายุ 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพ 1 ท่าน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 12 คน ด้วยแนวคำถามปลายเปิด เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ทั้งนี้ มีการแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญออกเป็น

2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน และมีการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ต่อกลุ่ม จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว และมั่นใจได้ว่าข้อมูลการสนทนากลุ่มแสดงถึงการเรียนรู้ภายหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาโดยดำเนินการจัดระเบียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปการเรียนรู้ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญถือเป็นข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายโต้ตอบกันของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ทำให้มั่นใจได้ในความถูกต้อง และความหลากหลายของข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน ประกอบด้วย เพศชาย 18 คน เพศหญิง 42 คน (ร้อยละ 30 และ 70 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-65 ปี และอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป 11 คน และ 44 คน (ร้อยละ 18.3 และ 73.3 ตามลำดับ) วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา 28 คน (ร้อยละ 46.7) ไปพบแพทย์ตามนัดนาน ๆ ครั้ง 32 คน (ร้อยละ 53.3) และมีการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ห้าปีขึ้นไป 60 คน (ร้อยละ 100)

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า ภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับโปรแกรม ฯ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.14, p < .05$) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีความรู้โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.60, p < .05$) และมีความรอบรู้ทางสุขภาพรวมทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.65, p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ (N=60)

ระดับความรู้ทางสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้โรคความดันโลหิตสูง	15.08	0.76	16.91	0.66	6.60	.00*
ความรู้ทางสุขภาพ (4 ด้าน)	51.50	1.73	55.50	1.56	5.65	.00*
ด้านที่ 1 การเข้าถึงเข้าใจ	12.37	0.90	13.25	0.69	2.36	.03*
ด้านที่ 2 การโต้ตอบซักถาม	12.62	0.56	13.25	1.05	1.82	.09
ด้านที่ 3 การตัดสินใจ	13.45	0.54	13.87	0.31	3.07	.01*
ด้านที่ 4 การเปลี่ยนพฤติกรรม	13.20	0.62	14.95	0.62	7.73	.00*
ความรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวม	66.70	0.75	72.54	1.71	10.14	.00*
(ความรู้+ความรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน)						

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 การเรียนรู้ภายหลังได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ 12 คน ทำให้ค้นพบการเรียนรู้ และพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวนทั้งสิ้น 4 ประเด็น ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง

ประเด็นที่ 1 อัมพาตติดเตียงเป็นภัยเงียบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดภายในร่างกาย โดยหากผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ จะนำไปสู่การเป็น stroke หรือ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและน่ากลัวที่สุด คือ “การเป็นผู้ป่วยอัมพาตติดเตียง” และต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวต่อไป

“ความรุนแรงของโรคความดัน คือ การเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง พวกเส้นเลือดตีบ แตก ตัน ต่างๆ แล้วทำให้เราเป็นอัมพาต” (คุณน้องเล็ก นามสมมุติ)

“ตอนนี้ที่ข้างบ้านมีคนเป็นพวกติดเตียง คืออันตรายมาก เราจะช่วยตนเองไม่ได้เลย ฉะนั้น เราต้องคอย

เช็คความดัน แล้วก็ต้องกินยาตามที่หมอสั่งตลอดนะ” (คุณไทย นามสมมุติ)

ด้านที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเด็นที่ 2 การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม และลดการเติมเครื่องปรุงรส

โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุจากการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือการนิยมใส่เครื่องปรุงรสในอาหาร เช่น กะปิ น้ำปลา เป็นต้น ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม และไม่ควรมีการเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหารเพื่อป้องกัน และควบคุมไม่ให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อน

“คนเป็นความดันไม่ควรทานพวกปลาเค็ม กะปิ น้ำปลา เพราะจะทำให้ค่าความดันสูงขึ้น” (คุณสาว นามสมมุติ)

“คือ เราไม่ควรเติมเครื่องปรุงในอาหารเลย เช่น เวลาไปทานก๋วยเตี๋ยว รู้ว่าพวกน้ำปลาแบบนี้ ก็ไม่ควรใส่เลยนะ” (คุณน้องเล็ก นามสมมุติ)

ประเด็นที่ 3 การควบคุมอารมณ์ และหมั่นทำจิตใจให้สงบ

บุคคลที่มีความเครียด วิตกกังวล และไม่รู้จักรถปล่อยวาง มักจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ โดยเฉพาะหากบุคคลที่มีความดันโลหิตสูง

เกิดความเครียด และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่ผิดปกติ อาจนำไปสู่การปวดศีรษะ และการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมอารมณ์ และการทำจิตใจให้สงบจึงเป็นวิธีการปฏิบัติด้านจิตใจที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

“เราเป็นพวกสูงวัย บางทีเราจะเครียดง่าย แต่พอเราเครียดความดันเราจะขึ้นสูง แล้วจะปวดหัวด้วย เราต้องหัดปล่อยวางบ้าง” (คุณน้ำใส นามสมมุติ)

“คนเป็นความดันต้องพยายามไม่โกรธ ต้องอารมณ์ดี ๆ” (คุณทองฟ้า นามสมมุติ)

ประเด็นที่ 4 การออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และทุกวัน เป็นวิธีการปรับสมดุลด้านระบบเลือด และการไหลเวียน ในร่างกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรหมั่นออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ และควรเลือกรูปแบบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติ การออกกำลังกายจึงเป็นวิธีปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

“สิ่งที่จะช่วยให้เรารักษาความดันได้ คือ เราต้องออกกำลังกายทุกวัน เพื่อควบคุมความดันของเรา” (คุณทราย นามสมมุติ)

“การออกกำลังกายนี่ดีต่อคนที่มีความดัน เราเป็นความดัน เราต้องหมั่นออกกำลังกายทุกวันเท่าที่จะทำได้ จะได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ” (คุณก๊อฟ นามสมมุติ)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพเป็นแนวคิดที่สัมพันธ์กับทักษะการรับรู้ และมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ในโรคความดันโลหิตสูง ดูแลตนเองได้ถูกต้อง^{4,7,11} และเป็นเหตุผลสำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี¹¹⁻¹² โดยในงานวิจัยนี้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพมาใช้ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง¹² 2 ขั้นตอน ได้แก่ การแชร์ความรู้โรคความดันโลหิตสูง และการกระตุ้นให้ร่วมกันคิดและตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

เกิดความรู้ในโรคความดันโลหิตสูง และเกิดความสามารถในการโต้ตอบซักถาม ประเมิน ตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹¹⁻¹²

สำหรับผลการวิจัยที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 10.14, p < .05$) มีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 6.60, p < .05$) และมีความรอบรู้ทางสุขภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ และการเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 5.65, p < .05$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพที่นำมาใช้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านความรู้ในโรคความดันโลหิตสูง และความรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu et al¹⁰ พบว่า เมื่อมีกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ¹⁶⁻¹⁸ รวมถึง Aboumatar¹⁸ และ Thepin และคณะ¹⁹ พบว่า เมื่อทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่อย่างไรก็ตาม ด้านการโต้ตอบซักถามพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีการโต้ตอบซักถามร่วมกันทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม¹²

นอกจากนี้ พบข้อมูลเชิงคุณภาพที่สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ประเด็น คือ อัมพาตติดเตียงเป็นภัยเงียบของโรคความดันโลหิตสูง และด้านที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 3 ประเด็น คือ การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม และลดการดื่มเครื่องดื่มปรุงรส การควบคุมอารมณ์ และหมั่นทำจิตใจให้สงบ และการออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ อภิปรายได้ว่า ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นผลการเรียนรู้ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ และสอดคล้องกับผลลัพธ์เชิงปริมาณที่ว่า โปรแกรมส่งเสริม

ความรู้ทางสุขภาพมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการเข้าถึงเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถาม การตัดสินใจ และการเปลี่ยนพฤติกรรม^{11,12} สอดคล้องกับงานวิจัยของ Halladay et al.¹¹ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพสูงขึ้นจะมีความดันโลหิตลดลง และ Sukcharoen และคณะ¹² พบว่า หากมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่ทิศทางที่ดีขึ้น^{17,18} ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง^{9,11,13}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยงานด้านการดูแลผู้สูงอายุควรนำองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อขยายผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อไป

References

1. Sukcharoen P, Rakhab A, Thongied K. The Concerns of Seniors in Suratthani: Lessons Learned from an Elderly School. *Journal of Humanities and Social Sciences* 019;11(1):61-81. (in Thai).
2. Thongied K, Sukcharoen P, Tanseng K, Meesit A, Kongkate P. A model for enhancing the quality of life among the elderly in Chang sai sub-district, Suratthani province. *Nakhon Ratchasima Rajabhat University Community Research Journal* 2022;16(1):116-28. (in Thai).
3. Popejoy LL, Galambos C, Stetzer F, Popescu M, Hicks L, Khalilia MA, et al. Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. *Nursing Economic\$* 2015;33(6):306-13.
4. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International* 2018;33(5):901-11.
5. Ministry of Public Health. Situation of hypertension [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 7]. Available from: <https://moph.go.th/index.php/news/read/275>
6. Khantamoon R, Daenseekaew S. Self-Management among people with uncontrolled hypertension. *Journal Nursing and Health Care* 2017;35(2): 89-97. (in Thai).
7. Byrne D. Understanding and mitigating low health literacy. *Nursing standard* 2022;37(10):27-34.
8. Turner K, Rakkwamsuk S, Duangchai O. Health literacy of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Journal of health science research* 2018;16(1):1-9. (in Thai).
9. Wittink H, Oosterhaven J. Patient education and health literacy. *Mus science & practice* 2018;38: 120-7.

10. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health* 2020;8(2): 1-8.
11. Halladay JR, Donahu K, Cene CW, Li Q, Cummings DM, Hinderliter A. et al. The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. *Patient education and counseling* 2017;100(3):542-9.
12. Department of Health [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://mwi.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/mwi/n1139_a5a9caa9ec03f3d810c1f83cb7da874e_article_2018_0924133139.pdf.
13. Sukcharoen P, Polruk J, Namnual S. The efficacy of program to promote health literacy of hypertension patients: A Case Study of Tha-Chi Subdistrict, Ban Na San District, Surat Thani Province. Suratthani: Suratthani Rajabhat University; 2021. Sponsored by Suratthani Rajabhat University. (in Thai).
14. Sorensen K, Levin D, Duong TV, Okan O, Brasil V, Nutbeam D. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health promotion international* 2021;36: 13-23.
15. Pannark P, Moolsart S, Kaewprom C. The Effectiveness of a Program for Health Literacy Development of the Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes at Bangwua District, Chachoengsao Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017;27(3):91-106. (in Thai).
16. Nawsuwan K, Singhasem P, Yimyearn Y. Relationship and the Predictive Power of Social Support on the Practice of Hypertensive Patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2016;8(1):1-13. (in Thai).
17. Kummak P, Kummak S, Kagmmunee M. Factors Related to Self-Care Behaviors among Patients with Hypertension. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network* 2015;2(3):74-91. (in Thai).
18. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine* 2013;28(11):1469-76.
19. Thepin K, Moolsart S, Jantacumma N. Effectiveness of a Health Literacy Developmental Program in Patients with Uncontrolled Hypertension. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019; 11(1): 197-212. (in Thai).

บทความวิจัย

Health Promotion with Folk Wisdom in Ethnic People: Case Study in Phayao Province Thailand

Received: Feb 16, 2023

Revised: Mar 28, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

Thanee Glomjai, Ph.D¹

Kanokwan Aiemchai, Ed.D²

Somsri Sujjasakulrut, Ph.D³

Chontima Pinsakul, M.N.S⁴

Abstract

Introduction: The healthcare of ethnic groups involves the use of local wisdom, which should be consistent with social contexts, traditions, cultures, beliefs, and religions. All of these contexts have an influence on healthcare behaviors. To promote health among these ethnic groups, one must understand their health behaviors to build trust and faith leading to nursing care plans that are consistent with the culture, customs, traditions, beliefs, well-being, and lifestyles of ethnic groups in each locality.

Research objectives: To study the health promotion model of ethnic groups with indigenous wisdom in Phayao Province.

Research methodology: This qualitative study using case study approach to study the health promotion model of ethnic groups with indigenous wisdom in Phayao Province. Data were collected from April 1, 2021 to September 30, 2021.

Results: Participants were Mien, Akha, Muser, Mong, Pwo Karen, Pakageyo, Lawa and Lua ethnic groups in Mae Chai District, Chiang Kham District, Dok Kham Tai District and Phu Sang District, Phayao Province. Five health promotion models were found, including 1) the pregnancy health promotion model, 2) the postpartum health promotion model, 3) the newborn health promotion model, 4) the adult health promotion model, and 5) the health promotion model for the elderly.

Conclusion: Promoting the health of ethnic groups with indigenous wisdom was a promotion of physical, mental, and spiritual health as one of holistic healthcare. Ultimately, individuals receiving comprehensive care will achieve their well-being and good quality of life.

Implications: Healthcare providers should have understood health behaviors of ethnic groups to build trust and lead to nursing care plan consistent with folk wisdom in health promotion.

Keywords: Health Promotion, Folk Wisdom, Ethnic group

Funding: Prabormarajchanok Institute and Boromarajonani College of Nursing Phayao

¹Director, E-mail: thanee@bcnpy.ac.th

^{2,3}Registered nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker positions), ²E-mail: kanokwan.a@bcnpy.ac.th, ³E-mail: somsri.s@bcnpy.ac.th

⁴Corresponding author: Lecturer, E-mail: chontima.p@bcnpy.ac.th

¹⁻⁴Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of nursing, Prabormarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น : กรณีศึกษา จังหวัดพะเยา

Received: Feb 16, 2023

Revised: Mar 28, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

ธานี กล่อมใจ ประ.ด.¹

กนกวรรณ เอี่ยมชัย กศ.ด.²

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์ ประ.ด.³

ชลธิมา ปิ่นสกุล พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ มีการนำภูมิปัญญาพื้นถิ่นเข้ามาใช้ โดยจะมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา ซึ่งบริบทเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชนชาติพันธุ์เหล่านี้ ต้องเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อใจ และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความเป็นอยู่ ตลอดจนวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละท้องที่

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยใช้รูปแบบ Qualitative approach: Case study เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

ผลการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลเป็นชนชาติพันธุ์เมี่ยน อาข่า มูเซอ ม้ง กะเหรี่ยงโปว์ ปกาเกอญอ ละว้า และลัวะ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ใจ เชียงคำ ดอกคำใต้ และอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ 5 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด 3) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยแรกเกิด 4) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ และ 5) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปผล: การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นหนึ่งในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้บุคคลได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุม และนำไปสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสาธารณสุข ควรมีความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกลุ่มนี้ เพื่อก่อให้เกิดความเชื่อใจ และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับการใช้ภูมิปัญญาพื้นถิ่นในการดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ ภูมิปัญญาพื้นถิ่น กลุ่มชาติพันธุ์

¹ผู้อำนวยการ ¹E-mail: thanee@bcnpy.ac.th

^{2,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) ²E-mail: kanokwan.a@bcnpy.ac.th ³E-mail: somsr.s@bcnpy.ac.th

⁴Corresponding author อาจารย์ ⁴E-mail: chontima.p@bcnpy.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

บทนำ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ¹ การแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก ในปัจจุบันพบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน² โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค NCDs คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ³⁻⁴ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัย

กลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic group) คือ กลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์ทางประวัติศาสตร์ร่วมกัน มีวัฒนธรรม ประเพณี บรรทัดฐาน ภาษา และความเชื่อในแนวเดียวกัน มีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น สืบต่อกันมา⁵ ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ โดยเฉพาะตามบริเวณเทือกเขาสูง ได้แก่ ม้ง (แม้ว) เมี่ยน (เย้า) ลีซู (ลีซอ) กะเหรี่ยง ลาหู่ (มูเซอ) อาข่า (อีเกอ) ลัวะ ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซุ คะฉิ่น และปะหล่อง (ดราอั้ง) เป็นต้น กระเจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ เช่น อำเภอเชียงคำ แม่ใจ ดอกคำใต้ เชียงม่วน ปง กุซาง และอำเภอเมืองพะเยา⁶ การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชนชาติพันธุ์ มีการนำภูมิปัญญาพื้นถิ่นเข้ามาใช้ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา⁷ โดยความเชื่อในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในการดูแลสุขภาพเป็นการรับรู้ (Perceived) เกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลและครอบครัวที่สั่งสมมา ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของตนที่สั่งสมไว้หรือได้รับประสบการณ์มา⁸ ซึ่งความเชื่อในการดูแลสุขภาพ

มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ มีการนำประสบการณ์ทางด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความเป็นอยู่ ตลอดจนวิถีชีวิตแต่ละท้องถิ่นที่เข้ามาผสมผสานในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาในชนชาติพันธุ์บางกลุ่ม เช่น กะเหรี่ยง พบมีความเชื่อว่าคนที่มีกรรมพันธุ์เป็นโรคเบาหวาน แม้จะรับประทานอาหารป้องกันโรค ก็ไม่สามารถป้องกันการเกิดได้ และเมื่อได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารมากเกินไปหรือห้ามในการรับประทานอาหาร จะรู้สึกไม่พอใจ⁹ เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในกลุ่มชาติพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และประเพณี ยังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มนี้ ควรมีความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อใจ และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความเป็นอยู่ ตลอดจนวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละท้องถิ่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น เพื่อให้มีความเข้าใจในพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ แล้วนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น ในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา

ระเบียบวิธีวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบ Qualitative approach: Case study กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดพะเยา เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ใจ อำเภอเชียงคำ อำเภอดอกคำใต้ และอำเภอกุซาง จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีชนชาติพันธุ์อาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือกลุ่มชนชาติพันธุ์ในจังหวัดพะเยา ที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอแม่ใจ อำเภอเชียงคำ อำเภอดอกคำใต้ และ อำเภอภูซาง ประกอบด้วยชนชาติพันธุ์ที่มีชื่อเรียกตามชนเผ่า คือ เมี่ยน อาข่า มูเซอ ม้ง กะเหรี่ยงโปว์ ปกาเกอญอ ละว้า และลัวะ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ สามารถสื่อสารได้ (ผ่านล่ามในการสื่อสาร) และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว
2. แบบสัมภาษณ์การสนทนาแบบกลุ่ม (Focus group) เป็นการสนทนาในกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มละ 10-15 คน การสนทนากลุ่มจะผ่านล่ามในการสื่อสาร ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง หรือจนข้อมูลอิ่มตัว โดยใช้ข้อคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้คำถามปลายเปิด ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นถิ่น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ในด้านความสอดคล้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมกับงานวิจัย และนำไปศึกษานำร่องกับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 10 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง ผลจากการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมกับงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น : กรณีศึกษา จังหวัดพะเยา ต้องอาศัย

การสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิด เป็นการสัมภาษณ์ถึงความเป็นส่วนตัวของบุคคล รวมถึงการสังเกตซึ่งอาจรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และเคารพสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการขออนุมัติการพิจารณาการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เลขที่ REC014/63 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา โดยสอบถามถึงความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ และผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิตัดสินใจยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับโดยมีการใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล ของผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูล และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย และการนำเสนอผลวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เจาะจงผู้ใด สำหรับม้วนเทปการสัมภาษณ์จะมีการทำลายหลังจากสิ้นสุดกระบวนการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 4 อำเภอเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา โดยการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดวัน เวลา และสถานที่ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน การสนทนากลุ่มจะผ่านล่ามในการสื่อสาร ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง หรือจนข้อมูลอิ่มตัว และมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน ซึ่งผ่านล่ามในการสื่อสารด้วยเช่นกัน ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง หรือจนข้อมูลอิ่มตัว ขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง และเป็นธรรมชาติโดยการเลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่เครียด การใช้ล่ามในการสื่อสารจะลดความวิตกกังวลและทำให้เกิดความราบรื่นในการสนทนา และไว้ใจที่จะนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล

บันทึกเสียงการสนทนาและการจดบันทึก เพื่อการถอดความ เนื้อหาเมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้ง ผู้วิจัยมีการสะท้อนกลับข้อมูล มีการฟังเทปซ้ำ และวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน หลังจากตรวจสอบข้อมูล พบว่าข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน จะดำเนินการตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อทำการเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการจัดหมวดหมู่กลุ่มความหมาย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนตามแนวทางของ Van Manen¹⁰ ประกอบด้วย

2.1 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงโดยธรรมชาติของผู้ให้ข้อมูลที่มีผลต่อการศึกษากการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น

2.2 การค้นหาประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างลึกซึ้งตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่วางไว้

2.3 การสะท้อนคิดคำหลักสำคัญ โดยการวิเคราะห์คำหลักสำคัญที่แยกไว้จัดหมวดหมู่ความหมาย

2.4 การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา โดยการนำองค์ประกอบหลักสำคัญ มาสรุปเป็นภาพรวมของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา

2.5 ตรวจสอบความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2.6 ตรวจสอบความสมดุลของประเด็นหลักและประเด็นรองที่นำเสนอ เพื่อให้สะท้อนถึงพฤติกรรมกการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวของลินคอล์นและกูปา¹¹ ดังนี้

1. ความเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.1 ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (Researcher credibility) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและความเป็นจริงของข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ

1.2 กระบวนการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและชัดเจนมากที่สุดตามประเด็นที่ต้องการศึกษา และมีการนำเทคนิคต่างๆ เข้ามาช่วยในการสัมภาษณ์ เช่น เทคนิคการถามซ้ำ การสะท้อนคำถาม การยกตัวอย่างประกอบ เป็นต้น ขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียง พร้อมทั้งการจดบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งครอบคลุมประเด็นที่ต้องการการศึกษา

1.3 การตรวจสอบข้อมูลรายวัน โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ได้บันทึกไว้

1.4 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลากหลาย เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การจดบันทึก และการบันทึกเสียง

2. การถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียด (Thick description) เช่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Participant) และบริบทที่ศึกษา เพื่อที่นำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่มีคล้ายคลึงกัน หรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ได้

3. การรับรองหรือยืนยันข้อเท็จจริง (Conformability) ผู้วิจัยมีหลักฐานข้อมูล (Audit trail) ยืนยันที่แน่ชัดซึ่งได้นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึก การสัมภาษณ์ และถอดเทปทุกครั้ง จัดพิมพ์ แปลความ ใส่รหัส วิเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ในแต่ละราย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้

4. ความไว้วางใจได้ (Dependability) โดยผู้วิจัยได้มีการใช้ระเบียบวิธี และอธิบายให้เห็นกระบวนการทำวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ส่วนการได้มาของแนวคำถามในการวิจัยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการปรับปรุงตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้จริง ตลอดจนผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบ และคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 47 เป็นผู้นำครอบครัว ร้อยละ 18 เป็นผู้นำชุมชน และร้อยละ 5 เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ด้านข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 31.12 เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์เมี่ยน ร้อยละ 15.63 เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์อาข่า ร้อยละ 12.50 เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์มูเซอและกลุ่มชนชาติพันธุ์ม้ง ร้อยละ 9.38 เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงโปว์และกลุ่มชนชาติพันธุ์ปกากะญอ ร้อยละ 6.25 เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์ละว้า และร้อยละ 3.13 เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์ลัวะ อายุเฉลี่ย 57.53 ปี (SD 11.90) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 94.87 และร้อยละ 5.13 ประกอบอาชีพค้าขาย เมื่อศึกษาข้อมูลด้านสถานะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว พบว่า ร้อยละ 92.31 แข็งแรงดี ส่วนข้อมูลด้านสถานภาพของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ร้อยละ 64.10 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.90 มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.77 รองลงมาคือโรคเกาต์ ร้อยละ 12.82 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.26 ตามลำดับ

การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น

จากการวิจัยการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น ในเขตอำเภอแม่ใจ อำเภอเชียงคำ อำเภอดอกคำใต้ และ อำเภอกุขช้าง จังหวัดพะเยา ซึ่งมีชาติพันธุ์หลากหลายชนชาติ อาทิ ชนชาติพันธุ์เมี่ยน อาข่า มูเซอ ม้ง กะเหรี่ยงโปว์ ปกาเกอญอ ละว้า และชนชาติพันธุ์ลัวะ ซึ่งแต่ละชนชาติพันธุ์ มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ผู้วิจัยสามารถแบ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของชนชาติพันธุ์ตามรูปแบบจากการสัมภาษณ์ ได้ 5 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด 3) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยแรกเกิด 4) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ และ 5) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์

การส่งเสริมสุขภาพในช่วงของการตั้งครรภ์เป็นเรื่องสำคัญที่ชนชาติพันธุ์ทุกเผ่าให้ความสำคัญ และมีการใช้

ภูมิปัญญาพื้นถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ที่มีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันในบางบริบท ผลการศึกษาผู้ให้ข้อมูลได้แบ่งการส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ออกเป็น 2 ประเด็น คือ การส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ด้านร่างกาย และการส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ด้านจิตวิญญาณ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ด้านร่างกาย ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้านร่างกาย จะให้ความสำคัญกับอาหาร โดยจะเน้นให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่ไม่เป็นอาหารที่ส่งอันตรายต่อบุตรในครรภ์ หรือที่เรียกว่าอาหารแสลง

ชนชาติพันธุ์ละว้า นำเสนอว่า “เมื่อหญิงตั้งครรภ์จะไม่ให้รับประทานอาหารที่เป็นของแสลง และเป็นอาหารต้องห้าม เช่น ตัวอ่อนของแมลง ผึ้ง ตัวต่อ เป็นต้น โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ 1- 4 เดือน ซึ่งเป็นช่วงทารกในครรภ์ ยังมีการเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ไม่ควรรับประทาน เพราะเชื่อว่าการรับประทานประเภทนี้ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์แท้งลูกได้” (ชนชาติพันธุ์ละว้า 01)

1.2 การส่งเสริมสุขภาพหญิงระยะตั้งครรภ์ด้านจิตวิญญาณ ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า ความเชื่อในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น การปฏิบัติตามความเชื่อนี้ จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์และแข็งแรง ป้องกันอันตรายและความพิการที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ได้ และนำความเป็นสิริมงคลมาให้ทั้งหญิงตั้งครรภ์และตัวทารกเอง

ชนชาติพันธุ์อาข่า กล่าวว่า “ในหญิงตั้งครรภ์มีข้อห้ามการปฏิบัติของชนเผ่า คือห้ามไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ไปร่วมงานศพ และรับประทานอาหารในงานศพ เพราะการไปร่วมงานศพ หรือรับประทานอาหารในงานศพจะนำสิ่งที่ไม่ดีเข้ามาหาหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์” (ชนชาติพันธุ์อาข่า 01)

ชนชาติพันธุ์ละว้า กล่าวว่า “ห้ามหญิงตั้งครรภ์และญาติของหญิงตั้งครรภ์รับประทานจำพวกเนื้อจากพิธีกรรมการเลี้ยงผี ซึ่งพิธีกรรมการเลี้ยงผี คือพิธีกรรมตามความเชื่อในการไหว้ญาติผีต่างๆ เช่น ผีบรรพบุรุษ ผีเจ้าป่าเจ้าเขา เพื่อให้ปกป้องคุ้มครองลูกหลานให้ปลอดภัย การรับประทานเนื้อจากพิธีนี้จะทำให้เด็กพิการ มีร่างกายไม่สมบูรณ์ อาจ

เป็นโรคเพดานปากทะลุ เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ นอกจากนี้ยังห้ามไม่ให้สามีของหญิงตั้งครรภ์กินเนื้อจากพิธีกรรมนี้ด้วย เพราะจะส่งผลเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์” (ชนชาติพันธุ์ละว่า 03)

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด

การส่งเสริมสุขภาพในหญิงหลังคลอด ชนชาติพันธุ์เผ่าต่างๆ ได้ให้ความสำคัญ โดยมีการใช้ภูมิปัญญาพื้นถิ่นเข้ามาดูแลสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันคือ การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้านร่างกาย

2.1 การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้านร่างกาย

ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้านร่างกาย จะประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยอาหาร การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการใช้สมุนไพร และการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการทำร่างกายให้อบอุ่น เพื่อให้ร่างกายหญิงหลังคลอดฟื้นฟู และกลับมาแข็งแรงโดยเร็ว

การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยอาหาร
ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า ภายหลังการคลอดบุตร อาหารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับหญิงหลังคลอด โดยอาหารที่หญิงหลังคลอดชนชาติพันธุ์เผ่าต่างๆ เลือกรับประทาน จะมีความแตกต่างกันในชนิดของอาหารขึ้นกับสภาพพื้นที่ของแต่ละชนชาติพันธุ์ แต่จะมีความคล้ายคลึงกันในการเลือกรับประทานอาหารตามความเชื่อของแต่ละชนชาติพันธุ์ ในการป้องกันอาการผัดเดียนในหญิงหลังคลอด ซึ่งอาการผัดเดียน คือ อาการที่เกิดกับหญิงหลังคลอด ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อห้ามต่างๆ โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้เลือดลมภายในร่างกายแปรปรวน เกิดอาการไม่สบาย มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อ่อนเพลีย ชูบชืด ผอมเหลือง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ถ้าแก้ไขหรือดูแลไม่ดีต่อมามีภายหลังจะทำให้มีอาการเหมือนกับคนสติฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบได้

ชนชาติพันธุ์มุเซอ นำเสนอว่า “หญิงหลังคลอดในระยะ 1 ปี ภายหลังการคลอดบุตร จะมีการจำกัดการรับประทานอาหาร โดยข้าวที่กินจะต้องเป็นข้าวหุงใหม่ทุกมื้อ ห้ามเอาข้าวเหลือกลับมากิน เพราะการนำข้าวที่เหลือกลับมากินจะทำให้ผัดเดียนได้” (ชนชาติพันธุ์มุเซอ 02)

การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยสมุนไพร
ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า สมุนไพรกับหญิงหลังคลอดเป็นของคู่กันและเป็นสิ่งสำคัญ โดยชนชาติพันธุ์เผ่าต่าง ๆ มีการใช้สมุนไพรกับหญิงหลังคลอดใน 2 รูปแบบด้วยกัน คือ การรับประทาน และการอบ ต้ม อาบ เพื่อให้สุขภาพของหญิงหลังคลอดกลับมาแข็งแรงและสมบูรณ์โดยเร็ว

ชนชาติพันธุ์เมียน นำเสนอว่า “ชนเผ่าของตนจะมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการปรุงอาหารให้กับหญิงหลังคลอดให้หญิงหลังคลอดได้รับประทาน เช่น ใ้ดำต้มสมุนไพรน้ำขิง เพื่อทำให้สุขภาพแข็งแรง และช่วยเพิ่มน้ำนมหลังคลอด” (ชนชาติพันธุ์เมียน 01)

ชนชาติพันธุ์มุเซอ นำเสนอว่า “หญิงหลังคลอดจะมีการอยู่ไฟ 1 เดือน หลังจากครบ 1 เดือน หญิงหลังคลอดจะมีการอบตัวด้วยน้ำสมุนไพร ซึ่งได้มาจากผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรในหมู่บ้าน ทำประมาณ 3 ครั้ง วิธีทำคล้ายกับการเข้ากระโจมอบตัวด้วยสมุนไพรของคนไทย หลังจากอบตัวด้วยน้ำสมุนไพรแล้ว จะนำน้ำสมุนไพรที่เหลือมาอาบต่อ” (ชนชาติพันธุ์มุเซอ 03)

การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการทำร่างกายให้อบอุ่น
ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า ภายหลังการคลอดบุตร หญิงหลังคลอดต้องทำร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ เพื่อให้เลือดลมไหลเวียนดี ร่างกายฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็ว และป้องกันการผัดเดียน ซึ่งวิธีการทำให้ร่างกายอบอุ่น ในแต่ละชนชาติพันธุ์มีความแตกต่างกันออกไปตามพื้นที่ และความเชื่อของตน เช่น การอยู่ไฟ การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

ชนชาติพันธุ์มุเซอ นำเสนอว่า “หญิงหลังคลอดต้องอยู่ไฟประมาณ 1 เดือน ระหว่างอยู่ไฟ ต้องสวมหมวกสวมเสื้อแขนยาว และถุงเท้า พร้อมทั้งต้องแต่งตัวให้มิดชิดเพื่อให้ร่างกายอบอุ่นตลอดเวลา และต้องมีการจำกัดอาหารการกิน เพราะเชื่อว่าถ้าไม่ปฏิบัติตามนี้จะทำให้เกิดอาการผัดเดียนตามมาได้” (ชนชาติพันธุ์มุเซอ 05)

3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยแรกเกิด

การส่งเสริมสุขภาพเด็กในวัยแรกเกิด ตามความเชื่อของชนชาติพันธุ์ เด็กวัยแรกเกิดเป็นวัยที่บอบบาง เป็นวัยที่ “ขวัญ” ของเด็กไม่อยู่กับตัว การส่งเสริมสุขภาพในวัยจึงมีความสำคัญเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า ชนชาติพันธุ์ได้

ให้ข้อมูลไปในทางเดียวกัน คือ การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยแรกเกิดด้านจิตวิญญาณ

การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยแรกเกิดด้านจิตวิญญาณ ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องกันว่า เด็กวัยแรกเกิดเป็นวัยที่บอบบาง จึงต้องมีการดูแลตามความเชื่อที่ได้สืบทอดและส่งต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นของแต่ละชนชาติพันธุ์ การปฏิบัติตาม จะนำมาซึ่งความเป็นสิริมงคลกับเด็กแรกเกิด และเชื่อว่าจะทำให้เด็กเลี้ยงง่าย สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บและไม่ป่วย

ชนชาติพันธุ์ปกากะญอ กล่าวว่า “เมื่อเด็กคลอดออกมาแล้ว ผู้เป็นพ่อจะนำสายสะดือบรรจุลงกระบอกไม้สูงประมาณ 1 คอก ปิดปากกระบอกด้วยผ้า และนำไปผูกกับต้นไม้ที่เลือกไว้ ต้นไม้นี้จะถูกเรียกว่า เคาบอญ่ หากมีใครไปตัดต้นไม้ต้นนี้ เชื่อกันว่าจะทำให้ขวัญหนี เด็กจะเจ็บป่วยไม่สบาย จะต้องมีการขอขมาด้วยการผูกข้อมือเรียกขวัญให้” (ชนชาติพันธุ์ปกากะญอ 03)

4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่

การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่เป็นสิ่งสำคัญที่ชนชาติพันธุ์ทุกเผ่าให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลครอบครัว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลแบ่งการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 2 ประเด็น คือ การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้านร่างกาย และการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้านจิตวิญญาณ

4.1 การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้านร่างกาย

ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า การส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายในวัยผู้ใหญ่ จะประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้วยอาหาร การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้วยการใช้สมุนไพร และการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้วยการมีกิจกรรมทางกาย

การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้วยอาหาร ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า อาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวันนั้น วัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารส่วนใหญ่จะได้อาหารธรรมชาติ จากการเดินทางของป่าแล้วนำมาประกอบอาหาร บางส่วนจะมีการปลูกขึ้นเองตามสภาพพื้นที่ของแต่ละชนชาติพันธุ์โดยไม่มีการใช้สารเคมีใด ๆ ในการเพาะปลูก การปรุงรสจะเน้นรสชาติตามวัตถุดิบ จะใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรสหลัก

เท่านั้น ซึ่งการกระทำเช่นนี้จะทำให้ร่างกายปราศจากสารพิษ และไม่เกิดการเจ็บป่วย

ชนชาติพันธุ์เมี่ยน ให้ความเห็นว่า “ทุกวันเวลาเดินเข้าไปในไร่ในสวน จะเดินทางของป่าไปด้วย จะได้ของป่าติดมือออกมา เช่น เห็ด ผักหวาน ลูกก้อ (ลูกเกาลัดไทย) ปลา หอย แล้วนำไปปรุงอาหาร เวลาปรุงรสจะใช้เกลือเป็นหลัก ไม่ใช้น้ำปลา อาหารมักจะมีรสเค็มเป็นส่วนมาก ส่วนรสเปรี้ยว หวาน และเผ็ด เป็นส่วนน้อย” (ชนชาติพันธุ์เมี่ยน 05)

การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้วยสมุนไพร

ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของบุคคลในวัยนี้ จะนำมาประกอบอาหารรับประทานในชีวิตประจำวัน และนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ สมุนไพรที่นำมาใช้ เช่น ตะไคร้ จิงจูฉ่ำ มะแขว่น เป็นต้น ซึ่งสมุนไพรเหล่านี้ เป็นสมุนไพรที่หาได้ตามท้องที่ถิ่นอาศัย มีความแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละชนชาติพันธุ์ ความรู้ในการเลือกใช้สมุนไพรจะได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ จากรุ่นสู่รุ่นสืบทอดกันมา

ชนชาติพันธุ์ม้ง นำเสนอว่า “เราใช้สมุนไพรในการประกอบอาหาร เช่น ต้มไก่สมุนไพร จะมีสมุนไพรที่สำคัญและขาดไม่ได้ เช่น ตะไคร้ เหย้ชวนด้ว (คล้ายสาระแหน่) จิงจูฉ่ำ ว่านทองใบม่วง และว่านน้ำเล็ก เมื่อรับประทานไปแล้วจะช่วยบำรุงร่างกาย บำรุงกำลัง และลดอาการปวดเมื่อยได้” (ชนชาติพันธุ์ม้ง 06)

การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้วยการมีกิจกรรมทางกาย

ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูลว่า วัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการทำงาน วัยของการมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการทำงานซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำ จะเป็นการทำงานที่ควบคู่ไปกับการดำเนินวิถีชีวิตตามสภาพแวดล้อม ตามพื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์ของตนเอง ก่อให้เกิดความแข็งแรงของร่างกาย และป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้น

ชนชาติพันธุ์ม้ง ให้ความเห็นว่า “ทุก ๆ วันต้องเดินเข้าไปทำงานในไร่ เดินพาสัตว์เข้าไปเลี้ยงในป่า ในไร่ ระยะทางเป็นกิโลๆ ทำให้ได้ออกแรง ทำให้ตนเองแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย” (ชนชาติพันธุ์ม้ง 06)

4.2 การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ด้านจิต

วิญญาณ ชนชาติพันธุ์ นำเสนอข้อมูลว่า ชนชาติพันธุ์เผ่าต่าง ๆ มีประเพณี ความเชื่อในการดูแลสุขภาพที่มีการสืบทอดกันมา จากบรรพบุรุษ ซึ่งการปฏิบัติตามความเชื่อเหล่านี้ จะนำมา ซึ่งความสุข ความสงบร่มเย็นของตนเองและครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรงและสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย และเป็นการ แสดงถึงการได้รับความคุ้มครองจากบรรพบุรุษ ผีปู่ย่า หรือ สิ่งที่น่าเชื่อถือ ทำให้ตนเองและครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข

ชนชาติพันธุ์ละว่า นำเสนอว่า “อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากการมีผีมาหลอกเอาวิญญาณ หรือผีมากลั่นแกล้ง ทำให้วิญญาณหลุดออกจากร่างชั่วคราว ต้องทำพิธีกรรมเรียก ขวัญ โดยจะให้ผู้เฒ่าในหมู่บ้าน ทำพิธีเรียกขวัญกลับเข้าร่าง หลังการทำพิธีกรรมเชื่อว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น” (ชนชาติพันธุ์ละว่า 02)

5. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญอีกด้าน หนึ่งที่กลุ่มชนชาติพันธุ์ต่างให้ความสนใจ ซึ่งการใช้ภูมิปัญญา พื้นถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพในวัยนี้ มีความคล้ายคลึงกับ การส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลเป็นไปในทางเดียวกัน คือการส่งเสริม สุขภาพวัยสูงอายุด้านร่างกาย ส่วนการส่งเสริมสุขภาพวัยสูง อายุด้านจิตวิญญาณจะเช่นเดียวกับการส่งเสริมสุขภาพวัย ผู้ใหญ่

5.1 การส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุด้านร่างกาย

ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล นำเสนอว่า การส่งเสริมสุขภาพด้าน ร่างกายในวัยสูงอายุ จะประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพ วัยสูงอายุด้วยอาหาร และการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุด้วย การมีกิจกรรมทางกาย

การส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุด้านอาหาร ชนชาติพันธุ์ผู้ให้ข้อมูล ให้ความเห็นว่า ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ของร่างกาย อาหารที่วัยสูงอายุรับประทาน จะปรับตามการ เปลี่ยนแปลงของร่างกาย เน้นการรับประทานอาหารที่มี ลักษณะอ่อนนุ่ม ย่อยง่าย และรสชาติเป็นรสจืดเป็นหลัก

ชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงโปว์ นำเสนอว่า “ผู้สูงอายุ ยังมีการรับประทานอาหารแบบอาหารพื้นบ้านเหมือนกับ วัยผู้ใหญ่ เช่น การกินน้ำพริก ผักลวก ซึ่งเป็นผักที่ปลูกกินเอง

จะไม่มีการรับประทานของมัน ๆ อาหารที่รับประทานจะทำให้ อ่อนนุ่มลงกว่าในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากไม่มีฟันในการเคี้ยว อาหารแล้ว” (ชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงโปว์ 03)

การส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุด้านการมีกิจกรรม

ทางกาย ชนชาติพันธุ์ต่าง ๆ ให้ข้อมูลว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มี การออกไปทำกิจกรรมลดลง ทำงานลดลง ส่วนใหญ่จะอยู่ ติดบ้าน การมีกิจกรรมทางกาย จะเป็นการทำกิจกรรม ภายในบ้าน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย

ชนชาติพันธุ์เมียน กล่าวว่ “ผู้สูงอายุของชน เผ่าเมียน จะอยู่กับบ้านเป็นส่วนใหญ่ การเข้าป่า การทำไร่ ลดลง ขณะอยู่บ้าน มีการเดินไปเดินมาภายในบ้านเพื่อทำ กิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้าน ส่วนผู้สูงอายุหญิงถ้าตายังดี จะมีการเย็บปักผ้าในเวลาว่าง” (ชนชาติพันธุ์เมียน 01)

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชนชาติพันธุ์ ด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น กรณีศึกษา จังหวัดพะเยา พบวิธีการ ดูแลสุขภาพที่สืบทอดต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ในการส่งเสริม สุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ ตาม ช่วงวัยต่างๆ นับได้ว่าเป็นหนึ่งในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care) ซึ่งการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ ให้ความสำคัญกับการทำงานเชื่อมโยงของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การทำงานเชื่อมโยงจะขาดส่วนใด ส่วนหนึ่งมิได้ ถ้าขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ ประกอบหนึ่ง จะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นและก่อให้เกิดการ ไม่สุขสบายทางกาย และจิตใจตามมา¹² การให้การดูแลแบบ องค์รวม ทำให้บุคคลได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และนำไปสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Well-being)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชนชาติพันธุ์ พยาบาล วิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุข ควรจะมีความเข้าใจใน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการใช้ ภูมิปัญญาพื้นถิ่นในการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิด ความไว้วางใจ ความเชื่อใจ และนำไปสู่การวางแผนการ พยาบาลที่สอดคล้องกับการใช้ภูมิปัญญาพื้นถิ่นในการดูแล สุขภาพของกลุ่มชนชาติพันธุ์ ซึ่งจะทำให้กลุ่มชนชาติพันธุ์มี

ความพึงพอใจ มีความเต็มใจพร้อมที่จะปฏิบัติตามการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ นำไปสู่ความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาวิจัยการใช้ภูมิปัญญาพื้นถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มชนชาติพันธุ์นั้น ในปัจจุบันยังไม่แพร่หลาย โดยเฉพาะในช่วงวัยต่าง ๆ ดังนั้นการให้พยาบาลในกลุ่ม

เหล่านี้อาจไม่ได้รับการตอบสนองและยอมรับในการปฏิบัติ จึงควรมีการศึกษาถึงการใช้ภูมิปัญญาพื้นถิ่นในการดูแลสุขภาพให้แพร่หลาย ในแต่ละชนชาติพันธุ์ของภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อบุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลและวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับบริบทนี้ และเป็นการสืบสานวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และประเพณีดั้งเดิมให้คงอยู่ต่อไป

References

1. Anurak Y. The process of health education and the development of health behaviors, stepping into the 2000s. 1st ed. Bangkok: Sigma graphics company; 2000.(in Thai).
2. World Health O. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2020.
3. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, et al. Management and prevention strategies for non-communicable Diseases (NCDs) and their risk factors. Frontiers in public health; 2020; 8:1-11. 574111.
4. Kelishadi R. Life-cycle approach for prevention of non communicable disease. In: Kelishadi R, ed. Primordial Prevention of Non Communicable Disease. Vol 1121. Springer International Publishing; 2019:1-6.
5. Royal Institute. Dictionary of sociology terms Royal Institute Edition. 4nd ed. Bangkok: Royal Institute; 2014. (in Thai).
6. Hhdc dashboard. Information system to support health promotion and environmental health. Ethnic population by district in Phayao Province [Internet].2018 [cited 2021 May 7]. Available from: <https://hhdcclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/frontend/web/ethnics/default/ampur?cw=56>
7. Phongsakchat P, Malai C, Noysipoom N, Jampated M. Health behaviors enhancing based on local wisdom. Journal of the royal thai army nurses.2019; 20: 44-53. (in Thai).
8. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975 Jan;13(1):10-24.
9. Jinathum T, Koomnet K, Kanthawee P. A study of health behaviors and Diabetes mellitus (DM) protection among Karen Ethnic groups in Doi Luang district, Chiang Rai. Chiangrai medical journal.2018; 10: 179-92. (in Thai).
10. Van Manen M. Researching lived experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Suny Press, 1990.
11. Lincoln YS, Guba EG. Criteria for Assessing Naturalistic Inquiries as Reports. 1988.
12. Mills IJ. A person-centred approach to holistic assessment. Prim Dent J. 2017;6(3):18-23.

บทความวิจัย

The development of a system of care for patients in the pre-treatment phase, outpatient department, Pone Pi Sai Hospital NongKhai

Received: Apr 20, 2023

Revised: Jul 18, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

Penjan Homehong, B.N.S¹Phutthaworn Philalit, B.N.S²Siriwan Singhasiri, B.N.S³Kalayarith Anonrath, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: Pre-hospital care of the outpatient nursing service unit is the first and important point for assessing and taking care of patients quickly and accurately.

Research objective: To develop a system of care for patients in the pre-treatment phase and examine the effectiveness of the development in the outpatient department's pre-treatment care system at Pone Pi Sat Hospital, Nongkhai.

Research methodology: Action research. Purposive sampling was used to select 19 professional nurses who worked in the outpatient and emergency departments and the 240 profiles of surveillance patients receiving services at the outpatient department. The instruments were the assessment of knowledge and understand the classification of patients, the satisfactory assessment, the focus group, and in-depth interviews. The quantitative data was analyzed by frequency distribution, percent, mean and a Paired t- test. The content analysis was used for the qualitative data.

Result: The development of a system of care for patients included 1) development of nursing competencies in screening and caring of patients, 2) having nurse screening patients during 7-8 am. and 12 -1 pm. and 3) using guideline for caring patients who need to be monitored. After using a system of care for patients, the knowledge of professional nurses has significantly improved ($p < .001$). They were satisfied with the use of the care system at a moderate level which was beneficial to service customers and hospital with the highest mean scores of 4.52 ($SD = .82$)

Conclusion: This newly developed of a system of care for the pre-treatment phase can be used to monitor and prevent the incidence of deterioration while waiting for examination.

Implication: The research results can be used to develop nursing competencies and guidelines for nursing practice in outpatient department.

Keywords: The development of a system of care for patients, the pre-treatment phase, outpatient department

¹ Registered Nurse, Professional Level Email: toon_nurse36@hotmail.com

^{2,3} Registered Nurse, Professional Level ² E-mail: Phutthaworn2510@gmail.com ³ E-mail: Siri_wan2512@hotmail.com

¹⁻³ Pone Pi Sai Hospital, NongKhai, Thailand.

⁴ Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level (Knowledge Worker Patients), Boromrajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Prabomrajchanok Institute, Bangkok, Thailand. E-mail: Kalayarith.a@bcn.ac.th

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

Received: Apr 20, 2023

Revised: Jul 18, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ พย.บ.¹

พุทธวร พิลาทูธิ์ พย.บ.²

ศิริวรรณ สิงหศิริ พย.บ.³

กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์ ค.ด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นจุดแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการและดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็วและถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาและประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษางานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

ระเบียบการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเลือกแบบเจาะจง จำนวน 19 คน และ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 240 ฉบับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย 2) มีพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยในช่วงเวลา 07.00 - 08.00 น. และ 12.00 - 13.00 น. และ 3) มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่ชัดเจน หลังการใช้ระบบการดูแลฯ พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจในการใช้ระบบการดูแลฯ อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านเป็นประโยชน์ต่อผู้มารับบริการและหน่วยงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.52 ($SD = .82$)

สรุปผล: สามารถใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาที่ได้รับการพัฒนาใหม่ ในการเฝ้าระวังและป้องกันอาการทรุดลงของผู้ป่วยขณะรอตรวจได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและแนวทางการปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา แนวทางการดูแลผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ¹E-mail: toon_nurse36@hotmail.com

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ² E-mail: Phutthawom2510@gmail.com ³ E-mail: Siri_wan2512@hotmail.com ¹⁻³โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ประเทศไทย

⁴ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีรัศวย์ E-mail: Kalayarath.a@bcn.ac.th

บทนำ

การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติดูแลผู้มาใช้บริการ เพื่อให้ผู้ใช้บริการทุกรายปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ขณะรอรับบริการ การตรวจคัดกรองเป็นจุดแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการ และคัดแยกประเภทผู้ป่วยก่อนส่งตรวจตามแผนกต่าง ๆ อย่างถูกต้อง เป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพ¹ ในต่างประเทศ มีระบบการคัดกรองที่เที่ยงตรงและมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจึงทำให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน และส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน อัตราตายที่ไม่สมควร ค่าใช้จ่าย การใช้ทรัพยากร อัตราคลาดเคลื่อนในการคัดแยกระยะเวลารอรับบริการ ความแออัดในพื้นที่รักษาลดลง² ส่วนระบบคัดแยกที่มีความคลาดเคลื่อนมากจะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มขึ้น การใช้ทรัพยากร และค่าใช้จ่ายรักษาเกินความจำเป็นเช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์ การใช้ยารักษาของบุคลากรเพิ่มขึ้น ระยะเวลารอเข้ารับการรักษาที่เร่งด่วนเกิดความล่าช้า ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิต³ ดังนั้นหากมีระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน มีมาตรฐาน ถือเป็นการเริ่มต้นที่มีคุณภาพ⁴

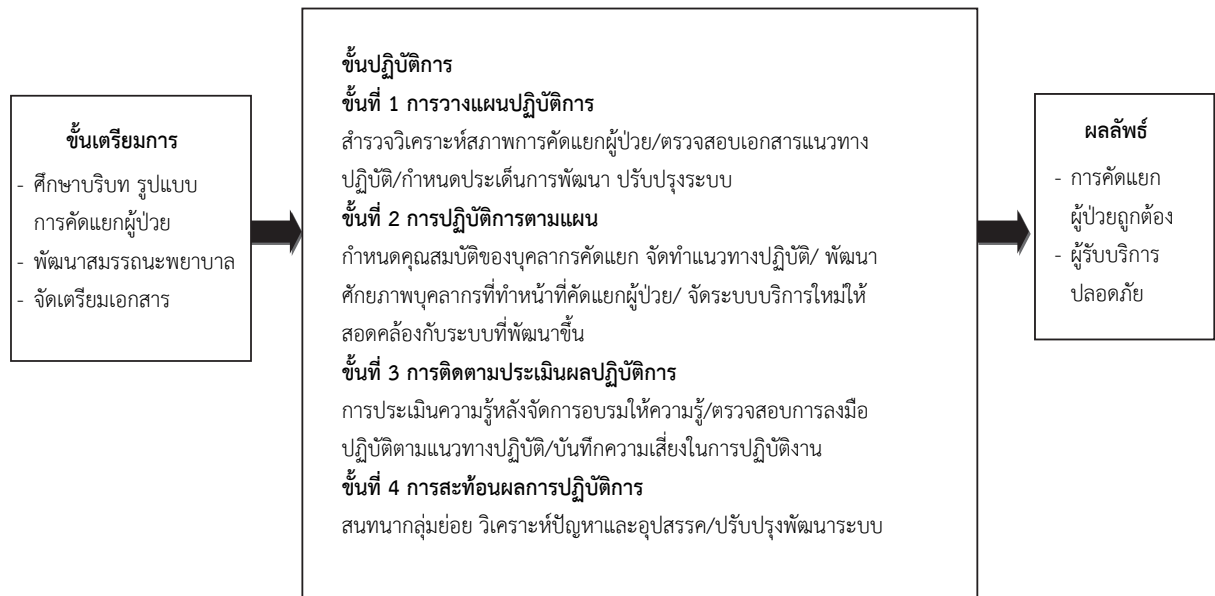
โรงพยาบาลโพธิ์สัณห์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีผู้ป่วยนอกมารับบริการเฉลี่ยวันละประมาณ 400 - 500 คน งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้เริ่มพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 การคัดแยกผู้ป่วยได้จัดตั้งจุดคัดกรองในเวลาราชการ (เวลา 08.30-16.30 น.) มีพยาบาลงานผู้ป่วยนอกเป็นผู้ทำหน้าที่คัดแยกเบื้องต้นส่งตรวจตามแผนกต่าง ๆ พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่คัดแยก นอกเวลาราชการ โดยนำแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของเขตบริการสุขภาพที่ 8 (R 8 Emergency Triage Score : Modify National Triage Algorithm) อ้างอิงเกณฑ์ของ Emergency severity index (ESI) Version 4⁵ มาปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทตามสี ดังนี้ 1) สีแดง Resuscitation (R) 2) สีชมพู

Emergent (E) 3) สีเหลือง Urgent (U) 4) สีเขียว Semi Urgent (SU) 5) สีขาว Non Urgent (N) ซึ่งผู้ป่วยสีแดงและสีชมพูตรวจที่ ER และผู้ป่วยสีเหลือง สีเขียว สีขาว ตรวจที่ OPD ซึ่งใช้แนวทางการคัดแยกเกี่ยวกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และใช้คัดแยกผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน จากการศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลโพธิ์สัณห์ จังหวัดหนองคาย พบว่า คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าเกณฑ์ (over triage) คิดเป็นร้อยละ 13.20 และคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) คิดเป็นร้อยละ 5.90 สาเหตุจากพยาบาลที่ทำหน้าที่การคัดแยกยังไม่เคยผ่านการอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยของเขตบริการสุขภาพที่ 8⁶ จากสถิติข้อมูลงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์สัณห์ ปี 2562 - 2564 พบว่ามีผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ จำนวน 2, 5 และ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 0.35, 0.39 และ 0.48 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าในช่วงเวลา 07.00-08.30 น. และช่วงเวลา 12.00-13.00 น. ไม่มีพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย มีเฉพาะงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยสีเหลืองได้รับการดูแลล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ โดยพบมากใน 2 กลุ่มโรคนี้ คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) นอกจากนี้งานผู้ป่วยนอกยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง (ผู้ป่วยสีเหลือง) จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยเห็นความสำคัญ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา และประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยรับบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดทฤษฎีระบบ System Theory ของ Ludwig Von Bertalanffy⁷



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำหลักการและแนวคิดของเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดทฤษฎีระบบ System Theory ของ Ludwig Von Bertalanffy⁷ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก

1) ขั้นตอนวางแผนปฏิบัติการ เป็นการสำรวจวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาและปฏิบัติการณผู้ป่วยทุตลงขณะรอตรวจ ตรวจสอบเอกสารแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา แนวทางการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและกำหนดประเด็นการพัฒนา ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาให้สามารถปฏิบัติได้จริง

2) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เป็นการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภท และจัดทำแนวทาง

การดูแลและประเมินอาการซ้ำในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยรวมทั้งจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาที่พัฒนาขึ้น

3) ขั้นติดตามประเมินผลเป็นการติดตามการประเมินความรู้หลังจัดการอบรมและติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติตามแนวทาง การดำเนินงานที่ได้พัฒนาแล้ว พร้อมบันทึกความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

4) ขั้นการสะท้อนผลปฏิบัติการ เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานและนำผลมาทบทวน ปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา ในรอบต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพธิสัย อำเภอโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ทั้งหมด จำนวน 124 คน

2) ผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลา ราชการ (08.00 - 16.00 น.) ระหว่าง 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2565 และระหว่าง 1 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 5,523 ราย โดยศึกษาข้อมูลผ่านเวชระเบียน⁸

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้ศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิสัย จำนวน 14 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพธิสัย จำนวน 5 คน

2) เวชระเบียนผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาราชการ (08.00-16.00 น.) ระหว่าง 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2565 และระหว่าง 1 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2565 คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 240 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบประเมินความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย 5 ประเภทโดยใช้เกณฑ์ของ Emergency severity index (ESI) Version 4 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁵ และมาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹ แบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของบลูม⁹ แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (CVI = 0.67-1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.92

2. แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3. แบบวัดความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา มีจำนวน 6 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) มีการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้อันตรภาคขั้น¹⁰ แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรง

คุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (CVI = 0.67-1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิสัย เลขที่ใบรับรอง 7/2565 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2564 โดยขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัยเพื่อขอดำเนินการวิจัย โดยขออนุญาตและความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ โดยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก จำนวน 19 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก จำนวน 14 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล

1) จากรายงานอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยไม่เหมาะสม อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา งานผู้ป่วยนอก ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาไม่เหมาะสม นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ มาวิเคราะห์สรุปปัญหา ค้นข้อมูลการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการตามแผน กลุ่มตัวอย่าง คือ

1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา จำนวน 19 คน และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการในช่วงทำการทดลองเครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบทดสอบประเมินความรู้และความเข้าใจการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน

ก่อนและหลัง และ 2) การประชุมและสนทนากลุ่มย่อย ในแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงปัญหาและสาเหตุ กำหนดแนวทางการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา และหาปัจจัยร่วม วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและปัจจัยร่วมอื่น ๆ ประเมินผลลัพธ์ความรู้และความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา และวางแผนการพัฒนา โดย 1) กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และ 2) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่ชัดเจน

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาราชการ (08.00 - 16.00 น.) ระหว่าง 1 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2565 มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอาการ จำนวน 240 ฉบับ และ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา จำนวน 19 คน โดยใช้แบบสอบถามเรื่องความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ของผลลัพธ์คุณภาพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาและประสิทธิภาพของระบบดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษาที่พัฒนาขึ้น

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบประเมินความรู้และความเข้าใจการคัดแยกผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolomogorov-Smirnov พบว่าตัวแปรมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา วิเคราะห์โดยการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1. พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา จำนวน 19 คน ร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 27-56 ปี อายุเฉลี่ย 45.69 ปี ($SD = 9.68$) ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีประสบการณ์การทำงาน ตั้งแต่ 3 - 5 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 เป็นพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 และพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32

2. เวชระเบียนผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาราชการ (08.00 - 16.00 น.) ระหว่าง 1 สิงหาคม - 30 กันยายน 2565 และระหว่าง 1 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม 2565 คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 240 ฉบับ พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 53.75 อายุเฉลี่ย 46.46 ปี และมีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 50.08 ช่วงระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล คือ ช่วงระยะเวลา 10.31 - 13.00 น. จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 50.42 และ ช่วงระยะเวลา 13.01 - 16.00 น. จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 45.42 อาการสำคัญแรกพบที่มาเป็นส่วนใหญ่ได้แก่ไข้หวัดเย็นศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 27.08

3. การประเมินความรู้และความเข้าใจการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 66.88 รองลงมาคือค่าคะแนนระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 และค่าคะแนนระดับสูง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 และ หลังพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 และมีค่าคะแนนระดับกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 โดยที่ก่อนการพัฒนาในระดับความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนน 13.32 ($SD = 2.11$) หลังการพัฒนาในระดับความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนน 16.32 ($SD = 1.53$) โดยก่อนและหลังการพัฒนามีค่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.07, df = 18$)

4. การสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ระบุการคัดแยกผู้ป่วยไม่เหมาะสม โดยมีประเด็น ดังนี้

“พยาบาลประจำจุดคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยไปแผนกต่าง ๆ ไม่เหมาะสม ไม่ประเมินอาการผู้ป่วย พบผู้ป่วยควรส่งไปตรวจที่ห้องฉุกเฉินตั้งแต่จุดคัดกรอง แต่ส่งมาตรวจที่งานผู้ป่วยนอก”

“เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยใช้เกณฑ์ (R8 Emergency triage Score) แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง มีพยาบาลคัดกรองจำเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วยไม่ได้ ทำให้คัดแยกผู้ป่วยไปแผนกต่าง ๆ ไม่เหมาะสม”

“พยาบาลประจำจุดคัดกรอง ยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยเนื่องจากหมุนเวียนทุกสัปดาห์และยังไม่ผ่านการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของเขต 8 ทำให้ประเมินผู้ป่วยผิดพลาด คัดแยกไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุผู้ป่วยหลุดลงขณะรอตรวจ”

“ขาดการประเมินซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองที่เฝ้าระวังและจุดที่นั่งเฝ้าระวังสังเกตอาการมีผู้ป่วยอื่นนั่งปะปน

ขาดการประชาสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและหลุดลงขณะรอตรวจ”

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา พบว่าหลังพัฒนา มีพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยในช่วงเวลา 7.00 - 8.00 น. และ 12.00 - 13.00 น. และมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่ชัดเจน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.36 (SD = 1.33) โดยด้านเป็นประโยชน์ต่อผู้มารับบริการและประโยชน์ต่อหน่วยงานมีระดับความพึงพอใจสูงสุด คือค่าคะแนนเฉลี่ย 4.52 (SD = .82) สำหรับด้านแนวทางปฏิบัติกลุ่มที่เฝ้าระวังอาการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.05 (SD = .85)

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษาและขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ โดยมีแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา ก่อนและหลังการพัฒนา

ระบบก่อนการพัฒนา	ระบบหลังการพัฒนา
ด้านบุคลากร 1. ไม่มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย โดย จัดพยาบาลวิชาชีพทุกคน หมุนเวียนมาประจำจุดคัดกรองบางคนยังไม่ผ่านการอบรมเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย	ด้านบุคลากร 1. กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของบุคลากรที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดกรอง ต้องผ่านการอบรมเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยครบ 100% และจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ในวันที่ 18 และ 19 ตุลาคม 2565 โดยทีมวิทยากรแพทย์จากโรงพยาบาลหนองคาย และมีแผนจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง
2. ยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และ ภาระมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร	2. กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน (job description) โดยปรับให้เจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง ต้องประเมินสัญญาณชีพแรกรับ ผู้รับบริการทุกราย ก่อนส่งผู้ป่วยไปแผนกต่าง ๆ ในผู้ป่วยประเภทสีเหลือง(ติดบัตรตัวหนังสือเหลือง) ตั้งแต่จุดคัดกรอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระบบพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ระบบก่อนการพัฒนา	ระบบหลังการพัฒนา
ด้านระบบบริการ 3. ในเวลาราชการเริ่มคัดแยกผู้ป่วยเวลา 8.00 - 16.00 น. และช่วงเวลา 12.00 - 13.00 น. มีพนักงานแปลทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย 4. ยังไม่กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยสีเหลือง (Urgency) และยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่ชัดเจน	ด้านระบบบริการ 3. จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ทำหน้าที่คัดแยกประเภทผู้ป่วยช่วงเวลา 07.00 - 8.00 น. และช่วงเวลา 12.00 - 13.00 น. 4. กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยสีเหลือง (Urgency) เป็นกลุ่มที่เฝ้าระวัง และแนวทางการปฏิบัติ เพื่อป้องกันอาการทรุดลงจนรอตรวจ ดังนี้ 4.1 ติดบัตรคิวเร่งด่วน (ผู้ป่วยสีเหลือง) ให้ตรวจคิวแรก 4.2 จัดทำโซนเฝ้าระวังพร้อมมีป้ายแจ้งเตือน 4.3 กำหนดพยาบาลจุดซักประวัติ โต๊ะ 1 มีหน้าที่รับผิดชอบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย 4.4 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ประเมินสัญญาณชีพซ้ำทุก 30 นาที (กรณีที่ยังไม่ได้เข้าตรวจกับแพทย์) 4.5 กรณีมีส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและหัตถการอื่นๆ ต้องพนักงานเปลี่ยนส่ง (ติดบัตรด่วนสีเหลือง)
ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ 5. เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย R8 ที่ปรับตามบริบทของโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 6. เกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่สะดวกในการใช้งาน	ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ 5. ปรับมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยตามหลัก Emergency severity index (ESI) Version 4 และจัดทำเครื่องมือช่วยในการคัดแยกกลุ่มโรคที่คัดแยกผิดพลาดบ่อยคือการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) เส้นเลือดในสมองตีบ (Stroke) 6. จัดทำเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ให้เป็นป้ายไว้นิลใหญ่ตั้งไว้ที่จุดคัดกรองเพื่อสะดวกในการใช้และมองเห็นชัดเจน

3. ผลของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา

ผลของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจ

รักษาและขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น และ พบว่าการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องมีแนวโน้มมากขึ้น รายเดือน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประสิทธิผลในการให้บริการในการคัดแยกผู้ป่วย (n =240) แยกรายเดือน

เดือน	ความถูกต้องในการแยกประเภท		คัดแยกไม่ถูกต้อง	
	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)	สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ)	ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ)
ก่อนการพัฒนา				
สิงหาคม	70.0(42/60)	30.0(18/60)	20.0 (12/60)	10.0(6/60)
กันยายน	75.0(45/60)	25.0(15/60)	16.7 (10/60)	8.3 (5/60)
หลังการพัฒนา				
พฤศจิกายน	81.7(49/60)	18.3(11/60)	11.7 (7/60)	6.6 (4/60)
ธันวาคม	86.7(52/60)	13.3(8/60)	8.3 (5/60)	5.0 (3/60)

4. การประเมินประสิทธิผลของระบบดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษาที่พัฒนาขึ้น

หลังการพัฒนาระบบไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ ระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาลลดลงเหลือ 30 นาที (จากเดิม 40 นาที) ความพึงพอใจของผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 85 (เดิม 82%)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย หลังจากพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา และมีแนวทางการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย ส่งผลให้ลดการเกิดอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาด ลำช้า และอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยารัตน์ หล้าธรรม¹¹ สุคนธ์จิต อุปนันชัย¹² และพรทิพย์ วชิรดิกล¹³ ที่พบว่าความรู้ ประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง การย้ายที่ปฏิบัติงาน การอบรม/การปฐมนิเทศให้กับบุคลากรใหม่ และการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การคัดกรองหรือการจำแนกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด

ดังนั้นการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงมีความสำคัญ เพื่อจะได้เพิ่มศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วย และลดความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์การประเมินพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจรักษา พบว่า ผลการคัดแยกผู้ป่วย ก่อนการพัฒนา (1 สิงหาคม- 30 กันยายน 2565) คัดแยกประเภทถูกต้องร้อยละ 70.0 และ 75.0, และหลังการพัฒนา (1 พฤศจิกายน -31 ธันวาคม 2565) คัดแยกประเภทถูกต้องร้อยละ 81.7 และ 86.7 โดยปรับกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในเวลาราชการเริ่มคัดแยกประเภท 8.00 - 16.00 น. โดยมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน จัดให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนหมุนเวียนมาประจำจุดคัดกรองที่ผ่านการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่เขต 8 ครบทุกคน มาประจำช่วงเวลาพักเที่ยง คือ เวลา 12.00 - 13.00 น. จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ครบถ้วน ทำให้มีแนวโน้มดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรรพรรณ ฤทธิอินทรางกูร และคณะ¹⁴ ที่เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบโดยใช้ทฤษฎีระบบและแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาระบบการ

คัดแยกตามองค์ประกอบด้านพยาบาลคัดแยก สถานที่คัดแยก แนวปฏิบัติในการคัดแยก การบันทึกข้อมูลและการสื่อสาร ดำเนินการเป็น 4 ระยะ พบว่าผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ การคัดแยกผู้ป่วยหลังการพัฒนามีการคัดแยกถูกต้องมากกว่า ก่อนการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.8 เป็นร้อยละ 94.9

การประเมินพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อน ตรวจรักษาที่พัฒนาขึ้นทำให้การคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วและเหมาะสม ทำให้อุบัติการณ์ของผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของคีตลา วงศ์ปทุมทิพย์¹⁵ ที่ศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนตูม พบว่า ผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามระยะเวลาที่กำหนด เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 97 เป็น ร้อยละ 100 พยาบาลที่ปฏิบัติงาน มีการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนพัฒนามีนัย สำคัญ ($p < .01$) และพึงพอใจของต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วย แสดงว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษา หลังจากนำไปใช้ ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ

ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะก่อน ตรวจรักษา และมีแนวทางการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจด้าน มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและด้านมารับบริการอยู่ในระดับมาก เฉลี่ย 4.52 (SD = 0.82) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรธานี พิมพ์สังข์¹⁶ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการ คัดกรองกลุ่มอาการปวดท้องในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ภายหลังที่พยาบาล คัดกรองใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองกลุ่มอาการปวดท้อง

พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก และเห็นว่าแนว ปฏิบัติมีประโยชน์ต่อคุณภาพการพยาบาลและความชัดเจน ของแนวทางปฏิบัติในระดับมากที่สุด และมีความสะดวกใน การใช้ในระดับมาก แนวปฏิบัติการคัดกรองฯ นี้มีแนวทาง ชัดเจนทำให้พยาบาลมั่นใจและคัดกรองถูกต้องสูงกว่าก่อนการ ใช้แนวปฏิบัติ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความถูกต้องในการคัดกรองไม่พบว่าความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = .608, p = .944$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร พยาบาล โดยกำหนดให้การจำแนกประเภทผู้ป่วย เป็นสมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะ (Specific functional competency) ของพยาบาล โดยเฉพาะในหน่วยงานผู้ป่วย นอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน และควรจัดทำแผนอบรมฟื้นฟูเชิง ปฏิบัติการเรื่องการจำแนกประเภทผู้ป่วยงานนอกและงาน อุบัติเหตุฉุกเฉินต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

หลังการนำผลการศึกษากการพัฒนากระบวนการดูแล ผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาไปใช้แล้ว ควรมีการศึกษา เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งทางด้านบุคลากร ระบบ บริการ และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์การ ดูแลผู้ป่วยระยะก่อนการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องหากพบ อุบัติการณ์ต้องค้นหาสาเหตุเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระยะก่อนการตรวจรักษาครั้งต่อไป

References

1. Bureau of Nursing, Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Nursing standards in hospitals. Nonthaburi: Veterans Organizations; 2008.
2. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(50): 892-898. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892.
3. Paisarn K, Kanchanabatr B. Development of an Instrument for Patient Classification of the Trauma and Emergency Department of Phon Hospital, Khon Kaen Province. *Journal of Nursing Science and Health*. 2012;34(3):57-64. (in Thai).
4. Yurkova, L, Wolf, L. Under-triage as a significant factor affecting transfer time between the Emergency department and the intensive unit. *Journal of emergency Nursing*. 2011; 37: 491-6
5. National Institute of Emergency Medicine. Emergency Medical Triage Protocol and Criteria Based Dispatch (2rd ed). Nonthaburi. 2013. (in Thai)
6. Intarawichien N. A study of quality of emergency patient triage in Phonpisai Hospital. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2019;2(2).43-53. (in Thai).
7. Bertalanffy, LV. General system theory: Foundations, Development, Applications. New York : George Braziller; 1968.
8. Phon Pisai Hospital. Phone Pisai Outpatient Medical Record in 2022. (in Thai).
9. Bloom, B.S. Mastery learning. UCLA - CSEIP Evaluation Comment. Los Angeles. University of California at Los Angeles. 1971.
10. Kuharattanachai C. Inroduction to Statistics. Bangkok: The Department of Applied Statistics, Mahanakorn University of Technology;1999. (in Thai)
11. Larthum K, Pearkao, C. A study of quality of emergency patient triage at Srinagarind Hospital. The National and International Graduate Research Conference 2017, Khon Kaen University, March 10, 2017. (in Thai)
12. Upananchai S, Oumtanee A. Effect of using the emergency severity Index triage model on waiting time of patients and independent roles of professional nurses Emergency room. Klang Hospital. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2017;13(2): 90-1. (in Thai).
13. Wachiradilok P, Sirisamutr T, Chaiyasit S, Sethasathien A. A Nationwide Survey of Thailand Emergency Departments Triage Systems. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016; 31(2): 96-108. (in Thai).
14. Ritintaragoon O, Khowtong W, Kongsomboon P, Kheaw-on S. The Development of Triage System at Emergency Department in Sawanpracharak Hospital. *Journal of Department of Medical Services*. 2018; 43(2): 146-151. (in Thai).
15. Wongprathumthip S. Development of a care system for patients before outpatient department treatment of Dontum Hospital. *12th Region Medical Journal*. 2019;30(1):14-20. (in Thai).
16. Pimsung S, Kummabutr J, Niratharadorn M . The Effect of A Clinical Practice Guideline on Abdominal Pain Triage in An Outpatient. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2561;19: 99-108. (in Thai).

บทความวิจัย

Predictive Factors of Intention to Quit E-cigarettes among Young Adults in Bangkok

Received: May 13, 2023

Revised: Jun 21, 2023

Accepted: Aug 15, 2023

Phachaya Chumnankul, M.N.S.¹Arpaporn Powwattana, Ph.D.²Surintorn Kalampakorn, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Young adults is the age where e-cigarettes are used the most. However, there is currently a limited study of predictive factors of intention to quit e-cigarettes among young adults in Thailand. Therefore, the theory of planned behavior was applied as a conceptual framework for this study.

Research objectives: This study aimed to study the intention to quit e-cigarettes and predictors of intention to quit e-cigarettes among young adults in Bangkok.

Research methodology: This predictive study had a sample of 374 Bangkok e-cigarette users aged 18–35, selected by the snowball technique. Data were collected using self-administered online questionnaires for 4 weeks and analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

Results: More than half of the sample had high intention to quit e-cigs (55.6%). Stepwise multiple regression showed that perceived behavioral control, stress, income, attitude towards e-cigarettes cessation, education level, and frequency of using e-cigarettes could collectively predict 56.1% of intention to quit e-cigarettes (p -value < .05).

Conclusion: The theory of planned behavior and personal factors can collectively predict young adults' e-cigarettes cessation. Perceived behavioral control, stress, income, attitude towards e-cigarettes cessation, education level, and frequency of using e-cigarettes might lead to quitting e-cigarettes.

Implications: The predictive factors found in this study should be taken into account when developing any e-cigarettes quit program in order to increase the likelihood of e-cigarettes cessation among young adults.

Keywords: e-cigarettes, young adults, theory of planned behavior

¹Student in the Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, E-mail: phachaya.chm@student.mahidol.ac.th

²Associate Professor, E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

³Associate Professor, E-mail: surintorn.kal@mahidol.ac.th

¹⁻³Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขต กรุงเทพมหานคร

Received: May 13, 2023

Revised: Jun 21, 2023

Accepted: Aug 15, 2023

พัชญา ชำนาญกุล พย.ม.¹

อาภาพร เผ่าวัฒนา Ph.D.²

สุรินทร์ กลัมพากร Ph.D.³

บทคัดย่อ

บทนำ: วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังมีการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอย่างจำกัด จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าและปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุ 18-35 ปี อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 374 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีบอกต่อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทางแบบสอบถามออนไลน์ รวมระยะเวลาเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบไคแอสควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าระดับสูง (ร้อยละ 55.6) และจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด รายได้ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระดับการศึกษา และความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 56.1 ($p < .05$)

สรุปผล: แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและปัจจัยส่วนบุคคลสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด รายได้ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ระดับการศึกษา และความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อาจช่วยให้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้

ข้อเสนอแนะ: ปัจจัยทำนายที่พบจากการศึกษานี้ควรนำมาพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, E-mail: phachaya.chm@student.mahidol.ac.th

²รองศาสตราจารย์, E-mail: arpaporn.pow@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์, E-mail: surintorn.kal@mahidol.ac.th

¹⁻³ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ รวมถึงการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งปัจจุบันมีการใช้อย่างแพร่หลาย จากการศึกษาของกลุ่มประเทศทางตะวันตกพบว่าความชุกของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยที่ผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ 18-35 ปี¹ ในประเทศไทยพบว่าประชากรที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีจำนวน 78,742 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 0.14 ของประชากร เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยพบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด และมากกว่าครึ่งของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มีอายุ 15-24 ปีอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง (ร้อยละ 60.64)²

บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะต่อภาวะสุขภาพของผู้สูบและผู้ที่ได้รับควัน ทั้งยังทั้งสารตกค้างที่เป็นมลพิษในสิ่งแวดล้อมและสร้างความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจ ในปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยยังเป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยห้ามบริโภค ห้ามครอบครอง ห้ามจำหน่าย และห้ามนำเข้าโดยเด็ดขาด³ แต่ยังคงมีการลักลอบจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทั้งแหล่งขายทางกายภาพและทางออนไลน์จำนวนมาก

เนื่องด้วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่เปลี่ยนผ่านชีวิตวัยรุ่นตอนปลายเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เริ่มมีรายได้ และสามารถเข้าถึงสื่อโฆษณาผ่านช่องทางออนไลน์ที่เป็นแหล่งขายบุหรี่ไฟฟ้าได้ ทำให้กลุ่มลูกค้าเป้าหมายของการตลาดบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นถึงวัยกลางคนที่มีความรู้ด้านการศึกษาและมีฐานะค่อนข้างดี² จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่าสาเหตุของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า คือชอบกลิ่นหอม คลายเครียดได้ คิดว่าสูบแล้วปลอดภัย ทำตามเพื่อนและแฟชั่น เป็นต้น⁴ แต่ในขณะเดียวกันมีการศึกษาพบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นร้อยละ 60.7 มีการวางแผนเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต และร้อยละ 15.2 พยายามเลิกอย่างจริงจัง แต่มากกว่าครึ่งที่เลิกไม่สำเร็จ⁵ ในประเทศไทยพบว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีความคิดจะเลิกแต่ไม่เคยพยายามเลิกที่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีร้อยละ 13.12 และเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงร้อยละ 7.57² ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความต้องการความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบและการลดบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความเครียด⁶ สถานภาพสมรส พฤติกรรมลอกเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด ความถี่ในการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และมีเพื่อนใช้บุหรี่ไฟฟ้า⁷ เป็นต้น ปัจจุบันในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจำกัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น จึงทำการทบทวนงานวิจัยในบุหรืมวน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรืมวน ได้แก่ ประสพการณ์ในการเลิกบุหรื ระดับการศึกษา ความถี่ในการสูบบุหรี่⁸ การใช้สารเสพติดอื่น ระยะเวลาที่สูบบุหรืมวนแรกของวันภายหลังตื่นนอน และการมีโรคประจำตัว⁹ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาใช้อธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ เจตคติต่อการทำพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งล้วนมีผลร่วมกันต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีเจตคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง และเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลนั้นก็จะมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น¹⁰

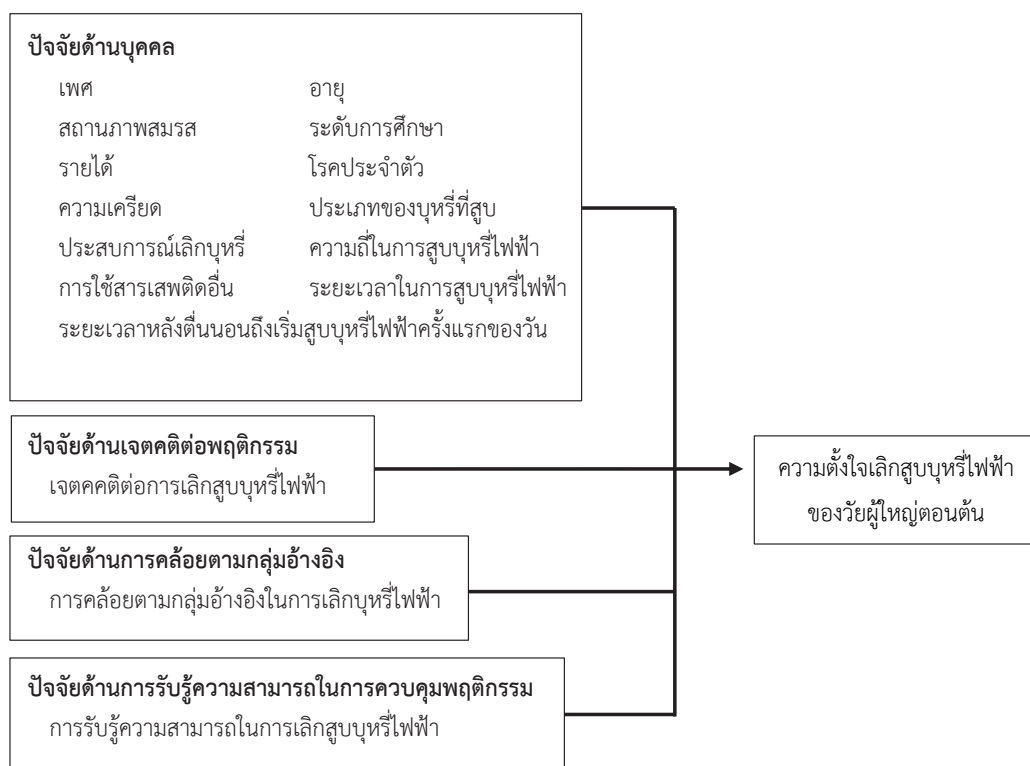
จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่แพร่หลายมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประกอบกับบุหรี่ไฟฟ้ายังส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยที่ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้านี้มีความต้องการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าแต่ยังไม่สำเร็จ^{2,5} และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในประเทศไทยมีอย่างจำกัด ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่สามารถทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ในอนาคตจึงเป็นเรื่องสำคัญ จึงนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สำหรับอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเพื่อประโยชน์ในการนำไปออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านบุคคล เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

นำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เพื่ออธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีตัวแปรอิสระตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ได้แก่ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยตัวแปรดังกล่าวจะส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive study) เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18-35 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออกคือตอบแบบสอบถามสมบูรณ์น้อยกว่าร้อยละ 80 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 371 คน ดังสมการ

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

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z^2_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญที่ $\alpha/2$ ซึ่งเท่ากับ 0.025 คือ 1.96

N = ขนาดประชากร เท่ากับ 24,584

P = การประมาณค่าสัดส่วนประชากรของผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 0.43

d = ค่าความคลาดเคลื่อนมากที่สุดที่ยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(24,584)(0.43)(1-0.43)}{(1.96)^2(0.43)(1-0.43) + (24,584-1)(0.05)^2}$$

$n = 371$ คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีบอกต่อ (Snowball technique) และเพื่อให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้แก่พนักงานบริษัทเอกชน 10 คน ข้าราชการ/พนักงานราชการทหาร 10 คน บุคลากรทางการแพทย์ 10 คน นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา 10 คน และผู้ที่พักอาศัยในหมู่บ้านจัดสรร 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คนและกำหนดให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตั้งต้น และขอความร่วมมือผู้ที่ได้รับแบบสอบถามส่งต่อแบบสอบถามออนไลน์ไปยังผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ารายอื่นต่อ เนื่องครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ทั้งสิ้น 374 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เครื่องมือปรับมาจากแบบสัมภาษณ์ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ตนเอง ของ Matrakul และคณะ¹¹ ที่สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยปรับให้ลักษณะคำถามสอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทั้งรูปแบบในการใช้และผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มอ้างอิง และเพิ่มการกำหนดระยะเวลาความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 แบบวัดเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า มี 2 ส่วน ๆ ละ 10 ข้อ ได้แก่ แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า และแบบวัดการประเมินผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณ

ค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า มี 2 ส่วน ๆ ละ 4 ข้อ ได้แก่ แบบวัดความเชื่อต่อการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และแบบวัดแรงจูงใจที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า มี 2 ส่วน ๆ ละ 6 ข้อ ได้แก่ แบบวัดความเชื่อในการควบคุมพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า และแบบวัดการรับรู้อำนาจในการควบคุมพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า มีข้อคำถาม 3 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

เครื่องมือส่วนที่ 2-5 ให้คะแนนไล่ตามลำดับมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 คะแนนตามลำดับ โดยเครื่องมือส่วนที่ 2-4 สามารถประเมินได้จากจากผลรวมของผลคูณในแต่ละข้อคำถามของแบบวัดย่อยในแต่ละส่วน และแปลผลคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึงการวัดในส่วนนั้นอยู่ในระดับสูง ต่ำกว่าร้อยละ 80 แปลผลได้ว่าอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.85, 0.85, 1.00, 1.00, 1.00, 0.95 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงปรากฏ (Face Validity) กับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 30 คน แล้วจึงคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.701, 0.745, 0.701, 0.771, 0.885, 0.757 และ 0.902 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ผู้วิจัยรู้จักก่อนหน้าซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกทั้งจากการสนทนาทางออฟไลน์และออนไลน์จำนวน 50 คน จากนั้นทำการส่งลิงค์แบบสอบถามออนไลน์

ผ่านโปรแกรมแชทไลน์ (Line application) ก่อนผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามจะปรากฏรายละเอียดข้อตกลงในการเข้าร่วมวิจัยตามเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแบบออนไลน์ ถ้าตัดสินใจเข้าร่วมให้กดเลือกสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย แทนการลงนาม จากนั้นจึงจะเริ่มทำแบบสอบถามออนไลน์ได้ หลังทำแบบสอบถามเสร็จขอความร่วมมือผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งต่อแบบสอบถามออนไลน์ไปยังผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าท่านอื่นที่ตนเองรู้จักอย่างน้อย 10 คน และส่งต่อไปยังผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ารายอื่นต่อเนื่อง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ทั้งสิ้น 374 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-016 ผู้เข้าร่วมมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยที่ไม่เสียผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบทางกฎหมายจากการวิจัยครั้งนี้ ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-สกุล ในระหว่างตอบแบบสอบถามสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ เมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลและโครงการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ข้อมูลออนไลน์ทั้งหมดจะถูกทำลายโดยใช้โปรแกรมในการลบข้อมูลถาวร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมในการคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ และได้โมเดลที่ประหยัด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.7) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.7 ปี ($SD = 3.5$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ

โสด (ร้อยละ 81.8) สองในสามมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.0) รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 24,842.1 บาท ($SD = 9,930.8$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.8) เกือบครึ่งมีความเครียดระดับน้อย (ร้อยละ 48.4) สูบบุหรี่ไฟฟ้าเฉลี่ย 73.2 พฟต่อวัน ($SD = 76.8$) หลังตื่นนอนจนกระทั่งสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกของวันใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 44.0 นาที ($SD = 41.1$) โดยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเฉลี่ยเป็นระยะเวลาประมาณ 3 ปี ($SD = 2.1$) มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 9.6) และใช้บุหรี่มวนร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 21.7) โดยเกือบครึ่งของกลุ่มที่ใช้บุหรี่มวนร่วมกับ สูบบุหรี่มวนเฉลี่ย 4.7 มวนต่อวัน ($SD = 3.3$) ประมาณสามในสี่เคยมีประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่มาก่อน (ร้อยละ 75.9) มากกว่าครึ่งของผู้ที่เคยเลิกบุหรี่ใช้วิธีเลิกแบบทันทีทันใดหรือหักดิบ (ร้อยละ 57.8) รองลงมาคือใช้มากกว่าหนึ่งวิธีในการเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 32.0)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติด้านลบต่อการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 94.9) โดยพบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เชื่อว่าการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เครียด ($\bar{X} = 9.8$, $S.D. = 4.2$) มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่ำในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 92.8) สำหรับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่น้อยที่สุด คือ ควรเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าตามที่เพื่อนร่วมงานต้องการ ($\bar{X} = 11.3$, $S.D. = 5.8$) มีการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับต่ำ (ร้อยละ 90.4) โดยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ถึงแม้ได้กลิ่นหรือไม่ได้กลิ่นควันบุหรี่ไฟฟ้า ตนเองก็สามารถเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ ($\bar{X} = 11.9$, $S.D. = 5.5$) และมากกว่าครึ่งมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าระดับสูง (ร้อยละ 55.6) โดยมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดในอีก 6 เดือนข้างหน้า รองลงมาคือ ในอีก 3 เดือนข้างหน้า และในอีก 1 เดือนข้างหน้า ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ใหญ่ตอนต้น ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประเภทของบุหรี่ที่สูบ ประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่น ($p < .05$, $\chi^2 = 11.629, 105.755, 27.338, 13.371, 30.211, 6.603$ และ 9.632 ตามลำดับ) โดยปัจจัยที่มีแนวโน้มมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง ได้แก่ เพศหญิง มีคู่ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่มวนร่วม ไม่มี

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นใหญ่ ตอนต้น (n = 374)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)	ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า		p
		ระดับสูง	ระดับต่ำ	
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ				.003
ชาย	272 (72.7)	124 (45.6)	148 (54.4)	
หญิง	102 (27.3)	84 (82.3)	18 (17.7)	
สถานภาพสมรส				<.001
ไม่มีคู่	306 (81.8)	149 (48.7)	157 (51.3)	
มีคู่	68 (18.2)	59 (86.8)	9 (13.2)	
ระดับการศึกษา				.002
ต่ำกว่าปริญญาตรี	82 (21.9)	72 (87.8)	10 (12.2)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	292 (78.1)	136 (46.6)	156 (53.4)	
โรคประจำตัว				.001
ไม่มีโรคประจำตัว	347 (92.8)	184 (53.0)	163 (47.0)	
มีโรคประจำตัว	27 (7.2)	24 (88.9)	3 (11.1)	
การใช้บุหรี่มวนร่วม (Dual use)				<.001
ใช้	81 (21.7)	18 (22.2)	63 (77.8)	
ไม่ใช้	293 (78.3)	190 (64.9)	103 (35.1)	
ประสบการณ์เลิกบุหรี่				.037
ไม่เคย	90 (24.1)	63 (70.0)	27 (30.0)	
เคย	284 (75.9)	145 (51.0)	139 (49.0)	
การใช้สารเสพติดอื่น				.008
ใช้	36 (9.6)	8 (22.2)	28 (77.8)	

ประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ และไม่ใช้สารเสพติด ดังตารางที่ 1 การศึกษาพบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า และระยะเวลาหลังตื่นนอนถึงเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกของวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ($p < .05$, $r = .126$, $r = .430$, $r = .608$ และ $r = .129$) ส่วนรายได้ ความเครียด ความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และระยะเวลาในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น

($p < .05$, $r = -.283$, $r = -.160$, $r = -.334$, และ $r = -.248$) ในขณะที่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ก่อนนำข้อมูลตัวแปรทั้งหมดเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน และตัวแปรอิสระไม่มีมีความสัมพันธ์กันเอง

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 374)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-0.065	.212
รายได้	-0.283	<.001
ความเครียด	-0.160	.002
ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	-0.075	.149
ระยะเวลาหลังตื่นนอนถึงเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกของวัน	0.129	.012
ความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	-0.334	<.001
ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	-0.248	<.001
เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า	0.126	0.014
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า	0.430	<.001
การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า	0.608	<.001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นผู้ใหญ่ตอนต้น (n = 374)

ลำดับตัวแปรเข้าสมการ	R ² change	B	Beta	t	p
การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า	0.370	0.050	0.501	12.531	<.001
ความเครียด	0.072	-0.450	-0.413	10.825	<.001
รายได้	0.069	-6.203×10 ⁻⁵	-0.249	-5.058	<.001
ความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	0.008	-0.007	-0.230	-4.945	<.001
เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า	0.021	0.019	0.185	4.444	<.001
ระดับการศึกษา	0.011	-0.223	-0.120	-3.015	0.003
Constant = 5.014 R ² = 0.569 Adjusted R ² = 0.561 F = 68.990					

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (B = 0.050) ความเครียด (B = -0.450) รายได้ (B = -6.203×10⁻⁵) เจตคติ

ต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (B = 0.019) ระดับการศึกษา (B = -0.223) และความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (B = -0.007) โดยร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน วัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ร้อยละ 56.1 (R² = 0.561) ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มากกว่าครึ่งมีความตั้งใจในการเลิกระดับสูง (ร้อยละ 55.6) โดยความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อกำหนดระยะเวลาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวัยนี้มีประสบการณ์และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ ทำให้ทราบว่าในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ามีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติด ส่งผลให้การเลิกบุหรี่ไฟฟ้าจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการเลิก ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า มีผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่แต่ปัจจุบันใช้ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรืมวนถึงร้อยละ 21.7 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าระดับสูงมากกว่าระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเชื่อว่าการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าทำให้สุขภาพดีขึ้น ($\bar{X} = 21.4$, $S.D. = 4.2$) และรับรู้ว่าจะจะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าตามที่คนในครอบครัวต้องการ ($\bar{X} = 17.4$, $S.D. = 5.0$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มวนเองใน 1 เดือนข้างหน้า พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มวนเองมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพของตนเอง และเพื่อคนในครอบครัว¹¹

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ความเครียด ประเภทของบุหรี่ที่สูบ ประสบการณ์เลิกบุหรี่ ระยะเวลาหลังตื่นนอนถึงเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกของวัน ความถี่ ระยะเวลาในการสูบ และการใช้สารเสพติด โดยปัจจัยที่มีแนวโน้มมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง ได้แก่ เพศหญิง เนื่องจากค่านิยมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมปัจจุบัน บุคคลที่มีคู่มักมีแนวความคิดและความตั้งใจเลิกเพื่อคู่สมรสหรือเลิกเพื่อครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ยังครองสถานภาพโสด การศึกษาค้นคว้าปริญาตรีซึ่งได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าบ่อยครั้งกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาสูงกว่า การมีโรคประจำตัวที่ทำให้ตระหนักถึงผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพ การไม่สูบบุหรี่มวนร่วมด้วยทำให้ได้รับนิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้าเพียงช่องทางเดียว ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลิกบุหรืมาก่อนเนื่องมาจากในผู้ที่เคยมีประสบการณ์อาจรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ยาก และการไม่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยสำหรับอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการ

เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่⁸⁻⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกัน จึงทำให้มีพัฒนาการ ความคิด อารมณ์ และสังคมที่แตกต่างกันค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าไม่แตกต่างกัน รวมไปถึงความแตกต่างของบุหรืไฟฟ้าและบุหรืมวน โดยบุหรืไฟฟ้ายังคงเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายภายในประเทศ ทำให้ทุกกลุ่มอายุไม่สามารถซื้อขายหรือบริโภคได้ในที่สาธารณะ ในขณะที่บุหรืมวนเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีข้อกำหนดให้จำหน่ายในผู้ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป จึงมีผู้บริโภคบุหรืมวนจำนวนมากและเกิดความหลากหลายของช่วงอายุในผู้ใช้บุหรืมวน ด้วยเหตุนี้จึงอาจส่งผลให้ผลการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาความตั้งใจในการเลิกบุหรืมวน

เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลยังมีเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นย่อมมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้นเช่นกัน¹⁰ และผลการศึกษาวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มวน⁸ และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกบุหรืมวนเอง¹¹ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ที่พบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด รายได้ ความถี่ในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 56.1 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ว่าเมื่อมีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรม และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมนั้นได้โดยมีโอกาสรอบผลสำเร็จ ย่อมทำให้มีเจตนาหรือมีความตั้งใจในการ

กระทำพฤติกรรมเลิกบุหรี่ไฟฟ้ามามากขึ้น¹⁰ ในขณะที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความตั้งใจเลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้อธิบายได้โดยกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือครอบครัว แต่ตามพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่หน้าที่การงานมีบทบาทมากขึ้นแทนที่ครอบครัว เริ่มแยกออกจากครอบครัว และพึ่งพาครอบครัวน้อยลง¹⁴ ทำให้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถรวมทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ แต่ยังคงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ด้านความเครียดและความถนัดในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้มีความความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลง เนื่องจากเมื่อผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ารู้สึกเครียดจึงสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีนิโคตินเป็นส่วนผสมทำให้รู้สึกคลายเครียด และเมื่อระยะเวลาหนึ่งที่นิโคตินในร่างกายลดลง จึงทำให้ต้องสูบบุหรี่ไฟฟ้าอีกครั้งเป็นวงจรต่อเนื่อง และมีความต้องการสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากขึ้นและถี่ขึ้น จึงทำให้ความเครียดและความถนัดในการสูบบุหรี่มีความสามารถในการทำนายความความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้ สำหรับรายได้ พบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับซื้อผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าและค่ารักษาพยาบาลจากโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าราคาค่อนข้างสูง แต่ด้วยนี้เป็นวัยที่เริ่มต้นมีรายได้และสร้างความมั่นคง ดังนั้นรายได้จึงสามารถในการทำนายความความตั้งใจได้ และสุดท้ายเมื่อบุคคลได้รับการศึกษาซึ่งเป็นรากฐานและต้นทุนสำหรับบุคคลที่แตกต่างกันย่อมทำให้มีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

ส่งผลให้การศึกษาที่มีความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร จัดหลักสูตรให้มีการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า โดยมุ่งไปยังผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าโดยเฉพาะด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นหลัก รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามั่นใจในการควบคุมตนเองเมื่อต้องการเลิกว่าสามารถทำได้ และมีโอกาสที่จะกระทำสำเร็จ

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าภายในชุมชน และในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า และมีเจตคติด้านบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร ที่รวมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความถนัดในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด รายได้ และระดับการศึกษา เพื่อรณรงค์ให้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกิดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

References

1. Lavery AA, Filippidis FT, Vardavas CI. Patterns, trends and determinants of e-cigarette use in 28 European Union Member States 2014-2017. *Preventive Medicine*.2018; 116:13-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.08.028
2. National Statistical Office. Health behaviour of population survey 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 27]. Available from: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/2564/report_2501_64.pdf (in Thai).
3. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. E-cigarettes are illegal and cause severe illness and death. *TCR research update* 2020;12(1):1-40. (in Thai).
4. Lapyai S. New tobacco products on social media and law enforcement on new tobacco products control. *Public Health & Health Laws Journal* 2019;5(1):13-30. (in Thai).
5. Palmer AM, Smith TT, Nahhas GJ, Rojewski AM, Sanford BT, Carpenter MJ, et al. Interest in quitting e-cigarettes among adult e-cigarette users with and without cigarette smoking history. *JAMA Netw Open* 2021;4(4):e214146.
6. Chan G, Leung J, Gartner C, Yong HH, Borland R, Hall W. Correlates of electronic cigarette use in the general population and among smokers in Australia - Findings from a nationally representative survey. *Addict Behav* 2019;95:6-10. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.02.012
7. Cuccia AF, Patel M, Amato MS, Stephens DK, Yoon SN, Vallone DM. Quitting e-cigarettes: Quit attempts and quit intentions among youth and young adults. *Prev Med Rep* 2021;21:101287. doi: 10.1016/j.pmedr.2020.101287
8. Yangpaksee P, Srithongphet J, Chaiyakia C, Bundit N, Chayakul T, Eangchuan N, et al. Factors predicting the intention to quit smoking among military officers in Bangkok. *Thai Journal of Nursing* 2019;68(2):9-16. (in Thai).
9. Qiu D, Chen T, Liu T, Song F. Smoking cessation and related factors in middle-aged and older Chinese adults: Evidence from a longitudinal study. *PloS one* 2020;15(10):e0240806.
10. Ajzen I. The attitudes, personality and behavior. 2nd ed. Milton-Keynes: Open University Press-McGraw Hill; 2005.
11. Matrakul M, Kalampakorn S, Powwattana A. Factors predicting intention to quit of hand-rolled cigarettes smokers in Chiang Rai province. *Thai Journal of Nursing* 2012;61(1):10-20. (in Thai).
12. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center and Mahidol University. Thailand tobacco consumption statistics report. Bangkok: CDMK printing; 2018. (in Thai).
13. Chen R, Pierce JP, Leas EC, White MM, Kealey S, Strong DR, et al. Use of electronic cigarettes to aid long-term smoking cessation in the United States: prospective evidence from the PATH cohort study. *Am J Epidemiol* 2020;189(12):1529-37. DOI: 10.1093/aje/kwaa161
14. Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Mental state of adults [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 29]. Available from: <http://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/06272014-1009> (in Thai)

บทความวิจัย

Relationship between Health Literacy, Self-Efficacy and Self-Care Behaviors among Patients with Multiple Chronic Diseases

Received: Apr 5, 2023
Revised: Jul 19, 2023
Accepted: Aug 15, 2023

Tattiya Nakornchai, M.Sc.¹
Pacharanan Rattanapark, M.Sc.²
Jiraporn Jankaew, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Patients with multiple chronic diseases who exhibit self-care behaviors, self-efficacy and health literacy might lessen serious complications.

Research objectives: To study correlation between health literacy, self-efficacy and self-care behaviors of patients with multiple chronic diseases.

Research Methodology: This correlation descriptive research included 149 patients as participants who had two or more chronic diseases, Specific selection. Data were collected using a personal information, health literacy, self-efficacy and self-care behaviors questionnaire. Data were analyze using descriptive statistics, and Pearson correlation statistics to analyze association among variables. The questionnaires were validated for content with, Cronbach's alpha coefficients of 0.98, 0.89, and 0.95, respectively.

Result: Most participants had health literacy and self-efficacy at a moderate level (64.43% and 50.34%, respectively), and had high levels of self-care behaviors (55.70%). Health literacy and self-efficacy were significantly associated with self-care behaviors, ($r = .332$, $p < .01$ and $r = .538$, $p < .01$, respectively).

Conclusion: The participants had moderate levels of health literacy and self-efficacy, while health literacy and, self-efficacy, were associated with self-care behaviors.

Implications: Results of this study, provide the fundamentals for planning for interventions on promoting self-care behaviors and develop health care models for patients with multiple chronic diseases to ensure appropriate self-care behaviors.

Keywords: health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, patients with multiple chronic diseases

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket, Thailand. E-mail: tattiya.n@sskru.ac.th

²Corresponding author: Lecturers, Faculty of Nursing Project, Dhonburi Rajabhat University, Samut Prakan, Thailand.

E-mail: pacharanan.r@dru.ac.th

³Registered Nurse, Khu Bang Luang Health Promoting Hospital, Pathum Thani, Thailand. E-mail: yokjira@hotmail.com

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

Received: Apr 5, 2023
Revised: Jul 19, 2023
Accepted: Aug 15, 2023

ทัตติยา นครไชย วท.ม.¹
พัชรนันท์ รัตนภาค วท.ม.²
จิราภรณ์ จันทร์แก้ว พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่มีความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จะทำให้ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไปที่มาตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 149 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ม.ค.-มี.ค. 2564 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98, 0.89 และ 0.95 ตามลำดับ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 66-70 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.43 และ 50.34 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.70 โดยความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.332, p < .01$ และ $r=.538, p < .01$) ตามลำดับ

สรุปผล: กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ: เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคหลายโรค

¹อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ศรีสะเกษ ประเทศไทย E-mail: tattiya.n@ssku.ac.th

²Corresponding author: อาจารย์ประจำ โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี สมุทรปราการประเทศไทย E-mail: pacharanan.r@dru.ac.th

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบางหลวง ปทุมธานี ประเทศไทย E-mail: yokjira@hotmail.com

บทนำ

โรคเรื้อรังหลายโรคคือภาวะที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไป เกิดขึ้นในคนเดียวกันซึ่งพบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและการสูญเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดในผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มความซับซ้อนในการจัดการดูแล ต้องใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและต้องการการดูแลจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญหลายแขนงวิชาชีพมากขึ้น¹ ภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคมีความซับซ้อนทั้งอาการ ความไม่สุขสบาย วิธีการดำเนินชีวิต รวมถึงแนวทางการรักษา และเป็นสาเหตุของการสูญเสียด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและอารมณ์ ทั้งในระดับบุคคล ผู้ดูแลและครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ความต้องการแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาฉุกเฉินและนอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ² นอกจากนี้พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรังและโรคเรื้อรังหลายโรคในแคนาดา ระหว่างปี 2008-2018 พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.2 ในปี 2018 และสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 4.63 สำหรับประเทศไทยการรายงานสถิติโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นลักษณะแบบแยกเป็นแต่ละโรค (Comorbidity) มากกว่าการสำรวจการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการศึกษาที่รายงานการเกิดโรคเรื้อรังหลายโรคในผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีร้อยละ 11.5 และปี พ.ศ. 2557 มีร้อยละ 25.3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ทำการศึกษา⁴ ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเป็นสาเหตุหลักของการตายและความพิการทั่วโลกและการเสียชีวิตมีมากเป็นสองเท่าของการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ๆ รวมกัน นอกจากผลกระทบต่อภาวะสุขภาพแล้วยังส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ กล่าวคือการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 10 ส่งผลต่อการลดลงของอัตราการขยายตัวของเศรษฐกิจร้อยละ 0.5⁵

จากแนวโน้มของสถานการณ์โรคเรื้อรังหลายโรคที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เกินปริมาณที่แนะนำต่อวัน และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น

ความรู้รอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้น⁶ แต่หากว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีระดับสูงหรือเพียงพอ (adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) ดังนั้นความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในพฤติกรรมใดจะมีแนวโน้มในการที่จะตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก⁷ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน⁸⁻⁹

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁰⁻¹³ นอกจากนี้ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ด้วย⁹ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้าน

สุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค โดยผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค และสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมเพื่อผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

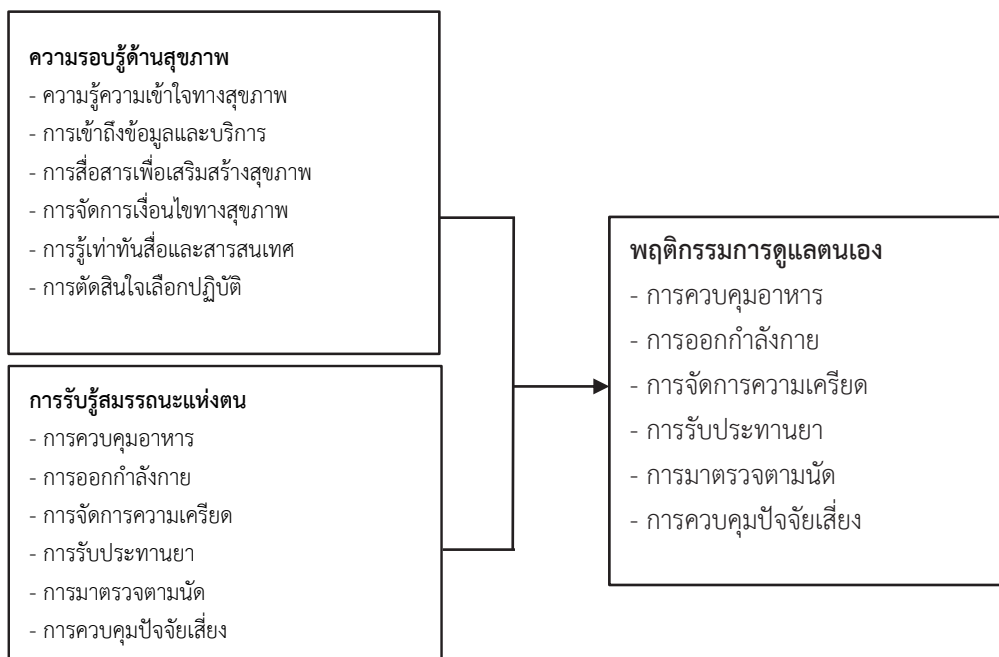
1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁴ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักป๋มจะพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันที่จะนำไปสู่กลยุทธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคต้องมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม

ตัวแปรอิสระ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 4) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ 1) พุพพลภาพหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ 2) มีความต้องการออกจากการศึกษา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ .95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 138 คน และเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10¹⁵ เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 152 คน จาก 6 หมู่บ้าน โดยสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามสัดส่วนร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคจากแต่ละหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทั้งหมด 149 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ 6 ข้อ และแบบสอบถามปลายเปิด 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) และระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 44 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยคำถามด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ลักษณะคำตอบคือใช่ และไม่ใช่ สำหรับด้านที่ 2-6 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1) จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (5) การแปลผลมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 29-160 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ โดยใช้การแบ่งตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁶ ดังนี้ คะแนน 29-95 คะแนน มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 96-127 คะแนน มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 128-160 คะแนน มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง 19 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การรับประทานยา 5) การตรวจตามนัด และ 6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) การแปลผลมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ โดยใช้การแบ่งตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁶ ดังนี้ คะแนน 19-56 คะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 57-75 คะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 75-95 คะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 19 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การรับประทานยา 5) การตรวจตามนัด และ 6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ (1) จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ (5) การแปลผลมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน โดยแบ่งระดับ

คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ โดยการใช้การแบ่งตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁶ ดังนี้ คะแนน 19-56 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 57-75 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 75-95 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 0.88 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.98, 0.89 และ 0.95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูบางหลวง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคจากระบบเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นคณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจแล้ว ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง คณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขอนุมัติ IRBS 20/07 เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563 ผู้วิจัยได้ทำเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีการคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบทุกประเด็น และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับเพื่อนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือการรักษาที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 149 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.42 และมีอายุอยู่ในช่วง 66-70 ปี ร้อยละ 21.48 (mean = 63.19, SD. = 12.12) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 53.02 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.76 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.48 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.66 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.81 (mean = 4,583.22, SD. = 5,496.07) โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.26 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 63.76 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคประจำตัว 1-5 ปี ร้อยละ 42.28 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคมากที่สุด ร้อยละ 53.02

ความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.43 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง (mean = 107.47, SD. = 20.43) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพสูงสุด (mean = 22.63, SD. = 5.25) รองลงมาคือการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (mean = 20.58, SD. = 4.13) และต่ำที่สุดคือความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (mean = 11.74, SD. = 2.39) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค จำแนกรายด้านและในภาพรวม (n=149)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible range	Min-Max	Mean	SD.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	29-160	48-155	107.47	20.43
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน				
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0-15	2-15	11.74	2.39
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	6-30	6-30	16.83	5.89
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	6-30	6-30	22.63	5.25
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	6-30	8-30	20.20	4.54
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5-25	5-25	15.46	6.36
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	6-30	10-30	20.58	4.13
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในภาพรวม	19-95	35-95	67.89	10.07
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายด้าน				
การควบคุมอาหาร	4-20	5-20	12.74	2.53
การออกกำลังกาย	3-15	3-15	8.51	2.84
การจัดการความเครียด	2-10	2-10	7.05	1.85
การรับประทานยา	4-20	4-20	16.16	3.10
การตรวจตามนัด	2-10	2-10	8.49	1.73
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	4-20	7-20	14.95	2.98
พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม	19-95	48-93	69.70	8.82
พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน				
การควบคุมอาหาร	4-20	4-20	13.32	2.75
การออกกำลังกาย	3-15	3-15	9.26	3.32
การจัดการความเครียด	2-10	4-10	7.84	1.46
การรับประทานยา	4-20	10-20	16.40	2.71
การตรวจตามนัด	2-10	2-10	8.79	1.86
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	4-20	6-20	14.09	3.35

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.34 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง (mean = 67.89, SD. = 10.07) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาสูงสุด (mean = 16.16, SD. = 3.10) รองลงมา คือ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (mean = 14.95, SD. = 2.98) และ

น้อยที่สุดคือด้านการจัดการความเครียด (mean=7.05, SD.=1.85) ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.70 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง (mean = 69.70, SD. = 8.82) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาสูงสุด (mean = 16.40, SD. = 2.71)

รองลงมาคือด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (mean = 14.09, SD. = 3.35) และน้อยที่สุดคือด้านการจัดการความเครียด (mean = 7.84, SD. = 1.46) ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .332$, $p < .01$ และ $r = .538$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=149)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r	p-value
โดยรวม	.332**	0.01
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.153	0.63
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.093	0.26
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	.188*	0.02
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	.412**	0.01
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.273**	0.01
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.369**	0.01

** $P < .01$ * $P < .05$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=149)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r	p-value
โดยรวม	.538**	0.01
การควบคุมอาหาร	.338**	0.01
การออกกำลังกาย	.371**	0.01
การจัดการความเครียด	.407**	0.00
การรับประทานยา	.374**	0.01
การมาตรวจตามนัด	.303**	0.01
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	.358**	0.01

** $P < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

ผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.43 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 107.47$, $SD = 20.43$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ร้อยละ 89.01 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.81 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล¹⁷ และมีอิทธิพลในเชิงลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยลง¹⁸ สอดคล้องกับ Nilnate¹⁹ ที่อธิบายว่าอายุเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า¹⁸ สอดคล้องกับ Thanasukarn, C และคณะ²⁰ ศึกษาปัจจัยด้านการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำเนื่องจากการศึกษาทำให้มีทักษะและเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้นมีความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ได้มากส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ดีและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม¹⁴

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 67.89$, $SD = 10.07$) อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.48 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 42.28 ซึ่งอาจจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมโรค รวมถึงประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและ

การเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ในการควบคุมโรคยังมีน้อย ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Riangkam และคณะ⁹ ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งจากการศึกษาของ Sharoni และ Wu²¹ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ Wu และคณะ²² พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเป็นโรค

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.70 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 69.70$, $SD = 8.82$) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.76 มีสถานภาพสมรสคู่ และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 42.28 ซึ่งสถานภาพสมรสและระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับ Banklang และคณะ²³ ที่พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรส และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Bohanny และคณะ²⁴ สนับสนุนว่าการมีคู่สมรส มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจเป็นเพราะบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ถือเป็นปัจจัยสนับสนุนในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และจากการศึกษาของ Charoen และคณะ²⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานมักจะได้รับการให้ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมจากการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่ยาวนาน ทำให้ความเข้าใจที่มีต่อโรคเรื้อรังและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคยังไม่มากนัก จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .332, p < .01$ และ $r = .538, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองระดับดี ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีเช่นกัน โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตัวเองได้²⁶ สำหรับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง นั้น เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าจะมีความสามารถดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ก็จะยิ่งเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Riangkam และคณะ⁹ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Sinhasem และคณะ¹¹ ที่ศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Suka และคณะ²⁷ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพะมีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการศึกษาของ Sharoni และ Wu²¹ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ Bohanny และคณะ²⁴ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงและมีคู่มือ จะส่งผลให้มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ($p < .001$) ดังนั้นการจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงต้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งยังขาดความรู้ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มความมั่นใจ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น

2. ควรให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น คู่สมรส ได้มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ เพราะคู่สมรสจะเป็นที่ปรึกษา และมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนารูปแบบการจัดบริการทางด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

References

1. Sambamoorthi U, Tan X, Deb A. Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. *Expert Rev of Pharmacoecon Outcomes Res* 2015;15(5):823-32.
2. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep* [Internet]. 2018 [cited 2023 July 12] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6214883/pdf/main.pdf>
3. Steffler M, Li Y, Weir S, Shaikh S, Murtada F, Wright J G, Kantarevic J. Trends in prevalence of chronic disease and multimorbidity in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*. [Internet]. 2021 [cited 2023 July 12] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8034347/pdf/193e270.pdf>
4. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Chen H. Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: prevalence and associated factors. *Ageing Int* 2014;39(3):210-20.
5. World Health Organization. World health statistics. [Internet]. 2014 [cited 2015, April 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf
6. Berkman N D, Sheridan S L, Donahue K E, Halpern D J, Crotty K. Low health literacy and health outcome: an update systematic review. *Ann Intern Med* [internet]. 2011 [cited 2023 Jul 17] Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
7. Bandura A. Personal and collective efficacy in human adaptation and change, In Adair, J. G., Belanger, D., & Dion, K. L. (Ed.), *Advances in psychological science* (pp.51-71). United Kingdom [internet]. 1998 [cited 2023 Jul 17] Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1998-07769-003>
8. Hongkrajok H. The influence of health literacy, perceived self-efficacy, and patients health care provider communication on self-care behaviors of patients with primary hypertension [Master of Nursing Science]. Chonburi: Burapha University; 2016. (in Thai).
9. Riangkam C, Wattanakitkrileart D, Ketcham A, Sriwijitkamol A. Health Literacy, Self-Efficacy, Age and Visual Acuity Predicting on Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *Nursing Science Journal*. 2016;34(4):35-46. (in Thai).
10. Kingkaew S, Prasertsri N. The relationship between health intelligence and behavioral health of older adults with multiple chronic diseases. *Journal of the Ministry of Health* 2016;25(3):43-54. (in Thai).
11. Sinhasem P, Krainara P, Thiprat W. The relationship between health literacy and behavioral 3O2S of the elderly. *Journal of Boromrajonani College of Nursing Uttaradit* 2019;11(1):37-51. (in Thai).
12. Mongkoldit W, Piyawatpong S, Lithongin M. The relationship between cognitive abilities and health literacy of elderly osteoarthritis. 20th National Graduate Research Conference; 15th march 2019; Khon Kaen University.p.1295-305.

13. Srikuankaew U, Jiawiwatkul A, Thayansin S. The relationship between happiness, health literacy and quality of life of the elderly: A case study of the elderly in a school for the elderly school, Fang district, Chiang Mai Province. MFU Connexion Journal of Humanities and Social Sciences 2018;7(2):76-95. (in Thai).
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. socsmed [internet]. 2008 [cited 2023 Jul 17] Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608004577?via%3Dihub>
15. Roscoe J T. Fundamental Research Statistics for the Behavioral Sciences. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc; 1975.
16. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill; 1971.
17. Kanthawee P, Pongpanich S. The Study of Health Literacy among Elderly People, Pa-Teung Sub-District, Mae Chan District, Chiang Rai Province. ChiangRai Medical Journal 2014;11(1):73-83. (in Thai).
18. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Wanwacha C. Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan region. Journal of dermatography. 2020;36(2):40-57. (in Thai).
19. Nilnate W. Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok. (Doctor of Science), Chulalongkorn University. 2011. (in Thai).
20. Thanasukarn C, Neelapaijit N, (2016). The development of a tool to measure knowledge of health literacy for patients with diabetes and hypertension. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
21. Sharoni SKA, Wu SFV. Self-efficacy and self- care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. Nursing and Health Sciences. [Internet]. 2012 [cited 2023 April 5];14(1):38-45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22288688/>
22. Wu SFV, Huang YC, Lee MC, Wang TJ, Tung HH, Wu MP. Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: a cross-sectional survey. Nurs Health Sci [Internet]. 2013 [cited 2023 April 5];15(2):213-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23301516/>
23. Banklang A, Duangpunmat U, Rodseeda P. Factors Affecting to Health Behavior among Type 2 Diabetes Patients, In Area of Sila Health Promoting Hospital, Muang District, Khonkaen Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 2016;23(1):85-95. (in Thai).
24. Bohanny W, Wu SFV, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of the American Association of Nurse Practitioners [Internet]. 2013 [cited 2023 April 5];25(9):495-502. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24170654/>

25. Charoen R, Pakdeewong N, Namwongprom A . Effects of Knowledge development and family participation program Health behaviors Glycemic control Older persons Type 2 diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2010,16(2):279-92. (in Thai).
26. Booncharoenthanapong P, Tamdee D, Suwankruhasn N. Health literacy and self-care behaviors among older persons with psoriasis. *Journal of Health and Nursing Research*. 2022,38(3):143-154. (in Thai).
27. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2015[cited 2023 April 5];98(5):660-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739344/>

บทความวิจัย

The Effects of Learning with a Video Lesson on Sophomore Nursing Students' Knowledge, Confidence and Practice Satisfaction of Discharge Planning for Patients with Tracheostomy and Caregivers

Received: May 1, 2023
Revised: Aug 2, 2023
Accepted: Aug 21, 2023

Srisuntra Jermworapipat, M.S.¹
Ladapha Demile, M.N.S.²
Siriporn Chunchai, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Effective video media can help to promote knowledge, confidence, and clinical skills of the learners

Research objectives: To compare knowledge and confidence 1) between the control group received usual instruction and the experimental group received usual instruction cooperated with video lesson and 2) between pre-and posttest within the experimental group and To study 3) the satisfaction on the video lesson in the experimental group.

Research methodology: This quasi-experimental study (two groups' pre-and posttest design) included 80 sophomore nursing students at Boromarajonani College of Nursing Bangkok, equally divided 40 persons into the experimental and control group with same characteristics on grading, age and sex. The research instruments included: 1) a video lesson entitled "*Discharge Planning for Patients with Tracheostomy and Caregivers*", and the questionnaire with 4 parts: 2.1) personal information, 2.2) the knowledge test, 2.3) the confidence in nursing practice, and 2.4) the students' satisfaction. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test for the test of difference between groups.

Results: The results showed that the experimental group had 1) a higher score of knowledge than the control group and a higher score of confidence in nursing practice than the control group ($t=-5.003$, $P<.001$); 2) The post-test scores of knowledge and confidence of experimental group were significantly higher than the pre-test ($t=-10.07$, $P<.001$ respectively); and 3) the overall satisfaction on a video lesson of the experimental group yielded at a high level ($\bar{x}=54.23$ $SD=4.55$). The subscale

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

¹Corresponding author: Lecturer, ¹E-mail: srisuntra.j@bcn.ac.th

²Lecturer, ²E-mail: ladapha.dem@gmail.com

³Registered Nurse, Professional Level, ³E-mail: sereechun@gmail.com

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

³Continuing care unit, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand.

with the highest average score was applicability ($\bar{x}$ =4.73 SD=0.45) following by format ($\bar{x}$ = 4.59 SD = 0.55), content ($\bar{x}$ =4.53 SD=0.49), and components ($\bar{x}$ =4.35 SD=0.66), respectively.

Conclusion: This study indicates that the usual instruction collaborated with video lesson helps students to enhance their knowledge and confidence in nursing practice and can be used for self-study to improve nursing competency.

Implication: This video lesson should be applied to use in nursing students for discharging the patient with tracheostomy/caregivers and tested for knowledge and skills of the patient with tracheostomy/caregivers.

Keyword: Video lesson, knowledge, confidence in nursing practice, nursing student, tracheostomy care

ผลการเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สองในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่าย ก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและผู้ป่วยดูแล

Received: May 1, 2023

Revised: Aug 2, 2023

Accepted: Aug 21, 2023

ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์ วท.ม.¹

ลฎาภา ดีโมลล์ พย.ม.²

ศิริพร ชุนฉาย พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจและทักษะทางคลินิกของผู้เรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบ 1. คะแนนความรู้ ความมั่นใจหลังเรียนระหว่างนักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุมที่เรียนตามปกติและกลุ่มทดลองที่เรียนตามปกติควบคู่กับการใช้สื่อวีดิทัศน์ 2. คะแนนความรู้ ความมั่นใจ ก่อนและหลังเรียนในกลุ่มทดลอง และ 3. ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อสื่อวีดิทัศน์

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ประเภทสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two group controlled pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและทดลองกลุ่มละ 40 คนที่มีความเท่าเทียมกันในเรื่อง เกรดเฉลี่ย เพศ อายุ เครื่องมือ คือ 1) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแล ท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 2) แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบทดสอบความรู้ 2.3) แบบประเมินความมั่นใจ และ 2.3) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมี 1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจหลังเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.00, P < .001$) 2. ความรู้และความมั่นใจของกลุ่มทดลองหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.60, P < .001$ และ $t = -10.07, P < .01$ ตามลำดับ) 3. ความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อสื่อวีดิทัศน์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 54.23, SD = 4.55$) ด้านที่มากที่สุด คือ การนำไปใช้ ($\bar{x} = 4.73, SD = 0.45$) รูปแบบ ($\bar{x} = 4.59, SD = 0.55$) เนื้อหา ($\bar{x} = 4.53, SD = 0.49$) และส่วนประกอบ ($\bar{x} = 4.35, SD = 0.66$) ตามลำดับ

สรุปผล: การใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนนี้ช่วยให้นักศึกษาเพิ่มความรู้ ความมั่นใจและนำไปใช้เพื่อทบทวนด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: ควรนำสื่อวีดิทัศน์นี้ให้นักศึกษาใช้เตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่เจาะคอ และทำวิจัยทดสอบประสิทธิผลของสื่อต่อทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เจาะคอ/ผู้ดูแล

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์ ความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ กรุงเทพมหานคร

¹Corresponding author อาจารย์, ¹E-mail: srisuntra.j@bcn.ac.th

²อาจารย์, ²E-mail: ladapha.dem@gmail.com

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ³E-mail: sereechun@gmail.com

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

³หน่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร เป็นสถาบันอุดมศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีพันธกิจหลักด้านการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ทั้งนี้ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) ได้พัฒนาการจัดการศึกษาให้สามารถผลิตบัณฑิตที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ นอกจากการให้นักศึกษามีความรู้พื้นฐานแล้ว ยังมุ่งหวังให้มียุทธศาสตร์ความรู้ในสาขาวิชาอย่างกว้างขวางและสามารถต่อยอดความรู้เพิ่มเติมได้ รวมทั้งเป็นผู้ใฝ่ศึกษาตลอดชีวิต (Life-Long Learning) ดังนั้นวิทยาลัยจึงมีการปรับปรุงเทคนิคการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้านต่าง ๆ ให้นักศึกษาพยาบาล และในการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ผ่านมา ในการประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ได้มีการนำข้อเสนอแนะจากนักศึกษา ที่ต้องการให้มีการสอนทบทวนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นภาคปฏิบัติ ดังนั้นในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีที่ 2 ที่เป็นรายวิชาที่เริ่มเรียนในภาคทฤษฎี และพบปัญหาเรื่องการจำกัดของระยะเวลาในการสอนในหัวข้อต่าง ๆ ที่มีน้อย และมีสื่อประกอบการสอนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในหัวข้อการดูแลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติของทางเดินหายใจส่วนบน ในกลุ่มโรคที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น และผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะคอ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อนำมาใช้ประกอบการเรียนในหัวข้อนี้ ทั้งนี้เพราะความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นทักษะทางคลินิกที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ความรู้และความสามารถในการปฏิบัติจะต้องผ่านการศึกษา ค้นคว้าและทำซ้ำ ๆ จนมีความมั่นใจ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในประเทศไทยและต่างประเทศ¹⁻³ ดังเช่นการศึกษาของ Wattanachai P, Yingrengreung S² ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์การดูแลทางจมูกและปากในเด็ก พบว่าคะแนนความรู้อัตโนมัติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.47$,

$P < .001$) ทั้งนี้เพราะสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อประกอบการเรียนการสอนที่มีทั้งภาพและเสียงที่น่าสนใจสามารถเปิดดูซ้ำได้ ทำให้ผู้เรียนทบทวนเนื้อหาจนเข้าใจได้ขึ้นโดยใช้เวลาไม่นาน และการศึกษาของ Pinar G. et al³ ที่ศึกษาผลของการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์เป็นเครื่องมือทางการศึกษาต่อการรับรู้ของผู้เรียนพบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของแรงจูงใจและความสนใจในการเรียนรู้ได้มากขึ้น และมีผลบวกต่อการรับรู้ของผู้เรียนทำให้เกิดความรู้ลึกซึ้งพอใจมีกำลังใจศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองได้ รวมทั้งสามารถทบทวนในส่วนที่ไม่เข้าใจนำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้การศึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wattanachai P, Yingrengreung S.² พบว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยให้ผู้เรียนลดความผิดพลาดในการสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ได้ ดังนั้นการพัฒนาการเรียนรู้อยู่โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนการสอน จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะทางคลินิกของผู้เรียน แต่อย่างไรก็ดีพบว่าสื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียน ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่ใช้กันโดยทั่วไป⁵⁻⁶ เป็นสื่อวีดิทัศน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และเพื่อเป็นการแก้ปัญหาในเรื่องการมีสื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนต่อความรู้และความมั่นใจ และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาด้วยว่ามีความพึงพอใจระดับใด และคาดหวังว่างานวิจัยนี้จะใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษา

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความมั่นใจ หลังเรียนระหว่างกลุ่มควบคุมที่เรียนตามปกติและกลุ่มทดลองที่เรียนตามปกติควบคู่กับการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความมั่นใจก่อนและหลังเรียนในกลุ่มทดลองที่เรียนตามปกติควบคู่กับการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ต่อสื่อ

วิธีทัศนเรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ ความมั่นใจ หลังเรียนของกลุ่มทดลองที่สอนตามปกติควบคู่กับการใช้สื่อวิธีทัศน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่สอนตามปกติ
2. คะแนนความรู้ ความมั่นใจหลังเรียนในกลุ่มทดลองที่สอนตามปกติควบคู่กับการใช้สื่อวิธีทัศนสูงกว่าก่อนเรียน
3. นักศึกษากลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจต่อสื่อวิธีทัศนเรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการนำกรอบแนวคิดเรื่องความเชื่อมั่นในตนเอง โดยใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁴ มาใช้ในการวิจัย โดย Bandura กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเองนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน คือ ปัจจัยที่ 1. การประสบความสำเร็จ ซึ่งในการพัฒนาความสำเร็จของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะทำให้ นำทักษะที่ได้รับการฝึกนั้นมาใช้ได้อย่างดี ปัจจัยที่ 2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม และทำให้ผู้ที่สังเกตตัวแบบมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ได้ถ้ามีพยายามอย่างไม่ย่อท้อในการฝึกทักษะ รวมถึงลักษณะของตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้สังเกต เช่น ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ทำให้ลดความกลัวลงได้ ตัวแบบนั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โทททัศน์ การ์ตูน

หรือหนังสือ และ ปัจจัยที่ 3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เพื่อกระตุ้นให้บุคคลนั้นๆ สร้างความสามารถให้เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนมีประสบการณ์ของความสำเร็จเกิดขึ้นไปตามลำดับขั้นตอน นับเป็นวิธีการที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนารับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นได้ และ ปัจจัยที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ในทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้เกิดความกลัว และนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนที่ต่ำลง ทำให้นำไปสู่ความล้มเหลว แต่ในทางตรงกันข้าม การกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร การจัดกิจกรรมที่มีความสุข จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีมากขึ้น ทำให้ตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถและมีความพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ต่อไป

จากกรอบแนวคิดของ Bandura⁴ ดังกล่าวผู้วิจัย จึงนำแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของผู้เรียนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรขึ้นอยู่กับตัวแบบที่ได้อ่านผู้อื่นปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จนสามารถปฏิบัติทักษะที่เห็นจากตัวแบบได้อย่างมั่นใจ ทั้งนี้จากคุณสมบัติของสื่อวิธีทัศนดังกล่าวข้างต้น ที่เป็นสื่อที่มีทั้งเนื้อหา ภาพ เสียงและการเคลื่อนไหวของตัวแบบ รวมทั้งมีความทันสมัยเหมาะสมกับวัยของนักศึกษาพยาบาล สามารถนำมาใช้ประกอบการเรียนการสอนให้น่าสนใจยิ่งขึ้น รวมทั้งนักศึกษาสามารถศึกษาทบทวนซ้ำได้บ่อย ๆ ด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มความรู้ และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการเพิ่มความมั่นใจในการศึกษาผลของการใช้สื่อวิธีทัศนประกอบการเรียน เรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อวิธีทัศนเรื่องนี้ จึงนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย

สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย / ผู้ดูแล ที่ใส่ท่อหลอดลมคอก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

- เนื้อหาประกอบด้วย
- การดูแลเสมหะ
- การถอดทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน
- การทำความสะอาดแผลเจาะคอ

- ความรู้
- ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล
- ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองประเภทสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง(Pretest-Posttest Quasi Experimental Control-Group Design) เพื่อศึกษาผล การเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ต่อความรู้ ความมั่นใจในการ ปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่สอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ และศึกษาความ พึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่น 76 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 รุ่น 76 จำนวน 147 คนโดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียน เรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ปีการศึกษา 2565

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G power กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และคำนวณค่าขนาดตัวอย่างได้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง ผลของการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย ต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาพยาบาล⁷ นำตัวแปรความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา พยาบาล มาคำนวณโดยใช้สูตรของ Glass⁸ จากประชากร ทั้งหมด 147 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 66 คน เนื่องจากการวิจัย กึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย ดังนั้นจึงเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อให้มีความเหมาะสมเพียงพอ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 80 ราย เมื่อคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple

random sampling) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่ม เลขที่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อน จำหน่ายกลับบ้าน ที่ผู้วิจัยออกแบบและพัฒนาขึ้นโดยผ่าน การพิจารณาขั้นตอนต่าง ๆ จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการผลิต สื่อและผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ดังนี้ 1. การประเมินความ ต้องการสื่อที่ต้องการใช้ประกอบการเรียนของนักศึกษา 2. การออกแบบ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา รูปแบบ ส่วนประกอบ และการนำไปใช้ ดังนี้ 2.1) การเตรียม เนื้อหา โดยวางโครงสร้างของเนื้อหา คัดเลือกเนื้อหาที่จะนำเสนอ เรียงลำดับหัวข้อเนื้อหา เลือกใช้ภาษาให้เหมาะสม 2.2) การออกแบบเนื้อหา เป็นเนื้อหาด้านความรู้ และเนื้อหา ด้านทักษะและการปฏิบัติ 2.3) การออกแบบข้อคำถามสำหรับการ ประเมิน โดยต้องออกแบบให้สอดคล้องกับเนื้อหา ระดับ ความยากง่ายของวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สารการเรียนรู้ และกิจกรรมการเรียนรู้ 2.4) การออกแบบหน้าจอ เน้นความ เรียบง่าย ความสม่ำเสมอ ความชัดเจนในการนำเสนอ และความสวยงามน่าดู การใช้ภาพนิ่งกราฟิกและการใช้ภาพ เคลื่อนไหวการใช้เสียง จากนั้นลงมือผลิตสื่อขึ้นมาเป็น ต้นแบบตามที่ได้กำหนดไว้ในแผน ในขั้นนี้ผู้วิจัยร่วมในการ ผลิตสื่อกับนักเทคโนโลยีการศึกษาโดยใช้การจำลอง สถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลเสมหะ การถอดทำความสะอาด ท่อหลอดลมชั้นใน และการทำความสะอาดแผลเจาะคอ ความยาว 15 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามและแบบประเมิน จำนวน 4 ชุด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลท้อ หลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีจำนวน 18 ข้อคำถาม ชนิดตัวเลือก ก ข ค ง ทดสอบความรู้ 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลเสมหะ 9 ข้อ การถอดทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน 5 ข้อ และการทำความสะอาดแผลเจาะคอ 4 ข้อ เกณฑ์การวัดข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 0-18 คะแนน คิดคะแนนเกณฑ์ผ่านร้อยละ 60 โดยจำนวน 0-11 คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์

ชุดที่ 2 แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลท้อ หลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการ เช็ดตาของ Homsombut Y.et al⁹ ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา มีจำนวน 9 ข้อ ตัวเลือกคำตอบมี 5 ระดับ คือ คะแนน 5=มั่นใจมากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย และ 1=น้อยที่สุด โดยคะแนนรวม 9-20 แสดงว่ามีความมั่นใจในระดับต่ำ คะแนน 21-32 มีความมั่นใจในระดับปานกลาง คะแนน 33-45 มีความมั่นใจในระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลท้อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลท้อทางจมูกและปาก ในเด็กของ Wattanachai P,Yingrengreung S.² ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา มี 12 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา 3 ข้อ รูปแบบ 3 ข้อ ส่วนประกอบ 4 ข้อ และการนำไปใช้ 2 ข้อ การตอบมี 5 ระดับ คือ คะแนน 12-28 มีความพึงพอใจในระดับต่ำ คะแนน 29-44 ระดับปานกลาง คะแนน 45-60 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่บันทึกไว้ทางระบบออนไลน์

และแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความมั่นใจ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อวีดิทัศน์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่ใส่ท่อหลอดลมคอ 1 ท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน นำแบบประเมินข้างต้นมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยสื่อวีดิทัศน์ได้เท่ากับ 1 แบบทดสอบความรู้ได้เท่ากับ .97 แบบประเมินความมั่นใจได้เท่ากับ 1 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ได้เท่ากับ 1 จากนั้นนำสื่อวีดิทัศน์ และแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขตามคำแนะนำเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในปีการศึกษา 2564 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 จำนวน 30 คนแล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยแบบทดสอบความรู้ ใช้การทดสอบด้วยการหาค่า p (ระดับความยากง่าย) r (อำนาจจำแนก) ได้ค่า p เท่ากับ .60 และค่า r เท่ากับ .50 แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา กรุงเทพมหานคร พฤษภาคม 2565 รหัสการรับรองจริยธรรม BCNB-2565-02 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลต่อการเรียนการสอน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และในกลุ่มควบคุมจะได้ดูสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้เพิ่มเติมหลังประเมินผลรายวิชานี้เสร็จสิ้น เพื่อให้ได้รับความรู้เท่าเทียมกับกลุ่มทดลองต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร หลังผ่านการรับรองและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลเข้าพบครูประจำชั้น และผู้ประสานงานรายวิชาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและสอบถามความสนใจของนักศึกษาเพื่อเป็นอาสาสมัครและขอให้ลงนามด้วยการลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมตน (Inform consent form) จากนั้นเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้ **กลุ่มควบคุม** ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้อัน 3) แบบประเมินความมั่นใจ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ทำทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบหายใจส่วนบน จากนั้นผู้วิจัยจัดการเรียนให้แก่นักศึกษาโดยการเรียนตามปกติทุกหัวข้อ และให้ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ภายหลังการเรียนทันที ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที ทั้งนี้ในกลุ่มควบคุมจะได้ดูสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้เพิ่มเติมทางระบบออนไลน์หลังประเมินผลรายวิชานี้เสร็จสิ้น เพื่อให้ได้รับความรู้เท่าเทียมกับกลุ่มทดลองต่อไป และจากนั้นจะนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้เสนอไว้ในช่องทางการเผยแพร่ความรู้ออนไลน์ของวิทยาลัย เพื่อให้นักศึกษาและผู้สนใจสามารถเข้ามาศึกษาได้ และใน**กลุ่มทดลอง** ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ 3) แบบประเมินความมั่นใจ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ ทำทั้งหมด 2 ครั้งเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการเรียน และครั้งที่ 2 ในการเรียนตามปกติหัวข้อความผิดปกติของทางเดินหายใจส่วนบน รายละเอียดในกลุ่มโรคที่มี

ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น และผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะคอ ผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้านเปิดประกอบการเรียนทางระบบออนไลน์ โดยให้นักศึกษาในกลุ่มทดลองได้ดูร่วมกันในห้องเรียนทั้งหมดของเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์จากนั้นเมื่อเสร็จสิ้นการเรียนให้ตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบ 25-30 นาทีแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ และแจ้งให้ทราบว่าจะสามารถเข้าเรียนรู้เพื่อทบทวนสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้ได้ทางช่องทางการเผยแพร่ความรู้ออนไลน์ของวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ .05 โดย

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ความมั่นใจ และความพึงพอใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2) ทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ความมั่นใจภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มอิสระ (independent t-test) แต่ถ้าพบว่าคะแนนความรู้และความมั่นใจมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจะใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริก (non-parametric statistic) การทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4) วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม N = 40 และกลุ่มทดลอง N = 40)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มควบคุม (N=40)		กลุ่มทดลอง (N=40)		Mean	SD	Chi-square	P-value
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ				
เพศ	ชาย	0	0.00	3	7.50				0.000
	หญิง	40	100.00	37	92.50				
อายุ	18	1	2.50	0	0.00	19.68	.591	0.50	.000
	19	17	42.50	11	27.50				
	20	20	50.00	27	67.50				
	21	2	5.00	2	5.00				
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)	2.63-2.98	9	22.50	11	27.50	3.21	.29	.300	.960
	2.99-3.25	11	27.50	8	20.00				
	3.26-3.43	10	25.00	9	22.50				
	3.44-3.81	10	25.00	12	30.00				

จากตารางที่ 1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีสัดส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$) สัดส่วนของอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$) และสัดส่วนของเกรดเฉลี่ยสะสมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.960$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความมั่นใจหลังเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในการดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มอิสระ (Independent t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD	Std Error Mean	Independent t-test	P-Value*
คะแนนความรู้หลังเรียน				-5.003	.000*
กลุ่มควบคุม	10.23	3.158	.499		
กลุ่มทดลอง	13.38	2.425	.383		
ความมั่นใจหลังเรียน				.300	.765
กลุ่มควบคุม	35.450	4.500	.534		
กลุ่มทดลอง	36.375	5.067	.801		

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 10.23$ SD = 3.15 และ $\bar{x} = 13.38$ SD = 2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test = -5.003 P = .000) และพบว่าความมั่นใจหลังเรียน กลุ่มทดลอง

มีความมั่นใจมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 35.45$ SD = 4.50 และ $\bar{x} = 36.37$ SD = 5.06) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test = -.300 P = .765)

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความมั่นใจ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียน ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการเรียน		หลังการเรียน		Paired t-test	P-Value*
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้กลุ่มทดลอง	6.98	2.33	13.38	2.43	-14.60	.000*
ความมั่นใจกลุ่มทดลอง	29.30	3.78	36.38	5.07	-10.07	.000*

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ หลังเรียนมากกว่าก่อนเรียน ($\bar{x} = 13.8$ SD = 2.43 และ $\bar{x} = 6.98$ SD = 2.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -14.60

P = .000) และมีความมั่นใจ หลังเรียนมากกว่าก่อนเรียน ($\bar{x} = 36.38$ SD = 5.07 และ $\bar{x} = 29.30$ SD = 3.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -10.07 P = .000)

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (N = 40)

ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์	ระดับความพึงพอใจ					Mean	SD	ลำดับที่
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)			
1. ด้านเนื้อหา						4.53	0.49	3*
1.1 ชัดเจน เข้าใจง่าย	14 (35.0)	26 (65.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.65	0.48	1
1.2 เรียงลำดับเป็นขั้นตอน	20 (50.0)	20 (50.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.50	0.51	2
1.3 การถ่ายทอดน่าสนใจ เข้าใจง่าย	18 (45.0)	22 (55.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.45	0.50	3
2. รูปแบบ						4.59	0.55	2*
2.1 ชัดเจน น่าสนใจ	19 (47.5)	20 (50.0)	1 (2.5)	0(0)	0 (0)	4.45	0.55	3
2.2 ระยะเวลาเหมาะสม	25 (62.5)	15 (37.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.63	0.49	2
2.3 สะดวกต่อการศึกษ ด้วยตนเอง	28 (70.0)	12 (30.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.70	0.46	1

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องดูแลท่อหลอดลมคอสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (N = 40) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์	ระดับความพึงพอใจ					Mean	SD	ลำดับที่
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)			
3. ส่วนประกอบ						4.35	0.66	4*
3.1 การออกแบบหน้าจอ เหมาะสม สวยงาม	14 (35.0)	22 (55.0)	4 (10.0)	0 (0)	0 (0)	4.25	0.63	4
3.2 ภาพเหมาะสมชัดเจน สวยงาม	20 (50.0)	15 (37.5)	5 (12.5)	0 (0)	0 (0)	4.38	0.71	2
3.3 ขนาด สีของตัวอักษร เหมาะสม ชัดเจน สวยงาม	21 (52.5)	16 (40.0)	3 (7.5)	0 (0)	0 (0)	4.45	0.64	1
3.4 เสียงบรรยาย ดนตรีประกอบ ชัดเจน น่าติดตาม	17 (42.5)	19 (47.5)	4 (10.0)	0 (0)	0 (0)	4.33	0.66	3
4. ด้านการนำไปใช้						4.73	0.45	1*
4.1 นำไปใช้เพื่อทบทวน ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติได้	31 (77.5)	9 (22.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.78	0.42	1
4.2 ผู้เรียนสามารถควบคุม เวลาในการเรียนรู้ ได้ด้วยตนเอง	27 (67.5)	13 (32.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4.68	0.47	2

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับสูง 40 คน หรือร้อยละ 100 ($\bar{x} = 54.23$ SD = 4.55) คะแนนเฉลี่ยด้านที่มากที่สุด คือ การนำไปใช้ ($\bar{x} = 4.73$, SD = 0.45) ข้อที่มากที่สุด คือ นำไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล รองลงมา คือ ควบคุมเวลาในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ลำดับที่ 2 ด้านรูปแบบ ($\bar{x} = 4.59$, SD = 0.55) มากที่สุด คือ สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง รองลงมา คือ ระยะเวลาการนำเสนอเหมาะสม ลำดับที่ 3 ด้านเนื้อหา ($\bar{x} = 4.53$, SD = 0.49) และ ลำดับที่ 4 ด้านส่วนประกอบ ($\bar{x} = 4.35$, SD = 0.66)

อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้ความมั่นใจหลังเรียนระหว่างกลุ่มควบคุมที่เรียนตามปกติและกลุ่มทดลองที่เรียนตามปกติ ควบคุมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 13.38$ SD = 2.42 และ $\bar{x} = 10.23$ SD = 3.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test = -5.003 P = .000) และความมั่นใจหลังเรียน กลุ่มทดลองมีความมั่นใจมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 36.37$ SD = 5.06 และ $\bar{x} = 35.45$ SD = 4.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test = -.300 P = .765) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Homsombut Y.et al⁹ ในการศึกษาประสิทธิภาพการใช้

สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาในด้านความรู้ความมั่นใจและทักษะปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษา พบว่ากลุ่มที่เรียนด้วยวิธีปกติควบคู่กับการใช้สื่อวีดิทัศน์มีความรู้และความมั่นใจสูงกว่ากลุ่มที่เรียนด้วยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Lamchang S.¹⁰ ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาผู้ป่วยเด็ก พบว่าความรู้ความมั่นใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.000$) กล่าวได้ว่าสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ใช้ประกอบการเรียนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้ของ Bandura⁴ ที่นักศึกษาสามารถนำสื่อวีดิทัศน์ไปเป็นตัวแบบในการเรียนรู้เพิ่มเติม และทบทวนฝึกปฏิบัติตามด้วยตนเองได้ซ้ำๆ ช่วยให้เห็นภาพในสถานการณ์จริงและนำมาใช้เรียนเป็นกลุ่มย่อยได้ สื่อวีดิทัศน์จึงช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้มีความรู้ความมั่นใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความมั่นใจก่อนและหลังเรียนในกลุ่มทดลองที่เรียนตามปกติควบคู่กับการใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้หลังเรียนมากกว่าก่อนเรียน ($\bar{x} = 13.8$ $SD = 2.43$ และ $\bar{x} = 6.98$ $SD = 2.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.60$ $P < .01$) และกลุ่มทดลองมีความมั่นใจหลังเรียนมากกว่าก่อนเรียน ($\bar{x} = 36.38$ $SD = 5.07$ และ $\bar{x} = 29.30$ $SD = 3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.07$ $P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanachai P, Yingrengreung S.² ที่ศึกษาผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์การดูแลและทำความสะอาดปากในเด็ก พบว่าความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.47$ $P = .000$) และการศึกษาของ Lamchang S.¹⁰ ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาผู้ป่วยเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และความมั่นใจหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และจากการศึกษาของ Suddaen P.¹¹ ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการฝึกคลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความรู้หลังสูงกว่าก่อนดูสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < .05$ แสดงว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับ

การเรียนรู้ตามปกติในครั้งนี้ ช่วยให้มีการพัฒนาความรู้และความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นกล่าวได้ว่าการนำสื่อวีดิทัศน์มาใช้ประกอบในการจัดการเรียนรู้จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยพัฒนาความรู้และความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากแนวคิดการเรียนรู้ของ Bandura⁴ สื่อวีดิทัศน์ถือเป็นตัวแบบที่ดี ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเชื่อมั่นและได้เห็นตัวอย่างที่ชัดเจนนำไปทบทวนทำตามซ้ำๆ ได้เท่าที่ผู้เรียนต้องการ 3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์พบว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง 40 คน (ร้อยละ 100) มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับสูง ($= 54.23$ $SD = 4.55$) ด้านที่มากที่สุด ได้แก่ การนำไปใช้ คือ นำไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลและผู้เรียนสามารถควบคุมเวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้ด้วยตนเอง รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบ ช่วยให้สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง รวมทั้งด้านเนื้อหาและส่วนประกอบ พบว่าภาพสวยงาม ดนตรีประกอบและเสียงบรรยายชัดเจนน่าติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Homsombut Y. et al⁸ ในการศึกษาประสิทธิภาพการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาของนักศึกษาในด้านความรู้ความมั่นใจและความพึงพอใจ พบว่ามีความพึงพอใจสูงสุดในการนำไปใช้ประโยชน์ และนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับความพึงพอใจในสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้ ที่พบว่าสามารถนำไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้ และช่วยให้ควบคุมเวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้ด้วยตนเอง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanachai P, Yingrengreung S.2 ที่นักศึกษาให้ความเห็นว่าสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้เรียนลดความผิดพลาดในการสาธิตการพยาบาลต่างๆ และ Pinar G. et al³ ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นเครื่องมือทางการศึกษาต่อการรับรู้ของผู้เรียน พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์มีผลบวกต่อการรับรู้ของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความรู้ลึกซึ้งพึงพอใจ มีกำลังใจศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองได้ และ Fiorella L.¹¹ ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นเครื่องมือทางการศึกษาต่อการรับรู้ของนักเรียน พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของแรงจูงใจในการเรียนรู้ และกระตุ้นความสนใจให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าในผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าหลังการเรียนแบบปกติร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียน ระดับ

ความมั่นใจในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าการเรียนตามปกติที่มีอาจารย์เป็นผู้อธิบายและชี้แนะ การใช้คำพูดที่อาจารย์เลือกใช้และการที่อาจารย์ควบคุมบรรยากาศการเรียนรู้ให้มีความสนุกสนานและมีความสุข แม้ว่าจะไม่ได้ใช้สื่อประกอบการเรียน แต่ก็สามารถช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะตามแนวคิดของ Bandura4 ตัวแบบมีทั้งแบบบุคคลที่มีชีวิต และตัวแบบในรูปสื่อที่ช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติได้ แต่เมื่อเทียบกับกระบวนการเรียนรู้ที่มีการเพิ่มกิจกรรมการใช้สื่อประกอบการเรียนร่วมด้วย ผลที่พบ คือระดับคะแนนของความรู้ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ ก็ยังเป็นแนวโน้มที่เป็นไปในทิศทางที่ดี แสดงว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียน สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และนำไปทบทวนซ้ำๆ และช่วยยกระดับของความรู้ที่ผ่านเกณฑ์ไว้ได้อย่างดีและมีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติได้ ดังนั้นการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่สามารถช่วยพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาดังกล่าวมานี้สามารถสรุปได้ว่า การปรับปรุงการเรียนทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้านต่างๆ ให้แก่นักศึกษาพยาบาลนั้น การใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการเรียนตามปกติ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพช่วยให้นักศึกษาเพิ่มสมรรถนะในสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองได้มากขึ้น และช่วยทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมทางการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Bandura4 ที่กล่าวว่า ผลการเรียนรู้และความมั่นใจสามารถสร้างและพัฒนาได้จากการเห็นผู้อื่นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งจากตัวแบบที่เป็นบุคคล เช่น อาจารย์ผู้สอน ซึ่งทำให้สังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงหรือตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ 1-13 เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้ที่พัฒนาจากหัวข้อการเรียนรู้ทางการพยาบาล และจากผลของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ประกอบการเรียนนั้นถือเป็นตัวแบบที่ดี และเป็นวิธีการที่สามารถนำไปศึกษาทบทวนปฏิบัติซ้ำได้บ่อยๆ ได้ด้วยตนเองช่วยให้นักศึกษามีการพัฒนาทักษะได้มากขึ้น และสามารถนำทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมานั้นไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ต่อไป และการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับเรียนตามปกตินี้ยังคงเป็นเพียงเทคนิคหนึ่ง ซึ่งอาจารย์สามารถเลือกมาเพื่อพัฒนากิจกรรมในการจัดการเรียนรู้โดยการเลือกใช้สื่อที่น่าสนใจมากระตุ้นผู้เรียนให้ฝึกฝนด้วยตนเองได้มากยิ่งขึ้น แต่ทั้งนี้อาจารย์ยังคงต้องเป็นผู้ควบคุมกิจกรรม เวลาและบรรยากาศการเรียนรู้ทั้งในห้องเรียน และการวางรูปแบบเพื่อให้มีแนวทางในการช่วยให้ผู้เรียนนำไปใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ ดังนั้นอาจารย์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างฐานความรู้ความมั่นใจให้แก่นักศึกษาพยาบาล ไม่ว่าจะดำเนินการเรียนรู้ด้วยวิธีการใดก็ตาม ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษามีสมรรถนะทางการพยาบาลเพียงพอที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านวิชาการ ควรเพิ่มสื่อเทคโนโลยีที่ช่วยในการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ด้วยตนเองในหัวข้ออื่นให้มากขึ้น อย่างไรก็ตามสื่อวีดิทัศน์เรื่องนี้มีข้อจำกัดเรื่องเนื้อหาที่ซ้ำขึ้นเพื่อเป็นสื่อเพิ่มเติมในผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอที่จำหน่ายกลับบ้านเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลที่มีทั่วไป ดังนั้นการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เนื้อหาอื่น ๆ ควรพิจารณาเนื้อหาที่มีผลต่อการปรับปรุงการเรียนรู้ในหลักสูตรของสถาบัน และช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งจะเป็แนวทางให้มีการพัฒนารูปแบบและกิจกรรมการเรียนการสอนให้น่าสนใจมากขึ้น และช่วยในการพัฒนาสื่อประกอบการเรียนเรื่องอื่น ๆ ต่อไป และ**ด้านบริการ** เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล ในหน่วยงานการพยาบาลต่าง ๆ ที่มีผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอช่วยให้พยาบาล ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจและดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแล และเป็นกิจกรรมหนึ่งในการทำวิจัยกับผู้ให้บริการที่เจาะคอเพื่อหาแนวทางในการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. Mohammadi N, Farahani M, Vatandost S. Effect of videotape for home instruction on the quality of life of tracheostomy patients: A randomized clinical trial. *Journal of Medicine and Life* 2015;8(4):287-94.
2. Wattanachai P, Yingrengreung S. The development of video lesson on nasopharyngeal and oral suction in children for nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research* 2019;35(2):210-23.
3. Pinar G, Akalin A, Abay H. The effect of video based simulation training on neonatal examination competency among Turkish Nursing Students. *Emerging Science Journal* 2016;12(15):394-405.
4. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall; 1986. [cited 2023 April 4]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000>
5. Chumjamras K, Singchungchai P. The effects of discharge planning program with a family participation on caregiver's capacity of knowledge in caring for patients with tracheostomy and caregiver's satisfaction at the eye, ear, nose, throat ward of Songkhla Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018;5(1):124-34.
6. Kaewthamrong S, Hakom N. Nurse's roles in caring for patients with tracheostomy in intensive care. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(4):114-23.
7. Jungpanich A, Srisailaun O. Effects of using daily care plan video teaching on clinical self-confidence and satisfaction of nursing students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015;22(1):17-34.
8. Hedges L, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis*. London: Academic Press; 1985. [cited 2023 April 4]. Available from: https://www.academia.edu/17621684/Statistical_Methods_for_Meta_Analysis
9. Homsombut Y, Khakhuen S, White J, Jittasuttho J, Kerdchuen K, Aunprom-me S. Efficiency of an instructional video on eye care used in the course of persons with health problem practicum II in Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2020;7(2):51-64.
10. Lamchang S, Suklertrakul T, Lamchang P. Development of pediatric medication administration multimedia for nursing students. *Nursing Journal* 2019;46(1):114-25.
11. Suddaen P, Srijaiwong S, Muangliang S, Kosai N, Visitgoson J. Development of the video media to enhance childbirth skills in the maternal and newborn nursing and midwifery I subject among nursing students, Boromarajonani College of Nursing. *Uttaradit Journal of Nursing and Health Science Research* 2022;14(2):265-83.
12. Fiorella L, Stull AT, Kuhlmann S, Mayer RE. Instructor presence in video lectures: The role of dynamic drawings, eye contact, and instructor visibility. *journal of educational psychology* 2019;111(7):1162-71. doi: 10.1037/edu0000325
13. Azizan A, Hor CP, Abd Razak R, Puang S, Ahmad S, Bahakodin NA, et al. Post-operative tracheostomy care in an intensive care unit. *The Online Journal of Clinical Audits*. 2016;8(2):1-6. [cited 2023 April 4]. Available from: <https://typeset.io/papers/assessment-on-basic-post-operative-tracheostomy-care-in-19p74frkg7>

บทความวิจัย

A Multidisciplinary Team, Patients and Caregivers Preparation of the Home Chemotherapy Services for Colorectal Cancer Patients in the Situation of the COVID-19 Outbreak

Received: Feb 21, 2023**Revised:** May 17, 2023**Accepted:** Jul 20, 2023Pratsani Srikan, Ph.D.¹Daravan Rongmaung, Ph.D.²Pichet Wongrot, M.N.S.³Srisuda Ngamkham, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: The home chemotherapy service is a fast-tracked and innovative approach to serving colorectal cancer patients amidst the COVID-19 pandemic. However, due to the urgent and constrained circumstances, ensuring the safe-administration of chemotherapy for patients and their caregivers poses greater challenges for personnel.

Research Objectives: To examine the process of preparing a multidisciplinary team, patients, and caregivers in home chemotherapy services.

Research Methodology: This is a qualitative study, collecting data from 25 participants. Content analysis was used to analyze data.

Results: There were 3 phases of the multidisciplinary team preparation process, namely planning phase, pre-admission phase, and periodic chemotherapy services at home. These included team composition, team member qualification, job description, team recruitment, new knowledge and skills required, a hospital readiness assessment, knowledge and skill sharing, budget and documents preparation, patient's decision making, multidisciplinary approach, standard control, and follow-up. Patients and caregivers preparation consisted of information giving and decision-making, being cared for by a multidisciplinary team, port-A-cath preparation, first chemotherapy administration, and home support.

Conclusions: Home chemotherapy services in the situation of the COVID-19 outbreak required well prepared multidisciplinary team, patients, and caregivers. These must be relevant to the context, good team selection criteria and teamwork, joint decision by the provider and the recipient of the service and have effective communication channels to follow up with patients.

Implications: Various approaches should be explored to prepare a multidisciplinary team that can help patients manage themselves while receiving chemotherapy safely at home.

Keywords: colon cancer, home chemotherapy, Covid-19, multidisciplinary team, patient and caregivers

Funding: Health Systems Research Institute (HSRI)

¹Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions) Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand E-mail: pratsanii@gmail.com

²Corresponding author: Registered Nurse, Senior Professional Level (Knowledge Worker Positions) Boromarajonani College of Nursing, Surathani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand. E-mail: drongmuang@gmail.com

³Assistant professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand E-mail: pichet.won@mahidol.ac.th

⁴Instructor, School of Nursing, Payapiwat Institute of management, Chonburi, Thailand E-mail: nsrisuda05@gmail.com

กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

Received: Feb 21, 2023

Revised: May 17, 2023

Accepted: Jul 20, 2023

ปรีศนี ศรีกัน ประด.¹

ดราวรรณ ร่องเมือง ประด.²

พิเชต วงรอด พย.ม.³

ศรีสุตา งามคำ ประด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นนโยบายเร่งรัดและเป็นนวัตกรรมในการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 การเตรียมความพร้อมของบุคลากร ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับยาเคมีบำบัดให้เกิดความปลอดภัยในบริบทที่มีความเร่งด่วนและมีข้อจำกัดหลายด้านจึงมีความท้าทายมากกว่าปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษากระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านจำนวน 25 คน และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ มี 3 ระยะ คือ การวางแผนก่อนรับผู้ป่วย และบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ประกอบด้วยจัดองค์ประกอบของทีม กำหนดคุณสมบัติ ความรับผิดชอบ คัดเลือกบุคลากร พัฒนาความรู้และทักษะ ขอรับการประเมินความพร้อม ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ เตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ อาคารสถานที่ อุปกรณ์และเอกสาร คัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ บริหารยาและการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย ควบคุมมาตรฐานการบริการ และการติดตาม ส่วนกระบวนการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย ให้ข้อมูลและตัดสินใจ ดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความพร้อมของเส้นเลือด ให้ยาครั้งแรก และติดตามและการช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน

สรุปผล: การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต้องมีการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลให้มีความพร้อม ต้องปรับวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับบริบท คัดเลือกทีมและการทำงานเป็นทีม วางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตัดสินใจร่วมกันของผู้ให้และผู้รับบริการ และมีช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาวิธีการที่หลากหลายในการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัดที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยาเคมีบำบัดที่บ้าน โรคโควิด-19 ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ได้รับทุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

E-mail: pratsanii@gmail.com Corresponding author E-mail: drongmuang@gmail.com

¹อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก E-mail: pratsanii@gmail.com

²อาจารย์ ภาควิชา1 อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

E-mail: drongmuang@gmail.com

³อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: phichet.won@mahidol.ac.th

⁴อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ E-mail: nsrisuda05@gmail.com

บทนำ

การรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน (Home chemotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีผลในการชะลอการลุกลามของโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การบริการต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว ความพร้อมของโรงพยาบาล การทำงานเป็นทีมของบุคลากร มีความรู้ความสามารถ มีการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับการวางแผนการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และการสร้างความรู้เข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามการเริ่มให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการบริการเชิงรุกที่ปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมให้บริการไม่ว่าจะเป็นการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ และการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความท้าทายมากกว่าภาวะปกติ กล่าวคือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับบริการยาเคมีได้ที่โรงพยาบาลตามปกติ ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา เกิดความเครียดและวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้เกิดโครงการนอกระบบบริการยาเคมีบำบัดตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ในโรงพยาบาล 7 แห่งครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงผู้ป่วยในการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่บ้าน ได้รับยาเคมีอย่างต่อเนื่อง การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นการแพทย์วิถีใหม่และเป็นทางเลือกโดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถรับยาได้ตรงตามนัด เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ การริเริ่มให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในประเทศไทยครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2559 ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี เนื่องจากมีข้อจำกัดของจำนวนเตียง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ละ 30 ได้รับยาเคมีบำบัดล่าช้ากว่ากำหนดประมาณ

7 วัน¹ การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านช่วยเพิ่มความสะดวกสบายผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ยา mFolfox6 และ mFolfliri ซึ่งผู้ป่วยพบแพทย์และรับยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกประมาณ 4 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดผสมในสารน้ำปริมาณ 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำนาน 50 ชั่วโมงที่บ้าน ทุกสองสัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง โดยผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ และสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการให้เคมีบำบัดตลอด 24 ชั่วโมง และเมื่อครบกำหนด และสามารถกลับไปถอดอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลรามาธิบดี หรือพยาบาลเยี่ยมบ้านถอดอุปกรณ์ให้ ซึ่งยังคงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษา การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นการทำงานประสานกันของหลายฝ่ายทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก ประหยัดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้ชีวิตประจำวันใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและได้รับยาตรงเวลา ลดค่าใช้จ่าย ลดความแออัดในโรงพยาบาล และมีความปลอดภัย²

การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด³ ส่วนในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการประยุกต์การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามรูปแบบของโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขยายการบริการไปยังโรงพยาบาลอื่น ซึ่งมีความท้าทายและมีข้อจำกัดในการเริ่มให้บริการมากกว่าในภาวะปกติ เพราะยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย รวมทั้งความคาดหวังการบริการที่มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการเป็นสำคัญ นอกจากนั้นการเริ่มให้บริการในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 ต้องทำงานท่ามกลางความโกลาหล และข้อจำกัดในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดของงบประมาณ บุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความคุ้นชินของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลหรือแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ การเดินทางข้ามพื้นที่ของบุคลากร ในการเรียนรู้และเพิ่มทักษะเกี่ยวกับ

ยาเคมีบำบัดที่บ้าน และงบประมาณที่มีจำกัด^{4,5} ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในการขยายการดำเนินโครงการ จึงมีความท้าทายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การวางแผนการดำเนินโครงการอย่างดี มีความเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ งบประมาณ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงมีความสำคัญมาก ประกอบกับ กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลา ใช้เวลาและต้องการผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะ เฉพาะด้านในการดำเนินการ การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษา กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในบริบทของการระบาดของโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2564-เมษายน 2565 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ผู้ให้ข้อมูล

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ป่วย 8 คน ผู้ดูแล 8 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 9 คน ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 5 คน ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นลักษณะคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เป็นคำถามปลายเปิดในการค้นหารายละเอียดของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการ

เตรียมพร้อมสำหรับการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน เกี่ยวกับขั้นตอนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแลในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย เป็นการถามขั้นตอนการเตรียมการของโรงพยาบาล หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการเตรียมการ และการเตรียมบุคลากรทางสุขภาพก่อนเริ่มการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีการบันทึกเสียงการสนทนาต่อหน้า ทางโทรศัพท์ หรือการสัมภาษณ์โดยใช้โปรแกรมซูม (Zoom) ที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาพและ/หรือเสียง ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดไปยังผู้ร่วมวิจัยทางไปรษณีย์ การลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และคำถามในการสัมภาษณ์แก่ผู้ให้ข้อมูล พร้อมซองเปล่าและแสตมป์ในการพิจารณาและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และมีการนัดหมายเวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ และบันทึกประเด็นสำคัญและบันทึกเสียงของการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที มีการสอบถามข้อมูลในเชิงลึกและขอให้ผู้ให้ข้อมูลได้ขยายความที่ยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะทำการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นอ่านข้อความหรือคำบรรยายทั้งหมดจากการถอดเทป และทำการตรวจสอบความที่ยังไม่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อที่จะนำข้อความนั้นไปสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การสัมภาษณ์ดำเนินไปจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of data) และไม่มีประเด็นใหม่

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ พะเยา เอกสารรับรองเลขที่ REC No. 001 วันที่ 30 เมษายน 2564 ผู้ให้ข้อมูลได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลา ในการเก็บข้อมูล

คำตอบแทนที่ได้รับ ผ่านเอกสารชี้แจง มีการแสดงความคิดเห็นยอมรับร่วมการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ สามารถตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับในสถานที่ที่มีการจำกัดการเข้าถึง ข้อมูลที่เก็บถูกรักษาความลับและจัดเก็บอย่างปลอดภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป และบันทึกทวุก้นหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยเริ่มจากนำข้อมูลที่สัมภาษณ์มาแปลงเป็นข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ ประโยค ต่อประโยค (Verbatim) ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูล ค้นหาความหมายของคำ ประโยค หรือวรรค แล้วเขียนคำหรือวลีที่เป็นรหัส (Coding) เพื่อเป็นฐานในการลงรหัสต่อไป ระหว่างนั้นมีการกำหนดรหัสใหม่ หรือปรับรหัสเก่าให้เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรหัสที่ได้มาจัดกลุ่มหัวเรื่อง (Sub-category) ตามความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของรหัส เพื่อให้เกิดมีการจัดหมวดหมู่ (Category) ของรหัสที่เชื่อมโยงกับความหมาย และกำหนดเป็นประเด็น (Theme) มีการตีความหมาย (Interpretation) ของประเด็นที่ได้ แล้วเชื่อมโยงกับหมวดหมู่และกลุ่มของข้อมูล⁶

การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความแม่นยำ น่าเชื่อถือ และป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) โดยมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบด้านผู้วิจัย โดยสร้างความสัมพันธ์ที่กับผู้ให้ข้อมูล พยายามหลีกเลี่ยงอคติระหว่างสัมภาษณ์และตลอดกระบวนการวิจัย ด้านการวิธีการรวบรวมข้อมูล มีการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการยาเคมี

บำบัดมากที่สุด เพื่อให้สามารถเข้าใจและบรรยายลักษณะของข้อมูลที่พบได้ และด้านข้อมูลมีการตรวจสอบเพื่อข้อมูลมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) มีการบันทึกและแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือประเด็นที่นอกเหนือจากการบันทึกเสียงระหว่างผู้วิจัย มีการตรวจสอบข้อมูลระหว่างนักวิจัย (Dependability) สำหรับการยืนยันผลการวิจัย และการยืนยันข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Conformability) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงนำข้อสรุปไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

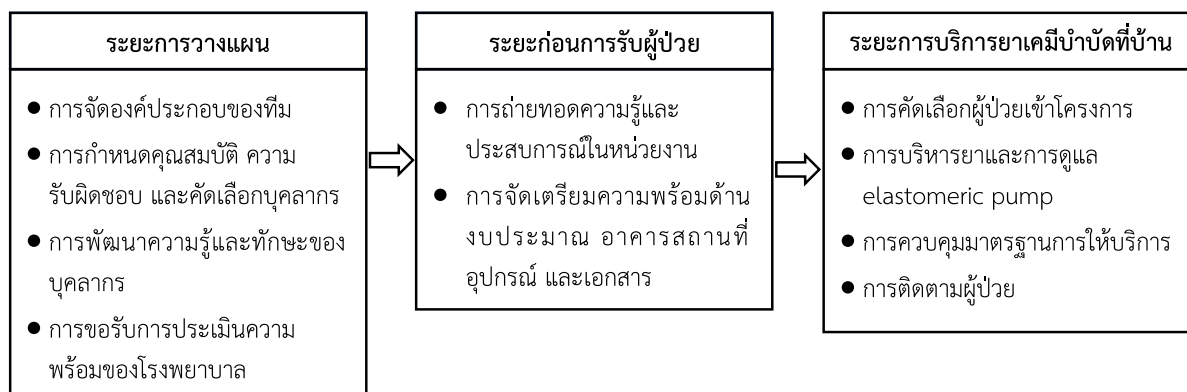
ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 60-70 ปี เฉลี่ย 65.2 ปี การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 65.2) เป็นโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 (ร้อยละ 70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60) อยู่ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน (ร้อยละ 55) และได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านครบแล้วภายใน 3 เดือน (ร้อยละ 45) ส่วนกลุ่มของผู้ดูแลมีอายุ 22-65 ปี เฉลี่ย 43.2 ปี การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 45.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 63.2) และทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวข้องกับบุคลากรในหลายฝ่าย ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ผู้รักษา เภสัชกร และพยาบาล อายุเฉลี่ย 41.2 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 90) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 55)

กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ

หลังจากที่ผู้บริหารตัดสินใจจะเริ่มให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในโรงพยาบาล ได้มีการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวางแผน ระยะก่อนรับผู้ป่วย และระยะบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. ระยะวางแผน เป็นระยะของการเตรียมการที่จะวางแผนการพัฒนาความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรของโรงพยาบาลเพื่อนำมาเตรียมความพร้อมในด้านอื่นๆ เช่น งบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์ ระเบียบการเบิกจ่าย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหลังจากที่ผู้อำนวยการและคณะกรรมการของโรงพยาบาลตัดสินใจที่จะให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การกำหนดองค์ประกอบของทีม

“คณะทำงานจะมีคณะกรรมการ มีแพทย์ เภสัชกร พยาบาลแต่ละหน่วยมาร่วมกัน มีพยาบาลที่ดูแลด้านทางศัลยกรรม พยาบาลที่ดูแลด้านทางโภชนาการคลินิก” (06-03-028)

1.2 การกำหนดคุณสมบัติ ความรับผิดชอบ และคัดเลือกบุคลากร โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเป็นหัวหน้าโครงการกำหนดคุณสมบัติและคัดเลือกบุคลากร ศัลยแพทย์ร่วมมือทำการผ่าตัดฝังสายสวนหลอดเลือดดำ เภสัชกรเตรียมยาและให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด พยาบาลหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดเป็นผู้จัดการโครงการ พยาบาลที่จะบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสั้น 4 เดือน และผ่านการอบรมการบริหารยาเคมีบำบัดหลักสูตร 10 วันหรือ 1 เดือน เจ้าหน้าที่การเงินและบุคลากรอื่นๆ รับผิดชอบในด้านเบิกจ่ายเงินและงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

“แพทย์ก็ทำหน้าที่รักษาอยู่แล้วนะ เภสัชกรก็ทำหน้าที่เรื่องการสอนการรั่วไหลของยา ผลข้างเคียงของยา บทบาทของพยาบาลในเรื่องของการแอดมินยา แล้วก็การติดตามคนไข้หลังจากที่หายกลับไปแล้ว อันนี้คือบทบาท

สำคัญของพยาบาล” (03-03-010)

“อยู่ในคณะกรรมการโครงการโฮมเคมีเค ช่วยในการจัดซื้อพัสดุที่จะมาใช้ในโครงการ แล้วก็ช่วยดูแลผู้ป่วย ช่วยบริหารยาเคมี แล้วก็เป็นคนประสานมีแพทย์ เภสัชกร ทีมธุรการ หน่วยไอทีที่จะต้องทำระบบในส่วนที่เป็นคอมพิวเตอร์ แล้วก็ต้องประสานกับทีมเยี่ยมบ้าน” (07-03-021)

1.3 การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร เป็นการจัดการอบรมให้ความรู้กับทีมแบบออนไลน์ประมาณ 1-2 วัน และไปศึกษาดูงานและลงมือฝึกทักษะที่โรงพยาบาล รามาธิบดีเป็นเวลา 1 วัน ซึ่งจะเน้นทักษะในการแทงและถอดเข็ม การทำงานของเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำแบบกระเปาะ

“คุณหมอที่รับผิดชอบโครงการก็ร่วมประชุมร่วมดูการสาธิตด้วยค่ะ ทั้งเจ้าหน้าที่เวิร์คทั้ง OPD ศัลยกรรมทุก ๆ หน่วยงานทั้งเภสัชด้วยค่ะร่วมกันดูมีการประชุมเตรียมทีมกันค่ะ” (05-03-013)

“ก็นั่งคุยกัน กำหนดแนวทาง เขียนแนวทางการทำงาน ตั้งแต่คนไข้มา การทำพอร์ต เราสื่อสารทีมใหญ่ เรามีช่องทางในการสื่อสารกันให้แพทย์ พยาบาลรับรู้ร่วมกับทางโภชนาการ ใช้แนวทางสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์หลัก ๆ คือการประชุมกรรมการของทุกส่วน” (06-03-018)

1.4 การขอรับการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล จากคณะกรรมการประเมินหน่วยบริการ กำกับติดตามมาตรฐานและความปลอดภัยในการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน จะต้องมียกแบบประเมินตนเองในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน

ซึ่งมี 2 ส่วน คือ การประเมินตนเองในการให้บริการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่จะมีการบริการ ทีมสหสาขาและคุณสมบัติ สถานที่ การเตรียมและบริหารยาเคมีบำบัด อุปกรณ์ และเครื่องแต่งกาย รวมถึงการประเมินความพร้อมในการดำเนินโครงการ ในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี

2. ระยะก่อนการรับผู้ป่วยเข้าโครงการ

2.1 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในหน่วยงาน หลังจากที่ได้รับการอบรมและดูงานแล้ว ทางทีมจะมีการนำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดให้กับบุคลากรในหน่วยงาน โดยเฉพาะการวางแผนและถอดเสริมบริเวณผิวหนัง และการติดพลาสติกเพื่อไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุด

“หัวหน้าของกลุ่มงานเคมีบำบัด จะคัดเลือกพยาบาลที่ดูแลหน่วยบริหารยาไปประชุมคุยกับพี่หัวหน้า ก็รับงานมาแล้วพี่เขาก็มาเลือกคนในหน่วยงาน เหมือนเป็นตัวอย่างให้เพื่อนก่อน คือเอาอีก 2 คน ไปเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับการให้ยาไฮโดรคิโม แล้วก็มาถ่ายทอดงานให้เพื่อน” (01-03-002)

“...ส่งเจ้าหน้าที่ไปที่รามา พี่หัวหน้าพี่ไปดูงานก็มาเทรนให้ต่อที่โรงพยาบาลค่ะ ก็มีการประชุมมีการทดสอบการดูดวัม คนที่ไปเทรนมาก็มีตัวแทนบริษัทของอิชี่ปัมมา สาธิตการใช้อุปกรณ์การทำงานของอิชี่ปัมมาว่ามันทำงานลักษณะยังไง” (05-03-015)

2.2 การจัดเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ อาคารสถานที่ อุปกรณ์ และเอกสาร ซึ่งมีการแบ่งหน้าที่ในการเตรียมเอกสารสำหรับการดำเนินการได้แก่ คู่มือการดูแลตัวเองของผู้ป่วย การยินยอมรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน การดูแลและบันทึกการดูแลบริเวณผิวหนังที่ให้ยา การเลือกเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำแบบกระเปาะให้เหมาะสม

“มีการเตรียมเรื่องข้อมูลที่จะให้คนไข้เตรียมเอกสารต่าง ๆ มีการเรียกทีมดูในเรื่องของเอกสาร แล้วก็มีการพูดคุยว่าต้องให้ข้อมูลอะไรคนไข้บ้าง เพื่อไม่เกิดเรื่อง side effect หลังให้ยา...เป็นคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย ..มีการจัดเตรียมให้เรา เราจะดูเรื่องการปฏิบัติตัวกับเรื่องของ การล้างพอร์ตก็จะดูให้” (01-03-002)

3. ระยะดำเนินการ เป็นการเริ่มวางแผนการรับผู้ป่วยเข้าโครงการ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

3.1 การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านโดยตรงจากแพทย์ที่รักษา ในขณะที่บางโรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการนี้ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

“คุณหมอจะเป็นคนคัดเลือกค่ะ ว่าคนไข้มีความมั่นใจ มีความรู้ที่สามารถดูแลตัวเอง...ก็จะคัดกรองคนไข้ แล้วก็จะมีทีมโสมเคโมมาให้คำแนะนำ มาอธิบายกับทีม ว่าเราต้องดูแลคนไข้อะไรยังไงบ้าง ให้เคมีแล้วคนไข้ทำอะไรได้บ้าง และเราต้องดูส่วนไหนเป็นพิเศษ พยาบาลหน่วยเคมีจะเป็นเหมือนพี่เลี้ยง” (07-03-019)

3.2 การบริหารยาและการดูแลเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำแบบกระเปาะ เป็นการเริ่มการบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน ซึ่งจะมีการให้ยาที่โรงพยาบาล และเริ่มยาฟลูออโรยูราซิลเป็นระยะเวลา 50 ชั่วโมง ซึ่งจะต้องดูแลให้การไหลของยาอย่างสม่ำเสมอ ในเวลาที่กำหนด ไม่เกิดการหลุด แตก หรือรั่วไหลของยา รวมทั้งไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง

“เรียนรู้ไม่ยาก เพราะว่าอาจารย์ทางคลีก็มีประสบการณ์มาก่อน ก็น่ารักเลย พอได้ตัวปัมมาใส่ยาเสร็จก็จัดการแนะนำคุณพยาบาล ก็ไม่มีปัญหาเท่าไรครับ ส่วนคุณพยาบาลต้องฝึกเพิ่มเติม มันมีโอกาสนะที่เข็มจะหลุด ต้องฝึกให้แน่นหน่อยครับ” (05-03-025)

3.3 การควบคุมมาตรฐานการให้บริการ มีการฝึกการวางแผนและถอดเสริมคอนข้างดี มีการตรวจสอบทักษะของพยาบาลในการวางแผนให้เกิดความมั่นใจและปลอดภัย

“หลักสูตรเทรนนิ่ง มีการปฏิบัติกับหุ่นจำลองมีหุ่นการใช้แทงพอร์ตด้วยค่ะ ทำในโรงพยาบาลค่ะ อุปกรณ์ก็มีบริษัทมาสาธิต และงานก็มีการตรวจสอบ...มีการควิกซันด้วย คนหนึ่งให้การดูแลคนไข้ก็มีบุคลากรคอยร่วมเช็คด้วย เราประชุมเป็นทีมเดือนละครั้งค่ะ” (05-03-015)

“ติดต่อทางบริษัทให้มาอธิบายหลักการทำงานว่ามันเป็นยังไง ... เวลามีคนไข้มาเราก็จะนิเทศน้องข้างเคียงเลย เราทำให้อุ่นก่อน แล้วก็ให้เขาทำว่าทำได้ไหมทุกคน ก็ทำได้หมดแล้วก็เข้าใจหมด” (07-03-026)

3.4 ติดตามผู้ป่วย มีการใช้หลายวิธี ได้แก่ การติดต่อทางโทรศัพท์ การสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ การมอบ

หมายเหตุการติดตามมีความแตกต่างกัน การติดตามรายบุคคล และรายกลุ่ม กล่าวคือ บางโรงพยาบาลให้พยาบาลหนึ่งติดตามผู้ป่วยคนเดิมตลอดช่วงที่ได้รับยา ในขณะที่บางโรงพยาบาล มีการมอบหมายให้พยาบาลร่วมรับผิดชอบการติดตามผู้ป่วย การติดตามอย่างใกล้ชิดเกิดขึ้นในช่วงแรกของการบริการ ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับพยาบาลได้ตลอดเวลาผ่านช่องทางต่าง ๆ การติดตามจากพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึก ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และปลอดภัย

“หัวหน้าพยาบาลต้องจัดเวร 24 ชั่วโมง คนไข้สามารถสื่อสารได้โดยวิธีทางไลน์ ต้องประเมินผู้ป่วย เวิร์ดละ 1 ครั้ง คนไข้ต้องถ่ายภาพปัสสาวะมาให้พยาบาลได้ ประเมินพอร์ต และ side effect” (06-03-022)

“เราทำงานเป็นทีมนะคะ เตรียมอุปกรณ์ เตรียมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เป็นการสาธิตการสอน คนไข้ ให้ทีมเข้าร่วมทีม พอเราเข้าใจตรงกัน ก็มีการจัดเวร เข้า-ป่วย-ดึก คอยติดตามคนไข้ และส่งกันในไลน์กลุ่ม โทรตามคนไข้มีอาการผิดปกติ” (07-03-019)

กระบวนการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ 3 และ 4 ที่แพทย์ผู้รักษาพิจารณาว่ามีความเหมาะสมกับการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน จะมีขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับการรักษาดังนี้

1. การให้ข้อมูลและตัดสินใจ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และแพทย์เสนอการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน แพทย์อธิบายแนวทางการรักษา และการผ่าตัดอุปกรณ์บนหน้าอกของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยต้องการทราบรายละเอียด พยาบาลจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาที่บ้านประมาณ 30 นาที มีการส่งเสริมความเข้าใจและความมั่นใจเกี่ยวกับการบริหารยาเคมีบำบัดและความปลอดภัยของการรักษาที่บ้าน จนผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่บ้านหลังจากได้รับข้อมูล

หลังจากที่ได้พูดคุยกับพยาบาลซึ่งให้ข้อมูล... คิดว่าจะตัดสินใจทำ 100% หมอนัดครั้งต่อไปใน 2 สัปดาห์ จึงตัดสินใจบอกหมอ” (01-02-001)

“หมอให้ข้อมูลดีมาก อธิบายว่าต้องมีการผ่าตัดใส่พอร์ต และก็บอกว่ามีความเสี่ยงอยู่บ้างเล็กน้อย แล้วจึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ” (01-01-001)

“หมอบอกต้องให้ถึง 12 ครั้ง ฟังแล้วก็ตกใจกลัว ผมนั่ง...หมอก็เลยบอกว่าคุณต้องผ่าตัดเอาพอร์ตเข้าไปข้างในนะ มีเส้นต่อเข้าไปที่หน้าอก เลยทำการผ่าตัด ดีใจที่กลับมาทำต่อที่บ้าน ถ้ามว่าดีไหม ดี ที่ได้กลับมาทำงานบ้าน” (05-01-022)

“หมอก็ให้คำแนะนำ พยาบาลก็ให้คำแนะนำ แล้วก็พูดปลอบใจว่า ไม่เป็นไรหรอก” (05-01-021)

“คุณหม่อธิบายก่อนว่าตัวนี้มันคืออะไร มันดีกับเรายังไง จะถามว่าจะเอาแบบไหนเอาวิธีใหม่ หรือจะเอาแบบธรรมดา ... คุณหมอก็อธิบายว่าเราสามารถจะไปนอนพักที่บ้านเราได้” (05-01-014)

“พยาบาลให้ข้อมูลดี ประมาณครึ่งชั่วโมง ลงได้ถามพยาบาลว่า มีใครเคยให้ยาเคมีที่บ้านบ้าง พยาบาลว่ามีก่อนหน้านี้คนนึง และเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดความแออัด รพ. ... จึงได้นำมาดำเนินการ ลงได้คุยกับภรรยา เพราะภรรยากังวล จึงได้ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ คิดว่าจะตัดสินใจทำ 100%” (01-01-002)

2. การได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลยืนยันการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน พยาบาลจะมีการให้ความรู้ สอนสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับลักษณะของอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องกลับไปที่บ้าน การปฏิบัติตัวและการดำเนินชีวิตประจำวัน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยากับโดยเภสัชกร และปรึกษาศัลยแพทย์ เพื่อนัดหมายการผ่าตัดใส่สายให้ยา แต่ในบางโรงพยาบาลที่ไม่มี ศัลยแพทย์จะต้องส่งผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดเพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในโรงพยาบาลใกล้เคียง

“พยาบาลประเมินผู้ป่วยโดยการใช้แบบประเมิน Discharge planning ด้วยวิธีการ DMETHOD พยาบาลสอนผู้ป่วยในการได้รับยาเคมีทางพอร์ตโดยใช้วิธีสาธิต และสาธิตย้อนกลับ จนผู้ป่วยสามารถทำได้ รวมทั้งอธิบายการใช้ชีวิตประจำวัน” (02-03-003)

“เค้าให้ข้อมูลหลายด้าน เรื่องการกิน รับประทาน อาหาร การใช้ชีวิต ผมเป็นคนออกกำลังกายอยู่แล้ว ก็ไม่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจเท่าไรครับ” (05-01-020)

“เภสัชกรก็จะดูแล IV และสังเกตอุปกรณ์อีซีพี้มพ์ แล้วอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ายาควรลดลงมาก

น้อยเท่าไร อธิบายเกี่ยวกับยา side effect ของยา” (02-03-004)

3. การประเมินความพร้อมของเส้นเลือดบริเวณผิวหนังที่จะให้ยา

หลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนโรงพยาบาลประมาณ 1 วัน แล้วก็ได้กลับไปอยู่ที่บ้าน และรอการหายของแผลประมาณ 3-7 วัน แล้วแพทย์ก็จะนัดหมายผู้ป่วยเพื่อประเมินแผล

“อาจารย์หมอและพยาบาล ทำการทดสอบ แล้วรอให้แผลหายดี ประมาณ 1 สัปดาห์ พยาบาลจะสอนผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ดู VDO และมี Model ของกระเปาะยาให้ได้ดูและจับ” (03-01-002)

4. การให้ยาครั้งแรก

การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลสำหรับการให้ยาครั้งแรก ทางโรงพยาบาลมีแนวทางเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านของแต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การเริ่มโครงการกับผู้ป่วยคนแรกของโรงพยาบาล จะมีการให้ผู้ป่วยกลับบ้านหลังการที่สังเกตว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติและการทำงานของเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำแบบกระเปาะปกติ แต่บางโรงพยาบาลมีนโยบายให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการในคืนแรก ส่วนการให้ยาในครั้งที่สองก็มีการให้ผู้ป่วยกลับบ้านหลังการสังเกตอาการแล้วและให้นอนค้างคืนเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยก็จะได้รับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจากผลข้างเคียงของยาทุกครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด

“ตอนทำครั้งแรกนอนโรงพยาบาลคืนเดียว เพื่อที่จะดูอาการ จากนั้นการให้ยาต้องนอนโรงพยาบาล 1 คืนของผมนะ พอตื่นเช้าก็กลับบ้าน เอายาไปด้วยพอวันที่ 3 สาย ๆ ก็เอากระเปาะออก” (05-01-023)

5. การติดตามและการช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน

มีการกำหนดให้พยาบาลในหน่วยเยี่ยมบ้านการติดตามผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 มีการติดตามและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งทีมสหสาขาที่ร่วมในทีม ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการ เภสัชกร พยาบาลในหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มัก

ติดตามทุกวันในช่วงของการรับยาที่บ้าน และผู้ป่วยสามารถติดต่อพยาบาลโดยตรงถ้ามีข้อสงสัยหรือมีอาการผิดปกติแต่ในมุมมองของผู้ป่วยคิดว่าการเยี่ยมบ้านไม่ค่อยมีความจำเป็นมากนัก เพราะผู้ป่วยสามารถติดต่อกับพยาบาลได้ค่อนข้างสะดวก และการบริหารยาเคมีบำบัดที่บ้าน ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

“เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลก็จะโทรถามผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้นเลย เพื่อถามถึงการดูแล อีซีฟัมพ์ ผลข้างเคียงของยา และการใช้ชีวิตประจำวัน” (03-01-003)

“คุณพยาบาลเขาให้ไลน์มาค่ะมีปัญหาอะไรก็โทรหา มีอาเจียน เป็นแผลนิดหน่อยก็เลยส่งไลน์ให้ดูว่าเป็นยังไง” (07-01-024)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเริ่มบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านมีทั้งหมด 3 ระยะ ระยะการวางแผน ก่อนรับผู้ป่วย และการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน เป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเน้นการทำงานเป็นทีมของบุคคล (Team-based health care) สอดคล้องกับแนวคิดของ Mitchell, Wynia (7) และการประเมินกระบวนการ (Process evaluation) (8) ซึ่งในระยะแรกมีการกำหนดองค์ประกอบของทีม ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งกระบวนการเริ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพมีการวางแผนร่วมกัน ได้แก่ ผู้บริหารอายุรแพทย์ แพทย์ด้านมะเร็ง เภสัชกร ศัลยแพทย์ พยาบาล โภชนากร เจ้าหน้าที่ธุรการและการเงิน ซึ่งทีมมีหลักการและพฤติกรรมที่สื่อถึงความคาดหวังให้องค์กรและบุคคลกระทำการในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน โดยทีมเป้าหมายร่วมกัน (Shared goals) ในการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของการระบาดของโรคโควิด-19 ทีมสหสาขาวิชาชีพมีกำหนดบทบาทที่ชัดเจน (Clear roles) ของผู้ให้บริการ มีการกำหนดหน้าที่และบทบาทของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน และมีการวางแผนการพัฒนาความรู้และทักษะให้พร้อมก่อนการให้บริการ ในขณะเดียวกันผู้รับบริการก็ได้รับการเตรียมตัว และทราบแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน นอกจากนี้การบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านยังอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust)

ถึงแม้ว่าจะมีความกังวลใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อผู้ป่วย และขาดประสบการณ์ในการให้บริการยาเคมีที่บ้าน แต่ก็ยังมีความไว้วางใจในกระบวนการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อจำกัดของการระบาดของโรคและการช่วยเหลือที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจถึงความปลอดภัยจากการให้ยาที่บ้าน โดยอาศัยช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) ในการเน้นย้ำเกี่ยวกับการจัดการอาการแทรกซ้อนขณะอยู่ที่บ้าน⁹ มีการริเริ่มใช้วิธีการสื่อสารระหว่างทีมงานและผู้รับบริการที่แตกต่างและมีหลายช่องทาง สามารถติดต่อกันได้ง่ายกว่าปกติ และมีการติดตามอย่างใกล้ชิดจากทีม อย่างไรก็ตามการเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ควรมีความชัดเจนในการกำหนดกระบวนการและผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ (Measurable process and outcomes)

การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นความท้าทายเนื่องจากการทำงานของสถานพยาบาลต้องหยุดชะงัก รวมถึงการเตรียมความพร้อมและโอกาสในการฝึกอบรมทางคลินิกนำไปสู่การยกเลิกหรือเลื่อนเวลา สถานที่ และวิธีการฝึกอบรมทางคลินิก อาจทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับประสบการณ์จริงที่จำเป็นเพื่อให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้ยาก¹⁰ ความจำเป็นในการปรับวิธีการฝึกอบรมให้เข้ากับบริบทของการแพร่ระบาดในปัจจุบัน วิธีการฝึกอบรมตัวต่อตัวแบบดั้งเดิม อาจไม่สามารถทำได้เนื่องจากข้อจำกัด จากมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม ทำให้ต้องพึ่งพาวิธีการฝึกอบรมทางเลือก เช่น หลักสูตรออนไลน์หรือการฝึกอบรมเสมือนจริง¹⁰ วิธีการเหล่านี้อาจไม่ได้มีประสิทธิภาพเทียบเท่าการฝึกอบรมในสถานการณ์จริง ดังนั้นหน่วยงานจึงต้องมีการจัดหาทรัพยากรและให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การคัดเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการทำงาน เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้และมีความพร้อมอย่างเพียงพอในการให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีดเข้าร่างกายที่บ้าน

การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วงการระบาด มีความจำเป็นในการรักษาระยะห่างทางสังคมและหลีกเลี่ยงการสัมผัสตัวต่อตัว วิธีการสอนตัวต่อตัวแบบดั้งเดิม การสอนข้างเตียงหรือการสอนแบบกลุ่มต้องพยายามหลีกเลี่ยง

ต้องปรับให้เข้ากับวิธีการสอนแบบเสมือนจริงหรือทางไกล¹¹ แต่การสอนแนวคิดและขั้นตอนทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ให้มีประสิทธิภาพผ่านหน้าจอกอมพิวเตอร์ อาจเป็นเรื่องยากที่จะประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยหรือสาธิตการใช้งานจริงผ่านการสนทนาทางวิดีโอ และผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงหรือการใช้เทคโนโลยี อาจทำให้ยากในการเยี่ยมผู้ป่วยทางไกลหรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์ อาจจำเป็นต้องจัดเตรียมวิธีการสอนทางเลือก เช่น เอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางโทรศัพท์สำหรับบุคคลเหล่านี้¹² ส่วนปัญหาทางด้านเทคนิคเกี่ยวกับบีมหรืออุปกรณ์อื่น ๆ การเลื่อนหลุดของเข็ม หรือการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย นั้นสามารถลดปัญหานี้ได้โดยการให้การสนับสนุนและคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในการจัดการกับความกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับความปลอดภัยของการให้ยาที่บ้าน ผู้ป่วยอาจลังเลที่จะรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน และต้องวิเคราะห์ระหว่างความเสี่ยงของการติดเชื้อหรือโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือข้อผิดพลาด ผู้ดูแลอาจกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและความปลอดภัยของผู้ป่วย¹² ทีมสหสาขาวิชาชีพต้องเตรียมในการให้ข้อมูลและใช้เวลาในการแลกเปลี่ยนความกังวลใจเหล่านี้ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยไม่พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่เป็นอันตรายที่รุนแรงขณะรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารที่ต้องการผลักดันการให้บริการสุขภาพในภาวะที่ไม่ปกติ การเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความพร้อมและรับมือกับสถานการณ์เร่งด่วนนั้น มีข้อจำกัดหลายด้าน ทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องมีปรับวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับบริบท มีการคัดเลือกทีมและการทำงานเป็นทีม การวางแผนการทำงานที่ชัดเจน และมีช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้งานเกิดความสำเร็จได้

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้รับบริการ

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรรับฟังข้อกังวล เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิด

ความร่วมมือ และผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเกิดความปลอดภัย

4. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกล้าใส่ใหญ่ที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ให้ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน เพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพิ่มความเป็นอิสระในการตัดสินใจและการดำเนินชีวิต เสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเอง ความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

5. ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถพัฒนาการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. แนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ในขณะที่รับบริการเคมีบำบัดที่บ้าน เช่น ความสามารถในการถอดอุปกรณ์การให้เคมีบำบัดด้วยตนเอง การจัดการอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการข้างเคียง

2. รูปแบบของการประชาสัมพันธ์โครงการที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว

3. ควรหาแนวทางที่ในการคัดเลือก ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ หรือการติดตามผู้ป่วยในช่วงของการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

References

1. Utthiya P, Sereewichayasawad N, Sirilerttrakul S. Roles of Home Health Care Nurses in Caring for Patients Receiving Chemotherapy via Central Venous Catheter at Home. Ramathibodi Nursing Journal 2019;25:119-29. (In Thai)
2. Kulthanachairojana N, Chansriwong P, Thokanit NS, Sirilerttrakul S, Wannakansophon N, Taychakhoonavudh S. Home-based chemotherapy for stage III colon cancer patients in Thailand: Cost-utility and budget impact analyses. Cancer Medicine 2021;10:1027-33.
3. Sabbagh Dit Hawasli R, Nabhani-Gebara S. Optimizing the role of ambulatory chemotherapy in response to the Covid-19 pandemic. J Oncol Pharm Pract: Official Publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners. 2020;26:2011-4.
4. Srithumsuk W, Wangnum K. "New Normal" Home Chemotherapy in Thailand: How the Challenging Roles of Nurses Are Changing? Asia Pacific Journal of Oncology Nursing 2021;8(3):340-3. doi: 10.4103/apjon.apjon_54_20
5. Laughlin AI, Begley M, Delaney T, Zinck LM, RN,, Schuchter LN, Doyle J, et al. Accelerating the delivery of cancer care at home during the Covid-19 pandemic. NEJM Catalyst Innovations in Care Deliver [Internet]. 2020; 3(12).
6. Assaroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: The description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. Journal of Nursing Research in nursing 2018;23:42-55. doi: 10.1177/1744987117741667
7. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, et al. Core principles and values of effective team-based health care. The National Academy of Medicine's NAM Perspectives National Academy of Medicine, 2012 <https://doi.org/10.31478/201210c> 2012.

8. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: D. L. Stufflebeam, T. Kellaghan, editors. *The international handbook of educational evaluation*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.; 2003.
9. Mitchell. Gary, Porter. Sam, Manias. Elizabeth. Enabling sustained communication with patients for safe and effective management of oral chemotherapy: A longitudinal ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 2021;77:899-909.
10. Friese CR, Wong M, Fauer A, Mendelsohn-Victor K, Polovich M, McCullagh MC. Oncology nurses' exposure to hazardous drugs in ambulatory settings: Case report analysis from a prospective, multi-site study. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2020;24:249-55.
11. Hanna KS, Segal EM, Barlow A, Barlow B. Clinical strategies for optimizing infusion center care through a pandemic. *Journal of Oncology Pharmacy Practice* 2020;27:165-79.
12. Chemotherapy at home: Tips for patients [database on the Internet]. 2021 [cited January 21]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/chemotherapy/chemotherapy-at-home-patient>.

บทความวิจัย

Effects of the Village Health Volunteers Knowledge and Attitude Development Program on Stroke Prevention

Received: Feb 25, 2023

Revised: Jul 4, 2023

Accepted: Aug 15, 2023

Atiya Sarakshetrin, Ed.D.¹Thippawan Pramnoi, M.N.S.²Pussadee Srathong, Ph.D.³Pitsini Mongkhonsiri, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: Stroke is a leading cause of disability and death. This study presents the usage of concept of Self-efficacy theory in the development of self-efficacy in stroke prevention among Village Health Volunteers (VHVs).

Research objectives: To examine effects of the VHVs knowledge and attitude development program on stroke prevention.

Methods: This study used a quasi-experimental pre-post design with one experimental group and one control group. Participants were 112 VHVs, 56 for each group. Data were collected at pre-test and post-test. The participants in the experimental group received the VHVs knowledge and attitude development program on stroke prevention as follows. The 1st time consisted of an activity to educate about stroke prevention and group activity to share experiences and reflect to create a good attitude. The 2nd time included an activity to increase the ability to prevent stroke. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: At post-test, between-group significant differences of knowledge and attitude were found ($p < .05$). Also, significant improvements by the experimental group participants between pre-test and post-test were found for knowledge and attitude ($p < .05$).

Conclusion: The VHVs knowledge and attitude development program could be used to promote the capability of VHVs on stroke prevention and to care for patients effectively leading to good health and well-being.

Implications: Health services should implement the VHVs knowledge and attitude development program for stroke prevention.

Keywords: knowledge, attitude, village health volunteers, stroke prevention

Funding: The project of research competencies development program of Praboromarajchanok Institute funded by the Thailand Science Research and Innovation (TSRI)

¹ Assistant Professor ¹E-mail: atiya_s@hotmail.com

² Corresponding author Instructor ²E-mail: thippawan@pckpb.ac.th

^{3,4} Instructor ³E-mail: pussadee10@yahoo.com ⁴ Instructor ⁴E-mail: dr.pitsini@hotmail.com

¹⁻³ Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

⁴ Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Received: Feb 25, 2023

Revised: Jul 4, 2023

Accepted: Aug 15, 2023

อติญาณ์ ศรีเกษตริน กศ.ด.¹

ทิพวัลย์ พราหมณ์น้อย พย.ม.²

ผุสดี สระทอง วท.ด.³

พิชญ์สินี มงคลศิริ ปร.ด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต การวิจัยนี้เสนอแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 112 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 56 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์และสะท้อนคิด สร้างทัศนคติที่ดี และครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired T test และ Independent-T test

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ นำมาสู่สุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ: หน่วยบริการสุขภาพควรนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของ อสม. เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยรุ่นใหม่ของสถาบันพระบรมราชชนก จากกองทุนส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม (สทสว.)

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ¹E-mail: atiya_s@hotmail.com

²Corresponding author อาจารย์ ²E-mail: thippawan@pckpb.ac.th

³⁻⁴อาจารย์ ³E-mail: pussadee10@yahoo.com ⁴E-mail: dr.pitsini@hotmail.com

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

⁴สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาทางสุขภาพอันดับต้นของโลกนำไปสู่การเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพนำมาสู่ภาวะการพึ่งพา¹ โดยความชุกของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ในปี 2019 มีผู้ป่วย 102 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 70% อีกทั้งยังมีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในอัตรา 47.81, 47.15, 52.97, 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ³ จากคลังข้อมูลสุขภาพ ประจำปี 2564 (Health Data Center: HDC) ของจังหวัดเพชรบุรี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 2,718 ราย คิดเป็น 3.34%⁴ ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จากนโยบายของประเทศไทย ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 ในเรื่องการพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเพื่อให้สามารถบริหารจัดการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีส่วนร่วม อีกทั้งมีการนำกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและพึ่งตัวเองได้ ซึ่งมีบุคคลสำคัญคือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถให้บริการเชิงรุก เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน และควบคุมโรค⁵ จึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้นรวมถึงการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจึงควรมีความพร้อมในหลายด้าน สำหรับบทบาทในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. นั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ครบถ้วน⁶ โดยเฉพาะเรื่องสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.6⁷ อีกทั้งพบว่ามี อสม.บางส่วนที่มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ โดย อสม. มีความเชื่อว่าชุมชนไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติงาน มากถึงร้อยละ

89.63 ทำให้ อสม. เกิดทัศนคติด้านลบต่องานส่งเสริมสุขภาพ⁸ สมรรถนะของ อสม. ดังกล่าวทั้งในส่วนความรู้และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานนั้นมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อประชาชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากหาก อสม. มีสมรรถนะไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ประชาชนเกิดความไม่มั่นใจในคำแนะนำและการดูแลต่าง ๆ จาก อสม. สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบให้ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้เพื่อป้องกันโรคได้⁹⁻¹⁰ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ และทัศนคติของ อสม. จึงมีความสำคัญอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการส่งเสริมพัฒนา อสม. ด้านความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานมีหลายรูปแบบ ซึ่งสิ่งหนึ่งซึ่งช่วยในการพัฒนา อสม. คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลการปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ การพัฒนาความรู้ นำสู่การสะท้อนคิด ก่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาด้วยตนเอง ร่วมกับการสร้างทัศนคติที่ดีโดยใช้พื้นฐานของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย กิจกรรมบรรยาย สื่อวีดิทัศน์ การเล่นเกม จัดกิจกรรมกลุ่ม การจำลองสถานการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ การสาธิตฝึกปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. ที่เสนอให้เห็นว่าทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เกิดความเชื่อมั่นและตระหนักในความสามารถของตนเอง มีส่วนในการพัฒนาความรู้ และทักษะในการปฏิบัติต่าง ๆ¹² อีกทั้งยังพบว่าการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนมีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การดูแลของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้นทำให้เห็นว่าโรคหลอดเลือด

สมองนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญ โดย อสม. เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรค ซึ่งพบว่า อสม. ยังมีบางส่วนที่พร่องความรู้และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน แม้ว่าจะมีการศึกษาที่ผ่านมามีการพัฒนาสมรรถนะ อสม. แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มีการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาประยุกต์ใช้ทั้งในการพัฒนาทั้งส่วนของความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ แบนดูรา¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การใช้ประสบการณ์เดิม สะท้อนความคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอดและการประยุกต์ใช้ นำมาเป็นแนวทางจัดกิจกรรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความสามารถ และมีความมั่นใจเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันและลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและด้านสาธารณสุขของประเทศ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹⁴ โดยการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองจะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 วิธี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาสร้างเป็นโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. คือ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (mastery experience) เกิดจากการลงมือปฏิบัติโดยตรง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถ

แห่งตนของบุคคลได้ ดังนั้นจึงมีการจัดประสบการณ์ ให้ อสม. ได้มีการฝึกปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และได้ให้ อสม. ได้เล่าถึงความสำเร็จความภูมิใจในการปฏิบัติ 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) โดยการสังเกตตัวแบบหรือบุคคลอื่นที่แสดงพฤติกรรมและได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ โดยลักษณะตัวแบบเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ตัวแบบภายในกลุ่มของ อสม. เล่าประสบการณ์ให้ฟัง และร่วมฝึกปฏิบัติ ตัวแบบจะส่งเสริมให้ อสม. สะท้อนคิด เสริมสร้างแรงจูงใจ เกิดความมั่นใจและสร้างทัศนคติที่ดี 3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการบอกให้ข้อมูล โดยการให้ข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมกับการใช้คำพูดที่เสริมแรง ชักจูง และสะท้อนคิดให้เกิดการตกผลึกของความรู้ ส่งผลให้ อสม. เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากขึ้นได้ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยการกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกที่เป็นประสบการณ์ของความสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น ทั้งในส่วนของด้านความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะด้านทัศนคติ โดยทำกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้พร้อมคู่มือ และวีดีโอในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์ และกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ฐาน คือ ฐานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ฐานการปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และฐานการประเมินสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งในทุกกิจกรรมจะมีการสอดแทรกการกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก ส่งผลให้ อสม. เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1

โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. กิจกรรมให้ความรู้พร้อมคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสื่อวีดีโอในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. กิจกรรมกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์สะท้อนคิด เสริมสร้างแรงจูงใจและสร้างทัศนคติที่ดี
3. กิจกรรมเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ฐาน คือ
ฐานที่ 1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
ฐานที่ 2 การปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ฐานที่ 3 การประเมินสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการภาวะฉุกเฉิน

1. ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. อสม.ที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง
2. อสม.ที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ให้ระดับอำนาจการทดสอบที่ (Power of test) .80 ค่าขนาด

อิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) .50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 51 คน และการป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁵ เป็นกลุ่มละ 56 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง จะมีทั้งสิ้น 112 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อสม. อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลห้วยสะพาน อำเภอเมืองและตำบลไร่ไร่สะท้อน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้ 2) อสม.ที่ไม่สามารถอยู่ร่วมวิจัยตลอดช่วงการศึกษา เช่น มีภาวะเจ็บป่วย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2) คู่มือและสื่อวีดีโอในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- ผู้วิจัยมีการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹⁴ เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการเตือน สาเหตุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพหน่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนตำบล ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา มีค่า Content validity เท่ากับ 0.93 และมีการนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว การได้รับความรู้ การอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประสบการณ์ในการทำงานเป็น อสม. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบสอบถามของ ญฐา เขียวปิว และคณะ¹² โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีการนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสูตร KR 20 เท่ากับ .818 เป็นลักษณะข้อคำถามเลือกคำตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” จำนวน 22 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง ระดับความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของ อสม. ที่มีต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ ชนิตา เตชะปัน และคณะ⁹ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีการนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .814 จำนวน 24 ข้อ แปลผลคะแนนตามหลักของลิเคิร์ต (Likert Scale) 1-5 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานสูงมาก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพิทักษ์สิทธิให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี COA PCKCN REC No.18/2565 ลงวันที่ 25

กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และผ่านการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยจากสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี PBEC No.31/2565 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยในการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความสามารถถอนตัวได้ในทุกกรณี โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเป็นความลับ โดยจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายใต้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล โดยมีการประสานงานกับพื้นที่ในการคัดเลือกรายชื่อ อสม. แบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง โดยเมื่อผู้วิจัยพบ อสม. จะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 56 คน ที่ได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยตามปกติจากสถานพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ อสม. ตอบแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแบบทดสอบทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) ใช้เวลา 30 นาที และนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบ อสม. และขอความร่วมมือให้ตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง และแบบทดสอบทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-test) ใช้เวลา 30 นาที

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง จำนวน 56 คน ที่ได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยตามปกติจากสถานพยาบาลร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ อสม. ตอบแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และแบบ

ทดสอบทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นจัดกิจกรรมตามโปรแกรม โดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹⁴ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นลักษณะการบรรยายให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม และกิจกรรมกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์การดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยตั้งคำถามกระตุ้นให้ อสม. แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามการรับรู้และประสบการณ์ของ อสม. โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ภายในกลุ่ม ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดี ได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ และมีการกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก เกิดการสะท้อนคิดร่วมกันสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการเสริมแรง ให้กำลังใจ จากนั้นให้คู่มือวีดิโอในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มอบคู่มือในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และนัดหมายอีก 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ฐาน ใช้เวลา ฐานละ 50 นาที ดังนี้ ฐานที่ 1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ฐานที่ 2 การปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และฐานที่ 3 การประเมินสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการภาวะฉุกเฉิน เป็นลักษณะเกมทายภาพลักษณะอาการเจ็บป่วย เพื่อประเมินสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และให้ อสม. วิเคราะห์ตัดสินใจในการดูแลช่วยเหลือ โดยทั้ง 3 ฐาน อสม. ได้มีการฝึกปฏิบัติ เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม และเห็นตัวแบบที่ดี เพื่อส่งเสริมด้านความรู้ และมีการกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก ใช้คำพูดชักจูงส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในแต่ละฐานเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์และชัดเจน เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม อสม. ตอบแบบทดสอบหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บรรยายให้ทราบถึงลักษณะข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ สถิติ (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.3 อายุเฉลี่ย 54 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 โดยมีประสบการณ์ในการทำงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.5 รวมถึง อสม. เคยได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 68.75 ได้แก่ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 49.35 รองลงมาคือ แหล่งความรู้จากเอกสาร แผ่นพับ คู่มือโรงพยาบาล ร้อยละ 45.45 ซึ่งพบว่า อสม. เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น ร้อยละ 7.79 และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 27.7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.60$, $df = 55$, $P < .001$) และมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.08$, $df = 55$, $p\text{-value} = < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังทดลอง (N = 56)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired p-value* t-test	
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	16.66	3.13	19.05	2.29	7.60	.000*
ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	91.48	7.91	96.85	7.34	9.08	.000*

*p-value < .05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 7.43$,

$df = 110$, $P < .001$) และมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($t = 3.11$, $df = 110$, $p\text{-value} = .002$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและ หลังการทดลอง (n = 112 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 56)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 56)		Independent- test	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนทดลอง	16.66	3.13	15.96	2.59	1.28	.203
หลังทดลอง	19.05	2.30	15.68	2.50	7.43	.000*
ทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนการทดลอง	91.48	7.91	91.35	9.29	.077	.939
หลังการทดลอง	96.85	7.34	91.80	9.68	3.11	.002*

* p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยสามารถอธิบายได้จากการนำ

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน¹⁴ นำมาประยุกต์ใช้ในการเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้แก่ อสม. พบว่าการส่งเสริมด้านความรู้มีส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสภาพ¹⁶ โดยการพัฒนาความรู้ที่เกิดจากความประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำ การได้รับข้อมูลความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมกับการเสริมแรง ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางบวก¹⁴ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จนตกผลึกเป็นความรู้ของตนเอง ซึ่งวิจัยได้มีการส่งเสริมความรู้แก่ อสม. ในรูปแบบการบรรยายแบบมีส่วนร่วม มอบสื่อวีดีโอ คู่มือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ อีกทั้งมีกิจกรรมฝึกทักษะ 3 ฐาน 1) ฐานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยการฝึกการคัดกรองจากสถานการณ์ กรณีศึกษา 2) ฐานการปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อสม. ได้มีการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม เช่น การเลือกสุตรอาหาร เครื่องปรุงอาหาร เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และ 3) ฐานการประเมินสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ และสามารถแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ได้ ส่งเสริมให้ อสม. เกิดความรู้ภายในตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง⁸ และจากการศึกษาการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังทดลอง อสม.มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง¹³ และการศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ร่วมกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ส่งเสริมให้เกิดความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)¹² รวมทั้งการศึกษาศักยภาพสมรรถนะ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการใช้ฐานการเรียนรู้ ส่งผลให้ อสม. มีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷ การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ส่งผลให้เกิดการดูแลประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนในความดูแลเกิดความเชื่อถือเป็นตัวของ อสม. จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีได้¹⁸

ผลของโปรแกรมต่อค่าเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้จากการวิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาด้านทัศนคติแก่ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การทำกิจกรรมร่วมกันในช่วงกิจกรรมฐานกลุ่มย่อย รวมถึงการได้เห็นตัวแบบที่ดี และถูกกระตุ้นด้วยคำพูดเสริมแรงเชิงบวก จะส่งผลให้ อสม. เกิดความพึงพอใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง อยากมีการเรียนรู้ต่อยอด และนำมาสู่การเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน^{13, 19} สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง พบว่าภายหลังการทดลอง อสม. มีความรู้และความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น⁶ สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ส่งผลให้ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน⁹

สรุปการวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้และทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเกิดความรู้ความเข้าใจ และรับรู้สมรรถนะของตนเอง นำสู่ความมั่นใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเมื่อได้รับการถ่ายทอดความรู้ ร่วมกับได้คิดวิเคราะห์ผ่านประสบการณ์เดิมของตนเองและจากบุคคลอื่น ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอีกทั้งได้ฝึกปฏิบัติลงมือกระทำด้วยตนเองในแต่ละฐาน ก่อให้เกิดการคิดตัดสินใจ นำมาสู่การตกผลึกของความรู้ที่ถูกต้อง สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการส่งเสริมความรู้และทัศนคติของ อสม. โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ทำให้ อสม. เกิดความรู้ ความเชื่อมั่น เกิดทัศนคติ

ที่ดีต่อการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยหน่วยบริการด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในพื้นที่หน่วยบริการ โดยมีการจัดกิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนาของ อสม. รวมถึงบริบทของหน่วยบริการของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาติดตามศักยภาพของ อสม. เป็นระยะ เช่น ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน และระยะของการได้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

References

1. Guzik A, Bushnell C. Stroke epidemiology and risk factor management. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology 2017;23(1):15-39.
2. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke 2022;17(1):18–29.
3. Division of Non Communicable Diseases. Mortality and morbidity statistics of non-communicable diseases (NCD). [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>. (in Thai).
4. Phetchaburi Provincial Health Office. Non-Communicable Diseases (NCD) [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 15]. Available from <https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
5. Division of Non Communicable Diseases. National Non-Communicable Disease Prevention and Control Strategic Plan 5 Year (2017-2021). Nonthaburi: Emotion Art company; 2558. (in Thai)
6. Jarupisitpaiboon C, Premmasawat N, Pesungnoen A, Rungnoei N, Dankul P. Guidelines for Potential Development of Village Health Volunteers to Prevent Stroke in a Risk Group. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2020;30(3): 74-89. (in Thai)
7. Yanti N, Sirirat C. Factors Associated with Behaviors of Stroke Prevention among Village Health Volunteers, in a Sub-District, Sam Chuk District, Suphanburi Province. Journal of Safety and Health 2018;11(2): 23-32. (in Thai)
8. Sithisart W, Tetjativaddhana P, Kitreerautiwong. Factors related to the performance of village health volunteers in non-communicable disease control. Journal of Health Science Research 2015; 9(1): 25-31 (in Thai)
9. Tachapun C, Rattanapunya S, Jaitai S. Effect of Empowerment Program of the Village Health Volunteers to Implementation of Community Health Education in Papai Municipality, Sansai District, Chiang Mai Province [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2018. (in Thai).
10. Nuchanart N, Petcharak S, Chaovalit S. Competencies Development of the Village Health Volunteers of Suphanburi Province. Journal of MCU Peace studies 2018;6(2): 768-79. (in Thai)

11. Khuanloy P, Piyabunditkul L. Effectiveness of Village Health Volunteer's Competency Development Program for Stroke Prevention Among Hypertensive Patients in Sa Pradu Subdistrict Wichian Buri District Phetchabun Province. *Romphruek Journal* 2021;39(3): 101-25. (in Thai)
12. Chiangpiew N, Boonchieng W, Aungwattana S. Effects of Participatory Learning Regarding Stroke Prevention on Knowledge and Self-efficacy among Village Health Volunteers. *Nursing Journal* 2018;45(1):87-99. (in Thai)
13. Phinyo P, Phinyo K, Janhauna S, Aphiphatkan W, Sayawat T, Akkarsetsakull A. The Effectiveness of Self-Efficacy Enhancement Program on Knowledge, Attitudes and Behaviors of the Village Health Volunteers Providing the Long Term Care for the Elders, Khon Kaen province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37(3): 109-120 (in Thai)
14. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
16. Kraikaew S, Suwanual P, Sopa S, Phrakhruthirathamphimo. The Role of The Village Health Volunteers of Promoting Public Health Khun Thale Sub-District Mueang District Suratthani Province. *Journal of MCU Nakhondhat* 2020; 7(12): 69-81.
17. Thipsungwan K, Sribenchamas N, Lamuk P. Effects of the Development Competency Program of Volunteer for Taking Care of the Elderly in Community. *Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University* 2018; 12(1): 275-91. (in Thai)
18. Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR, et al. Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: A systematic review. *American journal of public health* 2016;106(4):3-28.
19. Inpant S, Sorndee S, Khongruangrat Y, Wangmun W, Juntarasuk C, Hemchanan N, et al. Empowerment Program to Develop Competency on Knowledge and Performance in Community of Village Health Volunteers (VHVs). *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin* 2020; 10(1):43-53.

บทความวิจัย

Factors related to foot ulcers of type 2 diabetic patients in diabetes clinics

Kullapungha Chosivasakul Dip. ACNP¹Peangjai Siyod B.N.S²Warangkana Taapasanan B.Sc. (Physical Therapy)³Nittaya Sethavaranon B.Sc. (Food, Nutrition)⁴

Received: Jun 6, 2023

Revised: Aug 18, 2023

Accepted: Aug 21, 2023

Abstract

Introduction: Diabetic foot ulcer in diabetic patients with uncontrolled glucose levels is a major complication affecting the risk of infection, leading to foot amputation and finally affecting the quality of life of the patients and relatives

Objective: To study factors related to foot ulcers in type 2 diabetic patients with uncontrolled glucose in the diabetes clinic.

Research methodology: The research design was a cross-sectional survey study. Three hundred fifty type 2 diabetic patients aged between 40-70 years with an HbA1C level of 8% or higher were simply random sampled into the study at Diabetes clinic, Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital. Research tools included: 1) Personal information; 2) Foot care behaviors and 3) Assessing the risk of foot ulcers by looking at the feet, checking the pulse, and testing the sensation of the feet. Data were analyzed by descriptive statistics. Factors related to the incidence of foot ulcers were analyzed by using Chi-square statistics.

Results: The incidence of diabetic foot ulcers in diabetic patients with uncontrolled glucose levels was correlated with loss of sensation in the feet, hard skin, and cracked heels ($p < 0.01$); followed by body mass index, smoking, decreased blood circulation in the feet, deformed feet, and foot care behaviors ($p < 0.5$).

Conclusion: The incidence of diabetic foot ulcers is associated with many factors. Preventing foot ulcers is necessary to reduce foot amputation. However, diabetic patients should take part in taking care of their feet.

Recommendations: The multidisciplinary team responsible for the diabetes clinic should arrange a service to assess the risk of foot ulcers for diabetic patients as well as provide advice on foot care for diabetic patients at risk for foot ulcers.

Keywords: factors associated, foot ulcers, type 2 diabetic patients

Funding: Boromarajonani College of Nursing Bangkok

¹Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand. E-mail: kallapungha.c@bcn.ac.th

²Registered Nurse. E-mail: phiahg1@hotmail.com

³Physical Therapy. E-mail: Warangkana.PT@gmail.com

⁴Food, Nutrition. E-mail: Nittaya 178.33@hotmail.com

²⁴Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital. Samut prakan, Thailand.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน

Received: Jun 6, 2023
Revised: Aug 18, 2023
Accepted: Aug 21, 2023

กัลปิงหา โซสิวสกุล วพ.ย.¹

เพ็ญใจ ศรียอด พย.บ.²

วรางคณา ตาปสนันท์ กก.³

นิตยา เศรษฐวรานนท์ วท.บ.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อนำไปสู่การสูญเสียเท้า และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน อายุระหว่าง 40-70 ปี ที่มีระดับ HbA1C ตั้งแต่ 8% ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ จำนวน 350 คน เลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการดูแลเท้า และ 3) ประเมินเท้าจากแบบประเมินด้วยการดูเท้า คลำชีพจร และทดสอบความรู้สึกที่เท้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลที่เท้าทดสอบด้วยสถิติไคสแคว์

ผลการวิจัย: การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยดังต่อไปนี้ การสูญเสียความรู้สึกที่เท้า เท้ามีหนังหนาแข็ง และส้นเท้าแตก ($p<0.01$) รองลงมาคือดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การไหลเวียนที่เท้าลดลง ลักษณะเท้าผิดปกติ และพฤติกรรมการดูแลเท้า ($p<0.5$)

สรุป: การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย การป้องกันก่อนการเกิดแผลที่เท้าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยลดปัญหาการถูกตัดเท้า ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานควรมีส่วนร่วมดูแลเท้าของตนเอง

ข้อเสนอแนะ: ทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน ควรจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าเท้า ตลอดจนการให้คำชี้แนะด้านสุขอนามัยการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง

คำสำคัญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ แผลที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

¹Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
E-mail: kallapungha.c@bcn.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญ E-mail: phiahg1@ hotmail.com

³นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ E-mail: Warangkana.PT@gmail.com

⁴โภชนาการปฏิบัติการ E-mail: Nittaya 178.33@ hotmail.com

²⁴โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สัตหะยานนท์ สมุทรปราการ ประเทศไทย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง International Diabetes Federation (IDF Diabetes Atlas)¹ ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2573 ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 643 ล้านคน และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2588 เป็น 783 ล้านคน¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยความชุกโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583² เบาหวานเป็นโรคที่ไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ และหลอดเลือดฝอย³ ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมของการเกิดแผลที่เท้า ส่งผลให้เกิดอัตราป่วยจากการติดเชื้อแผลที่เท้าและตายภายใน 5 ปีหลังจากถูกตัดเท้าสูงมากกว่าร้อยละ 70⁴ ผู้ป่วยร้อยละ 50 ต้องทนทุกข์จากการแผลติดเชื้อและอาจนำมาซึ่งการสูญเสียเท้าภายใน 1 ปี⁵ กรณีที่แผลติดเชื้อลุกลามถึงกระดูกหรือมีแผลเนื้องอกตายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.4 เท่าในระยะเวลา 4 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ตั้งแต่ระดับ 8% ขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดเท้ามากขึ้น⁶ การเกิดแผลที่เท้านอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียอวัยวะนำมาซึ่งความพิการเกิดความท้อแท้ต่อภาพลักษณ์ความไม่มั่นใจในตนเอง⁷ สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้าเฉลี่ยคนละ 80,000 บาท⁸ การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากผลการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานแสดงให้เห็นปัจจัยด้านอายุ การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี สูบบุหรี่ ระยะเวลาการเป็น

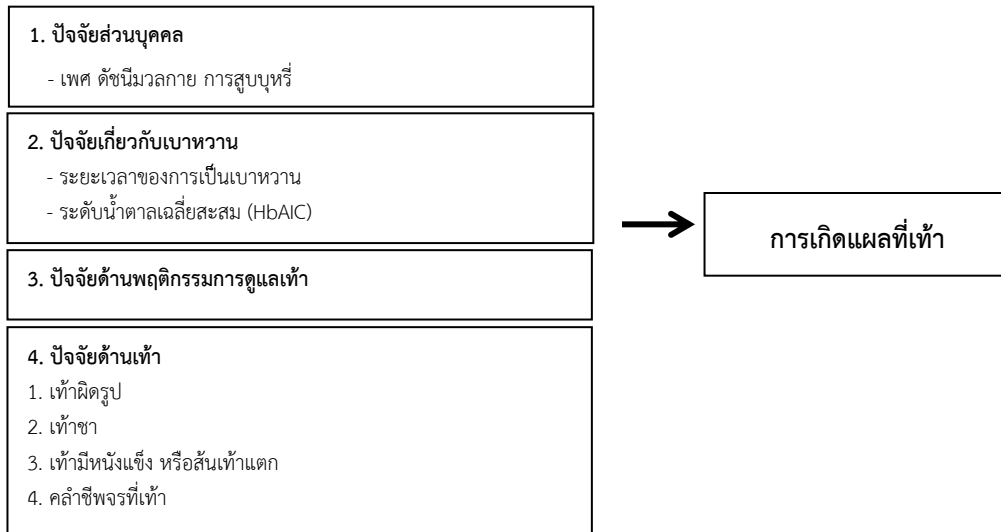
เบาหวาน พฤติกรรมดูแลเท้า ลักษณะเท้าผิดปกติ การรับรู้ความรู้สึกของประสาทส่วนปลายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า⁹⁻¹⁰

โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทย์ยานนท์ มีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลที่เท้าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2562 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 0.08, 0.04 ,0.12 และร้อยละ 0.34 ตามลำดับ¹¹ การเพิ่มขึ้นของการเกิดแผลที่เท้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และค่าใช้จ่าย การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทั่วไป ซึ่งยังขาดการศึกษาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 8% ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลที่เท้าและเสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะ ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลเท้า และประเมินการเกิดแผลที่เท้า สรุประดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในผู้ป่วยทุกรายตามแบบประเมิน ที่ตรงกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยเพื่อนำข้อมูลไปใช้หาแนวทางป้องกันการเกิดแผลใหม่และลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลลุกลามต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด แนวทางสำหรับสหวิชาชีพสำหรับการป้องกันและการจัดการเท้าเบาหวาน¹² ร่วมกับใช้แนวคิดพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดแผลที่เท้า⁵ กำหนด ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับเบาหวาน ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลเท้า และปัจจัยด้านเท้า ตามแผนผังที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนผังที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1,710 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 และอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.21 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลปานกลางคำนวณจากค่า $df = 2^{13}$ ได้ 287 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวม 345 คน โดยนำรายชื่อผู้ป่วย 1,710 คน ที่มีคุณสมบัติมาทำการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใส่ลำดับที่ตามรายชื่อ ใช้คำสั่งสุ่มเลือกตามหมายเลขที่ได้จนครบ 345 คน ในวันคลินิกเบาหวานรายชื่อผู้ป่วยที่ถูกสุ่มได้จะได้รับการชี้แจงข้อมูล รับการสัมภาษณ์

ตรวจประเมินการเกิดแผลที่เท้า และสรุปความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เนื่องจากมีผู้ป่วยสนใจรับการตรวจประเมินแผลที่เท้ามาก ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 350 ราย

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

มีดังนี้ 1) วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อายุระหว่าง 40-70 ปี 3) HbA1C ตั้งแต่ 8% ขึ้นไป 4) ไม่เคยมีประวัติถูกตัดอวัยวะ 5) สติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ 6) เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้ ไม่สามารถพูด และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ จะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลเท้า ประยุกต์มาจาก ญรัฐศดา คติชอบ^๖ ซึ่งมีค่าความตรงของเนื้อหา 0.93 ค่าความเชื่อมั่น 0.83 จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมทางบวก จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมทางลบจำนวน จำนวน 10 ข้อ ประเมินค่า 5 อันดับ (Rating scale) มีพฤติกรรมทางบวกและทางลบ คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 46.8-60 อยู่ในระดับดี คะแนน 33.4-46.7 อยู่ระดับปานกลาง และ คะแนน 20-33.3 อยู่ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเกิดแผลที่เท้าและนำมาสรุปความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า จำนวน 10 ด้าน ตามแนวทางมาตรฐาน¹⁴ 27 ข้อ ให้คะแนน 1 คะแนน เมื่อพบความผิดปกติ เช่น มีแผล เท้าผิดรูป เท้าชา คล้ำซีพอร์ที่เท้าไม่ได้ เท้ามีหนังหนา เป็นต้น และให้คะแนน 0 คะแนน เมื่อตรวจไม่พบความผิดปกติ นำมาจัดกลุ่มตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า 3 ระดับ เสี่ยงต่ำคือไม่มีแผล ลักษณะเท้าและการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าปกติ เสี่ยงปานกลาง ตรวจความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ ซีพอร์ที่เท้าบวม และเสี่ยงสูงมีแผลที่เท้าและมีเท้าผิดรูป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์หลอดเลือด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวโรคเบาหวาน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการดูแลแผล) ที่มีประสบการณ์ดูแลแผลผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจสอบคุณภาพมีดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเท้าด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ และแบบประเมินการเกิดแผลที่เท้าและนำมาสรุปความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจำนวน 10 ด้าน 27 ข้อ เลือกข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบข้อคำถามตามจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำ ปรับเนื้อหาให้ที่มีความเหมาะสมตามข้อเสนอ

2. ความเที่ยง (Reliability) 2.1) แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลเท้าด้วยตนเองจำนวน 20 ข้อ ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรในการวิจัย จำนวน 30 ราย จังหวัดนครปฐม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) เท่ากับ 0.788 และผลการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 350 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.789 และ 2.2) แบบประเมินการเกิดแผล ที่เท้าและนำมาสรุปความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจำนวน 10 ด้าน จำนวน 27 ข้อ และการประเมินความรู้สึกที่เท้าด้วยอุปกรณ์ 10g-monofilament ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดที่ได้ผ่านการอบรมตรวจประเมินเท้า ทำการทดสอบผู้ป่วยคนเดียวกันโดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน และเครื่องมือ 10g-monofilament อันเดียวกัน ทดสอบผู้ป่วยจำนวน 10 คน นำผลบันทึกผลการประเมินเท้าที่

ตรงกันและไม่ตรงกันและจำนวนการประเมินที่มีความคลาดเคลื่อนจากการทดสอบมาลงบันทึก และหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดทั้ง 2 คน ได้ค่า Reliability Coefficient 0.86 ซึ่งมีความเที่ยงระหว่างผู้ตรวจทั้ง 2 คน ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดเก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์ พร้อมอ่านข้อคำถามใช้เวลา 10 นาที และตรวจประเมินเท้าใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครวิจัย ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร เลขที่ BCNB2562-16 วันที่ 6 กันยายน 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์อย่างชัดเจน หากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมตน ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอึดอัดใจในการตอบคำถาม สามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในข้อนั้น ๆ ได้ หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติไคสแคว์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.7 เพศชายร้อยละ 26.3 อายุเฉลี่ย 61.95 ปี อาชีพส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้านแม่บ้านร้อยละ 56.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.4 การศึกษาในระดับประถม 1-6 ร้อยละ 70.3 น้ำตาลเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 9.80% น้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากที่สุดคือ 19.5% ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 8-10.5% ร้อยละ 72.3 ระดับน้ำตาลปลายนิ้วมีค่าเฉลี่ย 179.93 mg/dL น้ำหนักเฉลี่ย 69.28 กิโลกรัม และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 50.9 สวมรองเท้าฟองน้ำแบบหุ้มเท้า ร้อยละ 65.35

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลเท้า 6 ด้าน ภาพรวมพฤติกรรม การดูแลเท้ามีคะแนนพฤติกรรม การดูแลเท้าใน

ระดับต่ำ (คะแนน 20-33.3) ร้อยละ 59.4 รองลงมาระดับปานกลาง (คะแนน 33.4-46.7) ร้อยละ 34.9 และระดับดี (คะแนน 46.8-60) ร้อยละ 5.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเท้ากับ 33.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.19 คะแนนพฤติกรรมสูงสุด 56 คะแนน คะแนนพฤติกรรมต่ำสุด 22 คะแนน

ส่วนที่ 3 การตรวจเท้าพบแผลที่เท้าร้อยละ 41.7 ส้นเท้าแตกร้อยละ 45.14 เท้าผิดรูป ร้อยละ 20.3 ลักษณะเท้าที่ผิดรูปพบมากที่สุดคือ Claw toe ร้อยละ 6.8 รองลงมาคือ Hallux valgus ร้อยละ 2.8 ตามด้วย Charcot foot ร้อยละ 2.6 และ Pescavus ร้อยละ 0.6 การประเมินการรับรู้ความรู้สึกของเท้าด้วย 10 g- monofilament พบเท้าชา ร้อยละ 55.7 คลำชีพจร Dorsalis pedis คลำได้เบา ร้อยละ 19.4 และคลำไม่พบร้อยละ 1.7

คลำ Posterior tibia คลำได้เบา ร้อยละ 24.3 และคลำไม่พบ ร้อยละ 2.6 ตำแหน่งแผลที่พบแผล คือ เท้าด้านหน้า นิ้วเท้า หลังเท้า ตาตุ่ม ร้อยละ 57.3 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ร้อยละ 54 รองลงมามีความเสี่ยงในระดับต่ำ ร้อยละ 34 และความเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 12

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ ได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกที่เท้า เท้ามีหนังเท้าหนาแข็ง และมีส้นเท้าแตก รองลงมาคือ $p\text{-value} < .05$ ได้แก่ การไหลเวียนเลือดที่เท้าเท้าผิดรูป พฤติกรรมการดูแลเท้า ค่าดัชนีมวลกายและการสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า (n = 350 คน)

ปัจจัย	แผลที่เท้า		χ^2	p-value
	มี จำนวนคน (%)	ไม่มี จำนวนคน (%)		
1. ปัจจัยส่วนบุคคล				
1.1 เพศ				
หญิง (N=258) (73.71%)	101 (39.15%)	157 (60.85%)	2.205	.175
ชาย(N=92) (26.29%)	44 (47.83%)	48 (52.17%)		
1.2 การสูบบุหรี่				
สูบ (N=31) (8.86%)	19 (61.30%)	12 (38.70%)	5.530	.019
ไม่สูบ (N=319) (91.14%)	126 (39.50%)	193 (60.50%)		
1.3 ดัชนีมวลกาย				
ปกติ (BMI 18.5-23.0 กก/ตรม.)			10.319	.006
(N=66) (18.86%)	37 (56.01%)	29 (43.93%)		
	มีจำนวนคน (%)	ไม่มีจำนวนคน (%)		
ท้วม (BMI 23.01-29.99 กก/ตรม.)			59 (33.90%)	115 (66.10%)
(N=174) (49.7%)	59 (33.90%)	115 (66.10%)		
อ้วน (BMI > 29.99 กก/ตรม.)			49 (44.55%)	61 (55.45%)
(N=110) (31.42%)	49 (44.55%)	61 (55.45%)		
2. ปัจจัยเกี่ยวกับเบาหวาน				
2.1 ระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน				
<6ปี (N=133) (38%)	51 (38.35%)	82 (61.65%)	.875	.646
6-15ปี (N=137) (39.14%)	60 (43.80%)	77 (56.20%)		
>15ปี (N=80) (22.86%)	34 (42.50%)	46 (57.50%)		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า (n = 350 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	แผลที่เท้า		χ^2	p-value
	มี จำนวนคน (%)	ไม่มี จำนวนคน (%)		
2.2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)				
8-10.5 % (N=247) (70.57%)	103 (41.70%)	144(58.30%)	.026	.873
มากกว่า 10.5 % (N=103) (29.43%)	42(40.78%)	61(59.22%)		
3. ปัจจัยพฤติกรรมกรรมการดูแลเท้า				
ระดับต่ำ (คะแนน20-33.3)				
(N=197) (56.3%)	88 (44.68%)	109 (55.32%)	4.774	.055
ระดับปานกลาง (คะแนน33.4-46.7)	(N=133) (38 %)	53 (39.85%)	80 (60.15%)	
ระดับดี (คะแนน46.8-60)	(N=20) (5.7 %)	4 (20%)	16 (80%)	
4. ปัจจัยด้านเท้า				
4.1 ด้าน Peripheral Neuropathy				
4.1.1 Motor Neuropathy เท้าผิดรูป (Foot deformity)				
ผิดรูป (N=69) (19.70 %)	36 (52.17%)	33(47.83%)	4.089	.043
ไม่ผิดรูป (N=281) (80.30 %)	109(38.79%)	172(61.21%)		
4.1.2 ด้านSensory neuropathy สูญเสียความรู้สึกที่เท้า (Loss of protective sensation)				
ปกติ (N=155) (44.23 %)	38(24.50%)	117(75.50%)	32.79	.000 **
ผิดปกติ (N=195) (55.77 %)	107(54.90%)	88(45.10%)		
4.1.3 ด้านAutonomic neuropathy ส้นเท้าแตกหรือ มีหรือมีหนังแข็ง				
1.3.1 ส้นเท้า				
แตก(N=158) (45.14 %)	79(50.00%)	79(50.00%)	8.721	.003
ไม่แตก (N=192) (54.86 %)	66(34.38%)	126(65.62%)		
1.3.2 หนังเท้าหนาแข็ง				
มี (N=175) (50 %)	90(51.43%)	85(48.57%)	14.424	.000 **
ไม่มี (N=175) (50 %)	55(31.43%)	120(68.57%)		
4.2 ด้าน Vascular microvascular การไหลเวียนเลือดที่เท้า จากการคลำชีพจรที่เท้า				
ปกติ (N=257) (73.43 %)	95(37.00%)	162(63%)	8.354	.015
เบา (N=88) (25.14%)	48(54.55%)	40(45.45%)		
ไม่พบ (N=5) (1.43 %)	2(40%)	3(60%)		

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

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย ($X^2 = 10.319$) และด้านการสูบบุหรี่ ($X^2 = 5.530$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ ($p < 0.05$) อภิปรายได้ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเท้าร้อยละ 49.7 รองลงมาภาวะอ้วน ร้อยละ 31.42 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคอ้วนลงพุงสูงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมากทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินในเลือดลดลงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเป็นตัวทำนายการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วน¹⁵ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดส่วนปลายมีผลต่อการไหลเวียนไปที่อวัยวะส่วนปลายตามทำให้เกิดเท้าชา ความรู้สึกที่เท้าลดลงจึงเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าภาวะอ้วนมีผลต่อการเกิดแผลที่เท้า¹⁶ ด้านปัจจัยด้านสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า เนื่องจากสารพิษที่อยู่ในบุหรี่ส่งผลต่อการทำงานของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้เกิดการหดตัวเกิดการรวมกันของคาร์บอนมอนอกไซด์และฮีโมโกลบินก่อให้เกิดคาร์บอกซีฮีโมโกลบินซึ่งทำให้ออกซิเจนในเลือดลดลง มีผลต่อความสามารถในการนำเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงขาลดลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและเหนียวทำให้การไหลเวียนของเลือด¹⁷ ความรู้สึกลดลงเท้าชาเสี่ยงต่อการเกิดแผลได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า¹⁷

2. ปัจจัยเกี่ยวกับเบาหวานระยะเวลาของการเป็นเบาหวานและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า ($p > 0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อยู่ป่วยทุกคนมีประวัติเป็นเบาหวานมานานระยะเวลาเป็นมานานระหว่าง 6-15 ปี และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ระดับ 8% ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกัน จึงทำปัจจัยด้านระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลาของการเป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล¹⁸

3. ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) ($X^2 = 4.774$) จากพฤติกรรมการดูแลเท้าอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 59.4 ไม่เคยตรวจดูเท้าว่ามีความผิดปกติหรือมีแผลเกิดขึ้นหรือไม่ การไม่ล้างเท้าหรือทำความสะอาดเท้าเช็ดเท้าทุกวันทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรค พฤติกรรมการเดินเท้าเปล่าทำให้เท้าสัมผัสกับพื้นไม่รู้สึกเจ็บปวด เมื่อมีแผลผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บกลายเป็นแผลเรื้อรัง รวมถึงพฤติกรรมการสวมรองเท้าฟองน้ำแบบหุคืบที่เสี่ยงต่อการเกิดการเสียดสีที่ง่ามนิ้วเท้า ทำให้เท้ามีโอกาสสัมผัสความชื้นได้ง่าย โดยเฉพาะที่ซอกนิ้วเมื่อมีแผลจะยากต่อการสังเกตเห็น การมีบาดแผลซึ่งเป็นทางผ่านให้เชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลเท้าไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล^{10, 19}

4. ปัจจัยด้านเท้า ปัจจัยด้านเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.01$) 1) การสูญเสียความรู้สึกที่เท้า ($X^2 = 32.79$) พบร้อยละ 55.7 เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 10.76 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปลายประสาทเสื่อมมากขึ้น เท้าชาไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกจากของแข็งหรือแหลมคม ความร้อนหรือเย็นตลอดจนแรงกดทับที่ผิดปกติเมื่อเสียดสีหรือถูกกดทับยังคงใช้ชีวิตและเดินลงน้ำหนักบริเวณที่มีแผล ทำให้เกิดแผลและกลายเป็นแผลเรื้อรังและติดเชื้อลุกลามตามมา²⁰⁻²¹ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าสูญเสียความรู้สึกที่เท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า²²⁻²³ และ 2) หนึ่งเท้าหนาแข็ง ($X^2 = 14.424$) พบ ร้อยละ 50 เกิดจากประสาทอัตโนมัติเสื่อมทำให้การควบคุมต่อมเหงื่อเสียไป การผลิตเหงื่อน้อยลงทำให้ผิวเท้าแห้ง หนาและแข็งกระด้างตามมา ทำให้เกิดแรงกดหรือเสียดสีอย่างต่อเนื่องต่อชั้นผิวหนังที่อยู่ลึกเข้าไปข้างใน แรงกดที่เท้าเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดแผลกดทับที่ฝ่าเท้า^{19,23} สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al²³ พบว่าผู้ป่วยที่มีหนึ่งเท้าแข็งหรือหนึ่งเท้าหนามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้มากขึ้น

สำหรับปัจจัยด้านเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ 1) การมีสันเท้าแตก ($X^2 = 8.721$) พบร้อยละ 45.14 จากประสาทอัตโนมัติเสื่อมทำให้การควบคุมต่อมเหงื่อเสียไป ผลิตเหงื่อน้อยลง นำไปสู่รอยแยกของผิวหนัง เกิดสันเท้าแตกตามา

สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าในระดับต่ำ ไม่ทำความสะอาด สะอาด และตรวจเท้า ไม่สวมรองเท้าทำให้ผิวหนังแตกเกิดแผลตามมา²³ 2) คลำชีพจรที่เท้าได้เบา ($\chi^2 = 8.354$) พบร้อยละ 25.14 จากความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลายในหลอดเลือดฝอย ทำให้หลอดเลือดสูญเสียการควบคุมการไหลเวียนโลหิต ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่เท้าลดลง เท้าเย็นและเท้าชาและนำไปสู่การเกิดแผล สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยพบว่า การไหลเวียนที่ส่วนปลายลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าตามมา²⁴⁻²⁵ 3) เท้าผิดปกติ ($\chi^2=4.089$) ตรวจเท้าพบ Claw toe พบร้อยละ 6.8 จากการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายการสั่งการเสียทำให้กล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรง การทำงานของกล้ามเนื้อเท้าผิดปกติ ฝ่อลีบ กล้ามเนื้อฝ่าเท้าบางลง นิ้วเท้าจึงงอลงพื้นทำให้เกิดการเสียดสีและแรงกดทับที่ปลายของนิ้วทำให้เกิดแผล²⁵ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมรองเท้าฟองน้ำแบบหุ้มร้อยละ 65.35 ทำให้ต้องใช้แรงกดลงที่เท้ามากขึ้นเวลาเดินเท้าจึงงอ ทำให้ นิ้วเท้างอและงอขึ้นทำให้เกิดการเสียดสี และจากการไม่เคยตรวจเท้าจึงไม่ได้สังเกตความผิดปกติจนเกิดแผล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีเท้าที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าตามมา²⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง บางรายไม่ได้รับประเมินผลที่เท้า ขาดการสังเกตเท้าไม่ทราบว่ามีแผล จึงเสนอว่าควรส่งเสริมให้มีการออกแบบการคัดกรองการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบการให้คำชี้แนะ การดูแลด้วยตนเอง ในตั้งแต่เริ่มต้นก่อนการเกิดแผล

2. จากผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลที่เท้าพบว่า มีหลายปัจจัยและความสัมพันธ์กัน การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในกลุ่มเสี่ยงสูง ควรออกแบบการจัดบริการที่เป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งการตรวจประเมินเท้า การสอนความรู้ เรื่องการควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและการเลิกสูบบุหรี่ และการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าในกลุ่มเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาค้นคว้าปัจจัยด้านเท้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มากที่สุด ข้อเสนอแนะควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเท้าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

References

1. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS Ninth edition 2021. [internet]. 2021 [cited 2023 March 11];1-141. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf.
2. Ratsarn C. Current situation and cooperation to reform diabetes care in Thailand. [Internet]. 2021 [cited 2023 March 11];1-20. Available from: https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/sustainable_business/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20value/PDF/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017_TH.pdf
3. Farmaki P, Damaskos C, Garmpis N, Garmpi A, Savvanis S, Diamantis E. Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. Curr Cardiol Rev. [Internet]. 2020 [cited 2023 March 11];249-251. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7903505/>
4. Anthanon P. Foot Complications in Diabetic Patients. CIM Journal. 1-5 [Internet]. 2018 July [cited 2023 Aug 11]. Available from: <https://cimjournal.com/confer-update/foot-diabetic/>

5. Habibu RA, Uloko AE, Gezawa ID, Ramalan MA, Muhammad FY, Abubakar UI, et al. Health-related quality of life of persons with diabetic foot ulcers in a cosmopolitan city in northwestern Nigeria. *Annals of African medicine*. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 20];1-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9671181/>
6. Lin C, Liu J, Sun H. Risk factors for lower extremity amputation in patients with diabetic foot ulcers: A meta-analysis. *PLoS One*. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 20];1-15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32936828/>
7. Samrannet, W., Thamduangsri, P., & Chansri, P. The Nurse's Role in Preventing Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Nursing, Siam University*. 2020;21(40):71-82. (in Thai).
8. Thiratarapong W, Srisawasdi G. Epidemiology and Direct Costs of Diabetes Related Lower Extremity Amputations at Siriraj hospital. *ASEAN J Rehabil Med*.2008;18(22):65-69. (in Thai).
9. Khatichop N. Factors Influencing Daily Foot Behaviors Among Diabetic Persons with Peripheral Neuropathy Community. [Thesis for Master of Nursing Science] Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017.(in Thai).
10. Chaisuwan W, Suthitham N, Hmuntha S, et al Prevalence of Diabetic Foot Ulcers and Related Factors in Diabetes Patients at Out-Patient Department Somdech Phra Pinklao Hospital. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2016;41(1):1-15. (in Thai).
11. Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital. Register of diabetic patients who underwent finger and leg amputations in a diabetes clinic.(2016-2019) 1-30. (in Thai).
12. Wang A, Lv G, Cheng X, Ma X, Wang W, Gui J, et al. Guidelines on multidisciplinary approaches for the prevention and management of diabetic foot disease (2020 edition). *Burns Trauma*. [Internet]. 2020 Sep [cited 2023 Aug 81-52]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7336185/pdf/tkaa017.pdf>
13. Charles Zaiontz . Effect Size for Chi-square Test. [Internet].2023 Sep [cited 2023 May 15];1-10. Available from: <https://real-statistics.com/chi-square-and-f-distributions/effect-size-chi-square>.
14. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, Monteiro-Soares M, Senneville E; IWGDF Editorial Board. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update).[Internet]. 2023 May [cited 2023 Aug 8] Available from: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>
15. Khamchata L ,Dumrongpakapakorn P, Theeranut A. Metabolic Syndrome: Dangerous signs required management. *Srinagarind Med J* 2018; 33(4): 386-95. (in Thai).
16. Bedilu D, Woldemichael K, Nemera G. Prevalence and Factors Influencing Diabetic Foot Ulcer among Diabetic Patients Attending Arbaminch Hospital, South Ethiopia. *J Diabetes Metab*. [Internet]. 2018 [cited 2023 May 15]1-7. Available from: <https://www.iomcworld.com/open-access/prevalence-and-factors-influencing-diabetic-foot-ulcer-among-diabetic-patients-2155-6156.1000322.pdf>

17. Liu M, Zhang W, Yan Z, Yuan X. Smoking increases the risk of diabetic foot amputation: A meta-analysis. *Exp Ther Med*. [Internet]. 2018 [cited 2023 May 15] 1680-1685. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774386/>
18. Choeisuwat V, Puruttham N, Mwanta S. Prevalence of Diabetic Foot Ulcers and Related Factors in Diabetes Patients at Out-Patient Department, Somdech Phra Pinklao Hospital. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2016;43 (1):1-16. (in Thai).
19. Goodall RJ, Ellauzi J, Tan MKH, Onida S, Davies AH, Shalhoub J. A Systematic Review of the Impact of Foot Care Education on Self Efficacy and Self Care in Patients With Diabetes. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 15];282-292. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32660807/>
20. Raja JM, Maturana MA, Kayali S, Khouzam A, Efeovbokhan N. Diabetic foot ulcer: A comprehensive review of pathophysiology and management modalities. *World J Clin Cases*. 2023 Mar 16;11(8): 1684-1693. [Internet]. 23 Mar [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10037283/>
21. Nongmaithem M, Bawa AP, Pithwa AK, Bhatia SK, Singh G, Gooptu S. A study of risk factors and foot care behavior among diabetics. *J Family Med Prim Care*. [Internet]. 2016 Sep [cited 2023 May 15] 399–403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843849/>
22. Sloan, G., Selvarajah, D. & Tesfaye, S. Pathogenesis, diagnosis and clinical management of diabetic sensorimotor peripheral neuropathy. *Nat Rev Endocrinol*. [Internet]. 2021 Jul [cited 2023 May 15] 400–420. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843849/>
23. Zhong A, Li G, Wang D, Sun Y, Zou X, Li B. The risks and external effects of diabetic foot ulcer on diabetic patients: A hospital-based survey in Wuhan area, China. *Wound Repair Regen*. [Internet]. 2017 Sep; [cited 2023 May 17]; 858-863. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843849/>
24. Mounkum S, Srisopa P, Kunsongkeit W, Ponpinij P, et al. Factors Influencing Microvascular Complications among Persons with Type 2 Diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(2)74-84. (in Thai).
25. Tang UH, Zügner R, Lisovskaja V, Karlsson J, Hagberg K, Tranberg R. Foot deformities, function in the lower extremities, and plantar pressure in patients with diabetes at high risk to develop foot ulcers. *Diabet Foot Ankle*. [Internet] 1-16. 2015 [cited 2023 May 20];1-16 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26087865/>

บทความวิจัย

Effects of The Innovative Insulin Injection Point Plates and LINE Application on Insulin-Penfill Injection Ability and Fasting Plasma Glucose among Diabetic Patients

Received: Apr 2, 2023
Revised: Jun 11, 2023
Accepted: Jul 20, 2023

Khunphitha Juns evg, M.N.S.¹
Arunrat Utaisang, M.N.S.²
Yuwanuch Gulatee, DIT³

Abstract

Introduction: Proper insulin injection is indispensable to achieving adequate control of diabetes mellitus and preventing complications. Errors in insulin administration may result in treatment ineffectiveness.

Research objectives: To study the effects of innovative insulin injection point plates and the LINE application on insulin-penfill injection ability and fasting plasma glucose levels among patients with diabetes mellitus (DM).

Research methodology: This study was two-group quasi-experimental research based on a pretest and posttest design with a comparison group. The sample was patients with type 2 diabetes aged 18-60 years. The sample was selected through purposive sampling, divided into experimental and control groups by simple random sampling with 12 participants in each group. The control group received standard routine care, and the experimental group received standard care along with the utilization of insulin injection point plates and the NKP Smart DM care application. Data were collected from May 2022 to January 2023. The instrument of this study was the outcomes encompassed modifications in insulin-penfill injection proficiency. The acquired data underwent analysis using the Mann-Whitney U Test, Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks test, and paired t-test.

Results: The results indicated that the participants in the experimental group showed a significant increase in score on ability for insulin injection at 8 weeks compared to the control group. Furthermore, the experimental group had better posttest insulin injection ability than at pretest with statistical significance ($p < .05$). In terms of fasting plasma glucose levels, the participants in the experimental group

Funding: Research and Development Institute Nakhon Phanom University

¹Corresponding author: Lecturer, E-mail: Khunphitha_j@npu.ac.th

²Lecturer, E-mail: takky.arunrat@gmail.com

³Associate Professor, E-mail: y.gulatee@ecu.edu.au

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand

³Faculty of Management Sciences and Information Technology, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand

had a significant reduction in fasting plasma glucose levels ($\bar{X} = 202.50$, $SD = 54.75$) compared to pretest ($\bar{X} = 282.83$, $SD = 48.59$), but there was no statistically significant difference compared to the control group.

Conclusions: The innovative insulin injection point plates and the NKP smart DM care application enhances the usability of insulin pen injections, but it has no impact on fasting plasma glucose levels in diabetic patients.

Implications: Nurses can actively facilitate continuous coaching by employing the inventive insulin injection point plates and the NKP Smart DM care application to promote the proficiency of insulin-penfill injection usage, and should consider extending the duration of study to assess the effectiveness of blood glucose control in diabetic patients.

Keywords: innovation, Insulin-Penfill injection ability, fasting plasma glucose, diabetic patients

ผลของนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถ การใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกาและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของ ผู้ป่วยเบาหวาน

Received: Apr 2, 2023
Revised: Jun 11, 2023
Accepted: Jul 20, 2023

กุลพิธาน จุลเสวก, พย.ม.¹

อรุณรัตน์ อุทัยแสง, พย.ม.²

ยวนุช กุลาคี, DIT³

บทคัดย่อ

บทนำ: การฉีดยาอินซูลินอย่างถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความผิดพลาดในการฉีดยาอินซูลินอาจส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาล้มเหลวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถ การใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18-60 ปี คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับใช้นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ ชื่อ NKP smart DM care กลุ่มละ 12 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบแมนนิตนีย์ ยู สถิติทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีความสามารถในการใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และมีความสามารถในการใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร หลังทดลอง ($\bar{X} = 202.50$, $SD = 54.75$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 282.83$, $SD = 48.59$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปผล: นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ช่วยเพิ่มความสามารถการใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกา แต่ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรใช้นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ในการส่งเสริมความสามารถ การใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกา และควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาประสิทธิภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: นวัตกรรม ความสามารถในการใช้ยาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกา ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ผู้ป่วยเบาหวาน

แหล่งทุน สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยนครพนม

¹Corresponding author อาจารย์ E-mail: Khunphitha_j@npu.ac.th

²อาจารย์ E-mail: takky.arunrat@gmail.com

³รองศาสตราจารย์ E-mail: y.gulatee@ecu.edu.au

¹⁻²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

³คณะวิทยาการจัดการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของโลกทั้งในมิติของอัตราป่วยและการเสียชีวิต ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1,344.59 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 1,528.91 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 21.96 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 24.55 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 สำหรับจังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 1,137.28 ต่อแสนประชากร¹ และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 36.46 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 42.63 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564²

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า รวมไปถึงการสูญเสียอวัยวะ³ จึงต้องมีการดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose: FPG) อยู่ในช่วง 70-130 mg/dL และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) < 7% เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยหลักการดูแลรักษาโรคเบาหวานปัจจุบันมี 2 วิธีคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย และการรักษาแบบใช้ยาโดยเริ่มต้นด้วยยาชนิดรับประทาน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แพทย์จะพิจารณาให้ได้รับการฉีดอินซูลินร่วมด้วย ตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดจะทำให้ภาวะ glucose toxicity ลดลงและ beta cell สามารถทำงานได้ดีขึ้น⁴ ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความรู้ และสามารถใช้อินซูลินอย่างถูกต้อง

ความสามารถการใช้อินซูลินชนิดปากกา (Insulin-Penfill injection ability) หมายถึง พฤติกรรมหรือทักษะการฉีดอินซูลินชนิดปากกาของผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้อง

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การบรรจุหลอดยาอินซูลิน 2) การใส่หัวเข็มฉีดยาอินซูลินและการไล่ฟองอากาศ 3) การตรวจความพร้อมใช้งานของปากกาฉีดอินซูลิน 4) การตั้งขนาดยา และ 5) การฉีดอินซูลิน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้อินซูลินได้อย่างถูกต้อง ถูกเวลา ถูกขนาด และถูกเทคนิค⁵ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบอุบัติการณ์การฉีดอินซูลินชนิดปากกาไม่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ ที่พบบ่อยคือ ลืมฉีด ฉีดซ้ำตำแหน่งเดิม ไม่ปรับขนาดยาตามคำสั่งการรักษา⁶⁻⁷ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลินเฉพาะที่ตามมา ทั้งความเจ็บปวด ฟกช้ำ มีเลือดออก แผล หรือภาวะก้อนแข็งจากไขมันได้ผิวหนัง (lipo-hypertrophy)⁸ ทำให้การดูดซึมอินซูลินลดลง ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมความสามารถการใช้อินซูลินชนิดปากกาที่ถูกต้องจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้อินซูลินชนิดปากกาได้

อินซูลินจะดูดซึมได้ดีในบริเวณที่มีเนื้อเยื่อไขมันมาก โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง จึงมีการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้อินซูลินได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ดังเช่น การพัฒนานวัตกรรม GPs Insulin ของ Karakes และคณะ⁹ ซึ่งมีลักษณะเป็นแผ่นซิลิโคนวางบริเวณหน้าท้องสำหรับเตือนตำแหน่งการฉีดอินซูลิน โดยผู้ดูแลหรือผู้ป่วยต้องใช้สติ๊กเกอร์ติดในตำแหน่งที่ฉีดไปแล้วเพื่อป้องกันการฉีดซ้ำตำแหน่งเดิม ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้หากลืมเปลี่ยนตำแหน่งติดสติ๊กเกอร์ นอกจากนั้นยังพบการพัฒนานวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการใช้อินซูลินของผู้ป่วยผ่านสื่อการสอน ได้แก่ เอกสารคู่มือและวิดีโอ¹⁰ รวมทั้งการให้ความรู้หรือติดตามผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ smartphone¹¹⁻¹² อย่างไรก็ตามนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นดังกล่าวยังไม่พบการระบุตำแหน่งฉีดอินซูลินให้ผู้ผู้ป่วยทราบในการฉีดอินซูลินในแต่ละครั้ง โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องจดจำตำแหน่งในการฉีดอินซูลิน

ด้วยความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงผู้คนทั่วโลก ทำให้การใช้ smartphone และ mobile application ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพหรือการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนอย่างแพร่หลาย¹³⁻¹⁴ แอปพลิเคชันไลน์ (Line) เป็นแอปพลิเคชันหนึ่งที่ใช้ใช้สมาร์ทโฟนจำนวนมากต่างดาวน์โหลดมาไว้ใช้ในการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน ซึ่งนับว่าเป็นแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายและมีฟังก์ชันหลากหลาย¹⁵ สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นช่องทางในการแจ้งเตือนการฉีดอินซูลินให้ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกตำแหน่งได้ ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำการใช้ mobile application เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถให้ข้อมูลและช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถฉีดอินซูลินชนิดปากกาด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเทคนิค¹⁶

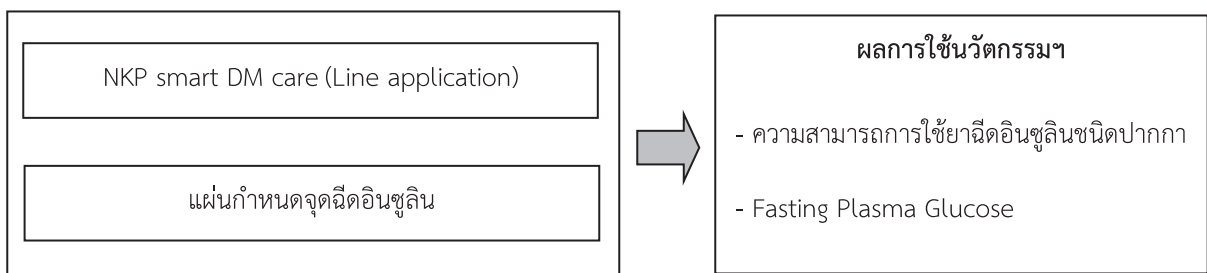
ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาและแอปพลิเคชันไลน์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถฉีดอินซูลินได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดหรือชะลอโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลินหรือจากโรคเบาหวานได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการใช้อาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้และไม่ใช้นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการใช้อาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกาและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังใช้นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการพัฒนานวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดยาอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ครั้งนี้ ได้พัฒนาตามแนวคิดพื้นฐานที่ต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถฉีดอินซูลินได้ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติการฉีดอินซูลิน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การบรรจุหลอดยาอินซูลิน 2) การใส่หัวเข็มฉีดยาอินซูลินและการไล่ฟองอากาศ 3) การตรวจความพร้อมใช้งานของปากการฉีดอินซูลิน 4) การตั้งขนาดยา และ 5) การฉีดอินซูลินที่ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกตำแหน่ง และถูกเทคนิค ประเมินผลที่คาดว่าจะเกิดจากการนำนวัตกรรมฯ ไปใช้ได้แก่ ความสามารถในการใช้อาฉีดยาอินซูลินชนิดปากกา และระดับ Fasting Plasma Glucose จากระบบแสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลนครพนม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (pretest and posttest designs with a comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา มีระดับ FPG > 180 mg/dl หรือมีค่า HbA1C $\geq$ 8% มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถติดตามผลการใช้นวัตกรรมได้ ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือถูกส่งไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

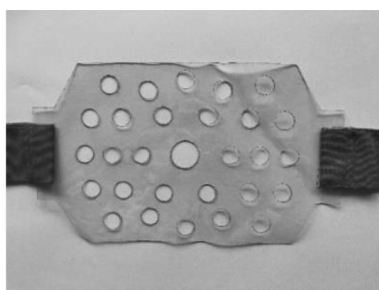
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis จากงานวิจัยของ Karakes และคณะ⁹ ค่า effect size 1.19 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power

ประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลประมาณร้อยละ 20 คิดเป็น 12 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 24 คน ป้องกันความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และระดับ FPG จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

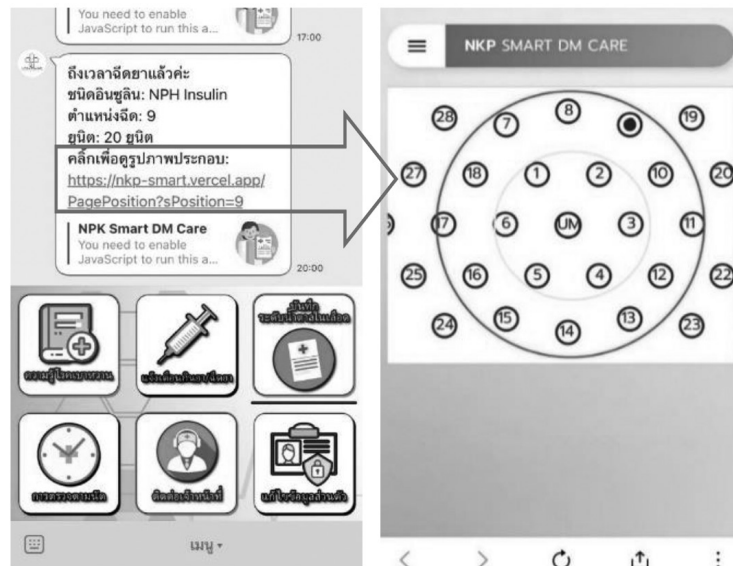
1) แผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินเป็นอุปกรณ์ที่ผลิตด้วยวัสดุที่มีลักษณะเป็นแผ่นเรียบ บาง และมีความยืดหยุ่น ใช้สำหรับวางบริเวณหน้าท้องเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทราบตำแหน่งการฉีดอินซูลินได้อย่างถูกต้องแม่นยำ มีลักษณะเป็นแผ่นใสรูปวงรีและมีสายปรับระดับได้สำหรับใช้รัดรอบเอว ตัวแผ่นวงรี มีรูสำหรับยึดยา ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.5 เซนติเมตร จำนวน 28 รู แต่ละรูมีระยะห่างกัน 1 นิ้ว และมีระยะห่างจากสะดืออย่างน้อย 2 นิ้ว ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลิน

2) แอปพลิเคชันไลน์ เป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้เป็นตัวกลางในการทำงานระหว่าง smartphone กับผู้ใช้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและนำมาเป็นเครื่องมือในการทดลอง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์โอเอ (Line Official Account: OA) ในการสร้างแหล่งข้อมูลความรู้โรคเบาหวานและวิธีฉีดอินซูลิน บันทึกระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจตามนัด และการแจ้งเตือนการฉีดอินซูลินชนิดปากกา แสดงผลทาง Line ในชื่อ

NKP smart DM care เมื่อถึงเวลาฉีดอินซูลินระบบจะส่งข้อความเตือนให้ทราบชนิดอินซูลิน ขนาดยาที่ฉีด และภาพแสดงตำแหน่งฉีดอินซูลิน (ภาพที่ 3) ซึ่งจะเปลี่ยนตำแหน่งแบบอัตโนมัติ เรียงลำดับจากตำแหน่งที่ 1 วนรอบสะดือ ไปจนถึงตำแหน่งที่ 28 แล้วเริ่มตำแหน่งที่ 1 ใหม่ ร่วมกับการนำแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินวางบริเวณหน้าท้อง



ภาพที่ 3 เมนูการใช้งาน และภาพแสดงตำแหน่งฉีดอินซูลินจากข้อความแจ้งเตือนผ่าน Line NKP Smart DM Care

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมผลลัพธ์การวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาพัฒนาโดย Jittsue และคณะ¹⁷ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ 0-2 คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และ 2 คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้อง คะแนนรวม 0-40 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรม การใช้ยาฉีดอินซูลินเหมาะสมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรม การใช้ยาฉีดอินซูลินเหมาะสมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยปรับปรุงแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ NKP Smart DM Care ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาของ Jittsue และคณะ¹⁷ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.0

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

1. นำนวัตกรรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย สามารถใช้งานได้โดยไม่มีข้อเสนอนแนะเพิ่มเติม

2. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.71

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม จึงเข้าพบพยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการศึกษา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมจนแล้วเสร็จก่อน จึงรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง รายละเอียดดังนี้

การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม

คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ระดับ FPG และประเมินพฤติกรรม การใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

พร้อมสาธิตการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการสอนฉีดอินซูลินจากเภสัชกรตามปกติ และนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8

การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

1. คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครพนม ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป ระดับ FPG และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมสาธิตการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที

2. ผู้วิจัยติดตั้งแอปพลิเคชันไลน์ NKP smart DM care ลงใน smartphone ของกลุ่มตัวอย่าง และมอบแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินจำนวน 1 ชิ้น พร้อมทั้งอธิบายและสาธิตการใช้งานนวัตกรรม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการใช้งานนวัตกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กลุ่มตัวอย่างนำนวัตกรรมกลับไปใช้ที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่นัดพบแพทย์ ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินผลหลังการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครพนม ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ NP-EC11-NO.14/2565 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้อิสระในการตัดสินใจ การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบัน และในอนาคต จากนั้นลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ chi-square ตรวจสอบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินหลังใช้นวัตกรรมระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ

The Mann-Whitney U Test และใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้นวัตกรรม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ FPG หลังใช้นวัตกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T-test และสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ FPG ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมของกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) เกือบทั้งหมดมีอายุระหว่าง 40-60 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 50.50 ปี (SD = 6.13) อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 51.17 ปี (SD = 5.84) ประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา เมื่อพิจารณาประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า ระยะเวลาป่วยด้วยเบาหวานของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 13.92 ปี (SD = 4.92) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 10.67 ปี (SD = 5.61) กลุ่มทดลองร้อยละ 91.66 มีโรคร่วม คือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.67) มีระดับ HbA1c เฉลี่ย 12.09 (SD = 2.32) ได้รับการรักษาด้วยยา Metformin (ร้อยละ 83.33) ยา Glipizide (ร้อยละ 66.67) และยาชนิดฉีดคือ Mixtard ร้อยละ 75 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มควบคุมมีโรคร่วม (ร้อยละ 66.67) คือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 58.33) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.67) มีระดับ HbA1c เฉลี่ย 13.21 (SD = 2.07) กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยา Glipizide (ร้อยละ 75) ยา Metformin (ร้อยละ 58.33) และยาชนิดฉีดคือ Mixtard ร้อยละ 66.67

การเปรียบเทียบความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 37 และ 39.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 36.5 และ 36.5 ตามลำดับ โดยพบว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วย

เบาหวานกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลิน และแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากากมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ

ดังตารางที่ 1 และหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากากสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากาก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากากา	Median (IQR)		Z	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)		
Baseline (0-40 คะแนน)	37 (6.75)	36.5 (5)	.524	.315
8 สัปดาห์ (0-40 คะแนน)	39.5 (1.75)	36.5 (5)	2.653	.004*

*p<.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากากของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง (n=12)	Median (IQR)		Z	p-value
	Baseline	8 สัปดาห์		
คะแนนความสามารถการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากากา	37 (6.75)	39.5 (1.75)	2.375	.009*

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับ FPG ทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) ค่าเฉลี่ย FPG ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 282.83 mg/dl (SD = 48.95) และ 202.50 mg/dl (SD =

54.75) ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 291.92 md/dl (SD = 81.23) และ 228.83 mg/dl (SD = 94.24) ตามลำดับ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับ FPG หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

FPG (mg/dl)	$\bar{X}$ (SD)		95% Confidence Interval of the Difference		t	df	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	Lower	Upper			
Baseline	282.83 (48.59)	291.92 (81.23)	-48.331	66.498	.332	17.98	.743
8 สัปดาห์	202.50 (54.75)	228.83 (94.24)	-39.86	92.52	.332	17.67	.414

*p<.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง (n=12)	$\bar{X}$ (SD)		95% Confidence Interval of the Difference		t	df	p-value
	Baseline	8 สัปดาห์	Lower	Upper			
FPG (mg/dl)	282.83 (48.59)	202.50 (54.75)	29.325	131.342	3.466	11	.002*

*p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนและสาธิตการฉีดอินซูลินจากเภสัชกรร่วมกับการใช้นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ มีความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะทักษะการตั้งขนาดยาให้ตรงตามแผนการรักษา และการฉีดอินซูลินตรงตามตำแหน่งด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ Line OA ในการสร้างแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ การฉีดอินซูลินชนิดปากกาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นำเสนอเป็นข้อความที่สั้นกระชับ พร้อมภาพประกอบเพื่อให้เข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาจากเมนูการใช้งาน

Line NKP smart DM care ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนขั้นตอนการฉีดอินซูลินได้ง่าย สะดวก และไม่จำกัดเวลา อีกทั้งเมื่อถึงกำหนดเวลาฉีดยา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อความแจ้งเตือนทาง Line ตามรายการยาที่บันทึกข้อมูลไว้ ข้อความจากระบบจะแจ้งชนิดอินซูลิน ขนาดยา และภาพแสดงตำแหน่งฉีดอินซูลินที่มีการเปลี่ยนตำแหน่งแบบอัตโนมัติ เรียงลำดับจากตำแหน่งที่ 1 วนรอบสัปดาห์ ไปจนถึงตำแหน่งที่ 28 แล้วเริ่มตำแหน่งที่ 1 ใหม่ โดยใช้ร่วมกับการวางแผนกำหนดจุดฉีดอินซูลินบริเวณหน้าท้อง (ภาพที่ 4) สามารถมองเห็นผิวหนังและสามารถฉีดอินซูลินตรงตำแหน่งตามที่ระบุในภาพได้โดยไม่ต้องยกแผ่นกำหนดจุดฉีดยาออก ทำให้ฉีดอินซูลินได้โดยไม่ต้องยกแผ่นกำหนดจุดฉีดยาออก ทำให้อินซูลินได้โดยไม่ซ้ำตำแหน่งเดิมอย่างน้อย 1 เดือน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เมื่อวางแผนกำหนดจุดฉีดบริเวณหน้าท้องสามารถฉีดอินซูลินชนิดปากกาด้วยตนเอง

ได้ง่ายและสะดวกโดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับตำแหน่งที่จะฉีด และจากการตรวจหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 ไม่พบความผิดปกติ เช่น ความเจ็บปวด รอยฟกช้ำหรือจุดเลือดออก หรือภาวะ lipo-hypertrophy ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Misnikova และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ได้รับการสอนฉีดอินซูลินด้วยการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน สามารถฉีดอินซูลินชนิดปากกาได้ถูกต้องตามเทคนิค อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังสามารถบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ได้ โดยข้อมูลจะถูกจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลในระบบ cloud storage จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้สะดวก ง่าย ทุกที่ ทุกเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันบนพื้นฐานการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศเกาหลีจำนวน 19 ราย โดยแอปพลิเคชันประกอบด้วยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การแจ้งเตือนในการ

รับประทานยาและฉีดอินซูลิน ทักษะในการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้ mobile application ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ทั้งการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสุดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ วิธีการใช้ยาสุด ทั้งในรูปแบบข้อความและคลิปวิดีโอ รวมทั้งการสื่อสารสองทางระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถใช้เวลาสุดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควบคุมอาการโรคหืดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²¹



ภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่างใช้แผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลิน

หลังการใช้นวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสอนจากเภสัชกรตามปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการสอนจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้ยาโดยตรง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี ได้รับการรักษาโดยใช้ยาชนิดรับประทานร่วมกับอินซูลิน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เดิมในการฉีดอินซูลิน อีกทั้งการ

มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการปรับขนาดยาตามผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yingyaun และคณะ¹² ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการสอนเกี่ยวกับเทคนิคการฉีดอินซูลินร่วมกับการส่งข้อความทางแอปพลิเคชันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลานาน 3 เดือน เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสอนจากผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แตกต่างจากการศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศจีนจำนวน 120 คน อายุระหว่าง 18-60 ปี แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มละ 60 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์ การใช้ยา และอินซูลิน ร่วมกับการมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล โดยมีการประเมินระดับน้ำตาลเลือดก่อนทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้แอปพลิเคชันมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง²²

แม้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มตัวอย่างจะมีค่าลดลงหลังการใช้นวัตกรรมฯ แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ 70-130 mg% เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการลดน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการอารมณ์ ร่วมกับการรับประทานยาและการใช้อินซูลิน จึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม⁴ อีกทั้งการประเมินผลลัพธ์ในระยะเวลา 2 เดือน อาจไม่นานพอที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้นการนำแอปพลิเคชันมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี มีความจำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่องระยะยาวและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานร่วมด้วย

โดยสรุป การนำนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลิน และแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการสอนฉีดอินซูลินชนิดปากกา ช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้อินซูลินชนิดปากกา

ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานฉีดอินซูลินได้ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกตำแหน่ง และถูกเทคนิค คาดว่าจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการใช้อินซูลินซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถนำนวัตกรรมแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินและแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้เป็นสื่อการสอนให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนการฉีดอินซูลินชนิดปากกาได้ด้วยตนเอง และช่วยระบุตำแหน่งที่จะฉีดอินซูลินในแต่ละครั้ง ร่วมกับติดตามความร่วมมือในการฉีดอินซูลินและการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาติดตามความสามารถในการใช้อินซูลินและระดับน้ำตาลในเลือดในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความร่วมมือและความคงทนของพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา และยืนยันผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน
2. ควรวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับวัสดุที่สามารถนำมาใช้ผลิตแผ่นกำหนดจุดฉีดอินซูลินให้มีความยืดหยุ่น สามารถแสดงหมายเลขตำแหน่งบนแผ่น และมีราคาถูก เพื่อให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินทุกราย

References

1. Division of Non Communicable Diseases. Prevalence and mortality rate of Non Communicable Diseases 2016-2019 [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
2. Division of Non Communicable Diseases. Number and mortality rate of Non Communicable Diseases 2017-2021 [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
3. Gregg EW, Hora I, Benoit SR. Resurgence in diabetes-related complications. *Jama* 2019;321(19):1867-8.
4. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017. 3th ed. Bangkok: Romyen Media Company Limited; 2017. (in Thai).
5. Promchaisri K, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Effect of self-efficacy enhancing program on ability to use Insulin-penfill injection among patients with diabetes type 2: a randomized controlled trial. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2019;11(3):648-58. (in Thai).
6. Patil M, Sahoo J, Kamalanathan S, Selviambigapathy J, Balachandran K, Kumar R, et al. Assessment of insulin injection techniques among diabetes patients in a tertiary care centre. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2017;11:S53-S6.
7. Auttasook R, Mato T, Pongpanich P. Incidence and causes of incorrectly insulin injection of patients who visited at diabetic clinic in Jainad Narendra hospital [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 31]. Available from: <http://www.chainathospital.org/chainatweb/assets/research/research29.pdf>
8. Demir G, Er E, Atik Altınok Y, Özen S, Darcan Ş, Gökşen D. Local complications of insulin administration sites and effect on diabetes management. *Journal of Clinical Nursing* 2022;31(17-18):2530-8.
9. Karakes V, Pragodpol P. The effects of medication injection teaching by using GPS insulin's innovation on fasting plasma glucose in diabetes patients who treated with insulin injection. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(3):145-154. (in Thai).
10. Jenjirawat C, Kengganpanich T, Kengganpanich M, Benjakul S. Effects of a self-insulin administration promoting program among persons with diabetes in Golden Jubilee Medical Center, Nakhon Pathom province. *Ramathibody Nursing Journal* 2017;23(2):229-41. (in Thai).
11. Sirimongkollertkul N, Singmanee C, Rattanawichai T, Pongleerat S. The development of an application for monitoring diabetic patients in the community. *Royal Thai Medical Journal* 2020;73(3):141-50. (in Thai).
12. Yingyaun K, Charoensri S, Pongchaiyakul C. Effect of using mobile messenger for insulin injection education for glycemic control: a randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2022;26(3):461-73.

13. Junthongsook P, Piaseu N, Kaveevivithchai C. Health status, health promoting behaviors and use of mobile health application among service users in private hospitals. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2016;28(3):147-59. (in Thai).
14. Vaidya AS, Srinivas MB, Himabindu P, Jumaxanova D. A smart phone/tablet based mobile health care system for developing countries. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society* 2013;2013:4642-5.
15. Huedhun K. The influence of Line application in the present communication. *Journal of Arts Management* 2017;1(2):75-88. (in Thai).
16. Draznin B, Aroda VR, Bakris G, Benson G, Brown FM, Freeman R, et al. Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: standards of medical care in diabetes-2022. *Diabetes Care* 2022;45(Supplement_1):S60-S82.
17. Jittsue A, Sangjam P, Treesak C, Hanlerdrit T. Assessment of knowledge and practice of patients before and after counseling in the use of the reusable insulin pen at Vachiraphuket Hospital. *Journal of Health Science and Medical Research* 2016;34(1):27-37. (in Thai).
18. Misnikova IV, Gubkina VA, Lakeeva TS, Dreval AV. A randomized controlled trial to assess the impact of proper insulin injection technique training on glycemic control. *Diabetes Therapy* 2017;8:1309-18.
19. Jeon E, Park H-A. Development of the IMB model and an evidence-based diabetes self-management mobile application. *Healthcare Informatics Research* 2018;24(2):125-38.
20. Represas-Carrera FJ, Martínez-Ques ÁA, Clavería A. Effectiveness of mobile applications in diabetic patients' healthy lifestyles: A review of systematic reviews. *Primary Care Diabetes* 2021;15(5):751-60.
21. Polhan B, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K. The effects of education and inhaler skills program through Line application on symptom control among asthmatic patient. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(3):93-103. (in Thai).
22. Zhai Y, Yu W. A mobile app for diabetes management: impact on self-efficacy among patients with type 2 diabetes at a community hospital. *Medical Science Monitor* 2020;26:e926719-1.

บทความวิจัย

Factors Influencing Prevention Behaviors of Coronavirus Disease 2019 among Secondary School Students in Krathumbaen District, Samut Sakhon Province

Received: May 3, 2023

Revised: Aug 12, 2023

Accepted: Aug 21, 2023

Chanidapa Klomsombut, M.N.S.¹Sunee Lagampan, Ed.D.²Plernpit Boonyamalik, Ph.D.³

Abstract

Introduction: The coronavirus disease 2019 is a communicable disease that is widely spread and has severe affect all over the world. Thus, the prevention and control of coronavirus 2019 infection is the most effective approach.

Research Objective: To study the factors influencing preventive behavior of coronavirus disease 2019 among secondary students in Krathum Baen district, Samut Sakhon province

Research Methodology: This study was predictive research. The sample was the secondary school students in semesters 1 and 2, academic year 2022, in the Krathum Baen district, Samut Sakhon province. The multistage cluster sampling was used to select 542 samples. The data were collected by self-administered questionnaires, which applied the PRECEED-PROCEDE Model and the prevention of coronavirus disease 2019. The instruments consisted of 1) the questionnaire related to predisposing, enabling, and reinforcing factors; and 2) preventive behavior of coronavirus disease 2019 questionnaires. These instruments had content validity index between .08-1.0, and reliability coefficients between 0.89-0.96. The data were analyzed by using descriptive statistics, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

Results: Most of the samples had coronavirus disease 2019 preventive behavior at a moderate level (71.1%). The significant influencing factors on preventive behaviors of coronavirus disease 2019 among secondary school students in years 1-6 composted of reinforcing factors were social support from family (beta = .263) and social support from peers (beta = .240); enabling factor was the measures of school for coronavirus disease 2019 prevention (beta = .223); and predisposing factor was health literacy of coronavirus disease 2019 (beta = .222). The proportion of variance for a coronavirus disease 2019 preventive that was explained by these factors was 61.4% (Adj R² = .614) (p<.01).

¹Students of the Master of Nursing Science Program, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University
E-mail: chanidapa.kb@gmail.com

²Corresponding author Associate Professor, E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

³Assistant professor, E-mail: plernpit.suw@mahidol.ac.th.

¹⁻³Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Conclusion: The factor that influenced the preventive behavior of coronavirus 2019 among secondary school students were social support from family, the measures of school for coronavirus disease 2019 prevention, and health literacy of coronavirus disease 2019.

Recommendation: Promoting of the coronavirus disease 2019 prevention behavior among high school students is needed by improving health literacy related to coronavirus disease 2019 and encouraging their friends and family to support them. Moreover, school measures of coronavirus disease 2019 prevention should be maintained continuously.

Keyword: Influencing factors, preventive behaviors, coronavirus disease 2019, precede- proceed framework, High school students

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Received: May 3, 2023
Revised: Aug 12, 2023
Accepted: Aug 21, 2023

ชนิดาภา กล่อมสมบัติ พย.ม.¹
สุนีย์ ละกำป็น กศ.ด.²
เพลินพิศ บุญยมาลิก วท.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดอย่างกว้างขวางและส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั่วโลก การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ภาคเรียนที่ 1 และ 2 ปีการศึกษา 2565 ในอำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 542 คน ได้จากการสุ่มห้องเรียนแบบหลายขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์โมเดลพรอสิดีท โปรซีด (PERCEED-PROCEED model) และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.89 - 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มากที่สุด คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .263$) รองมาคือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = .240$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ มาตรการโรงเรียน ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .223$) และปัจจัยนำ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\beta = .222$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียน ได้ร้อยละ 61.4 ($\text{Adj } R^2 = .614$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน มาตรการโรงเรียนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ: การส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งที่จำเป็น โดยโรงเรียนและครูควรเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระตุ้นให้เพื่อนนักเรียนและครอบครัวช่วยสนับสนุนนักเรียน นอกจากนี้ ควรรักษามาตรการของโรงเรียนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไว้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล พฤติกรรมป้องกัน ไวรัสโคโรนา 2019 precede- proceed framework นักเรียนมัธยมศึกษา

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: chanidapa.kb@gmail.com

² Corresponding author รองศาสตราจารย์ E-mail: sunee.lag@mahidol.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. E-mail: plempit.suw@mahidol.ac.th.

¹⁻³ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เริ่มระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นในประเทศจีน ตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกมากถึง 223 ประเทศ จนทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ¹ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ ส่งผลร้ายแรงต่อภาวะสุขภาพของประชากรโลกในประเทศไทยได้มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแพร่กระจายไปทุกจังหวัดของประเทศไทยในทุกกลุ่มประชากร โดยพบมีการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้น จำนวนการติดเชื้อสะสมในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีสูงถึง 77,635 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ข้อมูลตั้งแต่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564-16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565)² ซึ่งจากนโยบายของประเทศไทยที่ให้นักเรียนมาเข้าเรียนในสถานศึกษาได้ จึงทำให้สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเด็กมักชอบรวมกลุ่มและอาจจะเลยการป้องกันตนเอง อีกทั้งหากเด็กได้รับเชื้ออาจไม่แสดงอาการหรือมีอาการน้อย แต่จะเป็นพาหะที่สามารถนำเชื้อโรคมารแพร่กระจายให้บุคคลในบ้านได้²

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นหนึ่งใน 44 จังหวัดที่อยู่ในกลุ่มพื้นที่ควบคุมโรคโควิด 19 เนื่องจากพื้นที่ของจังหวัดนี้มีโรงงานอุตสาหกรรมและมีกลุ่มแรงงานข้ามชาติอยู่ เคยมีการแพร่ระบาดมากจนมีประกาศปิดจังหวัด และประกาศให้ใช้มาตรการป้องกันอย่างเข้มงวด³ ต่อมาได้มีการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงในเด็กอายุ 12 ถึง 18 ปี เพื่อรองรับนโยบายการเปิดเรียน และลดความรุนแรงของโรคเมื่อมีการติดเชื้อ ดังนั้นการป้องกันการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขไทยแนะนำสำหรับประชาชน⁴ เพราะพฤติกรรม การป้องกันโรค (preventive health behavior) เป็นกิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลที่เชื่อว่าตัวเองควรมีสุขภาพที่ดีเพื่อจุดมุ่งหมายของการป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลเป็นกลยุทธ์หลักในการลดการแพร่กระจายและควบคุมการแพร่กระจายของการติดเชื้อรุนแรงชนิดใหม่ที่ยังไม่มีการรักษาที่ชัดเจนและยังไม่สามารถป้องกันโรคด้วยวัคซีน⁵

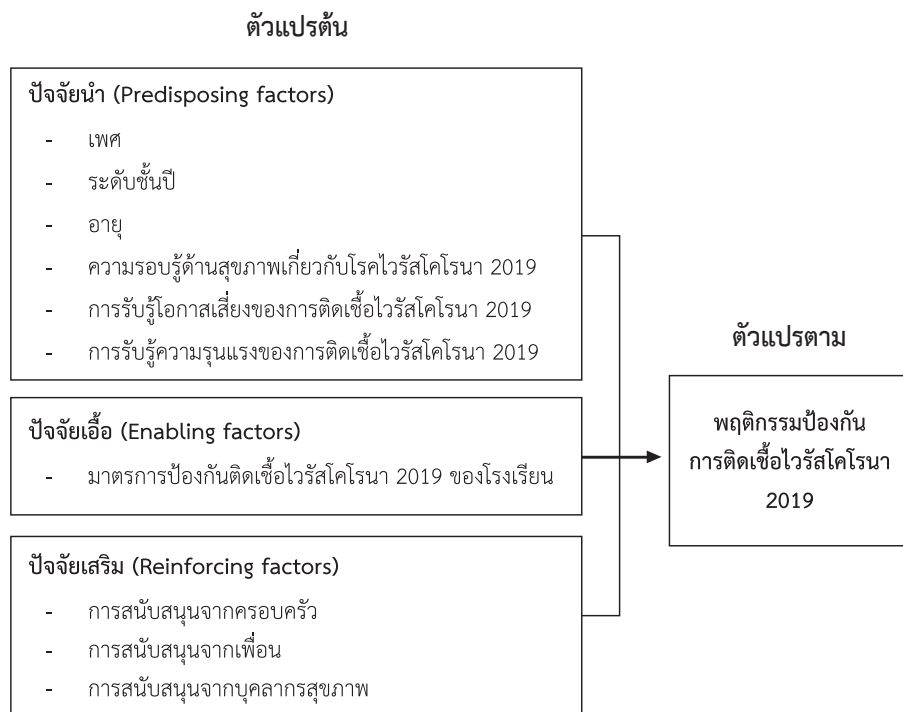
เมื่อสถานการณ์ของโรคเริ่มคลี่คลาย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อเริ่มลดลง จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวลดลง รัฐบาลได้ผ่อนปรนมาตรการและข้อจำกัดต่าง ๆ ให้ประชาชนและผู้ประกอบการสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ และประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะประกาศให้ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อประจำถิ่น โรงเรียนต่าง ๆ เปิดให้นักเรียนเข้าไปเรียนและมีกิจกรรมได้⁶ โดยโรงเรียนต้องมีมาตรการการป้องกันสำหรับการเปิดเรียน ได้แก่ การเว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก ล้างมือ คัดกรองวัดไข้ ลดการแออัด และทำความสะอาด เนื่องจากโรงเรียนเป็นสถานที่รวมกลุ่มของนักเรียน และมีความยากต่อการควบคุมเรื่องการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) เพราะนักเรียนมักเล่นและใกล้ชิดกัน หากมีการแพร่ระบาดของโรคในนักเรียนจะส่งผลให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนจำนวนมากได้ ซึ่งจากข้อมูลของกรมอนามัย พบว่าการติดเชื้อผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี และมีอัตราการติดเชื้อในสถานศึกษาคิดเป็นร้อยละ 10 และจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ระลอกใหม่ในสถานศึกษา ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 49,242 คน โดยกรมอนามัยพบว่านักเรียนติดโควิด ร้อยละ 30.56 และเป็นการติดในโรงเรียน ร้อยละ 5.66⁷

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมของบุคคลมาจากพหุปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE - PROCEED Framework ที่อธิบายว่า ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม⁸ ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพ⁹ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค¹⁰ การรับรู้ความรุนแรงของโรค¹⁰ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ซึ่งเป็น ทักษะ ทรัพยากรหรือแหล่งทรัพยากร และการบริการ หรืออุปสรรคที่สามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมของบุคคล⁸ ได้แก่ มาตรการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงเรียน ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ซึ่งเป็นรางวัลหรือสิ่งทีบุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลมาจากการกระทำของตน อาจเป็นการสนับสนุนหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล สิ่งเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลหรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อ

ตนเอง⁸ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว¹¹ จากเพื่อน¹² และจากบุคลากรด้านสุขภาพ¹¹ เนื่องจากเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเป็นช่วงวัยรุ่นที่รักอิสระเสรีภาพไม่ค่อยชอบอยู่ในกฎเกณฑ์กติกาใด ๆ ชอบคิดเอง ทำเอง พึ่งตัวเอง เชื่อความคิดตนเอง มีปฏิริยาตอบโต้ผู้ใหญ่ที่บีบบังคับสูง มีความอยากรู้อยากเห็นอยากลอง และอาจทำพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายหากขาดการยั้งคิดที่ดี¹³ เมื่อเด็กนักเรียนเข้าสู่การเรียนในโรงเรียนในช่วงเวลาที่ยังมีการระบาดของไวรัสโคโรนา

2019⁷ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำข้อมูลพื้นฐานและไปสู่การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการทำพฤติกรรมป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในบริบทของโรงเรียนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อำเภอกะทู้ม่วน จังหวัดสมุทรสาคร

ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในอำเภอกะทู้ม่วน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 7,493 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2565 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ นักเรียนที่มาเรียนในปีการศึกษา 2565 สมัครใจให้ข้อมูล และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ นักเรียนที่ป่วย หรือไม่สามารถติดต่อได้ในวันที่เก็บข้อมูล เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี จัดกลุ่มตามขนาดโรงเรียน สุ่มโรงเรียนจากแต่ละกลุ่ม โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษได้โรงเรียนกะทู้ม่วน (วิเศษสมุทรคุณ) โรงเรียนขนาดใหญ่ได้โรงเรียนเทศบาลอ้อมน้อย และโรงเรียนขนาดเล็กได้โรงเรียนกุศลวิทยา

(โรงเรียนขนาดกลางไม่มีในพื้นที่) สุ่มห้องเรียนจากแต่ละชั้นเรียน (ม. 1-ม. 6) จากโรงเรียนที่สุ่มได้ ได้นักเรียนตัวอย่างทั้งหมด 573 คน หลังจากชี้แจงกระบวนการวิจัยกับผู้ปกครองและนักเรียนแล้ว มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นตัวอย่างจำนวน 543 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE - PROCEED Framework เป็นกรอบแนวคิด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา 1 ท่าน ด้านการพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของข้อความ จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั้งชายและหญิง ชั้นปีที่ 1-6 ของเขตราชภัฏวชิรเวศน์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีเครื่องมือ 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การได้รับวัคซีน ชนิดวัคซีน และจำนวนวัคซีนที่ได้รับ ประสิทธิภาพป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตนเอง และของคนในครอบครัว เป็นคำถามชนิดให้เลือกตอบและเติมข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้สุขภาพของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกัน¹⁴ เป็นคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ และประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกัน จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากเป็นจริงหรือตรงกับตัวเองน้อยที่สุด (1) ถึง เป็นจริงหรือตรงกับตัวเองมากที่สุด (5) มีค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.8 ค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.9

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อนักเรียนถึงโอกาสที่จะได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการ

ดำเนินชีวิตประจำวันและในโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5) มีค่า CVI เท่ากับ 1 ค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงจากการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อสุขภาพและการมีชีวิต จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5) มีค่า CVI เท่ากับ 0.9 ค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 5 แบบวัดมาตรการของโรงเรียนในการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามเกี่ยวกับกฎระเบียบ หรือแนวปฏิบัติของโรงเรียนในการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของนักเรียนและบุคลากร เพื่อป้องกันหรือลดการแพร่เชื้อโรคในสถานศึกษา จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5) มีค่า CVI เท่ากับ 1 ค่า Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมประกอบ ด้วยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านทรัพยากร ด้านการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ข้อ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน 10 ข้อ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5) ค่า CVI ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเท่ากับ 1 Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.92 ค่า CVI ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เท่ากับ 1 Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.78 และค่า CVI ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ เท่ากับ 1 Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 7 แบบวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติ

ตนของนักเรียน ที่แสดงออกในลักษณะของการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันตนเองจากการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก ไม่เคยปฏิบัติ(1) ถึง ปฏิบัติเป็นประจำ(5) จัดกลุ่มพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (15-38 คะแนน) ระดับกลาง (39-62 คะแนน) และระดับมาก (63 - 75 คะแนน) แบบวัดมีค่า CVI เท่ากับ 1 Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ 0.93

การพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองเลขที่ MUPH 2022-091 (ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2565) ผู้วิจัยมีการชี้แจงกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการรักษาความลับ ให้ผู้ปกครองรับทราบเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนักเรียน เมื่อผู้ปกครองยินยอมให้ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงการวิจัยให้กับนักเรียนอีกครั้ง เพื่อให้การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยคำตอบทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ตอบ และนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานผ่านครูประจำชั้น เพื่อนัดวันเวลาที่ทางโรงเรียนสะดวก โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ปกครองอนุญาต ผู้วิจัยประสานครูประจำชั้นเพื่อเก็บข้อมูล โดยแนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการวิจัยให้นักเรียนรับทราบและให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอเวลาจากคุณครูให้นักเรียนตอบแบบสอบถามในห้องเรียน ใช้เวลาในการตอบประมาณ 1 ชั่วโมง และรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้ว เพื่อนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคำนึงถึงมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลนาน 6 สัปดาห์ ตั้งแต่ 11 สิงหาคม ถึงวัน 22 กันยายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Komogorov Smirnov test พบข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ทดสอบสมมติฐานด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.901 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง(Autocorrelation) ในการศึกษาที่กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2565 ในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร มีอายุอยู่ระหว่าง 12-18 ปี อายุเฉลี่ย 14.76 ปี (SD = 1.80) เป็นนักเรียนที่มีอายุ 11-14 ปี ร้อยละ 46.20 จำนวนใกล้เคียงกับนักเรียนที่มีอายุ 15-17 ปี คือร้อยละ 46.90 ส่วนมากเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 58.20) ที่เหลือคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 41.80) เป็นนักเรียนเพศหญิง (ร้อยละ 52.70) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 47.30) นักเรียนเกือบทั้งหมดได้รับวัคซีนป้องกัน Covid 19 (ร้อยละ 98.30) โดยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม (ร้อยละ 75) มีเพียงร้อยละ 16.40 ที่ได้รับวัคซีนจำนวน 3 เข็ม โดยวัคซีนป้องกัน Covid 19 ที่ได้รับเกือบทั้งหมดเป็นวัคซีน Pfizer (ร้อยละ 97.80) นักเรียนร้อยละ 45.10 ให้ข้อมูลว่าเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคนในครอบครัวของนักเรียนเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 68)

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.10) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (15 - 38 คะแนน)	13	2.40
ระดับปานกลาง (39 - 62 คะแนน)	386	71.10
ระดับสูง (63 - 75 คะแนน)	144	26.50
Mean = 56.43, S.D. = 9.49, Min = 15, Max = 75		

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาอำเภอกะทู้แบบ จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงเรียน

โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 61.4 ($\text{Adj } R^2 = .614$) ($p < .01$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มากที่สุด คือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\text{beta} = .263$) รองมาคือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\text{beta} = .240$) มาตรการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงเรียน ($\text{beta} = .223$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\text{beta} = .222$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise แสดงอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6				
	R^2 change	b	beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.436	.658	.263	7.137	<.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.106	.543	.240	6.528	<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.048	.163	.222	6.111	<.001
มาตรการของโรงเรียนในการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.026	.238	.223	5.979	<.001
ค่าคงที่ constant	9.306		5.501	<.001	

$R^2 = 0.616$, $\text{Adj } R^2 = 0.613$, $F = 213.957$, df 4,533, $p\text{-value} < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่นักเรียนปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ หรือในกลุ่มคน การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายโดยเครื่องวัดอุณหภูมิ ที่โรงเรียน จัดให้ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมป้องกันดังกล่าวมีการรณรงค์ในระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติ น้อยที่สุด ได้แก่ การยืน นั่ง เว้นระยะห่างผู้อื่น อย่างน้อย หนึ่งเมตร หรือหนึ่งช่วงแขน อธิบายได้ว่าเพราะความเป็น วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่กลุ่มเพื่อนในระบบโรงเรียน เป็นช่วงที่ สถานการณ์ของการระบาดเริ่มผ่อนคลาย จึงทำให้นักเรียน บางส่วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่ลดความเข้มงวด ลงไป สอดคล้องกับผลการสำรวจของกรมควบคุมโรคที่ รายงานในระดับประเทศ⁸ อีกทั้งนักเรียนเกือบทั้งหมดได้รับ วัคซีนวัคซีนป้องกัน Covid 19 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม และมีบางคนได้รับวัคซีนถึงจำนวน 3 เข็ม รวมถึง สถานการณ์ของโรคที่เริ่มคลี่คลายลง ระบบสาธารณสุขของ ประเทศเริ่มมีความรู้และแนวทางการดูแลที่ชัดเจนขึ้น นักเรียน สามารถเจอเพื่อนที่มาเรียนในห้องเรียนได้ ด้วยความเป็น วัยรุ่นที่มีความกล้าและอาจรู้สึกว่าคุณเองมีความปลอดภัย ที่ได้รับวัคซีน จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรม การ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนบ้านเกาะ สำนักรางเขนมีนบุรี กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า นักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูงในทุก รายการพฤติกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาของการศึกษา แตกต่างกัน สถานการณ์ ความรู้และแนวทางการป้องกันที่เป็น นโยบายของประเทศในระยะต่อมามีความชัดเจนมากขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียน

ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถอธิบายได้ ถึงร้อยละ 43.60 รองมาคือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อธิบายได้ ร้อยละ 10.60 การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัย เสริมที่เสริมแรงหรือกระตุ้นให้บุคคลทำพฤติกรรม เป็นปัจจัย ภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล ต่อบุคคลนั้น ให้อยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน ที่ทำให้ เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการจัดหาหรือแบ่งปันหน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพไว้ให้ เพียงพอต่อการใช้ จัดหาและแบ่งปันเจลแอลกอฮอล์สำหรับ ใช้ทำความสะอาดมือ แนะนำให้ความรู้เรื่องการป้องกัน โรคไวรัสโคโรนา 2019 คอยเตือนเรื่องการใส่หน้ากากอนามัย ให้ถูกต้องเวลาอยู่กับเพื่อนหรือในที่สาธารณะ และแสดงความ ห่วงใยเกี่ยวกับการใส่หน้ากากอนามัย การหมั่นล้างมือ และ การสังเกตอาการตนเอง ซึ่งทั้งครอบครัว และเพื่อน เป็น แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริมสำคัญสำหรับเด็ก นักเรียนที่ยังต้องพึ่งพาครอบครัว และเป็นช่วงวัยที่เพื่อนมี อิทธิพลต่อการกระทำต่าง ๆ ซึ่งสนับสนุนตามแนวคิดของ Green & Kreuter⁸ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรม ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนได้อีก ร้อยละ 4.80 คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 โดย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยนำที่แสดงถึง ความสามารถและทักษะของนักเรียนในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีทักษะสามารถนำเสนอวิธีการ ดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับผู้อื่นหรือคนรอบข้างเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ นักเรียนรู้วิธีการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ความรู้ที่ไตร่ตรองจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 นำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน โรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องมาจากแหล่งที่เชื่อถือได้มาใช้ ประกอบการตัดสินใจและทำตาม รวมถึงมีทักษะในการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 จาก หลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนที่จะส่งต่อหรือ

บอกคนอื่นต่อ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางด้านการรู้คิดและทักษะทางสังคมที่นำข้อมูลที่ได้ ไปสู่การปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรค¹⁷

ปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุดสามารถอธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนได้อีกร้อยละ 2.60 เป็นปัจจัยเอื้อ คือมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงเรียน เป็นมาตรการต่าง ๆ เช่น การคัดกรองวัดไข้ก่อนเข้าสถานศึกษา การให้นักเรียนและบุคลากรสวมหน้ากากตลอดเวลาที่อยู่ในสถานศึกษา การจัดให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์อย่างเพียงพอ การกำหนดให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลทั้งในห้องเรียนและพื้นที่ที่มีกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงทำนายพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาปัจจัยเอื้อคือการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ อุปกรณ์ในการป้องกันโรค ที่พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในนักเรียน เพื่อช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง โดยมีการจัดกระทำให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค การเสริมแรงครอบครัวและเพื่อน และการกำหนดมาตรการที่สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้นักเรียนทำพฤติกรรมป้องกันอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยผลของโปรแกรมที่จัดกระทำกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ว่ามีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค และลดโอกาสของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหรือโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ

References

1. Worldometers. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC [Internet]. 2022 [cited 2022 February 14]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Situation of COVID-19 in Thai children (0-18 years old) since the outbreak of a new wave [Internet]. 2021 [cited 2021 December 1]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1Yk20zTN7TlY-cthY8uFMmE_ZmMCNXROz/view (2564)
3. Samut Sakhon Covid-19. Measures in and out of the province [Internet]. 2022 [cited 2022 February 19]. Available from: [http://www.covid.samutsakhon.go.th/announce\(2565\)](http://www.covid.samutsakhon.go.th/announce(2565))
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Practice measures for students in educational institutions to prevent infection with coronavirus 2019 [internet]. 2020 [cited 2021 May 25]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0002/00002647.PDF>
5. Benjamin JC, Sheikh TA, Tiffany WYN, Tim KT, Julian CML, Min WF, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. The Lancet Public Health [Internet]. 2020 [cited 2022 February 19]. 5, e279–e288. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6)
6. Department of Disease Control. Advice from the Ministry of Public Health. For the public in coronavirus infection 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 May 3]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneu-monia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf

7. Thai Government. Government House News [Internet]. 2022 [cited 2023 July 6]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/57706>
8. Green LW, Kreuter MW. PRECEDE - PROCEED model of health program planning [internet]. 2005 [cited 2021 November 19]. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Green-and-Kreuters-Green-and-Kreuter-2005-P-RECEDE-P-ROCEED-model-of-health-program_fig1_24253959
9. Chotikawanitchakul O, Pensuk P, Nachairittiwong S, Unarat B. Health literacy and liver fluke prevention behavior among secondary students in the secondary education service area office Region 9. Department of Health Service Support Journal 2021;17(1):35-44
10. Aim-utcha Wattanaburanon A, Sirichote M, Piyaaramwong P, Sattayathewa S. Perceptions and preventive behaviors of the COVID-19 among high school students in Bangkok, Thailand. Journal of Liberal Arts, Maejo University 2021;9(1):36-49.
11. Kongkun P, Kaewsuksai R, Waedueramae R, Tongkoop B, Salaeh M. Prevention of Coronavirus Disease (COVID-19) among food vendors in Narathiwat province: relationships between perception, social support and “New Normal Behaviors”. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021;8(3):133-46.
12. Wannalai U. Factors influencing health status of late adolescents in Muang district, Lampang province. Journal of Health Sciences Scholarship 2021;8(2):197-218.
13. Ketumarn P. Adolescent behavior problems [Internet]. 2007 [cited 2021 November 23]. Available from: http://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm
14. Intarakamhang U. Creation and development of health knowledge tools for Thai people. Behavioral science research institute, Srinakharinwirot University; 2017
15. Chaengaksorn C, Masantia J, Tantasane N, Kanthapong N. Prevention behavior of Coronavirus 2019 among learners in new normal. Journal of Education Sakon Nakhon Rajabhat University (Online) 2021;1(3):62-76.
16. Waeputeh N, Kanchanapoom K, Tansakul K. Prevention behaviors of Coronavirus disease 2019 of Songkhla Rajabhat University students. Journal of Council of Community Public Health 2022;3(2): 31-39.
17. Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health literacy in context [Internet]. 2005 [cited 2021 November 19]. Available from: https://mdpi-res.com/books/book/1104/Health_Literacy_in_ContextSettings_Media_and_Populations.pdf
18. Charoensir S, Toonsir C, Leelukkanaveera Y. Factors affecting sexually transmitted infection preventive behaviors among male students in non-formal education. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019;30(2):14-25.

บทความวิจัย

Factors Affecting the Patient Participation in Safety as Perceived by Nurses in University Hospitals

Received: Apr 4, 2023

Revised: Aug 3, 2023

Accepted: Aug 20, 2023

Kedsaraporn Udkunta, M.N.S.¹Petsunee Thungjaroenkul, Ph.D.²

Abstract

Introduction: Patient participation in safety is a reduction in risk and increases safety for the patient during hospitalization.

Research objectives: To study nurses' perception of patient participation in safety and to examine the knowledge, skills, and attitudes of nurses affecting patient participation in safety as perceived by nurses in university hospitals.

Research methodology: This study is a predictive correlation study. The sample was 192 nurses including 142 nurses from Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital and 50 nurses from Naresuan University Hospital. The tools used in this study contain the experience of patient participation activities questionnaire as perceived by nurses, the knowledge of patient centered care questionnaire, the skill of patient centered care questionnaire, and the attitude of patient centered care questionnaire. The reliability was 0.96, 0.96, 0.94, and 0.95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results: The results revealed that most nurses' perceptions of patient participation in safety were at the highest level, accounting for 56.77 percent. Predictive factors include knowledge, skills, and attitudes of nurses in patient-centered care were able to explain the variance in the patient's participation in safety at 25.90 percent with a statistical significance of .001. However, only nurses' attitudes toward patient centered care were able to predict patient participation in safety as perceived by nurses in university hospitals with a statistical significance of .001, and a multiple correlation coefficient of .509.

Conclusions: Healthcare providers who have a positive attitude toward patient center care can encourage patients in patient participation in safety.

Implications: The result of this study is the basic information for administrators to use to promote nurses' attitudes to encourage patients to participate in safety during hospitalization.

Keywords: patient participation, safety, patient safety

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Received: Apr 4, 2023
Revised: Aug 3, 2023
Accepted: Aug 20, 2023

เกศราภรณ์ อุดกันทา พย.ม.¹
เพชรสนีย์ ทังเจริญกุล ปร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: การมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย และศึกษาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 142 คน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์จำนวน 50 คน รวม 192 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประสบการณ์การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาล แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.96, 0.96, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอย

ผลการวิจัย: การรับรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.77 และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยได้ร้อยละ 25.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 แต่มีเพียงทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเท่านั้นที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .509

สรุปผล: ทัศนคติด้านบวกของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ: นำข้อมูลให้ผู้บริหารใช้ในการส่งเสริมทัศนคติของพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยขณะนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ความปลอดภัย ความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทนำ (Introduction)

ในปัจจุบันทั่วโลกได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (patient participation) ในการสร้างความปลอดภัย โดยคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีข้อตกลงร่วมกันให้ทุกประเทศมีการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและดำเนินการการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยอย่างจริงจัง¹ ด้วยกระแสของการส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยจึงทำให้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับความสนใจและมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เกิดขึ้นจำนวนมาก

การมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย (patient participation in patient safety) คือการที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง และมีส่วนในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ชักถามข้อสงสัยเมื่อเกิดความไม่เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมถึงการสังเกตตนเองและให้ข้อมูลเมื่อพบอาการผิดปกติ² ซึ่งการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย มีความสำคัญทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือ การลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัย โดยการที่ผู้ป่วยพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง เช่น การสอบถามเมื่อเกิดข้อสงสัย การทักท้วงผู้ให้บริการเมื่อเห็นความผิดปกติในการให้การดูแลรักษา ต่อผู้ให้บริการ คือ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความปลอดภัยโดยการให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ผู้ให้บริการ ทำให้การวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาลถูกต้อง และต่อสถานบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศ คือการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความปลอดภัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย³

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในต่างประเทศ อาทิเช่น งานวิจัยของ Kao, Hung, Lee, Tsai, and Moreno⁴ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ในมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยในไต้หวัน โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาล

จำนวน 39 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมและตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นอย่างดีระหว่างที่แพทย์และพยาบาลกำลังส่งต่อข้อมูลไปยังบุคลากรในเวรถัดไป และมีส่วนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมโดยการแจ้งเตือนพยาบาลหากพบความผิดปกติในการทำหัตถการ และในงานวิจัยของ Hwang, Kim & Chin⁵ ที่ทำการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในประเทศเกาหลีจำนวน 355 คน เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้ว่าคุณป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากคือ การให้ข้อมูลประวัติของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะบอกให้ผู้ให้บริการล่วงมือก่อนทำหัตถการ ไม่กล้าถามยืนยันเกี่ยวกับยาที่ผู้ให้บริการจัดให้ หรือไม่กล้าสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา จากการศึกษาในต่างประเทศจะเห็นได้ว่ามีทั้งข้อมูลที่คล้ายคลึงกันในผลการศึกษาได้แก่ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลของผู้ป่วย แต่ยังพบว่ามีความขัดแย้งของผลการศึกษาในเรื่องการแจ้งพยาบาลเมื่อพบเจอสิ่งผิดปกติในการทำหัตถการ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการวัดการมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลที่มีการบริหารจัดการในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และบรรยากาศองค์กรในการให้โอกาสผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ซึ่งบริบทการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในความปลอดภัยน้อย ทั้งนี้เพราะการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศไทยยังมีความเชื่อว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการรักษา และผู้ป่วยไม่กล้าซักถามหรือเป็นฝ่ายสื่อสารกับผู้ให้บริการก่อน เนื่องจากไม่มีองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์⁶

การมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย อาทิ เช่น การศึกษาของ Hwang, Kim & Chin⁵ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลในประเทศเกาหลี และพบว่ามีสามปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้าง

ความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลในการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม และบรรยากาศความปลอดภัยของโรงพยาบาล นอกจากนี้ความรู้และทัศนคติของผู้ให้บริการเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Davis, Jacklin, Sevdalis and Vincent⁷ พบว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพต้องมีความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย เพื่อส่งเสริมและไม่ยับยั้งการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย นอกจากนี้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นความจำเป็นของความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต ความเข้าใจต่อความต้องการของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง พยาบาลที่ให้บริการทางพยาบาลตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้น จะต้องตระหนักถึงความแตกต่างและที่มาของแต่ละบุคคล ไม่ตัดสินบุคคลอื่นจากค่านิยมและประสบการณ์ของตนเอง การมีความห่วงใย สนใจต่อผู้อื่น การอยู่เคียงข้าง และสร้างความไว้วางใจต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเองได้⁸ ดังนั้นพยาบาลที่มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ายังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือทางการแพทย์และเวชกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย นอกจากนี้ยังขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย โดยเฉพาะปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการศึกษาระดับ

การมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ให้บริการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย

กรอบแนวคิดการวิจัย (Research framework)

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของ Hwang, Kim & Chin⁵ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยโดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง และดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง รวมถึงการสังเกตและให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการเมื่อพบอาการผิดปกติ⁵ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยที่หากตัวพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะส่งผลให้พยาบาลสร้างบรรยากาศและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

1. ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ศึกษาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation study) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 142 คน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 50 คน รวม 192 คน โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกพยาบาลคือ 1) ทำงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี 2) ทำงานในหอผู้ป่วยใน ยกเว้น หอผู้ป่วยวิกฤติ และหอผู้ป่วยกุมาร โดยไม่รวมผู้บริหารทางการพยาบาลและยินดีให้ข้อมูลวิจัย คัดเลือกโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการประมาณจากอัตราส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรทำนาย (ratio of predictors to case)⁹ ซึ่งกำหนดว่า ตัวแปรทำนายหนึ่งตัวต้องใช้ตัวอย่างจำนวน 40 คนเป็นอย่างน้อย ดังนั้นในการวิจัยนี้มีตัวแปรทำนาย 4 ตัวคือการรับรู้ของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทักษะของพยาบาลในการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย จึงใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 160 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งคืนมาเอง อาจได้รับแบบสอบถามไม่ครบหรือไม่สมบูรณ์จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹⁰ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 192 คน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างในงานวิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามจำนวนพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 นำบัญชีรายชื่อพยาบาลซึ่งเป็นประชากรทั้งหมดมาพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เข้าตามเกณฑ์

การคัดเลือก หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ผู้ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจะไม่มีโอกาสถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างอีก โดยจับสลากจนได้ครบ 192 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง และแปลมาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์และความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาล เป็นข้อคำถามที่นำมาจากเครื่องมือ Experience of and importance ratings of patient participation activities ของ Hwang, Kim, & Chin⁵ จำนวน 20 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากเครื่องมือวัดความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Knowledge, Skill, and Attitude: Patient-centered care scale: KSAI-PPCCS) ของ Esslin¹¹ จำนวน 19 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากเครื่องมือวัดความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Esslin¹¹ จำนวน 17 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากเครื่องมือวัดความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Esslin¹¹ จำนวน 18 ข้อคำถาม

แบบสอบถามส่วนที่ 2 3 4 และ 5 ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในงานวิจัยนี้และแปลเป็นภาษาไทยโดยไม่ได้มีการดัดแปลงข้อความด้วยวิธีการ back translation จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแบบวัดส่วนที่ 2 3 4 และ 5 มีลักษณะคำถาม 5 ระดับ มีค่าคะแนนแต่ละข้ออยู่

ระหว่าง 1-5 โดย 1 มีค่าคะแนน น้อยที่สุด 2 มีค่าคะแนน น้อย 3 มีค่าคะแนน ปานกลาง 4 มีค่าคะแนน มาก และ 5 มีค่าคะแนน มากที่สุด การแปลค่าคะแนนจะใช้คะแนนรวมเฉลี่ย เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย $1.00-1.49 =$ น้อยที่สุด $1.50-2.49 =$ น้อย $2.50-3.49 =$ ปานกลาง $3.50-4.49 =$ มาก และ $4.50-5.00 =$ มากที่สุด¹² เครื่องมือวิจัยนี้ถูกนำไปหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าความเที่ยงส่วนที่ 2 3 4 และ 5 เท่ากับ 0.96, 0.96, 0.94, และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และโรงพยาบาลทั้งสองแห่งตามหมายเลข 068/2564, อว 8393(7)/3276 และ อว 0603.10/8200 ตามลำดับ รวมทั้งได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทุกรายจะได้รับเอกสารการชี้แจงและมีการลงนามหรือยินยอมเป็นวาจาว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะได้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งแจ้งว่าการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย และจะมีการทำลายข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ภายหลังจากสิ้นสุดงานวิจัยแล้ว 1 ปี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ให้จัดผู้ประสานงานในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามและเอกสารคำชี้แจงที่จะมอบให้ผู้ประสานงานทั้ง 2 คน และจัดทำแบบสอบถามและเอกสารคำชี้แจงในรูปแบบ google form และจัดทำ

เป็น QR code เพื่อส่งให้ผู้ประสานงานได้ช่วยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง และขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม จึงได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 192 ฉบับ ซึ่งทุกฉบับเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประสพการณ์และความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาล ความรู้ของ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การหาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ได้ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบวิธีการนำเข้าทั้งหมด (enter multiple regression analysis) กำหนดตัวแปรต้นคือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่วนตัวแปรตามคือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติถดถอย ได้แก่ การแจกแจงแบบโค้งปกติของความคลาดเคลื่อน และความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น (multi-collinearity) และพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อดังกล่าว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.40 เป็นเพศหญิงทั้งหมดจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 92.40 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 38 เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการมากที่สุดจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 97.40 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุดจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 33.90

2. ประสิทธิภาพและความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 56.77 รองลงมาอยู่ในระดับมาก 63 คน คิดเป็นร้อยละ 32.81 และในระดับปานกลางจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 โดยพยาบาลรับรู้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยรายด้านในเรื่อง การให้ผู้ป่วยบอกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 การให้ผู้ป่วยร่วมในการระบุตัวตนมากที่สุดจำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 75 และการอธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการดูแลที่ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยลำพังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 70.30

3. ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.61, 3.72, และ 4.17 ตามลำดับ

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคเหนือพบว่า ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ($r = .320, .359$ และ $.505$ ตามลำดับ)

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายของตัวแปรต้นกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่าปัจจัยทำนายทั้งหมด ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาล สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ร้อยละ 25.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($R^2 = .259$, Adjusted $R^2 = .247$, $F = 21.88$, $p = .000$) แต่มีเพียงทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เท่านั้นที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .509

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายด้าน พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นผู้ที่ให้ความรู้ ให้การสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างความปลอดภัย ทำให้เกิดการรับรู้และเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้ง 2 แห่งยังคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการดำเนินการในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านความปลอดภัยจากการผ่าตัด การควบคุมการติดเชื้อ ความคลาดเคลื่อนทางยา กระบวนการดูแล การใส่ท่อ สายระบาย และการตอบสนองอย่างรวดเร็ว¹³ นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้นำแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย หรือ SPEAK UP ของ The joint commission¹⁴ มาใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างความปลอดภัย ในด้านกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยมากที่สุดคือ การบอกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 83.30 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากพยาบาลมีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกราย ซึ่งผู้ป่วยต้องแจ้งอาการแพ้ยาทุกครั้ง ส่งผลให้ไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา สอดคล้องกับแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยด้วย SPEAK UP ของ The joint commission¹⁴ ในเรื่อง K: Know คือการที่ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงข้อผิดพลาดจากการใช้ยา และควรแจ้งพยาบาลถึงประวัติการแพ้ยาของตนเอง¹⁴ จึงทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบอกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด รองลงมาคือการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวตนอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งการระบุตัวตนจะช่วยลดความผิดพลาดในการให้การรักษ

ผิดคน ทางโรงพยาบาลได้มีมาตรฐานและตัวชี้วัดด้านคุณภาพเกี่ยวกับการระบุตัวตนของผู้ป่วย พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุตัวตน สอดคล้องกับแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย ของ The joint commission¹⁴ ในเรื่อง P: Pay attention คือการที่ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการระบุตัวตนของตัวเองและมั่นใจว่าพยาบาลถามชื่อ-สกุล และดูผู้ป่วยชื่อมือผู้ป่วยก่อนให้ยาหรือทำการหัตถการทุกครั้ง¹⁵

ผลการศึกษายังพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าความรู้ของพยาบาลในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านความสามารถใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (3.95 และ 3.90 ตามลำดับ) เนื่องจากปัจจุบันลักษณะการทำงานของพยาบาลจะต้องใช้การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลที่จะนำมาวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลจึงได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลนอกจากนี้แนวคิดการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติโดยกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ทำให้แต่ละโรงพยาบาลมีความตื่นตัวในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ทักษะและสร้างความตระหนักให้บุคลากรในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้มีความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจากหลักสูตรของสถานศึกษาพยาบาล ซึ่งเตรียมความพร้อมและสร้างความตระหนักในการดูแลที่ยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้นักศึกษาพยาบาล ส่วนทักษะของพยาบาลในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านความสามารถในการประเมินอาการและระดับความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และ

ความสามารถในการประเมินระดับความสบายทางกายของผู้ป่วย (4.09 และ 4.03 ตามลำดับ) ซึ่งการประเมินผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระ พยาบาลทุกคนต้องสามารถประเมินผู้ป่วยได้ตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งในการประเมินความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย ผู้ป่วยเองต้องมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้น ส่งผลให้พยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว ทำให้ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่วนทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในด้านการตระหนักถึงการให้ความเคารพผู้ป่วย และการเคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล (4.42 และ 4.37 ตามลำดับ) การปฏิบัติกรพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตสังคมแก่ผู้ป่วย โดยมีพื้นฐานอยู่บนความรับผิดชอบต่อสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพพยาบาล และสิทธิทางกฎหมายรวมถึงจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัย โดยการสื่อสารกับพยาบาลมากขึ้น กล้าตัดสินใจเพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษา และกล้าแจ้งพยาบาลเมื่อพบสิ่งผิดปกติจากการทำการหัตถการ ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ร้อยละ 25.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือการที่ผู้ให้การรักษาให้ความสำคัญกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น ไม่ใช่การยึดเย็ด สอนและสั่งให้ผู้ป่วยทำตามที่ผู้ให้การรักษาต้องการ แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบยิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเท่านั้นที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความ

ปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .509 ทักษะคิดเป็นสิ่งที่มีความอิทธิพลในการกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อทุกสิ่งและทุกสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง¹⁶ การที่พยาบาลมีทัศนคติด้านบวกต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย จะช่วยส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าทัศนคติมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม เพราะฉะนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยหรือไม่ ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกกับผู้ป่วยด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis, Jacklin, Sevdalis and Vincent⁸ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าทัศนคติด้านบวกของผู้ให้บริการส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย โดยการที่ผู้ให้บริการส่งเสริมและไม่ยับยั้งการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและเต็มใจในการมีส่วนร่วมในความปลอดภัยมากขึ้น³ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติด้านการตระหนักถึงการให้ความเคารพผู้ป่วย และการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (4.42 และ 4.37 ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลยึดจรรยาบรรณและจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการเคารพสิทธิ

ของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในจริยธรรมที่พยาบาลควรยึดถือปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tobiano G, Bucknall T, Marshall A, Guinane J, Chaboyer W.¹⁷ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของพยาบาลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย พบว่าพยาบาลรู้สึกว่าคุณผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น หากพยาบาลมีแนวคิดแบบนี้ ก็จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปวางแผนการส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้แก่บุคลากร เช่น การอบรม ให้ความรู้ และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมบริการในการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยขณะนอนโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และตามการรับรู้ของผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาล
2. ควรศึกษาปัจจัยด้านภาระงานและเวลา ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัย

References

1. Supachutikul A. HA update 2016. Nonthaburi: The healthcare accreditation institute; 2016. (in Thai).
2. Vincent C. Patient safety. London: BMJ Book; 2010.
3. Thiangchanya P, Peeravud J, Thanapattaraporn M, Ramkeaw K. Nurses' role in enhancing patient engagement in safety. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(3):247-60. (in Thai).
4. Kao H-F S, Hung C-C, Lee B-O, Tsai S-L, O Moreno. Patient participation in healthcare activities: Nurses' and patients' perspectives in Taiwan. Nursing Health Sciences 2021;24:44-53.
5. Hwang, Kim, Chin. Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, teamwork, and safety climate. Asian Nursing Research 2019;13:130-36.

6. Yubonpunt P. The participation of the patient to create safety in health services. Academic Services Journal 2016;27(3):127-38. (in Thai).
7. Davis RE, Sevdalis N, Jacklin R, Vincent CA. Patient participation in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?. Journal compilation 2007;10: 259-67.
8. Klieman S. Human centered nursing: the foundation of quality care. Portland: Scitech Book News; 2008.
9. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. New york: Allyn and Bacon; 2007.
10. Polit D, Hungler B. Nursing research: Principle and method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
11. Esslin PE. Psychometric evaluation of the knowledge, skills, and attitudes-part I: patient-centered care scale (KSAI-PCCS): a pilot study. [doctoral's thesis]. The University of Hawai'i at MaNOA; 2016.
12. Kannasoot P. Statistics for behavioral science research. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).
13. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patients safety goals: SIMPLE Thailand 2018. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute; 2018. (in Thai).
14. The Joint Commission. Speak up [Internet]. 2016 [Cited 2022 Jan 21]. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>
15. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing standard. Thailand Nursing and Midwifery Council; 2019. P.30-6.
16. Jain V. 3D Model of attitude. International of Advanced Research in Management and Social Sciences 2014;3(3):1-12.
17. Tobiano G, Bucknall T, Marshall A, Guinane J, Chaboyer W. Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2016; 30(2).

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>