



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566 Vol. 39 No. 3 September – December 2023

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลกับการเตรียมพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย
พนิดา รัตนโพธิ์รัตน์ ชุตินา ปัญญาพิณจันทร์ เทียนทอง ทาระบุตร

ความรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ดัยรัตน์ พุทธิณณิ ธนน ไชยสินธุ์ สิทธิรัตน์ บุตรดี ดุสิต สุกุลปิยะเทวัญ

บทความวิจัย

การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย
กวิณวรา นาวินประเสริฐ ชมนาด วรรณพรศิริ มลฤดี โพธิ์พิจารย์

การพัฒนาารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
สวิตตา ชัดกันทา อารี ชิวเกษมสุข กษกร เจตนิย์

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต
ณัฐชญา บัวละคร บุษบา สมใจงาม

ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลกุดเพียง อำเภอนวนนิจ จังหวัดขอนแก่น
บรรจบ โสตาศรี วรวัณ ชมภูพาน

ผลของโปรแกรมการคัดกรองตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

ประภากร ศรีสง่า ดวงใจ บุญคง สมเกียรติ บุญคง

ปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มผู้ที่มีมารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง กรุงเทพมหานคร
สุรินทร์รัตน์ บัวรุ่งเทียนทอง จันทนา ถุทธธรรมย์ สุรินทร์รัตน์ มงคลพันธ์ อรรถชัย อินดี

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษา สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร
ดุสิต ดุสิต ประภัสนธร เสี่ยมกุลถาวร วิวัฒน์ เหล่าชัย

ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคกระดูกงูไขว้ใหญ่และผู้ให้บริการในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
ปรีดี ศรีกัน ดารารัตน รุ่งเรือง พิเชต วรอต ศรีสุดา งามชา

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อำเภอวังน้อย จังหวัดมหาสารคาม
วิมลพรรณ เทวธนา นภาเพ็ญ จันทิมา พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา

ความสัมพันธ์ของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติในโรงพยาบาลโสธร
อรดี โชคสวัสดิ์ ปณิชา บุญสวัสดิ์ นุชา นาคศิริ นิตยา บึงทอง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงบันดาลใจของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร
ชยุตา ขอเจริญ อภิพรสิริ พงษ์มาพงษ์ อธิษฐ์ อนันต์วัฒนสุข

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี
มยุรา เรืองเสรี

การพัฒนาารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน: โรงพยาบาลระนอง
ปิ่นอนงค์ รัตนปฐมวงศ์ จินตนา บัวทองจันทร์ ภาณุชนา พูลี่

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
กรรณิกา รักยิ่งเจริญ อังคณา สมคง สุทัศน์ คุณาม

การพัฒนาและประเมินสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน โดยวิธีประชาคม สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม
กลีบแก้ว จันทน์หงษ์ สุภัทรา โฉมจันทร์ กุลธิดา พานิชกุล

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริม
หลักสูตรระบบครอบครัวสัมพันธ์

วรัญญา แสงพิทักษ์ สุทธิใจ เจริญสุข พัทธี กระจำโพธิ์

การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

สุวรรณา วุฒิณฤทธิ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ ฤทธิญา อรุณศรีพงศ์

เส้นทางปัจจัยทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2566
เทียนทอง ทาระบุตร อัครนิษฐ์ ทองศิลป์



Journal of Health and Nursing Research วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

Vol. 39 No. 3 September – December 2023

ที่ปรึกษา	ดร.พนารัตน์ วิศเวทพนนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ดร.ยุพารัตน์ ตีรไพโรจน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

Prof. Dr. Henrik Eriksson

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

Assoc. Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์
รศ.ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล
รศ.ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประเทศไทย
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน
ผศ.ดร.ละอียด แจ่มจันทร์
ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย
กรมการบริบาลวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล ประเทศไทย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

ดร.ธนาภา ฤทธิวงศ์

ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-2320 ต่อ 411 โทรสาร 0-2354-2319
e-mail: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

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

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข
นางสาวรุ่งกานดา ภูมรา
นางสาวสุวิมล อินทร์วิเศษ
นางสาวกัญญาพัชญ์ พิษณุธาดาพัฒน์

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. 3 September – December 2023

Advisory Board	Dr. Panarut Wisawatapnimit	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
Editor	Dr. Yupaporn Trirapaiwong	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
Assistant Editors	Sasiwimon Booranarek	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
	Asst. Prof. Sopha Raksathum	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
Editorial team		
	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
	Assoc. Prof. Dr. Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol	Department of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Suparb Aree-Ue	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Mahidol University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Arpaporn Powwattana	Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Doungnetre Thummakul	Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen	Faculty of Nursing, Chulalongkorn 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
	Dr. Natawan Khumsaen	Boromarajonani College of Nursing, Sanpsithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
	Dr. Tanapa Rittiwong	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
	Dr. Waranya Sangpithuk	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
Office:	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2/1 Phayathai Road, Ratchathewi, Bangkok 10400 Thailand Tel. 66-2-354-2320 Ext. 411 Fax. 66-2-2354-2319 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

Rungkanda Phummara

Suwinan Inwised

Phinyaphat Pichayatadapat

Publisher

Chulalongkorn University Press

Tel. 66-2-218-3549, 66-2-218-3549-50

Fax. 66-2-215-3612

cuprint@hotmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัยและวิชาการ
Journal of Health and Nursing Research
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

ISSN 2697-5041 (Online)

ISSN 2730-1893 (Print)

Vol. 39 No. 3 September – December 2023

-
- | | |
|---|---|
| 1. รศ.ดร.กัญญาดา ประจุกุศลป | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.ดร.จิณพิชญ์สา สาธิยมาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 3. รศ.ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. รศ.ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 5. รศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 6. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 7. ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิโย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.ดร.ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 9. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 10. ผศ.ดร.นฤมล สิงห์ตง | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 11. พันเอกหญิง ผศ.ดร.ปรานี อ่อนศรี | สำนักงานปฏิบัติการกิจการรักษาความมั่นคงภายในกองทัพบก |
| 12. ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 13. ผศ.ดร.วรรณภา พาหุวัฒนกร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 14. ผศ.ดร.พินดา ศิริอำพันธกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 15. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก | นักวิชาการอิสระ |
| 16. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไบร์แมนน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 17. ผศ.ดร.สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 18. ผศ.ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 19. ผศ.พ.ต.ท.ดร.อภิสิทธิ์ ตามสัถย์ | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 20. ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 21. ดร.กฤตพัทธ์ ผักผัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 22. ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรชา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี |
| 23. ดร.กมลพรรณ วัฒนาก | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 24. ดร.กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 25. ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 26. ดร.ณัฐวรรณ คำแสน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 27. ดร.ดารารวรรณ ร่องเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 28. ดร.ธนาภา ฤทธิวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม |
| | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |

29. ดร.นิภาพร อภิสิทธิ์वासนา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
30. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
31. ดร.ปรีศนีย์ ศรีกัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
32. ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
33. ดร.ภาศิษฐา อ่อนดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
34. ดร.ภูเบศร์ แสงสว่าง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
35. ดร.มัทธก ศรีคล้อย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
36. ดร.มาสริน ศุกลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
37. ดร.มาริสา สุวรรณราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
38. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
39. ดร.รัตติกร เมืองนาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
40. ดร.รุ่งนภา เขียวชะอำ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
41. ดร.วิสิษฐ์ศรี เฟื่องนุ่ม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
42. ดร.ศรีสุดา งามขำ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
43. ดร.สนธยา มณีรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
44. ดร.สาดี แอมิลตัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
45. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
46. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
47. ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
48. ดร.แสงดาว จันท์ตา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
49. ภญ.ดร.อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
50. ดร.อดิพร สำราญบัว สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
51. ดร.อัจฉรา คำมะทิติย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
52. ดร.อุไร นิโรจน์นัทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

สารบัญ
ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลกับการเตรียมพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย พนิดา รัตนไพโรจน์ ชุตติมา ปัญญาพินิจนุกร เทียนทอง ทาระบุตร	1
ความรู้รอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตยารัตน์ พุทธิมณี ธนิน ใจสินธุ์ สิทธิรัตน์ บุตรดี ดุสิต สกฤตปิยะเทวัญ	11

บทความวิจัย

การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย กวิณวรา นาวิณประเสริฐ ชมนาด วรรณพรศิริ มลฤดี โพธิ์พิจารย์	20
การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สวิตตา ชัดกันทา อารี ชิวเกษมสุข กชกร เจตินัย	31
ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ณัฐชญา บัวละคร บุชบา สมใจวงศ์	42
ผลของโปรแกรมสมาริบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลกุดเพียขอม อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น บรรจบ โสดาศรี วรวิมล ชมภูพาน	53
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและ ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ประภากร ศรีสง่า ดวงใจ บุญคง สมเกียรติ บุญคง	63
ปัจจัยทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง กรุงเทพมหานคร สุรินทร์รัตน์ บัวรุ่งเทียนทอง จินตนา ฤทธารมย์ สุริรัตน์ มงคลพันธุ์ อรทัย ยินดี	73
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษา สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ดุชนิ ดวงมณี ประภัสสร เสี่ยมกุลถาวร วิวัฒน์ เหล่าชัย	84
ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ให้บริการในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ปรีศนี ศรีกัน ดาราวรรณ รองเมือง พิเชต วงรอต ศรีสุตา งามขำ	94
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อำเภอวังสราญ จังหวัดมหาสารคาม วิมลพรรณ เทเวลา นภาพิณ จันทขัมมา พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา	105
ความสัมพันธ์ของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักแรกเกิด ของทารกในมารดาที่คลอดปกติในโรงพยาบาลยโสธร อรดี โชคสวัสดิ์ ปณิชา บุญสวัสดิ์ นุชา นาคศิริ นิตยา บึงทอง	116
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ชยุตา ขอเจริญ ภัทรสิริ พจมานพงศ์ อธิษฐ์ อนันต์วัฒนสุข	126

สารบัญ
ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี มยุรา เรืองเสรี	138
การพัฒนา รูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน: โรงพยาบาลระนอง ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ จินตนา บัวทองจันทร์ ภาณุชนาถ พุสี	150
ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ต่อความมั่นใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	161
กรณีศึกษา รักษ์ยิ่งเจริญ อังคณา สมคง สุทัศน์ ศุภนาม การพัฒนาและประเมินสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน โดยวิธีประชาคม สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ	172
กลีบแก้ว จันทรหงษ์ สุภัทสรดา โคมินทร์ กุลธิดา พานิชกุล ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดน ตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน	183
วรัญญา แสงพิทักษ์ ศุภกรใจ เจริญสุข พัทรี กระจำวงศ์โพธิ์ การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	194
สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ์ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ กฤษณา อุไรศรีพงศ์ เส้นทางปัจจัยทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2566	205
เทียนทอง หาระบุตร อัครนิย ทองศิลป์	

Content

Volume 39 Number 3 September-December 2023

Articles

Role of Nurses in Preparing Parents to Teach Activities of Daily Living Skills for Children with Autism Spectrum Disorder	1
Panida Ratanapiroj Chutima Punyapinitnugoon Tieanthong Harabutra	
Medication Literacy in Older Adults with Chronic Diseases	11
Tayarat Phuttimaanee Tanon Jaisin Sitirat Butdee Dusit Sakulpiyatewan	

Research Articles

The Synthesized of Care Models to Control Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes in Thailand	20
Kawinwara Nawinprasert Chommanard Wannapornsiri Monrudee Popijan	
The Development of an Information Provision Model via Mobile Application for Relatives of Critical Emergency Patients at an Accident and Emergency Department	31
Sawitta Khadkantha Aree Cheevakasemsook Kotchakorn Jetinai	
Effects of Palliative Care Program on Palliative Care Outcome and Quality of Life among Non-Dialysis End Stage Renal Disease Patients	42
Natchaya Bualakorn Busaba Somjaivong	
Effects of SKT1 and 2 Program on Stress among Older Adults in Kut Pia Khom Subdistrict, Chonnabot District, Khon Kaen Province	53
Banjob Sodasri Worawut Chompoopan	
Effects of the Self-Management Program via Line Application on Self-Management Behaviors and Clinical Outcomes among Chronic Kidney Disease Stage 3 Patients with a Rapid Declined of Kidney Function	63
Prapakorn Srisanga Duangjai Boonkong Somkiat Boonkong	
Factors Predicting Awareness of Fall Risks in Client of Geriatric Clinical in Urban Hospital, Bangkok	73
Surinrat Baurangthienthong Jintana Rittharomya Sureerat Mongkolpun Orathai Yindee	
COVID-19 Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Infection according to the New Normal Lifestyle among Students affiliated with a Higher Educational Institution in Bangkok	84
Dussadee Duangmanee Prapassorn Sangiamkulthavorn Wiwat Laochai	
Safety and Satisfaction of Colorectal Cancer Patients and Healthcare Providers in Receiving Home Chemotherapy Services during the COVID-19 Pandemic	94
Pratsani Srikan Daravan Rongmuang Pichet Wongrot Srisuda Ngamkham	
A care model for stroke patients from the hospital to the community Yang Si Surat district, MahaSarakhm province	105
Wimonphan Tewela Napaphen Jantacumma Pimrat Thammaraksa	

Content

Volume 39 Number 3 September-December 2023

Relationships between Fetal Weight Estimated from Height of Fundus and Birthweight of Neonates Born to Mother with Normal Delivery in Yasotorn Hospital Oradee Choksawat Panicha Boonsawad Nucha Naksiri Nidtaya Bhongthong	116
Effects of the Self-Efficacy and Family Support Enhancement Program on Adherence to Therapeutic Regimens among Patients with Permanent Pacemakers Chayuda Khocharoen Pattarasiri Potjamanpong Teetouch Ananwattanasuk	126
Factors Predicting Health Care Behaviors of School-Age Children In Ubon Ratchathani Province. Mayura Rueangseree	138
The Development of Pain Management Model to Control Acute Postoperative Pain in Acute Pain Service Ranong Hospital Pinanong Rattanapathumwong Jintana Buathongjun Panudchanard Phoosri	150
Effects of Using the ABCs Concept Video Teaching in Caring for Patients with Increased Intracranial Pressure on Self-confidence in Nursing Practice for Brain injury and Satisfaction of Nursing Student St Theresa International College. Kunnika Rukyingchareon Angkana Somkong Suthat Supanam	161
The Development of Video Media on the Prioritization of Community Diagnosis by Civil Society for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Kleeбкаew Janhong Soopussara Komindr Kultida Panidchakul	172
Lived Experience of Nursing Students in the Project of Producing Nurses for Developing Health of People in Boarder Provinces Followed the Footstep of the Royal Grandmother toward the Integration of Simulated Family System in Extra-curriculum Activities Waralya Sangpithak Sukjai Charoensuk Patcharee Krachangpho	183
Development of a Gait Rehabilitation Device for Stroke Patients Suwanna Vudhironarit Kanokwan Silapakumpises Kritsana Uraisripong	194
A Path Analysis of Mental Health Factors Affecting to Emotional Quotient of Students Faculty of Nursing Kasem Bundit University in Academic year 2023 Tieanthong Harabuttra Asanee Tongsilp	205

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับอย่างต่อเนื่อง โดยวารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 วารสารฯ มุ่งหวังในการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากหลากหลายสถาบัน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทุกท่านได้เพิ่มพูนความรู้และแลกเปลี่ยนมุมมองต่างๆ ในการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ ฉบับนี้มีบทความวิชาการ 2 เรื่อง และบทความวิจัย 18 เรื่อง บทความวิชาการมีเนื้อหาเกี่ยวกับ บทบาทพยาบาลในการเตรียมพ่อแม่ของเด็กออทิสติก และความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่วนบทความวิจัยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลที่ใช้โมบายแอปพลิเคชัน 2 เรื่อง การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคหัวใจ รวม 6 เรื่อง รูปแบบการจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน โปรแกรมสมรรถาธิบำบัดต่อภาวะเครียดของผู้สูงอายุ ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มของกลุ่มผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน และการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ นอกจากนี้วารสารยังมีบทความที่น่าสนใจในด้านการจัดการศึกษาทางการพยาบาล จำนวน 4 เรื่อง จึงขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความในวารสารฉบับนี้

ผู้สนใจสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อการสืบค้นและนำผลงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร โดยสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับที่ website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/information/authors> กองบรรณาธิการวารสารมุ่งเน้นการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของบทความตามเกณฑ์การตอบรับการตีพิมพ์โดยมีผู้ประเมินบทความเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่าน ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยหรือผู้เขียนบทความจะถูกปกปิดจากกันและกัน (Double-blind peer review) โดยมีค่าธรรมเนียมสำหรับบทความภาษาไทยเรื่องละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) และบทความภาษาอังกฤษเรื่องละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) ผู้สนใจสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสารที่เบอร์ 02-3542320 ต่อ 411 หรือทาง Email: journalbcn@bcn.ac.th

ดร.ยุพารณ์ ดิโรตวงศ์
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ

Role of Nurses in Preparing Parents to Teach Activities of Daily Living Skills for Children with Autism Spectrum Disorder

Received: Jul 27, 2023
Revised: Oct 30, 2023
Accepted: Dec 4, 2023

Panida Ratanapairoj, M.S.N.¹
Chutima Punyapinitnugoon, Ph.D.²
Tieanthong Harabutra, M.S.N.³

Abstract

Introduction: Preparing parents to teach activities of daily living skills to children with autism spectrum disorder (ASD) is another significant role of nurses in providing care and enabling them to live with their families and communities.

Objective: To present the concept and role of nurses in caring for patients, particularly young children with ASD, by preparing their parents to teach activities of daily living skills to these children.

Key issues: Nurses play a crucial role in providing guidance and support to parents of young children with autism spectrum disorder. The nurses' responsibilities include training parents about effective strategies to teach and reinforce essential activities of daily living skills for children with autism.

Implications: The concept and role of nurses in caring for this group of children through parental training to teach activities of daily living skills can be applied to caring for other groups of children with similar skill deficits in their daily activities.

Keywords: Nurse's Role, Autism Spectrum Disorder, ADL

¹ Corresponding author: Lecturer, Email: panida.rat@kbu.ac.th

^{2,3} Lecturer, ² Email: chutima.pan@kbu.ac.th ³ Email: tieanthong.har@kbu.ac.th

¹⁻³ Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok, Thailand.

บทบาทพยาบาลกับการเตรียมพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย

Received: Jul 27, 2023

Revised: Oct 30, 2023

Accepted: Dec 4, 2023

พนิดา รัตนไพโรจน์ พย.ม.¹

ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร ปร.ด.²

เทียนทอง หาระบุตร พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การเตรียมพ่อแม่ในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวและเด็กกลุ่มนี้ เพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวคิดและบทบาทพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัย โดยการสอนพ่อแม่ให้ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย

ประเด็นสำคัญ: บทบาทของพยาบาลในการสอนพ่อแม่ นั้น พยาบาลจะต้องจัดเตรียมความรู้ที่เป็นแนวทางในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติก โดยพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบในการสอนพ่อแม่เกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ได้ผลในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมและเหมาะกับวัยให้แก่เด็กออทิสติก

สรุป: บทบาทสำคัญที่พยาบาลต้องทำเป็นอันดับแรกในการดูแลช่วยเหลือแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย คือบทบาทในการสอนพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็ก

ข้อเสนอแนะ: แนวคิดและบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ ด้วยการสอนพ่อแม่ให้ฝึกทักษะแก่เด็ก สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาการขาดทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล เด็กออทิสติก ทักษะกิจวัตรประจำวัน

¹Corresponding author: อาจารย์ Email: panida.rat@kbu.ac.th

^{2,3}อาจารย์ Email: chutima.pan@kbu.ac.th ³Email: tieanthong.har@kbu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

ออทิสติกเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของสมอง ที่ส่งผลต่อความบกพร่องในหลาย ๆ ด้าน จากรายงานการศึกษาทั่วโลก พบว่าออทิสติกเป็นโรคที่พบมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ความชุกของภาวะออทิสติกสเปกตรัมตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 พบความชุกประมาณ 1.13:10,000 และการศึกษาในช่วงปี 2000 พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1-1.3:1000 และมีการรายงานความชุกของภาวะออทิสติกสเปกตรัมที่สูงมากขึ้นเรื่อย ๆ¹ โดยการสำรวจในพื้นที่เฝ้าระวังของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา ในปีค.ศ. 2012 พบความชุกร้อยละ 1.46 คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 68 คน² และประเทศในเอเชีย ยุโรป อเมริกาเหนือก็พบความชุกใกล้เคียงกันอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1 พบได้ในทุกเชื้อชาติและทุกระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (4-5:1) เดิมเชื่อว่าพบมากในกลุ่มคนที่มีฐานะดี แต่ในปัจจุบันพบว่าไม่มีในทุกระดับชั้นของสังคมพอ ๆ กัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าเดิมกลุ่มคนที่มีฐานะดี จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ดีกว่า ทำให้พบได้มากกว่า¹⁻² การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Autism spectrum disorder-ASD” ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน³ ลักษณะที่เห็นเด่นชัดของออทิสติกคือ มีความบกพร่องในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับผู้อื่น (social communication and social interaction) รวมทั้งการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่อาจแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมซ้ำ ๆ พฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่น สนใจกิจกรรม หรือวัตถุสิ่งใดสิ่งหนึ่งแบบหมกมุ่นมากเกินไปจนกว่าคนทั่วไปแสดงหรือปฏิบัติออกมา ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่วัยหัดเดิน หรืออายุน้อยกว่า 3 ปี โดยในวัยเด็กเล็กมักจะนำมาด้วยปัญหา พูดช้า ไม่สบตา ไม่หันหาเสียงเรียกชื่อเด็ก บางคนสามารถพูดได้ แต่จะพูดเป็นภาษาตัวเอง ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้ เด็กกลุ่มนี้จะมีอาการและอาการแสดงที่มีความแตกต่างหลากหลาย ตั้งแต่มีอาการน้อยไปจนมีอาการมาก ความผิดปกติของพัฒนาการในแต่ละด้านก็มีความแตกต่างกันเหมือนกับ spectrum ของรุ้งกินน้ำที่มีการไล่เฉดสีกัน¹

ความสำคัญของทักษะกิจวัตรประจำวันในเด็กออทิสติก

ทักษะการดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับเด็กออทิสติกนั้น ถือว่าเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญ⁴ เนื่องจากกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมพื้นฐานของมนุษย์ในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น⁵ เด็กออทิสติกมากกว่าร้อยละ 50 มีความบกพร่องทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน⁶ เด็กปฐมวัยทั่วไปสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามวัยได้ด้วยตนเอง โดยสามารถเรียนรู้ได้จากการเลียนแบบสิ่งที่เห็นพ่อแม่หรือผู้อื่นปฏิบัติ หรือจากการที่พ่อแม่สอนหรือชี้แนะบ้าง แต่ในเด็กออทิสติกซึ่งมีข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต เช่น บกพร่องด้านการสื่อสาร บกพร่องทักษะทางสังคม ข้อจำกัดในการรับรู้สิ่งเร้าผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ หลากหลาย มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย เป็นต้น การที่เด็กจะเรียนรู้และมีทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้นั้น เด็กจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและอดทนจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล^{1,4} หากเด็กออทิสติกปฐมวัยมีทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามวัย จะเป็นทักษะพื้นฐานที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ยากขึ้นและซับซ้อนขึ้น สำหรับการดำเนินชีวิตอิสระ ในช่วงวัยเรียน วัยรุ่นต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ต่อไปตามลำดับ⁷

บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือพ่อแม่ในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันเด็กออทิสติก

การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกในช่วงปฐมวัย (แรกเกิด- 5 ปี) มีความสำคัญนับตั้งแต่เริ่มรู้ว่าเป็นออทิสติก เด็กควรได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมแบบเข้มข้น ส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ฝึกและแก้ไขการพูด เสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง และทักษะสังคมที่เหมาะสมตามวัย⁸ ทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะพยาบาลผู้ใกล้ชิดกับครอบครัว ถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัว พยาบาลสามารถทำได้หลายบทบาท ได้แก่ บทบาทในการสอนหรือให้ความรู้แก่พ่อแม่ บทบาทในการประเมินคัดกรองและส่งต่อ บทบาทการเป็นผู้จัดการรายกรณี บทบาทในการส่งเสริมดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก บทบาทในการจัดการให้มารับการตรวจตามนัด

บทบาทในการให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ และบทบาทในการเป็นผู้ปกป้องหรือพิทักษ์สิทธิ์ ในบทบาทที่กล่าวมาเป็นการสอนหรือให้ความรู้แก่พ่อแม่เด็กออทิสติกในช่วงปฐมวัย ถือว่าเป็นบทบาทสำคัญมากที่สุดที่พยาบาลต้องทำเป็นลำดับแรก ๆ เนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัย จะเป็นการดูแลที่เราต้องเปิดโอกาสให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม (Parent Involvement) การที่จะทำให้อาการออทิสติกดีขึ้นได้นั้น นอกจากจะเป็นการดูแลรักษาที่ตัวเด็กแล้ว ปัจจัยที่สำคัญอย่างมากอีกหนึ่งปัจจัยก็คือปัจจัยด้านพ่อแม่ที่จะต้องมีความสามารถในการดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน⁹ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกปฐมวัย จะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตพ่อแม่และตัวเด็กให้ดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลจากการแยกจาก ส่วนพ่อแม่เองก็ได้รับความรู้ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องต่อไป¹¹ ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมของพ่อแม่ นั้น พ่อแม่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลอย่างเหมาะสม แต่ในความเป็นจริงแล้วเราจะพบว่ายังมีพ่อแม่ของเด็กออทิสติกปฐมวัยจำนวนมากที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเด็ก ไม่รู้ว่าจะดูแลช่วยเหลือในเรื่องใดก่อนหลัง วิธีดูแลช่วยเหลือนั้น ในบทบาทพ่อแม่แล้ว พ่อแม่ควรต้องทำอะไร ผู้ปกครองทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน¹² ทำให้ปัญหาสำคัญหลายปัญหามักถูกพ่อแม่มองข้ามในช่วงปฐมวัยของเด็ก หนึ่งในปัญหาที่มักถูกมองข้ามคือเด็กขาดทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (basic activities of daily living skills) ที่เหมาะกับวัย ทั้งนี้ผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นขาดความมั่นคงในชีวิต ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี¹³

พยาบาลต้องเตรียมความรู้ที่เป็นแนวทางในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย โดยพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบในการสอนพ่อแม่เกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ได้ผลในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันทั้งจำเป็นและ

เหมาะกับวัยให้แก่เด็กออทิสติก และควรอธิบายให้พ่อแม่เข้าใจภาพรวมของสภาพปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานของเด็กออทิสติกปฐมวัย เพื่อให้พ่อแม่เตรียมตัวในการรับมือ มีความอดทน ไม่ย่อท้อต่อปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้¹⁴ เช่น เด็กมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่ให้ความร่วมมือต่อการฝึก ขาดความตั้งใจ ไม่มีสมาธิในการฝึก ทักษะการเคลื่อนไหวบกพร่อง ทักษะการเล่นแบบบกพร่อง ขาดแรงจูงใจ บกพร่องในการรับรู้ทางการมองเห็นพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ทั้งนี้เด็กออทิสติกปฐมวัยแต่ละคนมีสภาพปัญหาทั้งคล้ายกันและแตกต่างกัน แต่ถ้าพยาบาลและพ่อแม่พูดคุยร่วมกันเพื่อประเมินสภาพปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ จะทำให้การรับมือกับปัญหาเกิดประสิทธิภาพ เช่น การเตรียมคำพูดที่ใช้สื่อสารในระหว่างการฝึกให้สั้น กระชับ หากเด็กมีปัญหาการสื่อสาร ซึ่งในช่วงปฐมวัยเด็กออทิสติกหลายคนอาจพูดไม่ได้ พูดได้น้อยคำ หรือสื่อความต้องการของตนเองให้คนอื่นรับรู้ไม่เป็น หากเด็กที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว บกพร่องการหยิบจับสิ่งของ ก็ต้องมีการฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในการหยิบ ยื่น วาง สิ่งของ ให้คล่องก่อน เนื่องจากข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องของการเคลื่อนไหวร่างกายจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กออทิสติก¹⁵ หรือเด็กมีบกพร่องในการรับรู้ผ่านการมองเห็น ก็ต้องจัดกิจกรรมที่กระตุ้นการรับรู้ผ่านการมองเห็น เช่น ใช้ภาพมาเป็นสื่อกระตุ้น เนื่องจากการรับรู้ผ่านการมองเห็นเป็นความสามารถในการรับรู้และแปลผลสิ่งที่เห็นโดยต้องสามารถจดจำ แยกแยะและวิเคราะห์สิ่งที่มองเห็นได้¹⁶⁻¹⁷ โดยเด็กจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวผ่านการมองเห็น ร้อยละ 75 การฟัง ร้อยละ 13 การสัมผัส ร้อยละ 6 การดมกลิ่น ร้อยละ 3 และการชิมรส ร้อยละ 3 ความจำของเด็กเกิดขึ้นได้มากที่สุดจากการ “ได้ดูหรือได้เห็น” เมื่อเด็กได้เห็นก็จะเกิดการทำงานร่วมกันระหว่างมือและตาตามมา (visual motor integration) ทำให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามวัย เช่น กินข้าว ตีกระดุม ใส่หรือถอดเสื้อผ้า ใส่รองเท้า ใส่ถุงเท้า เป็นต้น

รูปแบบของกิจวัตรประจำวัน (Types of activities of daily living: ADL) โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้^{13,18}

1. กิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐาน (Basic ADLs: BADLs) ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

- การเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปที่หนึ่ง (ambulating) คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือเปลี่ยนอิริยาบถ หรือเดินไปมาจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การลุกจากเตียง การลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ การเดินไปมา

- การรับประทานอาหาร (feeding) คือ ความสามารถในการรับประทานด้วยตนเอง

- การแต่งตัว (dressing) คือ ความสามารถของบุคคลในเลือกเสื้อผ้ามาสวมได้อย่างเหมาะสม และสามารถสวมใส่ได้เอง

- การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล (personal hygiene) คือ ความสามารถในการทำอาบน้ำ แปร่งฟัน ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว และดูแลความสะอาดช่องปาก ผม และเล็บได้

- การควบคุมการขับถ่าย (continence) คือ ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ กลั้นอุจจาระได้

- การขับถ่าย (toileting) คือ ความสามารถในการเดินไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และขับถ่ายที่ไถ่ส้วม / โถชักโครก รวมทั้งสามารถทำความสะอาดหลังการขับถ่ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. กิจวัตรประจำวันแบบซับซ้อน (Instrumental ADLs: IADLs) เป็นกิจกรรมที่ต้องมีทักษะที่ยากขึ้นมาเป็นองค์ประกอบในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ทักษะการคิด (thinking skills) ทักษะการจัดระบบการทำงาน (organizational skills) ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

- ทักษะการเดินทางและการซื้อของ (transportation and shopping) คือ ความสามารถในการซื้อสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ จากร้านค้าหรือห้างสรรพสินค้า การเดินทางไปต่าง ๆ อาจจะโดยการขับรถไปเอง หรือไปยังที่หมายโดยใช้ขนส่งสาธารณะหรือรถรับจ้าง

- การบริหารจัดการเรื่องเงิน (managing finances) คือ ความสามารถในการใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อสิ่งของ การจ่ายค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ การวางแผนเก็บออมเงิน การบริหารจัดการทรัพย์สินตนเอง

- การจ่ายตลาดและจัดเตรียมอาหาร (shopping and meal preparation) คือ ความสามารถในการจัดเตรียมอาหารสำหรับรับประทาน อาจจะซื้ออาหารมาปรุงเอง หรือเป็นอาหารสำเร็จรูป

- การดูแลและการทำความสะอาดบ้าน (housecleaning and home maintenance) คือ ความสามารถในการทำความสะอาดบ้าน ทำความสะอาดเสื้อผ้า ล้างจาน รดน้ำต้นไม้ ดูแลต้นไม้ ดูแลบ้านให้คงสภาพเรียบร้อย เหมาะกับการพักอาศัย

- การจัดการเรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น (managing communication with others) คือ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น ติดต่อพูดคุยผ่านการใช้โทรศัพท์มือถือ ติดต่อโดยใช้อีเมล หรือช่องทางโซเชียลมีเดีย (social media) เช่น Line Facebook

- การจัดการเรื่องการรับประทานยา (managing medications) คือ ความสามารถดูแลตนเองในการจัดและรับประทานยาด้วยตนเองได้ถูกต้องตามแนวทางการรักษาของแพทย์

ประโยชน์ของการสอนทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย

ประโยชน์ของการสอนทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวเด็ก พ่อแม่ และสังคม ประโยชน์ต่อตัวเด็ก เช่น ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กให้ดีขึ้น ส่งเสริมให้เด็กมีความพร้อมต่อการเติบโตและใช้ชีวิตในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่นได้เหมาะสมกับวัยตามศักยภาพที่มีอยู่จริง⁷ เพิ่มโอกาสที่จะได้ค่าคะแนนการประเมินทักษะภาษาและสังคมสูงขึ้น ช่วยให้เด็กใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ประโยชน์ต่อพ่อแม่หรือผู้ปกครอง เช่น ลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยที่ไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดภาระการดูแล¹⁸ พ่อแม่มีทักษะในการสร้างเสริมการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันแก่เด็ก¹⁹ และลดความเครียดจากการดูแลเด็กออทิสติก²⁰ ส่วนประโยชน์ด้านสังคมเช่น ผู้ที่ไดพบเห็นเด็กออทิสติกเกิดความรู้สึกประทับใจในภาพลักษณ์และต้องการเข้าใจและยินดีให้ความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ²¹

แนวทางการสอนพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย

การฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันให้แก่เด็กออทิสติกนั้น พ่อแม่ต้องทำความเข้าใจหลักการฝึกก่อน จากนั้นจึงฝึกเด็ก โดยประยุกต์จากหลักการมาปฏิบัติในการฝึกจริงแก่เด็กออทิสติก สรุปได้ดังนี้^{1,4,14,18,21-22}

1. เตรียมความพร้อมก่อนฝึก ได้แก่ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของเด็กและพ่อแม่ ความพร้อมของสื่ออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ และความพร้อมของสถานที่
2. กิจกรรมการฝึกต้องเหมาะสมกับช่วงวัยและความสามารถของเด็ก เช่น เด็กปฐมวัยควรสอนให้จับช้อนรับประทานอาหารเอง ฝึกถอด-สวมเสื้อยืด ฝึกถอด-สวมกางเกงเอวยางยืด เป็นต้น
3. ใช้หลักการสอนแบบ 3R ได้แก่ Repetition คือ การสอนแบบซ้ำไปซ้ำมา Relaxation คือ การสอนแบบไม่ตึงเครียดนัก Routine คือ การสอนต่อเนื่องให้เป็นกิจวัตรประจำวัน
4. สร้างแรงจูงใจ (Motivation) ทำให้เด็กอยากเรียนรู้โดยการให้แรงเสริมทั้งทางบวก เช่น ให้ขนม ของเล่น หรือคำชื่นชม และให้แรงเสริมทางลบเมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ เช่น การแกล้งเพิกเฉยต่อพฤติกรรมนั้น หรือการใช้เวลาออกเมื่อเด็กวุ่นวายมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ โดยกำหนดเวลาที่จะแยกให้เด็กไปอยู่ตามลำพังโดยนั่งนิ่งๆ ไม่ให้ทำอะไร 2-3 นาที เมื่อเด็กสงบลงจึงให้กลับไปทำกิจกรรมต่อ เป็นต้น
5. วิเคราะห์งานเพื่อแบ่งกิจกรรมการฝึกในเรื่องนั้นๆเป็นขั้นตอนย่อย ช่วยให้เด็กฝึกทำเองได้ง่ายขึ้น
6. พ่อแม่หรือสมาชิกคนอื่นๆในบ้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่างที่ดี เช่น การไปปัสสาวะ อุจจาระที่ห้องน้ำ การรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น
7. ให้การช่วยเหลือ (Prompt) เท่าที่จำเป็น และค่อยๆ ลดการช่วยเหลือลง จนเด็กสามารถทำได้เอง เช่น จับมือทำ เป็นการจับมือให้เด็กทำกิจกรรมตามคำสั่ง ใช้จนกว่าเด็กจะเข้าใจและร่วมมือทำกิจกรรมในทุกขั้นตอน

7.1 พูดบอกในขณะที่จับมือเป็นระยะๆ เพื่อชักนำให้เด็กเกิดความเข้าใจ

7.2 แนะนำ เป็นขั้นตอนที่ลดความช่วยเหลือจากการจับมือทำ โดยแตะที่หลังมือ ข้อมือ แตะเตือนเบาๆ เปิดโอกาสให้เด็กทำกิจกรรมด้วยตัวเองมากขึ้น

7.3 เลียนแบบ เป็นการทำตัวอย่างให้เด็กดูก่อนแล้วให้เด็กทำตาม เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กเข้าใจขั้นตอนของการทำกิจกรรม

7.4 ทำตามคำสั่ง เป็นขั้นตอนที่เด็กสามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ โดยไม่ต้องช่วยเหลือ เด็กจะสามารถทำได้เมื่อเข้าใจคำพูด และคำสั่ง

8. ใช้สื่อช่วยในการสอน เช่น รูปภาพแสดงวิธีหรือขั้นตอนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คลิปวิดีโอสอนวิธีการปฏิบัติในทักษะนั้น เป็นต้น

9. หากเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก เช่น ร้องไห้ ไม่สนใจ เดินหนี ต้องประยุกต์หลักในการจัดการพฤติกรรมมาใช้ เช่น เพิกเฉยต่อพฤติกรรมนั้นๆ งดรางวัลหรือสิ่งที่ดีที่เด็กชอบ เบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

10. จัดบันทึกและประเมินความก้าวหน้าของการฝึกเป็นระยะๆ

ตัวอย่าง การฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันในเด็กออทิสติกช่วงวัย 3-5 ปี

ฝึกรับประทานอาหาร^{14,18,22-23}

1. พ่อแม่ต้องนั่งอยู่ข้างๆ เด็กในขณะที่ฝึก จะช่วยให้พ่อแม่มองเห็นและมีความคล่องตัวในการฝึกหรือช่วยเหลือเด็ก เช่น การจับตัวเด็ก การกระตุ้นเด็ก
2. กำหนดเวลารับประทานอาหารที่แน่นอนในแต่ละมื้อ ต้องแบ่งช่วงเวลาอาหารว่าง กับอาหารมื้อหลักให้เหมาะสม เพื่อที่จะได้มีช่วงเวลาให้เด็กรู้สึกหิวและอยากอาหารในแต่ละมื้อ
3. ช่วยเหลือเด็กเท่าที่จำเป็น พ่อแม่ควรตระหนักว่าการฝึกคือการกระตุ้นและสอนให้เด็กทำได้ด้วยตนเองแต่ไม่ใช่การทำให้เด็ก การฝึกในครั้งแรกๆ เด็กยังทำเองทั้งหมดไม่ได้ เราจำเป็นต้องช่วยในหลายขั้นตอน เมื่อฝึกซ้ำๆ หลายๆ ครั้งเด็กเรียนรู้มากขึ้น การช่วยเหลือควรลดลงตามลำดับ จนเด็กทำได้เองเป็นส่วนใหญ่หรือทำได้เองทั้งหมด
4. ให้กำลังใจหรือแรงเสริมทางบวกแก่เด็กเมื่อเด็กให้ความร่วมมือต่อการฝึก เช่น กล่าวชม ลูบศีรษะ
5. เตรียมคำพูดที่จำเป็น เพื่อให้เด็กเข้าใจได้ง่าย

การฝึกทักษะแต่ละเรื่อง พ่อแม่ต้องเตรียมจุดเน้นที่สำคัญที่เป็นคำพูดสำหรับกระตุ้นให้เด็กเข้าใจและทำตามได้ง่าย เช่น ฝึกการนั่งเก้าอี้ที่ได้ะอาหาร คำพูดสำคัญที่ต้องใช้คือ นั่ง กอดอก รอ ฝึกดื่มจากแก้ว คำพูดสำคัญที่ต้องใช้คือ หยิบ แก้ว ยก คิม

6. ฝึกซ้ำๆ ต่อเนื่องทุกวัน

7. เริ่มฝึกจากเรื่องที่ยาก ๆ ทีละเรื่องก่อน เมื่อเด็กทำได้แล้วค่อยเพิ่มมากขึ้นในภายหลัง

8. ใช้สื่อช่วยในการสอนให้เด็กเรียนรู้ เช่น ภาพถ่ายอาหาร หนังสือนิทาน คลิปวิดีโอ เป็นต้น

9. ใช้แนวคิด มอง-แตะ-จับ-ดม-ชิม-กิน เป็นวิธีค่อย ๆ สร้างความคุ้นเคย ลดการต่อต้านลักษณะรูปแบบ และรสชาติของอาหารที่จัดให้แก่ออกทิสติก อย่ารีบบังคับให้เด็กต้องรับประทานอาหารที่ตนเองไม่ชอบหรือไม่คุ้นเคยในทันที เริ่มต้นจากการมอง คือให้เด็กนั่งดูพ่อแม่ สมาชิกในบ้านหรือคนอื่นรับประทานอาหารนั้นโดยไม่บังคับ แล้วสังเกตดูว่าเด็กมีปฏิกิริยาสนองกลับต่อสิ่งที่มองเห็นอย่างไร เมื่อมั่นใจว่าเด็กมองได้ โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงกระตุ้นให้เด็กลองสัมผัสกับอาหารนั้น โดยอาจใช้ปลายนิ้วแตะหรือใช้มือแตะก็ได้ ถ้าเด็กยอมแตะโดยดี จึงค่อย ๆ เพิ่มการสัมผัสกับอาหารให้นานขึ้น เช่น จับต้องด้วยมือเปล่า ลองให้ดมกลิ่น ใช้ปลายลิ้นแตะอาหารเพื่อชิม เพิ่มตามลำดับ จนเด็กรับประทานได้ในที่สุด

10. นั่งรับประทานอาหารไปด้วยกันกับเด็ก เป็นสิ่ง que เด็กจะสามารถเรียนรู้ได้ดีอีกวิธีหนึ่ง จากตัวอย่างที่เห็นจากคนใกล้ชิด

ฝึกการแต่งตัว^{14,18,22,24}

1. อยู่ข้างๆ หรืออยู่ด้านหลังเด็กขณะสอน จะช่วยลดความสับสนแก่เด็กในเรื่องของด้านซ้าย-ขวา บน-ล่าง นอก-ใน นอกจากนี้หากจำเป็นต้องช่วยเหลือเด็กจะช่วยให้ช่วยเหลือได้สะดวกขึ้น

2. ให้เด็กใช้มือสัมผัสเสื้อผ้าก่อนฝึก สำหรับเด็กออทิสติกแล้ว เรามักพบว่าเด็กออทิสติกจำนวนมากเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้นจากการที่เด็กได้มีการสัมผัสเสื้อผ้าที่เขาต้องสวมใส่ ร่วมด้วยกับการให้ทำเลียนแบบตามที่บอกหรือสาธิตให้ดู

3. ใช้เสื้อผ้าขนาดที่ใหญ่หรือหลวมกว่าตัวเด็กเล็กน้อยในการฝึก จะช่วยให้เด็กทำเองได้ง่ายขึ้น

4. เลือกเสื้อผ้าที่ไม่ต้องมีกระดุม/ผูกเชือก

5. ทำหุ่นขี้คนเป็นตัวอย่างให้เด็กดู จะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้เด็กเรียนรู้ พยายามเลียนแบบทำตามได้ง่ายขึ้น

6. จัดท่าเด็กให้เหมาะสมขณะที่ฝึก เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากการฝึกแต่งกายจะเกี่ยวข้องอย่างมากกับการทรงตัวของร่างกาย การยับยั้งเคลื่อนไหวแขนขา/ศีรษะ

7. ฝึกซ้ำ ๆ ต่อเนื่องทุกวัน จะช่วยให้เด็กเรียนรู้และเกิดทักษะเร็วขึ้น

8. เตรียมคำพูดที่จำเป็นและเจาะจงเพื่อให้เด็กเข้าใจได้ง่าย เช่น ฝึกถอดรองเท้ารัดส้น คำพูดเจาะจง คือ แกะ ดึง ออก ฝึกใส่เสื้อยืด คำพูดเจาะจง คือ จับชายเสื้อ สวมหัว ยกแขน สอดแขน ดึงลง

9. ช่วยเหลือเด็กเท่าที่จำเป็น

บทสรุป

เด็กออทิสติกปฐมวัยแต่ละคน อาจมีปัญหาหรือข้อจำกัดในการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน การขาดทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานที่เหมาะสมกับวัย เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของเด็ก ในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ นอกจากให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโดยตรงแล้ว พยาบาลควรเน้นให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างต่อเนื่องด้วย โดยพยาบาลต้องสอนพ่อแม่ให้มีความรู้และทักษะในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานแก่เด็กออทิสติกด้วยเทคนิคและวิธีการที่หลากหลาย เช่น การเป็นแบบอย่างที่ดี การฝึกซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง การใช้สื่อภาพ หรือคลิปวิดีโอช่วยในการฝึก การชื่นชมให้กำลังใจเด็ก เป็นต้น เพื่อให้พ่อแม่สามารถนำไปใช้ในการดูแลและฝึกทักษะแก่เด็กได้จริง เมื่อพ่อแม่มีความรู้ และทักษะที่เพียงพอและเหมาะสม การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการดูแลช่วยเหลือเด็ก จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี เพราะ “พ่อแม่คือคนสำคัญในการฝึกกิจวัตรประจำวันแก่ลูกออทิสติกปฐมวัย มีความพร้อมต่อการเติบโตเข้าสู่วัยเรียน วัยรุ่น ต่อไป”

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับเด็กบกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญาปฐมวัยในกลุ่มอื่น ๆ เช่น เด็กกลุ่มอาการดาวน์ เด็กบกพร่องทางสติปัญญา เด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กสมองพิการ สามารถนำแนวทางการสอนพ่อแม่ในการฝึกทักษะ กิจกรรมประจำวันพื้นฐานไปประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือเด็ก

เหล่านี้ได้ นอกจากนี้ อาจประยุกต์วิธีการสอนพ่อแม่ให้ เหมาะกับสภาพการเปลี่ยนแปลงวิถีการใช้ชีวิตในปัจจุบัน ที่มี ความก้าวหน้าทางดิจิทัลเทคโนโลยี เช่น การสอนพ่อแม่แบบ รายบุคคลหรือกลุ่มด้วยรูปแบบออนไลน์ ให้ความรู้เชิงรุกแก่ พ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพื่อเพิ่มความสะดวก รวดเร็วในการ เข้าถึงแหล่งความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

References

1. Ananya S, Teerarat T. Guidelines for the care of mental disorders in children and adolescents: 4 major disorders (disability, autism, attention deficit hyperactivity disorder, learning disabilities) for public health service network [Internet]. 2016 [cited 2023 May 13]. Available from: <http://bitly.ws/PisV>. (in Thai)
2. Taweesak, S. Handbook for caring for the mental health of children with learning difficulties. 2nd ed. Bangkok: Prospelplus; 2018. (in Thai)
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Netchanok R. Training parents to train their autistic children in daily routine activities. [master's thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2011. (in Thai)
5. Marios N. Interventions enhancing daily living skills for children with autism spectrum disorder: a systematic literature review from 2010-2020. [master's thesis]. Sweden: Jönköping University [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1453893/FULLTEXT01.pdf>
6. Levy-Dayana H, Josman N, Rosenblum S. Basic activity of daily living evaluation of children with autism spectrum disorder: do-eat washy adaption preliminary psychometric characteristics. Children [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 2];10(3):514. Available from: <https://doi.org/10.3390/children10030514>
7. Bal VH, Kim SH, Cheong D, Lord C. Daily living skills in individuals with autism spectrum disorder from 2 to 21 years of age. Autism. 2015;19(7):774-84. doi: 10.1177/1362361315575840.
8. Taweesak S. Raising autistic children [Internet]. 2022 [Cited 2023 May 13] Available from: <https://www.happyhomeclinic.com/au08-rearing.htm>. (in Thai)
9. Suchavalee P, Jintana Y, Sunisa S. Effects of a family-based program on parental caregiving ability and autistic symptoms in pre-school autistic children. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2019;31(3):74-86. (in Thai)

10. Musetti A., Manari, T., Dioni, B., Raffin, C., Bravo, G., Mariani, R., et al. Parental quality of life and involvement in Intervention for children or adolescents with autism spectrum disorders: a systematic review. *Journal of Personalized Medicine* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 1];11(9):894. Available from: <https://doi.org/10.3390/jpm11090894>
11. Thonghem A, Piamkum P. Parental participation in promoting the development of autistic children at the Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health. *Journal of Research and Development in Special Education* 2017;6(2):21-36. (in Thai)
12. Taweesak S. Family empowerment in autism [Internet]. 2022 [cited 2023 July 24] Available from: <https://www.happyhomeclinic.com/au08-rearing.htm>. (in Thai)
13. Edemekong P. F., Bomgaars D. L., Sukumaran, S. Activities of daily living [internet]. 2022 [cited 2023 July 24] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
14. Regis College. 11 tips for teaching activities of daily living [Internet]. 2020 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://online.regiscollege.edu/blog/11-tips-for-teaching-activities-of-daily-living/>
15. Gunal A, Bumin G, Huri M. The effect of motor and cognitive impairments on daily living activities and quality of life in children with autism. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 11]. Available from: <https://doi.org/10.1080/19411243.2019.1604286>
16. Cholamas, K. . Essential visual perception skills for preschool children (age 3-6) [Internet]. 2020 [cited 2023 May 13]. Play Academy Thailand. Available from: <https://www.facebook.com/PlayAcademyTH/posts/2774902049231816/>. (in Thai)
17. Baker K. Visual perception skills [Internet]. 2020 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://www.performancevt.com/post/perceptual>
18. Marios N. Interventions enhancing daily living skills for children with autism spectrum disorder: a systematic literature review from 2010-2020 . [master's thesis]. Sweden: Jönköping University [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 20] Available from: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1453893/FULLTEXT01.pdf>
19. Deb S, Retzer A, Roy M, Acharya R, Limbu B, Roy A. The effectiveness of parent training for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analyses. *BioMed Central Psychiatry Journal* [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 27]; 20;583. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02973-7>
20. Prata J, Lawson W, Coelho R. (2018). Parent training for parents of children on the autism spectrum: a review. *International journal of clinical neurosciences and mental health* [Internet]. 2018 [cited 2023 July 22]; doi:10.21035/ijcnmh.2018.5.3.

21. Charoenkwan S. The effects of using the activities of daily living (ADL) training kit with students with autism using task analysis principle. *Graduate School Journal* [Internet]. 2018 [cited 2023 July 22];11(1):113-23. Available from: https://so01.tci-thaijo.org/index.php/crrugds_ejournal/article/view/152424. (in Thai)
22. Roman Empire Agency. Tips for teaching daily living skills [internet]. 2022 [cited 2023 July 22]. Available from: <https://www.romanempireagency.com/blog/autism/tips-for-teaching-daily-living-skills/>
23. Rajanukul Institute. Autism handbook for parent. 3rd ed. Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2014. (in Thai)
24. Worawalun S, Sukarnpicha P. Promoting daily living skills for children with autism spectrum disorder through TEACCH teaching methods [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 1]. Available from: http://www.edu-journal.ru.ac.th/AbstractPdf/2560-9-1_1531748939_004-EducationforDevelopment-16072561.pdf. (in Thai)

บทความวิชาการ

Medication Literacy in Older Adults with Chronic Diseases

Received: Jul 28, 2023

Revised: Dec 17, 2023

Accepted: Dec 19, 2023

Tayarat Phuttimaanee¹Tanon Jaisin²Sitirat Butdee³Dusit Sakulpiyatewan⁴

Abstract

Introduction: Most elderly individuals suffer from chronic illnesses leading them to use multiple medications to control or manage their conditions. There are various factors affecting the development of adverse drug reactions, such as age, education level, severity awareness, perceived benefits, social support, and medication literacy. Medication literacy is a factor that can be managed to change in medication usage behaviors in older adults with chronic diseases.

Objective: To emphasize healthcare providers regarding the importance and development of methods for medication literacy in older adults with chronic diseases.

Key issues: The use of multiple medications in older adults affects physical and psychological health. It is necessary to promote medication literacy, factors influencing medication literacy in older adults, strategies for managing medication use, and the application of medication knowledge to reduce the severity of medical error.

Conclusions: Promoting medication literacy in older adults with chronic diseases can prevent and decrease complications from medication use which improve health and quality of life.

Implications: Future research can use the knowledge from this study to develop programs to promote medication literacy in older adults with chronic diseases.

Keywords: medication literacy, older adults, chronic illnesses

¹Corresponding author: Lecturer, Email: tayarat.phut@mail.bcnlp.ac.th

²⁻⁴ Lecturer, ²Email: Tanonjaisin@gmail.com ³Email: sittir109@gmail.com ⁴Email: Sakulgolf@gmail.com

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Lampang, Thailand.

⁴Phraboromarajchanok Institute, Nonthaburi, Thailand.

ความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Received: Jul 28, 2023
Revised: Dec 17, 2023
Accepted: Dec 19, 2023

ตยารัตน์ พุทธิมณี¹
ธนน ใจสินธุ์²
สิทธิตร์ตัน บุตรดี³
ดุสิต สกุลปิยะเทวัญ⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิด เพื่อควบคุมหรือรักษาอาการของโรคไม่ให้รุนแรง ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่นำมาสู่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านยา เป็นต้น ซึ่งความรอบรู้ด้านยาเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้โดยตรง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพเห็นความสำคัญและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประเด็นสำคัญ: การใช้ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านยา ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุ แนวทางการจัดการใช้ยาในผู้สูงอายุ และการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านยา เพื่อลดความรุนแรงจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง

สรุป: การส่งเสริมความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ: นักวิจัยสามารถนำความรอบรู้ด้านยาที่นำเสนอไปศึกษาวิจัยต่อยอดพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอนาคต

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านยา ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง

¹ Corresponding author อาจารย์ Email: tayarat.phut@mail.bcnlp.ac.th

^{2,4}อาจารย์ ³Email: Tanonjaisin@gmail.com ³Email: sittir109@gmail.com ⁴Email: Sakulgold@gmail.com

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ลำปาง ประเทศไทย

⁴สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการใช้ยาหลายชนิดในการบรรเทาอาการหรือรักษาอาการของโรคให้สงบ จากการทบทวนวรรณกรรม¹ พบว่าระหว่างปี ค.ศ. 2003-2018 ร้อยละ 10-90 ของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษมีการใช้ยาหลายชนิด ทั้งนี้มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค และจากการสำรวจข้อมูลในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมาก (ร้อยละ 75) มีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการรักษาความเจ็บป่วย²

การที่ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้ยาหลายชนิด ถือเป็นความเสี่ยงที่อาจนำมาสู่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสมองจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อสติปัญญาและการรับรู้ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา การปรับเปลี่ยนขนาดยา หยุดหรือลดยาเอง ซื้อยาใช้เองโดยไม่มีใบสั่งยา เป็นต้น³ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรอบรู้ด้านยาอยู่ในระดับต่ำ⁴ และพบว่าผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์มีความรอบรู้ด้านยาอยู่ในระดับต่ำ⁵ ซึ่งมีปัจจัยที่สำคัญคือความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ส่งผลให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาดและผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง⁷ นำมาสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทางด้านร่างกาย เช่น ไตวาย เลือดออกในกระเพาะอาหาร ภาวะสับสน เป็นต้น และทางด้านจิตใจที่พบบ่อยคือภาวะซึมเศร้า⁵ นอกจากนี้ยังเพิ่มการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

เจนดิซอล และคณะ⁶ เสนอมุมมองไว้ว่า ความรอบรู้ด้านยาสามารถช่วยให้บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาในการตรวจสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของยาได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น ความรอบรู้ด้านยาจึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจสามารถจัดการยาอย่างเหมาะสมและลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการใช้ยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่กับโรคได้อย่างปลอดภัย

บทความนี้ต้องการนำเสนอข้อมูลความสำคัญของการใช้ยาในผู้สูงอายุและความรอบรู้ด้านยากับผู้สูงอายุ ปัจจัย

ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุ แนวทางการจัดการใช้ยาในผู้สูงอายุ และการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านยา เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพเห็นความสำคัญการใช้ยาในผู้สูงอายุ และมีแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การใช้ยาและความรอบรู้ด้านยากับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการใช้ยามากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) อาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุได้ เช่น การได้รับยาซ้ำซ้อน เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่อันตราย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ เช่น ความจำ การประมวลผล และการตัดสินใจ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาได้

ความรอบรู้ด้านยา หมายถึง ความสามารถเฉพาะของบุคคลที่เกี่ยวกับการเข้าถึงและเข้าใจในการใช้ยาอย่างปลอดภัย ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโดยช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องทั้งชนิด ขนาดและปริมาณที่ควรได้รับ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง มีหลายงานวิจัยที่พบว่าความรอบรู้ด้านยามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านยาในระดับสูงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาหลายชนิดมากขึ้น⁷ และพบว่าความรอบรู้ด้านยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา⁸ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านยาที่เพียงพอจะสามารถจัดการการใช้ยาของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่องของขนาดยา เวลาในการรับประทานยา วิธีการใช้ยา ตลอดจนผลข้างเคียงจากยาที่ควรเฝ้าระวัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมความรอบรู้ด้านยา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁹ ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านยาระดับพื้นฐาน (functional medication literacy) คือ การที่ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งข้อมูลยาต่าง ๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโทรทัศน์ ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นต้น รวมถึงความสามารถอ่านฉลากยาที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา วิธีการใช้ยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการยาอย่างปลอดภัย โดยพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทักษะการรู้หนังสือจะช่วยให้มีความเข้าใจและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง¹⁰

2) ความรอบรู้ด้านยาระดับปฏิสัมพันธ์ (communicate medication literacy) คือ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การรู้จักชนิด ปริมาณยา และการตรวจยา ที่นำไปปฏิบัติด้วยตนเองหรือบอกกล่าวแก่บุคคลอื่นเพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติด้วยตนเองหรือบอกกล่าวแก่บุคคลอื่นเพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เช่น พฤติกรรมการใช้ยา พบว่า ความรอบรู้ด้านยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ($r = .561, p < .001$)

3) ความรอบรู้ด้านยาระดับวิจารณ์ญาณ (critical medication literacy) คือ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ของข้อดีหรือข้อเสียจากการใช้ยา และสามารถตัดสินใจเลือกใช้อย่างมีเหตุผล ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านยาในระดับสูงสามารถเข้าใจผลลัพธ์เกี่ยวกับยาที่มีผลการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงความปลอดภัยในการใช้ยา อย่างไรก็ตาม ระดับความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอกบุคคล ดังนั้นการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุได้นั้น ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องใช้อยาหลายชนิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นมีการเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและกระบวนการรู้คิด กระบวนการตัดสินใจลดลง ส่งผลต่อการใช้ยาไม่ถูกต้อง ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเข้าใจและให้ความร่วมมือในการใช้ยา สามารถเลือกใช้อย่างสมเหตุสมผล การรับรู้ความรุนแรง หากผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความตระหนักในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการรับรู้ประโยชน์ หากผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่ดี

ของการรับประทานยาที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและบรรเทาอาการเจ็บป่วย ก็จะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งความสม่ำเสมอการรับประทานยา มีผลต่ออาการสงบของโรคและความรุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติที่จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจได้¹³ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคม คือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะสามารถกระตุ้นผู้สูงอายุให้ยาต่อเนื่องมีความสมเหตุสมผลและปลอดภัย นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความรอบรู้ด้านยา ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านยาในระดับสูง จะสามารถตัดสินใจในการใช้ยาสอดคล้องกับภาวะสุขภาพได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ¹¹ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านยาจะมีพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม¹² และผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านยาจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับยาต่าง ๆ สามารถตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการรับประทานได้อย่างถูกต้อง⁸ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดการและแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมความรู้ด้านยา เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้สูงอายุที่จะสามารถปฏิบัติตัวในการใช้ยาสอดคล้องตามปัญหาและภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอย่างเหมาะสมทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบทบทวนขอบเขต (Scoping review) โดยการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางวิชาการทั้งในประเทศและนอกประเทศ โดยใช้คำสำคัญเพื่อสืบค้น คือ ความรอบรู้ด้านยา (Medication literacy) ผู้เขียนได้พิจารณาบทความวิจัยที่สอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษาสรุปผลการศึกษาของรายงานวิจัยและสังเคราะห์ผลการศึกษาในภาพรวม สรุปได้ดังนี้

ผู้แต่ง	การศึกษา	รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
Zheng et al. (2020) ¹³	Relationship between medication literacy and medication adherence in patients with coronary heart disease in Changsha, China	การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 512 ราย	ความรู้ด้านยาและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะเพิ่มขึ้นตามระดับของความรู้ด้านยาที่เพียงพอ
Ma et al. (2020) ¹⁴	The status of medication literacy and associated factors of hypertensive patients in China: A cross-sectional study	การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 590 ราย	ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งมีความรู้ด้านยาอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านยา ได้แก่ ระดับของการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา
Qiao et al. (2021) ¹⁵	Association between social support and medication literacy in Chinese patients with coronary heart disease	การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 416 ราย	ความรู้ด้านยาอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วม จำนวนการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้บุคคลมีความรู้ด้านยาเพิ่มขึ้น
Qu et al. (2021) ⁴	Relationship between medication literacy and frailty in elderly inpatients with coronary heart disease: A cross-sectional study in China	การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 295 ราย	ความรู้ด้านยาอยู่ในระดับต่ำ มีผลต่อความรุนแรงของภาวะเปราะบาง แสดงว่าความรู้ด้านยาในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ความรุนแรงของภาวะเปราะบางลดลง
จิราพรรณ ไมแรส และคณะ (2565) ¹¹	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค	การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 88 ราย	ความรู้ด้านยาอยู่ในระดับปานกลาง มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง

จะเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านยา เช่น เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนการใช้ยา โรคประจำตัวร่วม การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านยา เป็นต้น¹⁴⁻¹⁵ ซึ่งปัจจัยที่พบมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยอื่น โดยงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ความรู้ด้านยาของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะมีความจำ การรับรู้ และการตัดสินใจที่ลดลง อาจส่งผลต่อความสามารถในการจัดการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังนั้นความรู้เรื่องยาจึงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน

ทิศทางที่ดีต่อผู้สูงอายุได้ โดยการให้ความรู้ในการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ขนาดยา 2) ผลข้างเคียงของยา 3) ปฏิกริยาระหว่างยา 4) ข้อควรระวังในการใช้ยา และ 5) ความรู้อื่นๆ เกี่ยวกับยา¹¹ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ที่เพียงพอจะทำให้วิเคราะห์และตัดสินใจในการมีส่วนร่วมในการใช้ยาอย่างถูกต้อง¹³ ลดอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านยาเพื่อเพิ่มความสามารถการใช้ยาในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แนวทางการจัดการใช้ยาในผู้สูงอายุ

การใช้ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่าง ๆ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ อาจเป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตและความพิการเพิ่มสูงขึ้น ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความเครียด และความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น¹⁶⁻¹⁷ จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากการใช้ยาหลายชนิดมีความรุนแรงและเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญ แนวทางการจัดการใช้ยา เพื่อที่จะไม่ให้เกิดหรือลดผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นให้น้อยลง โดยแนวทางการจัดการใช้ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุที่หลายวิธี ดังนี้

1) การนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการจัดการใช้ยาในผู้สูงอายุ เช่น ระบบแจ้งเตือนเวลารับประทานยา ระบบบันทึกการใช้ยา¹⁶ เพื่ออำนวยความสะดวกและความต้องการของผู้สูงอายุ

2) การจัดระบบการจ่ายยาโดยใช้แนวทางการจัดการยาที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดการเชิงระบบ เช่น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พัฒนาแนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นแหล่งความรู้ให้บุคลากรทางสุขภาพนำไปใช้เป็นแนวทางการเลือกยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ หลักการทั่วไปในการสั่งจ่ายยา และแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุ ปฏิบัติการไม่พึงประสงค์ของยาที่ใช้ในผู้สูงอายุที่พบบ่อย การลดการสั่งจ่ายยา การส่งเสริมการใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยสูงอายุ และการสร้างความตระหนักรู้สาธารณะในการใช้ยาในผู้สูงอายุ¹⁷

3) การส่งเสริมความรู้ในเรื่องความปลอดภัยในการใช้ยาอย่างถูกวิธี เช่น ประเมินการใช้ยาอย่างครอบคลุม การให้ความรู้ในการใช้ยาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การติดตามตรวจสอบ และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹⁸ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ในการใช้ยา แต่ละชนิด แนวทางการใช้ยาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การเสื่อมสภาพและการหมดอายุของยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา และยา

กับสมุนไพร การสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถจัดการยาได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ หากพยาบาลประเมิน พบว่าผู้สูงอายุมีอาการแสดงจากผลข้างเคียงของยา หรือปฏิกิริยาต่อกันของยา รวมถึงมีความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายชนิด ควรมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร เพื่อวางแผนแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าแนวทางการจัดการใช้ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุมีหลายวิธี แต่ที่สำคัญคือการส่งเสริมความรู้ด้านยา เนื่องจากความรู้ด้านยาเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การจัดการใช้ยาอย่างถูกวิธีและสมเหตุผล และควรมีการศึกษาหรือพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านยาหลายชนิดในผู้สูงอายุที่มีรูปแบบเข้าถึง เข้าใจได้ง่ายเหมาะสมกับวัยสูงอายุ จะส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาหรือการจัดการยาอย่างถูกวิธี จะสามารถลดปัญหาจากการใช้ยาหลายชนิดได้

การประยุกต์ใช้ความรู้ด้านยา

เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักมีการรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อควบคุมหรือรักษาอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความสามารถเฉพาะส่วนบุคคลในการจัดการด้านยาของตนเอง เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านยาให้เพียงพอ ในการใช้ยาด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถวิเคราะห์นำไปสู่การปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่สมเหตุผลสมผลและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาเรื่องการใช้ยาแบบสมเหตุผลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงานซึ่งสามารถนำมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุ¹⁹ ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สำคัญของ health literacy ประกอบด้วย

1) ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แนะนำการเลือกใช้อุปกรณ์ในการสืบค้น ค้นหาข้อมูล เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการใช้ยาได้ถูกต้องและจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น แหล่งข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ เป็นต้น

2) ส่งเสริมความเข้าใจในข้อมูลและบริการสุขภาพ พยาบาลให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย เช่น ขนาดยา เวลารับประทานยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียง ปฏิกิริยาระหว่างยา และสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลการใช้ยาได้อย่างมีเหตุผล เช่น สอนผู้ป่วยถึงความสำคัญของการอ่านฉลากยา และข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง

3) การสื่อสาร พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการ ปัญหาสุขภาพและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาได้ โดยมีบรรยากาศการพูดคุยที่เป็นกันเอง และผู้ป่วยสามารถนำญาติเข้ามาร่วมพูดคุยด้วย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเจรจาต่อรองและซักถาม เพื่อให้ได้คำตอบและบริการเกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยแจ้งแพทย์ได้ว่าตนเองมีการใช้ยา สมุนไพร หรืออาหารเสริมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์ หรือเภสัชกร พิจารณาจ่ายยาที่ไม่เข้าซ้อนกับยาที่ใช้อยู่ และหลีกเลี่ยงการจ่ายยาที่มีฤทธิ์ต้านหรือเพิ่มการออกฤทธิ์ของยา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

4) ส่งเสริมการตัดสินใจ พยาบาลเสนอแนะให้ผู้ป่วยอายุรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ภายใต้อายุที่มีอยู่ โดยใช้กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับยา และสามารถที่จะแสดงข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อหักล้างความเข้าใจ/ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องกับผู้อื่นได้ เช่น ผู้ป่วยเคยมีความเชื่อว่า สามารถใช้ยาร่วมกับผู้อื่นได้เมื่อเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน จากนั้นผู้ป่วยสืบค้นข้อมูล เพื่อหาคำตอบในการดูแลตนเอง แล้วพบว่า ไม่สามารถใช้ยาร่วมกับผู้อื่นได้ แม้จะมีอาการคล้ายกัน จึงนำข้อมูลนี้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองและบุคคลอื่น

5) การจัดการตนเอง พยาบาลให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตัวตามแผนที่วางไว้ จากนั้นมีการประเมินผล ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยาให้มีความเหมาะสม ในขั้นตอนนี้พยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความมั่นใจในการใช้ยาอย่างถูกต้อง และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาโรค

6) การเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาอย่างถูกต้องได้แลกเปลี่ยนกับผู้สูงอายุอื่น ๆ ถึงประสบการณ์การใช้ยา ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการจัดการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการเสนอทางเลือก และแบบอย่างการใช้ยาอย่างถูกต้องกับผู้สูงอายุอื่นได้

จากแนวทางที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพควรตระหนักถึงการส่งเสริมความรู้ด้านยาให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล รวมทั้งนำแนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุมาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล และป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทสรุป

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ตามกระบวนการชรา ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ส่งผลให้มีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งพบปัจจัยหลายอย่างที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการใช้ยาได้ ทั้งนี้ความรู้ด้านยาเป็นหนึ่งปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านยา 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณ โดยมีผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ความรู้ด้านยาอยู่ในระดับวิจารณญาณ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษาและมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำการส่งเสริมความรู้ด้านยาไปใช้ในกระบวนการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายชนิดในการจัดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และศึกษาวิจัยต่อยอดพัฒนารูปแบบส่งเสริมความรู้ด้านยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามระดับความรู้ เช่น การอ่านฉลากยา การคำนวณขนาดยาและบอกกล่าวแก่บุคคลอื่นได้ การเลือกใช้ยาโดยคำนึงถึงความปลอดภัย เป็นต้น นอกจากนี้ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความรู้ด้านยาในผู้สูงอายุเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านยาในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

References

1. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Journals Sage pub* 2020;11:1-10.
2. Inthana J, Pannarong K, Taweethanavanich Y, Yatniyom P, Sirisupjanan L. Promoting safe drug use in the elderly: a practice guide for nurses. *Journal of King Mongkut's College of Nursing Phetchaburi Province* 2023;4(1):17-32. (in Thai)
3. Panyatorn K, Buengmum N, Suwan P, Kwanmom N. The relationship between basic factors, health status, attitudes about drug use and drug use behavior of the elderly with chronic illnesses. Ban Nong Takai, Nong Phai Sub-district, Mueang District, Udon Thani Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2023;38(2):92-100. (in Thai)
4. Qu J, Zhou T, Xue M, Sun H, Shen Y, Liu Y. Relationship Between Medication Literacy and Frailty in Elderly In patients With Coronary Heart Disease. *Original Research* 2021;12:1-7.
5. Suppiah S, Tan YW, Cheng GH-L, Tang WE, Malhotra R. Mediators of the association of limited English health literacy with medication non-adherence among Singaporean elderly. *Ageing Research & Education* 2020;29(1):25-32.
6. Gentizon J, Hirt J, Jaques C, Lang PO, Mabire C. In-struments assessing medication literacy in adult recipients of care: A systematic review of measurement properties. *International Journal of Nursing Studies* 2021;113:103-785.
7. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older person with chronic illness. *Journal of nursing, Siam University* 2017;18(35):6-23. (in Thai)
8. Mairas J, Pan-uthai S, Suwanmanoran, N. The relationship between drug literacy and medication adherence in the elderly with multiple chronic diseases. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2023;16(2): 25-36. (in Thai)
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-267.
10. Horvat N, Kos M. Development, validation and performance of a newly designed tool to evaluate functional medication literacy in Slovenia. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2020;42(6): 1490-98.
11. McSpadden J. Medication Literacy: A Helpful Concept for Understanding Medication Decision Making among Older Adults. *AARP Public Policy Institute* 2022;1:1-7.
12. Shi S, Shen Z, Duan Y, Ding S, Zhong Z. Association Between Medication Literacy and Medication Adherence Among Patients with Hypertension. *Front Pharmacology* 2019;10(822):1-16.

13. Zheng F, Ding S, Lai L, Liu X, Duan Y, Shi S, Zhong Z. Relationship between medication literacy and medication adherence in inpatients with coronary heart disease in Changsha, China. *Frontiers in pharmacology* 2020;10:1537.
14. Ma G, Luo A, Shen Z, Duan Y, Shi S, Zhong Z. The status of medication literacy and associated factors of hypertensive patients in China: a cross-sectional study. *Internal and Emergency Medicine* 2020;15:409-419.
15. Qiao, L, Ding, S, Zhong, Z, Liu, X, Lai, L, & Zheng, F. Association between social support and medication literacy in Chinese patients with coronary heart disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine* 2021;8:705-783.
16. Sinha A, Mukherjee S, Tripathi S, Dutta S. Issues and challenges of polypharmacy in the elderly: A review of contemporary Indian literature. *Journal Family Med Prim Care* 2021;10(10):3544-47.
17. Somdej Phra Sangkharat Yannasangworn Institute of Medicine for the Elderly, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for preventing adverse drug events in the elderly. Bangkok: SinthaweePim; 2022. (in Thai)
18. Ministry of Public Health. Development of a health service system (Service Plan), Develop a service system for rational drug use branch [Internet]. 2019 [cited 2023 July 2]. Available from: http://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=245
19. Ministry of Public Health. Health Education Program for Health Literacy (HL) on rational drug use for public health volunteers and people of working age [Internet]. 2022 [cited 2023 July 26]. Available from: <http://hed.go.th/linkHed/381>

บทความวิจัย

The Synthesized of Care Models to Control Blood Sugar Levels in Patients with Type 2 Diabetes in Thailand

Received: Apr 30, 2023

Revised: Aug 24, 2023

Accepted: Nov 20, 2023

Kawinwara Nawinprasert M.N.S¹

Chommanard Wannapornsiri D.N.S²

Monrudee Popijan M.N.S³

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that is common in adults and the elderly. High blood sugar levels can lead to complications in various organs and systems of the body, leading to severe and life-threatening conditions. Controlling blood sugar levels to within normal limits is crucial for reducing the risk of these complications.

Research Objectives: To synthesize a care model for blood sugar control in patients with type 2 diabetes in Thailand.

Research Methodology: This study was a research document related to the care of patients with type 2 diabetes in Thailand. Articles published between 2012 and 2021 were searched from academic journal databases. A total of 52 articles were analyzed using statistical analysis and content analysis.

Results: The care model for controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes in Thailand was divided into two groups: 1) self-management promotion programs and 2) specific care methods, mostly using self-management frameworks (42.30%). The outcomes were measured by checking the accumulated blood sugar levels and measuring health indices, knowledge, behavior, and quality of life (30.77%). The results showed no difference in blood sugar levels between the intervention and control groups (26.92%).

Conclusions: The findings of this study demonstrate the importance of controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes and focus on encouraging patients with diabetes to self-manage. However, some studies have found that the form of care does not cause changes in blood sugar levels in patients with type 2 diabetes.

Implications: A meta-analysis should be conducted to analyze and synthesize care models for controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes, and further research in foreign countries should be conducted.

Keywords: care model, type 2 diabetes, blood sugar control

¹Corresponding author: Lecturer, Email: Kriangwara.k@psru.ac.th

²Associate Professor, Email: drchom9@hotmail.com

³Lecturer, Email: monrudeessru@gmail.com

¹⁻³Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok, Thailand.

การสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย

Received: Apr 30, 2023

Revised: Aug 24, 2023

Accepted: Nov 20, 2023

กวีณวรา นาวันประเสริฐ พย.ม.¹

ชนนาค วรรณพรศิริ พย.ด.²

มลฤดี โพธิ์พิจารย์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหลายระบบ และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

วัตถุประสงค์: เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเอกสาร โดยสืบค้นงานวิจัยในประเทศไทยจากฐานข้อมูลวารสารวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564 จำนวน 52 เรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) รูปแบบที่เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง 2) รูปแบบที่เป็นการดูแลหรือวิธีการเฉพาะ โดยส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (ร้อยละ 42.30) มีการวัดผลลัพธ์หลังให้การจัดการระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ร่วมกับการวัดดัชนีสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม หรือคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 30.77) และผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 26.92)

สรุป: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเอง แต่ยังไม่พบว่าการดูแลในบางงานวิจัยยังไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการศึกษาในรูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) และควรศึกษางานวิจัยในต่างประเทศเพิ่มเติม

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

¹Corresponding author อาจารย์ Email: Kriangwara.k@psru.ac.th

²รองศาสตราจารย์ Email: dirchom9@hotmail.com

³อาจารย์ Email: monrudeessru@gmail.com

¹⁻³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดไทย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั้งระดับโลกและในประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี จำนวน 537 ล้านคนในปี 2021 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 และ 783 ล้านคนในปี 2030 และ 2045 ตามลำดับ โรคเบาหวานยังส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากถึง 6.7 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี โดยพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 474.85, 470.19 และ 398.23² ซึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,292.79, 1,344.95, 1,439.04, และ 1,528.91 และพบอัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 22.01, 21.96, 21.87, 25.30, และ 25.05 ตามลำดับ³ ดังจะเห็นได้ว่าทั้งอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้น เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก เพราะอาการเพิ่มขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติจึงเป็นเป้าหมายสำคัญ แม้ว่าในปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเจริญก้าวหน้า รวมถึงระบบติดตามการรักษา การจัดการบริการของภาครัฐและเอกชน เน้นบริการเชิงรุกเพิ่มขึ้น หากแต่การให้บริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้พบว่ายังมีผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนไม่เหมาะสม⁴ และมากกว่าร้อยละ 50 ที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁵ นอกจากนี้จากรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยมีเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40 แต่ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565 พบเพียงร้อยละ 29.42, 29.15, และ 30.22 ตามลำดับ³

หากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังตามมา ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ และทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา นอกจากนี้

ความเรื้อรังของโรคอาจทำให้ต้องใช้เงินค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ^{4,6} ด้านผลกระทบต่อครอบครัวทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องนำไปรักษาสมาชิกที่เจ็บป่วย อาจเป็นภาระสำหรับครอบครัวที่มีผู้เป็นเบาหวาน และหากมีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ทำให้สมาชิกอื่นต้องขาดรายได้ตามไปด้วย ส่วนด้านชุมชนและสังคม โรคเบาหวานมีผลต่อการใช้งบประมาณของประเทศเพื่อรักษาดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นยังต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้มากขึ้นตามไปด้วย⁷ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างถ่องแท้ หรือพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ อาชีพ การมีโรคร่วมและระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับน้ำตาลในเลือด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁸⁻⁹

เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานเน้นที่จัดการตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เมื่อสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังได้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹⁰ ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังจึงต้องการการดูแลติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งเป็นโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเป็นอย่างมาก การให้ยารักษาโดยแพทย์เพียงลำพังไม่สามารถควบคุมผลกระทบสุขภาพจากโรคนี้ได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจจะมากกว่าการดูแลรักษาจากแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ แต่ด้วยเหตุที่การดูแลรักษาโรคเบาหวานมีความสลับซับซ้อน ดังนั้นจึงต้องมีการสนับสนุน

ช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างเพียงพอ จึงจะทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก และผลการวิจัยส่วนใหญ่ประเมินผลลัพธ์ว่าประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย นอกจากนี้พบการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน¹¹ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2560 นำเสนอเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในประเทศไทยที่มุ่งผลลัพธ์เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม แต่การศึกษาดังกล่าวนั้นเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และพบการศึกษาเพียง 9 เรื่องที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹² ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2557 ซึ่งเป็นการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 2 การศึกษาไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมแบบใดให้ผลต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ดีที่สุด หรือเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศไทย ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดังข้อมูลที่ถูกกล่าวไว้ข้างต้น และไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบดังกล่าว โดยใช้แนวทางของ Scott J.¹³ เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือความรู้ไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework)¹⁴ ได้แก่ P = Population, I = Intervention, C = Comparison, O = Outcome เป็นกรอบในการสืบค้น และได้ดำเนินการตามแนวทางการพิจารณาเอกสารของ Scott J.¹³ ได้แก่ 1) มีความถูกต้อง (authenticity) 2) มีความน่าเชื่อถือ (credibility) 3) ความเป็นตัวแทน (representativeness) และ 4) มีความหมายชัดเจน (meaning)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 โดยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเอกสารเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย มีการสืบค้นงานวิจัยในประเทศไทยจากฐานข้อมูลวารสารวิชาการ Thai Journals Online (ThaiJO) และ SCOPUS โดยใช้คำค้นได้แก่ โปรแกรม, การจัดการ, การดูแล, การควบคุมระดับน้ำตาล, ผู้ป่วยเบาหวาน, Program, Management, Care, Glycemic control, Diabetes mellitus เป็นผลงานระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 พบเอกสารรวมทั้งหมด 528 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดตามหลักของ PICO¹⁴ ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (P) เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (I) เป็นงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ (C) เป็นงานวิจัยที่แสดงผลลัพธ์คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (O) และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ/บรรยาย งานวิจัยที่ไม่มีการเปรียบเทียบ และเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองงานวิจัย (research screening form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบ PICO¹⁴ 2) แบบพิจารณางานวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักเกณฑ์การพิจารณาของ Scott J.¹³ และ 3) แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (data extraction form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกการอ่านงานวิจัย

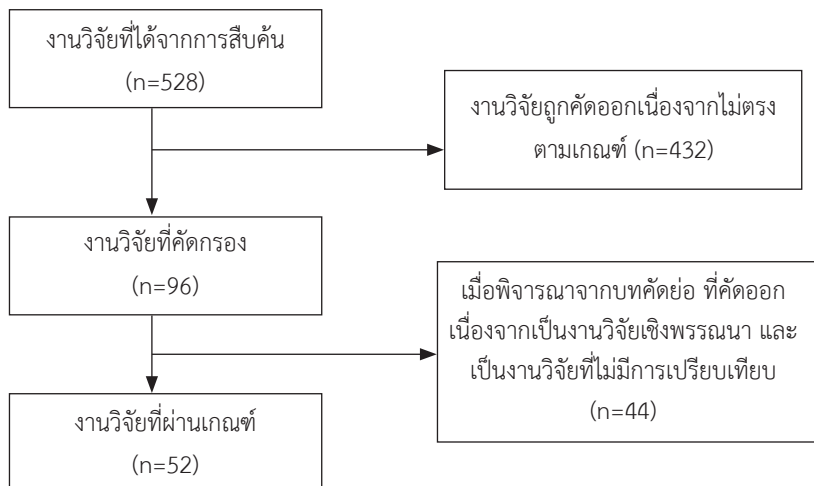
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏพิบูลสงคราม ลำดับโครงการ PSRU-EC No. 2023/050

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รายงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตามหลักเกณฑ์ การพิจารณาของ Scott J.¹³ ดังนี้ 1) มีความถูกต้อง (authenticity) ปราศจากข้อผิดพลาดและการบิดเบือนข้อมูล 2) มีความน่าเชื่อถือ (credibility) มาจากแหล่งเชื่อถือได้ ถูกต้อง สมบูรณ์สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ 3) มีความ

เป็นตัวแทน (representativeness) สามารถแสดงรายละเอียด แทนเอกสารประเภทเดียวกันได้ และ 4) มีความหมาย ชัดเจน (meaning) เข้าใจได้ง่าย ชัดเจน สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคณะผู้วิจัย 3 คนดำเนินการ พิจารณางานวิจัยโดยเป็นอิสระจากกัน หลังจากนั้นนำข้อมูล ที่ได้จากการบันทึกมาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์และ ถูกต้อง ซึ่งในกรณีที่พบว่าความคิดเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยจะ อ่านรายงานการวิจัยรอบที่สองโดยเป็นการอ่านอย่างละเอียด ร่วมปรึกษาหารือกันและหาข้อตกลงร่วมกันในการลงบันทึก และร่วมกันตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลพบเอกสารจำนวน 52 เรื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ การดูแลเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย โดยใช้การวิจัยเอกสาร ตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น จำนวน 52 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัย

ที่ทำการศึกษาในประเทศไทย ผลการศึกษาสามารถแสดงผล ได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ผู้วิจัยอยู่ในสาขา พยาบาลศาสตร์มากที่สุด จำนวน 35 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 67.31 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 50 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 96.15 งานวิจัยส่วนใหญ่ทำในกลุ่มตัวอย่างที่ เป็นทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 36 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 69.23 และร้อยละ 84.61 ของงานวิจัยมีระยะเวลาที่ใช้ในการ ศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย (n = 52)

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผู้วิจัย		
สาขาพยาบาลศาสตร์	35	67.31
สาขาสาธารณสุขศาสตร์	15	28.85
สาขาแพทยศาสตร์	1	1.92
สาขาเภสัชศาสตร์	1	1.92
ระเบียบวิธีวิจัย		
งานวิจัยเชิงทดลอง (RCT)	2	3.85
งานวิจัยกึ่งทดลอง	50	96.15
กลุ่มตัวอย่าง		
กลุ่มผู้ใหญ่	10	19.23
กลุ่มผู้สูงอายุ	6	11.54
กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	36	69.23
ระยะเวลาของการศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	44	84.61
มากกว่า 12-24 สัปดาห์	5	9.62
มากกว่า 24 สัปดาห์	3	5.77

2. แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาการ จัดกระทำ (intervention) จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลเพื่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) รูปแบบที่ ใช้แนวคิดและทฤษฎีมาเป็นแนวทางในการจัดกระทำ โดยมี ทั้งงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีเพียงรูปแบบเดียว และงานวิจัยที่ใช้ หลาย ๆ ทฤษฎีมาร่วมจัดกระทำ เช่น โปรแกรมการส่งเสริม

ดูแลสุขภาพตนเอง การกำกับตนเอง การส่งเสริมสมรรถนะ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการตนเอง และ 2) รูปแบบที่เป็นการดูแลหรือวิธีการเฉพาะ เช่น การให้ ความรู้ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เป็นต้น ซึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง หรือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง มีจำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.30 ของงานวิจัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาการ จัดกระทำ (n=52)

แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาการ จัดกระทำ (intervention)	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลตนเอง	3	5.77
การกำกับตนเอง	5	9.61
การจัดการตนเอง/สนับสนุนการจัดการตนเอง	22	42.30
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต	4	7.69
การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน/การรับรู้ความสามารถ	2	3.85
การสร้างแรงจูงใจ	2	3.85
การสร้างเสริมสุขภาพ	4	7.69
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	2	3.85
การให้ความรู้	6	11.54
การออกกำลังกาย/การควบคุมอาหาร	2	3.85

3. ผลลัพธ์ที่วัดหลังให้การ จัดกระทำ จากการศึกษา การวัดผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเพื่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ส่วนใหญ่วัดผลจากการวัดระดับน้ำตาล ในเลือด ซึ่งประกอบด้วย fasting blood sugar (FBS) และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) การประเมินดัชนี สุขภาพ การประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านความรู้

ความสามารถพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต พบว่าร้อยละ 30.77 ของ งานวิจัย วัดผลลัพธ์หลังให้การ จัดกระทำด้วยการตรวจระดับ น้ำตาล HbA1C ร่วมกับการวัดดัชนีสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม หรือคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามผลลัพธ์ที่วัดหลังให้การ จัดกระทำ (n=52)

ผลลัพธ์ที่วัดหลังให้การ จัดกระทำ	จำนวน	ร้อยละ
FBS	1	1.92
HbA1C	4	7.69
FBS, HbA1C	2	3.85
FBS, ดัชนีสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรม, คุณภาพชีวิต	13	25.00
HbA1C, ดัชนีสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรม, คุณภาพชีวิต	16	30.77
FBS, HbA1C, ดัชนีสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรม, คุณภาพชีวิต	5	9.62
ดัชนีสุขภาพ, ความรู้, พฤติกรรม, คุณภาพชีวิต	11	21.15

นอกจากนี้จากการศึกษารูปแบบการดูแลเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย จากงานวิจัยจำนวน 52 เรื่อง พบว่างานวิจัยทุกงานที่กำหนดผลลัพธ์เกี่ยวกับดัชนีสุขภาพความรู้ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และส่วนใหญ่มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายหลังได้รับการจัดกระทำ และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบงานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง หรือคิดเป็นร้อยละ 26.92 ซึ่งเป็นงานวิจัยที่กำหนดการวัดผลลัพธ์ด้วยระดับน้ำตาลในเลือดทั้งค่า FBS และ HbA1C ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยมีข้อเสนอแนะที่คล้ายกันเป็นส่วนใหญ่ คือ ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลซ้ำ เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของพฤติกรรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษารูปแบบการดูแลเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยนั้น พบว่าลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ร้อยละ 67.31 ผู้วิจัยอยู่ในสาขาพยาบาลศาสตร์ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ร้อยละ 96.15 งานวิจัยส่วนใหญ่ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.23 และร้อยละ 84.61 ของงานวิจัยมีระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ในระบบ บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการ การดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องมากที่สุดเมื่อเทียบกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน นอกจากเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมแล้ว บทบาทใหม่ของพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการแสดงบทบาทอิสระที่จะวางแผนจัดการผู้ป่วย¹⁵ จึงปรากฏให้เห็นว่าส่วนใหญ่งานวิจัยที่เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ผู้วิจัยเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์ และเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก จึงพบผู้ป่วยเบาหวาน

ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยมีอายุระหว่าง 20-79 ปี¹

รูปแบบการดูแลเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) รูปแบบที่เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดูแลสุขภาพตนเอง การกำกับตนเอง การส่งเสริมสมรรถนะ และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) รูปแบบที่เป็นการดูแลหรือวิธีการเฉพาะ ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาล เป็นต้น แม้จะพบงานวิจัยมีการใช้วิธีการจัดกระทำที่หลากหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองหรือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง ร้อยละ 42.30 เนื่องจกแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความยืดหยุ่นด้านเนื้อหาและวิธีการเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการ โดยการจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่จะเกี่ยวข้องกับทุกสิ่งทุกอย่างที่เรารู้จักก่อให้เกิดขึ้น ตั้งแต่อาการของโรค การรักษา ผลที่ตามมาด้านร่างกายและสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงเป็นการสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลเพียงพอ การมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การแก้ไขปัญหา และการประสานร่วมมือเชิงรุกกับทีมดูแลสุขภาพ¹⁶ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของ Wagner EH.¹⁷ ที่อธิบายถึงแนวทางในการวางระบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบทั้งที่เป็นส่วนของตัวผู้ป่วย พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์กรสุขภาพ และระบบสุขภาพ

การวัดผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ส่วนใหญ่วัดผลจากการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การประเมินดัชนีสุขภาพ การประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้าน ความรู้ ความสามารถ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเห็นว่าการวัดผลที่หลากหลายเช่นเดียวกับรูปแบบการดูแล ดังเห็นได้จากการศึกษาร้อยละ 30.77 ของงานวิจัยวัดผลลัพธ์หลังให้การจัดกระทำด้วยการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ร่วมกับการวัดดัชนีสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม

หรือคุณภาพชีวิต ทั้งนี้การวัดระดับน้ำตาลในเลือด หรือการวัดพฤติกรรมอย่างเดียวยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ จึงต้องอาศัยผลทางคลินิกซึ่งเป็นการวัดผลทางตรง ร่วมกับการวัดพฤติกรรมที่เป็นผลทางอ้อม แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่างานวิจัยทุกงานที่กำหนดผลลัพธ์เกี่ยวกับดัชนีสุขภาพ ความรู้พฤติกรรมและคุณภาพชีวิตสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และส่วนใหญ่มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ คือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายหลังได้รับการจัดกระทำ และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบว่างานวิจัยบางงานที่กำหนดการวัดผลลัพธ์ด้วยระดับน้ำตาลในเลือดทั้งค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันสามารถอธิบายได้ว่างานวิจัยอาจใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาไม่นานพอที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่างานวิจัยที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและวัดผลลัพธ์ 6-12 สัปดาห์ กิจกรรมที่จัดให้อาจจะยังไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ได้ในช่วงเวลาดังกล่าว และอาจเนื่องมาจากการเจาะระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เมื่อเริ่มต้นการทดลองใช้ผลล่าสุด ซึ่งเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมเมื่อเข้าร่วมครบตามระยะเวลาจะไม่เท่ากัน ซึ่งพฤติกรรมก่อนการเข้าร่วมโครงการ อาจจะมีผลต่อระดับน้ำตาลเกาะสะสมในเลือด คือ ค่าน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดง สามารถบอกได้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะ 2-3 เดือนที่ผ่านมา¹ ซึ่ง

สอดคล้องกับที่ศึกษาพบว่างานวิจัยมีข้อเสนอแนะที่คล้ายกันเป็นส่วนใหญ่ คือ ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลซ้ำเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและความคงอยู่ของพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษารูปแบบการดูแลเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครั้งต่อไปควรมีการพิจารณาการประเมินผลหรือวัดผลลัพธ์ที่เป็นเกณฑ์ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่มีความชัดเจนในเชิงปฏิบัติการ และเป็นมาตรฐานสากลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้ทราบข้อมูลและแนวโน้มของรูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย คือการเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเอง ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อไปได้ และด้านการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการจัดการตนเองไปปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการตนเองที่สมบูรณ์ และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้วิธีการวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) และเพิ่มการศึกษาในต่างประเทศ

References

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th edition [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 16]. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
2. Ministry of Public Health. Group report standard: illness with critical NCDs [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>. (in Thai)
3. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Details of indicators to monitor the quality of non-communicable diseases (diabetes and hypertension) services for the fiscal year 2022 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 15]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2023. (in Thai)
4. International Diabetes Federation: IDF. Diabetes on the global. [Internet]. 2021 [cited 2021 July 1]. Available from: <https://idf.org/our-activities/advocacy-awareness/diabetes-on-the-global-agenda.html>
5. Hurst CP, Rakkapao N, Hay K. Impact of diabetes self-management, diabetes management self-efficacy and diabetes knowledge on glycemic control in people with Type 2 Diabetes (T2D): A multicenter study in Thailand. Public Library of Science One 2020;15(12):1-14.
6. Wongsin U, Wannasri A. Unit cost of diabetes care: a case study of a general hospital in Thailand. Journal of the Department of Medical Services 2018;43(6):45-9. (in Thai)
7. Harding JL, Pavkov ME, Magliano DJ, Shaw JE, Gregg EW. Global trends in diabetes complications: A review of current evidence. European Association for the Study of Diabetes 2019;62(1):3-16.
8. Li Z, Lei X, Xu B, Wang S, Gao T, Hongmei LV. Analysis of risk factors of diabetes peripheral neuropathy in type 2 diabetes mellitus and nursing intervention. Experimental and Therapeutic Medicine 2020;20(6):1-8.
9. Saengai A, Suphunnakul P. Risk factors affecting complications among patients with type 2 diabetes in Mueang District, Phitsanulok Province. Eau Heritage Journal Social Science and Humanities 2018;12(3):200-12. (in Thai)
10. World Health Organization. Diabetes updated [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
11. Meebunmak Y, Srisaket J, Phokwang W, Homnan K. A systematic review on health care programmes for older adults with diabetes mellitus. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2018;72(4): 72-89. (in Thai)
12. Sattayasomboon T, Sattayasomboon Y. Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus patients: a systematic review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2020;7(2):232-43. (in Thai)

13. Scott J. Documentary research. London: Sage; 2006.
14. Murad MH, Montory VM, Ioannidis JP, Jaeschke R, Devereaux PJ, Prasad K, et al. How to read a systematic review and meta-analysis and apply the results to patient care: user' guides to medical literature. *Journal of the American Medical Association* 2014;312(2):171-9.
15. Sikaow O. Diabetes Management: Disease Dimensions and Nurse Role. 4th ed. Samut Prakan: Journalism Project, Huachiew Chalermprakiet University; 2018. (in Thai)
16. Regeer H, Empelen PV, Bilo JG, Koning JP, Huisman SD. Change is possible: How increased patient activation is associated with favorable changes in well-being, self-management and health outcomes among people with type 2 diabetes mellitus: A prospective longitudinal study. *Patient Education and Counseling* 2022;105(4):821–7.
17. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64. PMID: 11816692.

บทความวิจัย

The Development of an Information Provision Model via Mobile Application for Relatives of Critical Emergency Patients at an Accident and Emergency Department

Received: Jun 11, 2023

Revised: Sep 04, 2023

Accepted: Nov 20, 2023

Sawitta Khadkantha, B.N.S.¹Aree Cheevakasemsook, Ph.D.²Kotchakorn Jetinai, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Providing information that meets the needs of critically emergency patients' relatives will lead to their satisfaction with the service.

Research Objectives: To examine the situation of providing information to the relatives of critical emergency patients, developing a model for providing information through a mobile application, and the outcomes of using the developed model.

Research Methodology: This research and development consisted of three phases. Phase 1: Exploring the situation of information provision for relatives of the patients, the sample included eight persons who were selected by purposive sampling: two emergency medical physicians, a head nurse, two staff nurses, and three emergency patients' relatives that had been selected specifically. In Phase 2, developing the information provision model, the sample was the same as in Phase 1. Phase 3: Studying the outcomes of using the new model. The sample was divided into an experimental group and a comparison group of 70 individuals, each systematically randomized. The research tools consisted of group discussion guidelines, the information provision model through a mobile application, and a satisfaction of information provision questionnaire with a reliability of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann – Whitney U test, and content analysis.

Results: The results were as follows: 1) In the information provision model, there were inadequate personnel, informants were not definitely assigned, the area for providing information was inappropriate, information provision guidelines were unclear and inconsistent, and uncertain frequency. Relative satisfaction with information provision was lower than that of the standard. 2) The developed model

¹Student in Master of Nursing Science (Nursing Administration), Email: sawittanurse@gmail.com

²Corresponding author: Associate Professor, Email: Areechava@gmail.com

³Assistant Professor, Email: Kotchakorn.j@ubru.ac.th

^{1,2}Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

³Faculty of Industrial Technology, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand.

was created by a Line Official Account in two-way and real-time analysis of symptoms, disease diagnosis, treatment plan, and prognosis. 3) The satisfaction of relatives of patients who received information through the mobile application was statistically higher than that of the comparative group at a significance level of .01.

Conclusions: The relatives of critical emergency patients who received information through a mobile application were more satisfied than those who received traditional.

Implications: This model should be used for adaptation in other departments that care for critically ill patients.

Keywords: Information, mobile application, relatives, critical emergency, accident

การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Received: Jun 11, 2023

Revised: Sep 04, 2023

Accepted: Nov 20, 2023

สวิตตา ชัดกันทา พย.บ.¹

อารี ชิวเกษมสุข ปร.ด.²

กชกร เจริญ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จะทำให้ญาติมีความพึงพอใจในการ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พัฒนารูปแบบฯ และผลของการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยและพัฒนานี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลหัวหน้างาน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติ 2 คน ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 3 คน รวม 8 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ เป็นญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้จากการสุ่มอย่างมีระบบ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 70 คน เครื่องมือ คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม รูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล ความเที่ยงเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบแมนวิทนี ยู และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) สถานการณ์ของรูปแบบฯ พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีการกำหนดผู้ให้ข้อมูล สถานที่ไม่เหมาะสม แนวทางการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน และความถี่ไม่แน่นอน ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2) รูปแบบการใช้ข้อมูลสร้างด้วยไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสชันให้ข้อมูลเรียลไทม์เกี่ยวกับอาการ วินิจฉัยโรค แผนการรักษา และพยากรณ์โรค และ 3) ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สรุปผล: ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลรูปแบบเดิม

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบฯ นี้เป็นต้นแบบสำหรับการปรับใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤตแผนกอื่นๆ

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล โมบายแอปพลิเคชัน ญาติผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤต อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

¹นักศึกษพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล Email: sawittanurse@gmail.com

²Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: Areechava@gmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Kotchakorn.j@ubru.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุดรธานี ประเทศไทย

³คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง รวดเร็ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดมิฉะนั้นอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้¹ จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินของประเทศไทยในปี 2562 เท่ากับ 373,742 ราย ปี 2563 มีจำนวน 480,689 ราย ซึ่งจำนวนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น² แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นแผนกที่ให้การรักษาพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน³ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว และถูกต้องเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต⁴ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก สูงถึง 65,508 รายต่อปี สูงสุด 280 รายต่อวัน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระบบปิด มีประตูสองชั้นและการเข้าออกประตูด้วยระบบคีย์การ์ด ญาติต้องรออยู่ด้านนอกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกว่าจะเสร็จสิ้นการรักษา การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ตามสถานการณ์และความเร่งด่วนเท่านั้น จึงทำให้ญาติไม่พึงพอใจต่อการบริการ จากการสำรวจความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด⁵

การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยแก่ญาติผู้ป่วยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การไม่เข้าถึงบริการและการสื่อสารที่ไม่ดีของบุคลากรทำให้ญาติเกิดความสับสน⁶ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมจะช่วยให้ญาติเกิดความพึงพอใจได้⁷⁻⁸ ซึ่งญาติผู้ป่วยต้องการทราบอาการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา ความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ ๆ⁹⁻¹¹ และการแจ้งความคืบหน้าของการรักษาให้กับผู้ป่วยแก่ญาติผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ทำให้ญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ข้อร้องเรียนลดลง¹² นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในหอผู้ป่วย พบว่าการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่มารดาผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้มารดาที่มีความวิตกกังวลลดลงและต่ำกว่า

มารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ¹³ และการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความเครียดและช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤตได้¹⁴

ปัจจุบันการสื่อสารผ่านโมบายแอปพลิเคชันเริ่มเข้ามามีบทบาทขึ้น ไลน์ออฟฟิเชียล แอ็กเคานต์ ซึ่งมีนโยบายความเป็นส่วนตัวคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและสามารถจัดการข้อมูลส่วนบุคคลได้ โดยเนื้อหาจะแจ้งเตือนบนแอปพลิเคชันไลน์เหมือนเวลาได้รับข้อความจากเพื่อนและเป็นการติดต่อสื่อสารกันแบบเรียลไทม์ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามแนวความคิดของโดนาปีเดียน¹⁵ เอฟเพอสัน¹⁶ ยาริติมและคารามาล⁸ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ (LINE Office Account: LINE OA) โดยส่งข้อเท็จจริงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแก่ญาติผู้ป่วยจะทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการเป็นระยะ ๆ อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และครอบคลุม ญาติสามารถพิมพ์ข้อความสอบถามข้อมูลได้ตามต้องการทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของโดนาปีเดียน¹⁵ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง (structure) 2) ด้านกระบวนการ (process) 3) ด้านผลลัพธ์ (out come) รายละเอียดของเนื้อหาการให้ข้อมูล ใช้แนวคิดกระบวนการปรับตัวและการดูแลครอบครัวที่มีภาวะวิกฤตเฉียบพลัน¹⁶ ข้อที่ 1 – 3 ได้แก่ 1) ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง (high anxiety) 2) ระยะปฏิเสธ (denial) 3) ระยะโกรธ (anger) โดยบูรณาการร่วมกับแนวคิดความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในแผนกฉุกเฉิน⁹ โดยพัฒนาเป็นรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อการให้ข้อมูลตามแนวคิดของโดนาปีเดียน¹⁵ เอฟเพอสัน¹⁶ ยาริติมและคารามาล⁸ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

รูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

1. การประเมินคุณภาพบริการของโดนาปีเดียน¹⁵
2. กระบวนการปรับตัวและการดูแลครอบครัวที่มีภาวะวิกฤตเฉียบพลัน¹⁶
3. ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในแผนฉุกเฉิน⁸
4. องค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชัน¹⁷
 - 4.1 ส่วนของเมนูแสดงผลผู้ใช้งาน แสดงเมนู อาการผู้ป่วย แผนการรักษา การพยากรณ์โรค ตรวจสอบสิทธิบัตร แบบประเมินความพึงพอใจ
 - 4.2 หน้าจอของผู้ให้ข้อมูล มีส่วนจากระบบตอบกลับอัตโนมัติและพิมพ์ตอบ โดยผู้ให้ข้อมูล
 - 4.3 ส่วนการจัดการข้อมูล คือ ส่วนที่จัดการรายละเอียดของข้อมูลในการตอบกลับอัตโนมัติการจัดการสมาชิก ข้อมูลการแชท เป็นต้น

ตัวแปรตาม

- ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
- ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง
2. พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง
3. ศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

สมมติฐานการวิจัย

ในระยะศึกษาผลของรูปแบบในการให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันมีความพึงพอใจมากกว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบเดิม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (development research) แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ประชากร คือ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2565 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 คือ

แพทย์จำนวน 9 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 31 คน ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต 3 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และยินดีเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติ 2 คน มีประสบการณ์การทำงาน 5 – 10 ปีและ 10 ปี ขึ้นไป พยาบาลหัวหน้างาน 1 คน ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจำนวน 3 คน ที่มีอายุและการศึกษาแตกต่างกัน รวม 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคำถามการสนทนากลุ่ม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี 2 ท่าน หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศประจำโรงพยาบาล 1 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item – objective congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 1 ทั้ง 2 ข้อ

รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยถอดเทปการสนทนาและจัดทำดัชนี

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบ ดำเนินการในช่วง 17 พฤษภาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ไลน์ออฟฟิเชียลแอ็กเคานต์ (Line official account) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเนื้อหาในแอปพลิเคชันจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.76–1.00

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันตามแนวความคิดของ ADDEI model¹⁸ โดยใช้ไลน์ออฟฟิเชียล แอ็กเคานต์ (Line official account)

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่มเปรียบเทียบกับ

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation: R) ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 2,122 ราย กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบโดยการเรียงหมายเลขลำดับที่ 1 เป็นต้นไป ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกันหนึ่งต่อหนึ่งจนครบตามจำนวน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลที่ .50 อำนาจทดสอบเท่ากับ .90¹⁹ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว จำนวน 140 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 70 ราย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมโครงการวิจัย 1) เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยและยินยอมร่วมการวิจัย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) มีสมาร์ทโฟนรุ่นที่สามารถใช้แอปพลิเคชันและใช้สมาร์ทโฟนเป็น 4) มีสมาร์ทโฟนที่รองรับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมโครงการวิจัย 1) มีอาการป่วยขณะดำเนินการวิจัย เช่น เป็นลม เกรียด จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มี 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล จำนวน 7 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน จำนวน 6 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ตรวจสอบเนื้อหาในแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง .76–1.00

การหาความเที่ยง

โดยนำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จำนวน 140 คน จากนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 70 คน คือ กลุ่มควบคุม ให้ข้อมูลตามรูปแบบเดิมแล้วตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และกลุ่มทดลองให้ข้อมูลตามรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้น จากนั้นตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพื่อเปรียบเทียบผลของความพึงพอใจทั้งสองกลุ่มและตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล แก่ญาติผู้ป่วยผ่านโมบายแอปพลิเคชันและวิธีการให้ข้อมูล แบบปกติ ใช้สถิติทดสอบแมนนวิทนี ยู (Mann – Whitney U test) เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองทางด้านจริยธรรม จาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาล รัฐแห่งหนึ่ง เลขที่ ขร 0032.102/วิจัย/EC 132 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ NS No 13/2564 การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นผลรวมโดยไม่ระบุชื่อ – สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

จากการสนทนากลุ่มพบว่า สถานการณ์การให้ข้อมูลฯ ในปัจจุบัน วิเคราะห์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง ในการให้ข้อมูลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ไม่มีการกำหนดผู้ให้ข้อมูล สถานที่ไม่เหมาะสม และแนวทางการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน และไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้ข้อมูลไม่ตอบสนองความต้องการของญาติและความถี่ไม่แน่นอน 3) ด้านผลลัพธ์ ความพึงพอใจของญาติต่อการให้ข้อมูลยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “คนเราไม่พอ.. ถ้าคนไข้ไม่เยอะหรืองานไม่ยุ่งก็ได้เต็มที่เลย” (พยาบาล1) “ไม่ได้กำหนดว่าใครต้องให้” (พยาบาล1) “พื้นที่ไม่พร้อม ไม่ใคร่พอเสียบ่อย” (หัวหน้าพยาบาล) “ต่างคนต่างอธิบาย” (แพทย์1) “การประเมินความพึงพอใจเรื่องการให้ข้อมูลเรายังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน” (หัวหน้าพยาบาล)

แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล สรุปเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้าง กำหนดให้มีผู้ให้ข้อมูลแก่ญาติโดยตรง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ผลลัพธ์ของการรักษา ความก้าวหน้าของการ

รักษา 2) ด้านกระบวนการ นำเทคโนโลยีมาช่วยแจ้งข้อมูลเป็นระยะ ๆ 3) ด้านผลลัพธ์ ญาติมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลร้อยละ 80 ขึ้นไป ดังคำพูดที่ว่า “น่าจะมีคนคนหนึ่งมาคอยให้ข้อมูล” (ญาติ1) “ต้องกำหนดว่าจะให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย เช่น แจ้งอาการ ผลการรักษา การวินิจฉัย” (แพทย์1) “อยากจะให้แจ้งเราคนไข้อาการเป็นอย่างไร ทำอะไรไปแล้วบ้าง” (ญาติ3) “ถ้าเรามีระบบการให้ข้อมูลเช่นผ่านระบบคอมพิวเตอร์แจ้งญาติคนไข้รับทราบก็จะช่วยเราได้มาก” (พยาบาล2)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

รูปแบบฯ พัฒนาโดยไลน์ออฟฟิเชียลแอดมินเคาน์ตซึ่งมีนโยบายความเป็นส่วนตัวคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และสามารถจัดการข้อมูลส่วนบุคคลได้ ข้อมูลจะส่งถึงญาติโดยตรงและเป็นส่วนตัว ให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษา การพยากรณ์โรค เป็นระยะ ๆ ซึ่งแอปพลิเคชันมี 2 ส่วน คือ 1) ส่วนของผู้ให้ข้อมูล (administrator: Admin) ซึ่งจะมีพยาบาลผู้รับผิดชอบให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยร่วมกับระบบตอบกลับอัตโนมัติ (artificial intelligence: AI) 2) ส่วนของญาติผู้ป่วยซึ่งจะสามารถเลือกไอคอนเพื่อสอบถามข้อมูลกับระบบตอบกลับอัตโนมัติและพิมพ์เพื่อสอบถามอาการได้โดยตรง

ระยะที่ 3 ผลของการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับข้อมูลแบบปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.1 อายุ 40 – 59 ปี ร้อยละ 45.7 ระดับการศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 51.4 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นพี่น้อง ร้อยละ 37.1 ช่วงเวลามารับบริการ 08.01 – 16.00 น. ร้อยละ 54.3 กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ร้อยละ 37.1 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.6 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 61.4

ช่วงเวลาที่มารับบริการเวลา 08.01 – 16.00 น. ร้อยละ 65.7 โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของคะแนนรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันสูงกว่าความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลแบบเดิมทุกข้อและโดยรวมที่ P value .001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลรูปแบบเดิม และการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ความพึงพอใจต่อการให้ ข้อมูลแก่ญาติ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	กลุ่มควบคุม (n=70)			กลุ่มทดลอง (n=70)			Mann Whitney U	P value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. มีการแจ้งผลความก้าวหน้าของผู้ป่วย เป็นระยะ ๆ	1.80	1.18	น้อย	4.71	.51	มากที่สุด	229	.001*
2. มีกระบวนการให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ ท่านโดยตรงและเป็นส่วนตัว	1.94	1.13	น้อย	4.66	.51	มากที่สุด	204	.001*
3. ทราบขั้นตอนเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกขั้นตอน	1.91	1.19	น้อย	4.63	.59	มากที่สุด	270	.001*
4. ได้รับการแจ้งข้อมูลตามที่ท่าน ต้องการทราบ	1.93	1.08	น้อย	4.54	.57	มากที่สุด	235	.001*
5. มีความพึงพอใจต่อการแจ้ง ความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วย ในครั้งนี้	2.17	1.10	น้อย	4.67	.53	มากที่สุด	341	.001*
6. ทราบข้อมูลของผู้ป่วยตลอด เวลา จนคลายความวิตกกังวล	2.14	1.08	น้อย	4.54	.53	มากที่สุด	303	.001*
7. ทราบว่าผู้ป่วยที่ท่านนำมาได้รับ การดูแลทันที	3.26	1.09	น้อย	4.60	.49	มากที่สุด	578	.001*
รวม	2.17	1	น้อย	4.64	.40	มากที่สุด	244.50	.001*

* p < .1

จากการศึกษาความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันในกลุ่มทดลอง 70 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.67$) ข้อที่มีค่าคะแนนมาก

ที่สุด คือ ได้รับความสะดวกสบายในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ($M = 76$) รองลงมาคือ สามารถใช้งานด้วยตนเอง ($M = 4.74$) และใช้งานได้ราบรื่น ต่อเนื่อง ($M = 4.73$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในกลุ่มทดลองจำนวน 70 ราย

พึงพอใจต่อการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	กลุ่มทดลอง (n=70)		
	M	SD	ระดับ
1. ได้รับความสะดวกสบายในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย	4.76	.43	มากที่สุด
2. สามารถใช้งานด้วยตนเอง	4.74	.47	มากที่สุด
3. ใช้งานได้ราบรื่น ต่อเนื่อง	4.73	.48	มากที่สุด
4. ภาษาที่ใช้ถูกต้อง และสามารถสื่อสารให้เข้าใจง่าย	4.70	.52	มากที่สุด
5. มีการจัดการข้อมูลเหมาะสมตรงกับความต้องการ	4.65	.48	มากที่สุด
6. รูปภาพและตัวอักษรมีความสวยงาม ความทันสมัย น่าสนใจ	4.64	.50	มากที่สุด
รวม	4.67	.39	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดผู้ให้ข้อมูล และสถานที่ไม่เหมาะสม ขั้นตอนไม่ชัดเจน ความถี่ไม่แน่นอน ช่องทางการสื่อสารกับญาติประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ญาติไม่ทราบข้อมูลตามที่ต้องการ ไม่สามารถสอบถามข้อมูลได้ และความพึงพอใจของญาติต่อการให้ข้อมูลยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากเพราะไม่สามารถจัดสรรบุคลากรได้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹² พบว่า การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ และญาติผู้ป่วยต้องการให้มีการแจ้งข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค¹⁹

2. รูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง 1) ด้านโครงสร้าง พัฒนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดมินกำหนดผู้รับผิดชอบ

ให้ข้อมูลโดยตรง (administrator: Admin) ร่วมกับระบบตอบกลับอัตโนมัติ มีแนวทางการให้ข้อมูลที่ชัดเจน 2) ด้านกระบวนการ ให้ข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการแบบเรียลไทม์เกี่ยวกับ อาการผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษา การพยากรณ์โรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁹⁻¹¹ 3) ด้านผลลัพธ์ ญาติมีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การให้ข้อมูลแก่ญาติทำให้ญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น เมื่อการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาที่ได้รับ แนวทางการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทุก 30 นาที^{8,19}

3. ผลของทางการให้ข้อมูลโมบายแอปพลิเคชันแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง

3.1 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชันมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามรูปแบบเดิม เนื่องจากญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่าย

และตรงกับความต้องการแบบเรียลไทม์ ทราบอาการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษา การพยากรณ์โรคเป็นระยะ ๆ²⁰⁻²² นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบข้อมูลได้โดยระบบจะตอบข้อมูลให้กับญาติเหมือนดังว่าได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ตลอดเวลาจนคลายความวิตกกังวลและเกิดความพึงพอใจ

3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ พบว่า ผู้ดูแลความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับพึงพอใจมากที่สุด²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยใช้

ควรส่งเสริมให้มีการให้ข้อมูลผ่านโมบายแอปพลิเคชัน แก่ญาติผู้ป่วยนำไปใช้กับกลุ่มญาติผู้ป่วยในระดับอื่น ๆ ต่อไป และควรมีการใช้รูปแบบการแจ้งข้อมูลเช่นเดียวกันนี้ในหน่วยงานที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เช่น NICU CCU ICU เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำการวิจัยในญาติผู้ป่วยระดับฉุกเฉิน ระดับเร่งด่วน ระดับกึ่งเร่งด่วน และระดับไม่เร่งด่วน ซึ่งบางครั้งอาจใช้เวลาในการรอคอยนานกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น เช่น ความเครียดของญาติผู้ป่วย ความพึงพอใจผู้ปฏิบัติ เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชันให้มีระบบตอบกลับโดยอัตโนมัติทั้งหมดเพื่อลดภาระงาน

References

1. Institute of Emergency Medicine. Emergency medicine act. Nonthaburi: Institute of Emergency Medicine; 2009. (in Thai)
2. National Institute for Emergency Medicine. Performance of the emergency medical service system [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 6]. Available from: https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/report003.aspx. (in Thai)
3. Division of Nursing. Nursing standards. 2nded . Bangkok: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2008. (in Thai)
4. Bureau of Nursing. Standards of nursing in hospitals. Bangkok: Veterans Organization Printing House; 2008. (in Thai)
5. Department of Medical Services and Information Strategy. Emergency patient statistics 2020. Chiang Rai. Chiang Rai Prachanukroh Hospital; 2021. (in Thai)
6. Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. International Emergency Nursing. 2017;30:3 – 8.
7. Barreto MD, Marcon SS, Garcia – Vivar C. Patterns of behavior in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. Journal of Advanced Nursing 2017;3:633 – 42.
8. Maliwan A, Sripanyawutthisak Y, Attakamol S. The effectiveness of a structured information program on family members' anxiety in the intensive care unit. Journal of Nursing and Education 2014;7(2):95 – 108. (in Thai)
9. Yildirim T, Özlü ZK. Need of critically ill patients' relatives in emergency department. Nursing and Midwifery Studies 2018;7(1):33 – 8.

10. Botes ML, Langley G. Botes and Gayle. The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. *Curationis*. 2016;24;39(1):1567. doi: 10.4102/curationis.v39i1.1567
11. Dangsuwan K, Phongsuwan C, Gaseng S, Srichai P, Jeankong B, Masae R, et al . Perceived information of relatives at emergency department, Naradhiwasrajanagarindra hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2012;4(2):16 – 28. (in Thai)
12. Rattanasakul N, Dangsuwan D. Development of caring system for patient with life – threatening in emergency department, Naradhiwasrajanakrindra Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2016;8(2):1–15. (in Thai)
13. Sangkanom P, Punthmatharith B, Wattanasit P. Effect of information provision via mobile application on anxiety of mothers having children admitted in a pediatric intensive care unit and preparation for transferring from a pediatric intensive care unit. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2020;40(4):97 – 110. (in Thai)
14. Suttisaksunthron W, Chuanarram N, Suparasri P. Effects of information management program on the stress and satisfaction of caregivers of critical ill children. *Multidisciplinary Journal for Health* 2022;4(1):1 – 17. (in Thai)
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly* 2005;83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397>.
16. Epperson MM. Families in sudden crisis: process and intervention in a critical care center. *Social Work Health Care*. 1977 Spring;2(3):265 – 73. doi: 10.1300/J010v02n03_02.
17. Sethakul C, Aumload P. Line OA user manual for front manager. Bangkok: Office of the Official Information Commission. 2020. (in Thai)
18. Sanitlou N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*power program *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)* 2019;5:496 – 507. (in Thai)
19. Seels B. & Glasgow Z. *Making Instructional design decisions*. 2nded. Merrill: Prentice Hall; 1998.
20. Umut O, Avşaroğulları L. Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2019;26(6):328 – 35. doi: 10.1177/1024907918802737
21. Botes ML, Langley G. The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng [Internet].2016. [cited 2022 November 6] Available from: <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1567>
22. Boonyarat P, Pachanut N. The effect of family supportive need – based program on anxiety and satisfaction among family members of head Injury patients, accident and emergency department. *Kuakarun Journal of Nursing* 2021;28(2):36 – 47. (in Thai)
23. Binsa F, Khupantavee N, Naka K. Developing discharged instructive application of mild traumatic brain injury in low risk caregiver on mobile devices. *Proceedings of 4th KU SRC Annual Conference*; 2020 August 28; Chonburi: Kasetsart University Sriracha Campus; 2020. p. 17 – 26. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of Palliative Care Program on Palliative Care Outcome and Quality of Life among Non-Dialysis End Stage Renal Disease Patients

Received: May 7, 2023

Revised: Jul 26, 2023

Accepted: Sep 11, 2023

Natchaya Bualakorn, B.N.S.¹

Busaba Somjaivong, Ph.D.²

Abstract

Introduction: Comprehensive conservative kidney management (palliative care) is an option for the treatment of end-stage renal disease. Care focuses on comprehensive patient-centered care and psychospiritual support aimed at slowing kidney disease progression and minimizing associated complications.

Research Objectives: To examine the effects of a palliative care program on palliative care outcomes and quality of life in patients with non-dialysis end-stage renal disease.

Research Methodology: This study was a quasi-experimental (one-group pre-post test) study. The study included 22 purposive samples from patients with non-dialysis end-stage renal disease who participated in the palliative care program. The measurement tools were palliative outcome scores (patients' version; POS-P) and quality-of-life questionnaire for renal disease. These instruments were tested for reliability, with Cronbach's alpha = .96 and .95, respectively. The experimental program had content validity (CVI) of 1. Data were subsequently analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test.

Results: The samples demonstrated a statistically significant lower pre-post POS-P score after attending the palliative care program ($Z = -3.498$, $p < .05$), and the quality of life score was significantly higher after attending the palliative care program ($Z = -3.099$, $p < .05$).

Conclusions: The inclusion of a palliative care program improves both palliative care outcomes and quality of life among patients with non-dialysis end-stage renal disease.

Implications: The palliative care program should be implemented in the care of patients with non-dialysis end-stage renal disease, and the authors suggest further studies on the long-term effects of these factors on quality of life in this patient cohort.

Keywords: palliative care, quality of life, end stage renal disease

¹Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Email: natchaya.bualakorn@kkumail.com

²Corresponding author: Assistant Professor, Email: bussom@kku.ac.th

¹⁻² Faculty of nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต

Received: May 7, 2023

Revised: Jul 26, 2023

Accepted: Sep 11, 2023

ณัฐชญา บัวละคร พย.บ.¹

บุษบา สมใจวงศ์ พร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการดูแลแบบประคับประคองจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมที่ครอบคลุม สนับสนุนด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อการชะลอความเสื่อมของไตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 22 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรัง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .96 และ .95 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมที่ใช้ดำเนินการทดลอง ตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ Wilcoxon sign rank test

ผลการวิจัย: ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.498$ $p < .05$) และคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.099$ $p < .05$)

สรุป: ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมฯ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไตและควรศึกษาคุณภาพชีวิตต่อเนื่องในระยะยาว

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิต โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

¹ นักศึกษาลัทธิสุขภาพศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ Email: natchaya.bualakorn@kkumail.com

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: bussom@kku.ac.th

¹⁻² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก อุบัติการณ์ในทุกประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 3.5 และการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายสูง¹ ในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนมากถึง 151,343 ราย และเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2563 เป็น 170,774 ราย² แนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมี 4 วิธี คือ ฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง ปลูกถ่ายไต และดูแลระดับประคองโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตใด ๆ³ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย⁴ ใช้คำแนะนำของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ปี พ.ศ. 2554 นิยามว่าการดูแลระดับประคองมุ่งเน้นการรักษาอาการและความไม่สบายจากโรค มีคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับคุณค่าความต้องการและเป้าหมายการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรคและการรักษา³ แผนการดูแลที่สำคัญ ดังนี้ 1. การรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. เน้นการจัดการอาการ 3. เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำความเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย แจ้งสถานการณ์โรคและวางแผนการดูแลและวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า และ 4. ดูแลปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁴

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2566⁴⁻⁵ ตามแนวทางของ KDIGO เกณฑ์พิจารณาผู้ที่ควรได้รับการดูแลระดับประคอง ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป หรือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีและมีสิ่งตรวจพบอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ที่บ่งชี้ว่าพยากรณ์โรคไม่ดีและไม่คาดว่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร ได้แก่ 1) ความเป็นไปได้อย่างมากที่จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี 2) Charlson comorbidity index (CCI) มากกว่า 8 คะแนน 3) Karnofsky performance scale น้อยกว่า 40 4) ภาวะทุพโภชนาการรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น หรือเป็นผู้ที่สมองได้รับความเสียหายรุนแรงอย่างถาวร หรือมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคระยะสุดท้าย

หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลและความเป็นอยู่ที่ไม่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง บางรายพบปัญหาทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เหล่านี้มีผลต่อคุณภาพชีวิต⁶ การพัฒนาคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองที่ดี ต้องค้นหาปัญหาและความต้องการ มีช่องทางที่สามารถเข้าถึงการดูแลได้⁷ ผู้ป่วยต้องได้รับรู้ว่าได้ใช้ชีวิตตามทัศนคติ เป้าหมาย ความคาดหวังที่ยึดถือไว้ และตอบสนองต่อความกังวล⁸ การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีคลินิกดูแลแบบประคับประคองบูรณาการร่วมกับคลินิกชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยที่ดูแลในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 86 คน ที่เข้าเกณฑ์การดูแล ถึงแม้ว่าจะร่วมดูแลกับทีมหลัก ยังพบปัญหาคือ ผู้ป่วยเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินและได้รับการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับแผนการดูแล เนื่องจากมีอาการไม่สบาย มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตสังคม และระบบที่ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้านได้ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ มีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ และใช้แนวคิดการดูแลระดับประคองขององค์การอนามัยโลก⁹ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองตามแนวทางทางของ KDIGO⁴ เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย คือ การดูแลแบบประคับประคองในผู้เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ส่งเสริมคุณภาพชีวิต⁹ โดยโปรแกรมการดูแลฯ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้¹⁰

โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต

1. กระบวนการรักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. กระบวนการรักษาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (share decision making)
3. การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การสื่อสารรวมถึงการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning: ACP)
5. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์
6. การสนับสนุนด้านสังคมและ ครอบครัว
7. การดูแลในมิติด้านวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ

ผลลัพธ์การดูแล

- คุณภาพผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- คุณภาพชีวิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต โดย

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลในช่วงสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไต และแพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลรักษาร่วมตรวจรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง (test of difference in 2 dependent means) ของ Burns และ Grove¹¹ โดยใช้ค่า effect size Z_β จากการศึกษาของ ญานิศา สุริยะบันเทิง และ ภักวีร์ นาคะวิโร¹² ที่ 0.8 กำหนดความเชื่อมั่น $Z_{\alpha/2}$ ที่ 0.05 จากนั้นเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 22 คน **เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา** คือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับการบำบัดทดแทนไตที่ผ่านการได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลโรคไตเกี่ยวกับข้อมูลทางเลือกการรักษาแล้ว 3) แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลรักษาแล้ว 4) มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Palliative Performance Scale: PPS) ตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป (ใช้ PPS เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและกำหนด

PPS มากกว่า 40 เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถมาโรงพยาบาลตามนัดได้) 5) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย การรับรู้ มองเห็นและได้ยินปกติ ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹³ ได้คะแนนไม่น้อยกว่า 23 คะแนน 6) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา **เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา** 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาจิตเวชจากการวินิจฉัยของแพทย์ 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตอาการไม่คงที่ มีโอกาสสูญหายระหว่างทดลอง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤต **เกณฑ์ในการถอนออกจากการศึกษา** 1) ผู้ป่วยเปลี่ยนใจไปรักษาบำบัดทดแทนไตในช่วงเก็บ

ข้อมูล 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดฉุกเฉิน 3) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ เช่น เบอร์โทรศัพท์ไม่สามารถติดต่อได้ ผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่ม

ตัวอย่างได้รับโปรแกรมเป็นกิจกรรมเฉพาะราย ตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 1 และได้นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 2 รายก่อนนำไปใช้จริงดังนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต

โปรแกรม	รายละเอียดการดูแล
ครั้งที่ 1 สถานที่ คลินิกไตเสื่อม แหล่งเก็บข้อมูล ใช้ระยะเวลา 1 – 1.5 ชั่วโมง (ในวันแรกที่รับ ผู้ป่วยปรึกษารายใหม่เข้า โปรแกรม	- ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยและพิจารณาเกณฑ์ที่ควรรับการดูแลแบบประคับประคอง ทบทวนแผนการดูแลกับทีมได้ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัวและผู้ดูแล จิตวิญญาณ การรับรู้ข้อมูลโรค พยากรณ์ แผนการรักษา แพทย์ประคับประคองประเมินและจัดการอาการ สื่อสารโรคและพยากรณ์และทำแผนการดูแลล่วงหน้า ส่วนทีมแพทย์โรคไตรักษาชะลอความเสื่อมของไต พยาบาลไต แนะนำการดูแลตนเอง และส่งพบนักโภชนาการทุกราย - พยาบาลประคับประคองสอนการสังเกตอาการ การจัดการอาการ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ ทำสมุดประจำตัวที่สรุปประวัติและแผนการดูแลรวมถึง ACP ให้นามบัตรติดต่อทีมได้ตลอด 24 ชั่วโมง - ปรึกษาสังคมสงเคราะห์กรณีพบปัญหาจิตสังคม และหากการดูแลมีความซับซ้อน ทีมประคับประคองจะติดตามใกล้ชิด (โทรศัพท์เยี่ยม telemedicine) - บันทึกข้อมูลลงระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ส่งต่อ (ผู้ป่วยจะมีพยาบาลประคับประคองเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ติดตาม)
ครั้งที่ 2 และ 3 ใช้ระยะเวลา 30 นาที	- โทรศัพท์เยี่ยม telemedicine ประเมินปัญหาสุขภาพและปัญหาจิตสังคม เสริมพลังอำนาจ ระบบเข้าถึงทีมได้ตลอด 24 ชม. หากอาการรุนแรงรับกลับรักษาที่โรงพยาบาล ทีมผู้รักษาทุกจุดรับทราบแผนการดูแลและติดตามเยี่ยม
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) 1 ชม.	- สหวิชาชีพทำ quality round ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) 30 นาที	- พยาบาลประคับประคองโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและให้กำลังใจ และทบทวนวันนัดติดตามนัด สร้างสัมพันธภาพ กรณีมีปัญหาช่วยเหลือหาแนวทางแก้ไขปัญหา
ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้ป่วยมาที่คลินิกไตเสื่อมตามนัด (30 นาที)	- ผู้ป่วยมาติดตามนัด กล่าวทักทาย พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังความรู้สึกต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีหรือสิ่งที่กังวลใจ ทบทวนเป้าหมายการดูแลและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแรงใจ ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแลหลัก ค่าการทำงานของไต โรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI) พัฒนาโดย Charlson และคณะ¹⁴ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความตรงและความเที่ยงสูง โดยการประเมิน 19 โรคร่วม แต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1,2,3, และ 6 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคร่วม คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของโรคร่วม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ป่วย (POS-P) พัฒนาโดย Hearn และ Higginson¹⁵ ฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่⁷ มีข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ คำตอบมี 5 ระดับ เป็น 0,1,2,3,4 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมาย/ท่วมท้น/ไม่รู้สึกรู้สากับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข คะแนนรวม 0-40 คะแนน คะแนน ยิ่งมากแสดงว่ามีปัญหารบกวนคุณภาพชีวิตมาก คะแนน น้อยหรือลดลงแสดงว่าได้รับการบรรเทาทุกข์ ทดสอบความ เชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .89¹⁶

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (KDQOL-SF™) เวอร์ชัน 1.3 สร้างขึ้นโดย kidney disease quality of life working group ประเทศสหรัฐอเมริกา แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนิษฐา หอมจีน และ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง¹⁷ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 19 ด้าน 24 ข้อใหญ่ 79 ข้อย่อย โดยมี 2 ส่วนสำคัญคือ 1.คำถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (SF-36) 8 ด้าน 36 ข้อ และ 2.คำถามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะต่อโรคไตเรื้อรัง 11 ด้าน 43 ข้อ มีลักษณะคำถาม แบบมาตราประมาณค่า มีจำนวนตัวเลือกตั้งแต่ 2-7 ตัวเลือก ซึ่งเป็นคนละสเกล เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 50 คะแนน) ในระดับต่ำ (50-59 คะแนน) ในระดับสูง (70-79 คะแนน) และ ในระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE641232) เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2564 และได้รับการอนุมัติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจง กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโปรแกรมฯ ประโยชน์/ความเสี่ยง และสามารถปฏิเสธและถอนตัวได้ ผู้วิจัยจะปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นความลับอย่างเคร่งครัด วิธีการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

1) ก่อนเข้าโปรแกรม ก่อนที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบผู้ป่วยจะต้องได้รับอนุญาตจากทีมผู้รักษาจากนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะแนะนำผู้วิจัยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยคัดกรอง กลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำ วิจัยและระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ และให้อาสาสมัครลงนามยินยอม และผู้ช่วยวิจัยใช้แบบ ประเมิน POS-P และแบบสอบถาม KDQOL-SFTM ก่อนเข้า โปรแกรมฯ จากนั้นผู้วิจัยให้การดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมฯ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมายกิจกรรมในครั้งที่ 2 (นัดติดตามอาการอีก 2 เดือน)

2) หลังเข้าโปรแกรม หลังจากเข้าโปรแกรมฯ ระยะ เวลา 2 เดือน ครั้งนี้ผู้วิจัยมาตามนัดเพื่อติดตามอาการที่คลินิก ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบประเมิน POS-P และ KDQOL-SF™ หลังเข้า โปรแกรมฯ 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ข้อมูลพื้นฐานใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่า มัชฌิมผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test¹⁸ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการ แจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ข้อมูล ส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 22 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.1 อายุเฉลี่ย 78.90 ปี (SD = 8.86) สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.2 ระดับการศึกษาระดับประถม

ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.50 เชื้อชาติไทยและนับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 100 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือบุตร คิดเป็นร้อยละ 86.4 ค่าการทำงานของไต (eGFR) เท่ากับ 10.82 (min-max = 4.28-14.67) ค่าดัชนีโรคไตเรื้อรังน้อยกว่า 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ค่าระดับความสามารถของผู้ป่วย (PPS) มีค่าเฉลี่ย PPS เท่ากับ 60 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.76 โรคเรื้อรังร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 54.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คิดเป็นร้อยละ 13.6 โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 9.1 ระดับ อัลบูมิน มีค่าอัลบูมินเฉลี่ย 3.94

2. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนผลลัพธ์ การดูแลแบบประคับประคอง (POS-P) โดยรวมก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมฯ และวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอันดับ โดยรวมหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าการทดลองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS-P) โดยรวมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบ ประคับประคองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=22)

คะแนนผลลัพธ์ POS-P		กลุ่มตัวอย่าง (n = 22)			
		M	Sum of ranks	Z	P-value
Negative ranks	17	12.71	216	-3.498	.000*
Positive ranks	4	3.75	15		

Positive ranks = posttest > pretest, Negative ranks = posttest < pretest

* $p < .05$

2.2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ แยกเป็นรายด้านและโดยรวมของกลุ่ม ตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองในบางราย ด้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และค่ามัธยฐานของ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับสูง (median = 78.40) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการเปรียบเทียบความ

แตกต่างค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านก่อนและ หลังการทดลอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ด้านบทบาททางกายภาพ ความเจ็บปวด สุขภาพทั่วไป สุขภาพจิต บทบาททางอารมณ์ หน้าที่ทางสังคม ความกระฉับกระเฉง อาการแสดงและ รายการปัญหา และภาระของโรคไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แยกเป็นรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 22)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z	P-value
	(n=22) M	(n=22) M		
คุณภาพชีวิตทั่วไป				
หน้าที่ทางกายภาพ	42.50	55.00	-1.115	.278
บทบาททางกายภาพ	12.50	75.00	-2.507	.010*
ความเจ็บปวด	83.75	100.00	-2.203	.026*
สุขภาพทั่วไป	55.00	65.00	-2.164	.029*
สุขภาพจิต	86.00	96.00	-3.500	.001*
บทบาททางอารมณ์	66.67	100.00	-2.361	.017*
หน้าที่ทางสังคม	87.50	100.00	-2.222	.033*
ความกระฉับกระเฉง/เหนื่อยล้า	75.00	90.00	-3.718	.001*
คุณภาพชีวิตที่เฉพาะต่อโรคไตเรื้อรัง				
อาการและรายการอาการที่เป็นปัญหา	78.41	92.05	-3.513	.001*
ผลกระทบของโรคไต	82.81	87.50	-1.048	.306
ภาระของโรคไต	53.13	84.38	-3.389	.001*
สภาวะการทำงาน	0.00	0.00	-.577	1.000
การรับรู้	86.67	93.33	-1.827	.066
ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	86.67	90.00	-1.218	.236
กิจกรรมทางเพศ	NA	NA	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
การนอนหลับ	56.25	65.00	-1.235	.225
การสนับสนุนทางสังคม	100.00	100.00	-1.138	.277
ความพึงพอใจต่อการรักษา	83.33	83.33	-.144	.904
คุณภาพชีวิตโดยรวม	68.42	78.40	-3.099	.001*

* p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิต(KDQOL-SFTM) ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test¹⁸

คะแนน KDQOL-SFTM	กลุ่มตัวอย่าง (n = 22)			
	M	Sum of ranks	Z	P-value
Negative ranks	7.33	22.00	-3.099	.002
Positive ranks	11.06	188.00		

Positive ranks = posttest > pretest, Negative ranks = posttest < pretest

* p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอันดับโดยรวมหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.71 และหลังการทดลอง เท่ากับ 3.75 แสดงให้เห็นว่าคะแนนที่ลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการ และการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ระบบการดูแลที่สนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ความวิตกกังวลของครอบครัว การสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา⁷ โดยโปรแกรมการดูแลได้สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักได้รับคำแนะนำการดูแล กรณีมีอาการผิดปกติสามารถเข้าถึงการดูแลตลอด 24 ชม มีระบบการดูแลต่อเนื่องทุกสถานบริการ ปัญหาที่พบได้รับการช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองในบางรายด้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง¹² อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อาจนำมาซึ่งการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และเชิงนโยบายที่มี การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างคลินิกโรคไตเรื้อรังและคลินิกดูแลประคับประคอง

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังร่วมไม่ได้มีการนำโรคร่วมที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตมาเป็นตัวแปรร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และอยู่ในสถานการณ์โควิด-19 ที่ไม่สามารถลงเยี่ยมบ้านได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ จำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพโดยมีทีมประคับประคองกับทีมไต่เรื่องระยะสุดท้ายประสานการทำงานร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุก 3 เดือน⁵ ต่อเนื่องถึง 3 ปี เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

References

1. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LYC, Albertus P, Ayanian J, et al. US Renal Data System 2016 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. American journal of kidney diseases 2017;69(3 Suppl 1):A7–8. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.12.004.
2. Chuasuwan A, Lumpaopong A, editors. Thailand renal replacement therapy year 2020. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; [n.d.]. (in Thai)
3. Kietrsunthorn K, editor. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease 2017. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2018. (in Thai)
4. Nephrology Society of Thailand, Karunruk Palliative Care Center. Srinagarind Hospital. Khon Kaen University, Nephrology Nurses Association of Thailand, Ministry of Public Health, Thai Dietetic Association, Kidney Friends Association of Thailand. Kidney supportive and palliative cares 2023. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2023. (in Thai)
5. Nephrology Society of Thailand. Hemodialysis and plasma filtration treatment guide for patients with kidney disease 2018. Bangkok: The Society; 2018. (in Thai)
6. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. American journal of kidney diseases 2003 ;42(4):713–21. doi: 10.1016/s0272-6386(03)00907-7.
7. Sapinan L. Palliative care Outcome Scale: POS. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; 2013. (in Thai)
8. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Quality of life research 2019;28(10): 2641–50. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
9. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 17]. Available from: <https://kku.world/qk7zr>
10. Murtagh FEM, Burns A, Moranne O, Morton RL, Naicker S. Supportive care: comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. Clinical journal of the American Society of Nephrology 2016;11(10):1909–14. doi: 10.2215/CJN.04840516.
11. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th ed. St. Louis (MO): Elsevier/Saunders; 2005.

12. Suriyabantoeng Y, Nakawiro P. Quality of life in palliative end-stage renal disease patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2020;10(1): 49–60. (in Thai)
13. Institute of Geriatric Medicine. Mini-mental state examination: MMSE–Thai 2002. Bangkok: The Institute; 2002. (in Thai)
14. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases* 1987;40(5):373–83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
15. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. *Quality and Safety in Health Care*. 1999;8(4):219–27. doi: 10.1136/qshc.8.4.219.
16. Anseekaew P, Matchim Y, Ratanabunjerdkul H. The effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(2):315–23. (in Thai)
17. Homjean K, Sakthong P. Translation and cognitive testing of the Thai version of the kidney disease quality of life short-form questionnaires version 1.3. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2010;2(1): 3–14. (in Thai)
18. Kasuya E. Wilcoxon signed-ranks test: symmetry should be confirmed before the test. *Animal Behaviour* 2010;3(79):765–7.

บทความวิจัย

Effects of SKT1 and 2 Program on Stress among Older Adults in Kut Pia Khom Subdistrict, Chonnabot District, Khon Kaen Province

Received: May 11, 2023**Revised:** Jul 12, 2023**Accepted:** Sep 13, 2023Banjob Sodasri M.P.H.¹Worawut Chompoopan Ph.D.²

Abstract

Introduction: Stress in the elderly is caused by physical and psychosocial factors. Providing stress relief for older individuals through SKT1 and 2 programs offers an additional avenue for reducing stress, blood pressure, and heart rate.

Research Objectives: To examine the effects of the SKT1 and 2 programs on stress, blood pressure, and heart rate in elderly individuals experiencing moderate stress.

Research Methodology: A quasi-experimental, two-group pretest-posttest design. The study included elderly individuals with moderate stress levels divided into 47 trial and control groups. The treatment group underwent the SKT1 and 2 programs for 12 weeks, whereas the control group maintained their normal lifestyle independently of the experimental intervention. Data were collected before and after the experiment using the Thai Perceived Stress Scale (T-PSS-10) along with measurements of blood pressure and heart rate. Differences in averages were compared between groups using independent t-test statistics, and within groups using paired t-test statistics, with a significance level of .05.

Results: The treatment group had an average stress level of 13.72 (SD = 3.32) points, whereas the control group had an average stress level of 19.51 (SD = 2.66) points. The observed discrepancy between the groups resulted in a mean decrease of 5.79 (95% CI = 4.55 to 7.02) points, indicating statistical significance ($p < .001$).

Conclusions: The SKT1 and 2 programs reduced stress in elderly people and decreased blood pressure and heart rate.

Implications: Healthcare providers in primary care settings should consider implementing SKT1 and 2 concentration therapy programs for elderly individuals experiencing moderate-to-high levels of stress.

Keywords: SKT1 and 2 program, stress, blood pressure, heart rate

¹ Student in Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen, Thailand. Email: 63202501008@scphkk.ac.th

² Corresponding author: Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen, Thailand. Email: worawut@scphkk.ac.th

ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลกุดเพียขอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

Received: May 11, 2023

Revised: Jul 12, 2023

Accepted: Sep 13, 2023

บรรจบ โสตาศรี ส.ม.¹

วรวิทย์ ชมภูพาน พร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ความเครียดในผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตสังคม การผ่อนคลายความเครียดในผู้สูงอายุด้วยวิธี SKT1 และ 2 เป็นวิธีการที่สามารถลดความเครียด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT1 และ 2 ต่อความเครียด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับปานกลาง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับปานกลาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 47 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม SKT1 และ 2 นาน 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมดำรงชีวิตตามปกติโดยไม่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย Thai Perceived Stress Scale (T-PSS-10) วัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test และภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย: ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียด 13.72 (SD = 3.32) คะแนน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความเครียด 19.51 (SD = 2.66) คะแนน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียด ลดลงจากกลุ่มควบคุม 5.79 (95%CI = 4.55 to 7.02) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

สรุปผล: โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 สามารถลดความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิควรนำโปรแกรม SKT1 และ 2 ไปประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุที่มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ความเครียด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น ประเทศไทย Email: 63202501008@scphkk.ac.th

² Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น ประเทศไทย Email: worawut@scphkk.ac.th

บทนำ

ในสภาวะการณ์ของสังคมโลกในปัจจุบันมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ใน พ.ศ. 2563 โลกของเรามีประชากรรวม 7,795 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดโลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่าการสูงวัยของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2563 มีถึงร้อยละ 18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและส่งผลให้เกิดความเครียด²

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบโต้ต่อสภาพแวดล้อม โดยที่หัวใจจะเต้นเร็วขึ้น หายใจถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติ กล้ามเนื้อหดเกร็ง ซึ่งความเครียดจะทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ในใจ³ และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่น บุคคลที่อยู่ในภาวะกดดันและมีความเครียดสูงมักจะทุกข์ทรมานกับอาการ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีความดันโลหิตที่สูงขึ้น มีอาการของโรคซึมเศร้า โรคกระเพาะ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดหลัง⁴ ผลการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2563 พบผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูงร้อยละ 0.8 นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.8 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.2 เป็นต้น¹

จังหวัดขอนแก่นมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 325,927 คนคิดเป็น ร้อยละ 18.16 ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์⁵ เช่นเดียวกับกับอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ที่มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 23.53⁶ สำหรับตำบลกุดเพียง อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นมีประชากรสูงอายุทั้งสิ้น 712 คน จากการสำรวจความเครียด พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 34.97 เครียดปานกลางร้อยละ 55.89 และเครียดมากร้อยละ 9.12⁷ โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว อาศัยอยู่ตามลำพัง ความเครียดจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เช่น ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดเกร็ง จึงส่งผลให้หัวใจต้องใช้แรงดันในการบีบตัวเพื่อส่งเลือดจากหัวใจไปยังบริเวณหลอดเลือดส่วนปลายโดยเฉพาะสมองมากขึ้นด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียดจึงมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย⁸ หากผู้สูงอายุเกิดความเครียดเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด

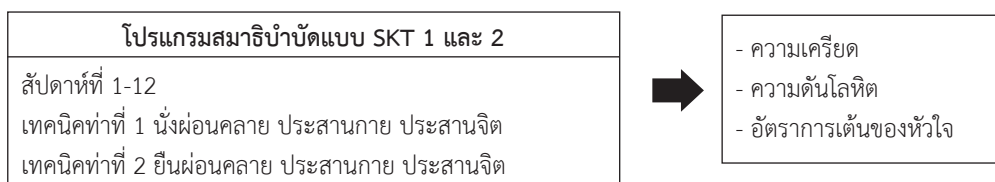
การจัดการกับความเครียดมีหลายวิธี เช่น โปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการให้คำปรึกษาและยึดผู้รับการศึกษาเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์⁹ อีกวิธีการหนึ่งคือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งวิธีนี้มีข้อดีคือการทำสมาธิเริ่มจากการกำหนดลมหายใจเข้าออก ดังนั้นการกำหนดลมหายใจจึงเป็นวิธีที่สะดวก ประหยัด และได้ผลดี มีความสงบเงียบ อีกทั้งการทำสมาธิ เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถกระทำได้ เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองทางจิตใจ อันจะส่งผลทำให้สุขภาพแข็งแรงตามมา แต่มีข้อจำกัดคือหากบุคคลที่ไม่เคยฝึกมาก่อน จะปฏิบัติได้ลำบากเนื่องจากการนั่งขัดสมาธิ การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก อาจทำให้ปวดเมื่อยขา เหน็บขา หรือหลังขณะฝึก และต้องใช้สถานที่ที่มีความสงบเป็นอย่างมาก¹⁰ อย่างไรก็ตามการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการประยุกต์ใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 เป็นวิธีการที่ง่ายและสะดวกแก่การปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากปฏิบัติได้ทุกสถานที่และทุกเวลา¹¹ อีกทั้งโปรแกรมดังกล่าวนี้ ศึกษาในประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทซึ่งมีความเครียดยังมีน้อย จากความสำคัญดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ตำบลกุดเพียง อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้นำแนวคิดสมาธิบำบัด SKT1 และ 2 ซึ่งเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ผสมผสานการทำสมาธิและฝึกการหายใจเพื่อให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและสามารถลดความตึงเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความเครียด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยความเครียด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองแตกต่างกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experiment two group Pretest-Posttest Design) ระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเพ็ชร์ อำเภอนชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 475 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเพ็ชร์ อำเภอนชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 94 คน เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) มีความเครียดในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนระดับความเครียดระหว่าง 14-26 คะแนน ตามแบบประเมินความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย Thai Perceived Stress Scale (T-PSS-10) 2) อ่านและเขียนหนังสือได้ 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคทางจิตเวชหรือมีความวิตกกังวล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มที่เป็น

อิสระต่อกัน โดยใช้ค่าสถิติจากการศึกษาที่ผ่านมา¹² ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความเครียดและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองเท่ากับ 40.82 ± 6.82 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.00 ± 6.83 , Power = 0.8, $\alpha = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย เพื่อเป็นการป้องกันขนาดตัวอย่างถอนตัว (Drop out) ออกจากโครงการผู้วิจัยได้ปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วกลุ่มละ 47 ราย

การสุ่มตัวอย่างเลือกหมู่บ้านโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากจาก หมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ได้บ้านกุดเพ็ชร์ หมู่ที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และบ้านกุดเพ็ชร์เหนือ หมู่ที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นทำการรับสมัครผู้สูงอายุเข้ากลุ่มด้วยความสมัครใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลยี่ห้อ Omron ผลิตในประเทศญี่ปุ่น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย Thai Perceived Stress Scale (T-PSS-10) มีข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน การแปลผล เครียดน้อย 0-13 คะแนน เครียดปานกลาง 14-26 คะแนน เครียดมาก 27-40 คะแนน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรม SKT1 และ 2 ประกอบด้วยเทคนิคที่ 1 นั่งผ่อนคลายประสาณกายประสาณจิตการปฏิบัติสมาธิ โดยเป็นการนั่งหลับตาสูดลมหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 จากนั้นหายใจออกนับ 1-5 นับเป็น 1 รอบ ผึกต่อเนื่อง 30 รอบหลังจากนั้นลืมตา เทคนิคที่ 2 ยืนผ่อนคลาย ประสาณกาย ประสาณจิต โดยเป็นการยืนหลับตา ประกบมือเหนือศีรษะสูดลมหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 จากนั้นหายใจออกนับ 1-5 นับเป็น 1 รอบ ผึกต่อเนื่อง 30 รอบหลังจากนั้นลืมตาหลังจากนั้นแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ ลดลงมาในท่ายืนตรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความเครียดของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย Thai Perceived Stress Scale (T-PSS-10) ซึ่งมีค่า Concurrent validity กับ Thai version of State Trait Anxiety Inventory (STAI) $r = .83$ และมีค่า Internal Consistency Reliability เท่ากับ $.85^{13}$

เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลยี่ห้อ Omron รุ่น HEM 7121 โดยอุปกรณ์ดังกล่าวได้ผ่านการสอบเทียบ (Calibrate) ทุก 6 เดือน ก่อนนำมาใช้เครื่องมือได้รับการ Calibrate วันที่ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ทำหน้าที่ประเมินความเครียดการวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม SKT1 และ 2 ทำความเข้าใจกับแบบสัมภาษณ์ รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม การฝึกทักษะกลุ่ม

1.2 ประสานงานกลุ่มตัวอย่างดำเนินการนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล (Base line) โดยนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ศาลากลางหมู่บ้านในเวลา 09.00-12.00 น. โดยใช้เวลากลุ่มละ 1 วัน และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยจนแล้วเสร็จ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกโปรแกรม SKT1 และ 2 โดยเกี่ยวกับการนั่งและยืนผ่อนคลายหลังจากนั้นผู้สูงอายุ

ฝึกเองที่บ้านในทุกวัน วันละ 3 ครั้ง (เช้า กลางวัน และ ก่อนนอน) รวมไปถึงการนัดมารวมตัวกันที่ศาลากลางหมู่บ้าน เพื่อฝึกร่วมกันทุกวันพุธในเวลาประมาณ 09.30-11.00 น. นาน 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้กำกับติดตามผลของการดำเนินกิจกรรม เช่น การนัดหมายเพื่อรวมกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงการขอความร่วมมือในการงดการดื่มชา หรือกาแฟ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการแนะนำให้คำปรึกษาเมื่อเกิดข้อสงสัย

กลุ่มควบคุม ในระหว่างการทดลองได้แนะนำให้ดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยไม่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม และภายหลังจากการทดลองหากผลการทดลองได้ผลไปตามสมมุติฐานผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม

3. ระยะหลังทดลอง

ประเมินความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 13 โดยผู้ช่วยนักวิจัย และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของแบบประเมินและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ พร้อมทั้งแปลผลต่อไป โดยคณะผู้วิจัยจะดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนวันเก็บรวบรวมข้อมูล 1 วัน โดยมีคำแนะนำสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้ คือก่อนมารับการวัดความดันโลหิตให้งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา หรือกาแฟ โดยใช้สถานที่คือศาลากลางหมู่บ้านในเวลา 07.00 น.เป็นต้นไป เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงจะได้รับคำแนะนำให้นั่งพักนาน 10 นาทีหลังจากนั้นจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบไปด้วย การวัดความดันโลหิตดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ทำการวัด 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที ทำการบันทึกผล โดยใช้เวลาในการวัด 5 นาที หลังจากนั้นดำเนินการประเมินความเครียดของผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยนักวิจัย 3 คน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที สำหรับในกลุ่มควบคุมจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเช้าวันถัดไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 45/2565 เลขที่โครงการ HE652045 เมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2565 โดยให้การพิทักษ์

สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์ด้วย สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้านความเครียด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ด้วยสถิติ Independent Sample t-test และเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย 94 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คน กลุ่มควบคุม 47 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.54 และ ร้อยละ 61.70 โดยทั้ง 2 กลุ่มมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.81 ปี และ 68.11 ปี ตามลำดับ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.60 และร้อยละ 91.49 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง (Mean = 19.94, SD = 3.47) และในกลุ่มควบคุม (Mean = 19.26, SD = 2.87) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .303$ เช่นเดียวกันกับค่าเฉลี่ยของ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ที่พบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	95%CI		p
	n = 47		n = 47			Lower	Upper	
	M	SD	M	SD				
ความเครียด	19.94	3.47	19.26	2.87	.68	-.62	1.98	.303
ความดันโลหิตซิสโตลิก	134.70	8.23	134.09	15.45	.61	-4.48	5.71	.810
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	78.28	8.67	75.98	9.01	2.30	-1.32	5.92	.211
อัตราการเต้นของหัวใจ	84.45	6.83	83.94	6.23	.51	-2.17	3.19	.706

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง (Mean = 13.72, SD = 3.32) ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 19.51, SD = 2.66) 5.79 คะแนน (95%CI 4.55 ถึง 7.02) แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ยกเว้นความดันโลหิตไดแอสโตลิก แตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .005$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean difference	95%CI		p
	n = 47		n = 47			Lower	Upper	
	M	SD	M	SD				
ความเครียด	13.72	3.32	19.51	2.66	-5.79	-7.02	-4.55	<.001
ความดันโลหิตซิสโตลิก	123.51	6.24	135.06	12.66	-11.55	-15.66	-7.44	<.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	72.96	5.42	76.98	7.89	-4.02	-6.80	-1.24	.005
อัตราการเต้นของหัวใจ	79.98	5.08	83.96	5.30	-3.98	-6.10	-1.85	<.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียด (Mean = 13.72, SD = 3.32) ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 19.94, SD = 3.47) 6.22 คะแนน (95%CI = 5.19 ถึง 7.23) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ เช่นเดียวกับกับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกที่พบก่อนทดลอง (Mean = 134.70, SD = 8.23)

และหลังทดลอง (Mean = 123.51, SD = 6.24) ลดลง 11.19 mmHg. (95%CI = 8.88 ถึง 13.50) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .002$ นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก และอัตราการเต้นของหัวใจ ภายหลังจากทดลองลดลงแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	95%CI		p
	n = 47		n = 47			Lower	Upper	
	M	SD	M	SD				
ความเครียด	19.94	3.47	13.72	3.32	6.22	5.19	7.23	<.001
ความดันโลหิตซิสโตลิก	134.70	8.23	123.51	6.24	11.19	8.88	13.50	.002
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	78.28	8.67	72.96	5.42	5.32	2.49	8.14	<.001
อัตราการเต้นของหัวใจ	84.45	6.83	79.98	5.08	4.47	2.35	6.58	<.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดภายในกลุ่ม
ควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ย

ความเครียด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ
แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p>.05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	95%CI		p
	M	SD	M	SD		Lower	Upper	
ความเครียด	19.26	2.87	19.51	2.66	-.25	-1.10	.59	.546
ความดันโลหิตซิสโตลิก	134.09	15.46	135.06	12.67	-.97	-2.49	.53	.198
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	76.06	8.90	76.40	8.29	-.34	-1.19	.51	.420
อัตราการเต้นของหัวใจ	83.94	6.23	83.96	5.30	-.02	-1.42	1.38	.976

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษากการประยุกต์ใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ในผู้สูงอายุที่มีความเครียดในครั้งนี้ส่งผลต่อความเครียด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง พบว่ามีศึกษาผลของการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT ต่อการลดความเครียดและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT นาน 4 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดและอาการหายใจลำบากลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹⁴ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 เป็นการฝึกที่มุ่งเน้นให้เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการมีสมาธิอีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุข Endorphin ซึ่งจะส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น¹¹

จะเห็นว่าผลของการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 จะส่งผลให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากถึง 11.55 mmHg. ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากถึง 4.02 mmHg. รวมไปถึงการมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง 3.98 ครั้งต่อนาที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจต่อความดันโลหิต

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นโดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 34 คน โดยให้ฝึกการหายใจช้า ๆ ในตอนเช้าทุกวันนาน 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง 4.45, 5.69 mmHg. และ 6.33 ครั้งต่อนาที ตามลำดับ¹⁵ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการฝึก SKT1 และ 2 เป็นการฝึกการหายใจเข้าออกแบบช้า ๆ (Slow deep breath) โดยวิธีการดังกล่าวนี้จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของบารอรีเฟกซ์ (The arterial baroreflex) ให้มีความไวเพิ่มมากขึ้น การที่บารอรีเซพเตอร์ถูกกระตุ้นนั้นจะมีผลต่อการส่งสัญญาณประสาทไปยังกลุ่มเซลล์ประสาทที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดซึ่งอยู่ที่ก้านสมองส่วนเมดูลา¹⁶ (Brainstem medulla oblongata) โดยการตอบสนองนี้เป็นไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตและตอบสนองในภาวะแวดล้อมต่างๆภายในและภายนอกร่างกายซึ่งถ้าการทำงานมีมากก็จะลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกที่ไปเลี้ยงหัวใจและหลอดเลือดแดง ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกทำงานได้เด่นยิ่งขึ้นมีผลให้หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดแดงขยายตัว และการมีความดันโลหิตที่ลดลง¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิควรนำโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียด
2. อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงดังนั้นจึงควรพิจารณาในการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยนี้ในประชากรผู้สูงอายุเพศชาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT1 และ 2 ผสมผสานร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน

References

1. Prasartkul P. The Situation of the Thai Elderly 2020. Bangkok: Institute for Population and Social Research. Mahidol University; 2021. Sponsored by the National Committee for the Elderly Fund. (in Thai)
2. Chompoopan WR, Chompoopan WK, Kechit T, Seedaket SW, Niponchai S, Eungpinichpong W. The Effects of an Elderly Care Program on Anxiety and Health-Related Quality of Life. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2022;9(2),208-219. (in Thai)
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for psychological social care of the elderly to prevent mental health problems. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand. 2008;3 (in Thai)
4. American Psychological Association. Stress effects on the body. [Internet]. 2023 [cited 2023 March 8]; Available from: <https://www.apa.org/topics/stress/body/>
5. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand, 77 provinces. [Internet]. 2020 [cited 2022 June 3]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
6. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Health Data Center version 4.0 [Internet]. 2022 [cited 2022 June 3]; Available from: <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/>
7. Tohla S. Summary report of stress assessment results of the elderly. Khon Kaen: Kut Pia Khom Sub-district Health Promoting Hospital; 2020. Report number 2/63. Kut Phia Khom Health Promoting Hospital. (in Thai)
8. Chuttree C. The Effect of a Progressive Muscle Relaxation Program combined with Education on Stress and Blood Pressure in the Elderly with Hypertension in the ambulatory Department. [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010 (in Thai)
9. Rogers, Carl R. Carl Rogers on Encounter Groups. New York: Harper & Row; 1970.
10. Pongpiriyamaitri W. Effects of Anapanamasati meditation therapy and self-care at home on stress in elderly people with unexplained hypertension. [master's thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2010. (in Thai)

11. Kantharadusdee - Triamchaisri S. SKT therapy meditation can cure many diseases by yourself. 1st edition. Bangkok: Panichon Publishing House; 2011 (in Thai)
12. Choowanthanapakorn M, Seangpraw K, Ong-artborirak P. Effect of Stress Management Training for the Elderly in Rural Northern Thailand. *The Open Public Health Journal* 2021;14:62-70. (in Thai)
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med*. 1st ed. Bangkok; 2010. (in Thai)
14. Chainate M. Effects of SKT Meditation Healing Exercise on Stress and Dyspnea among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing and Public Health Research* 2022;2(1), 15-27. (in Thai)
15. Chompoopan W, Chompoopan W, Kechit T, Effects of the Breath Exercising Program on Blood Pressure of Elders with Pre-Hypertension. *Research and Development Health System Journal* 12(3),646-653,2019. (in Thai)
16. Pierce GL, Harris SA, Seals DR, Casey DP, Barlow PB, Stauss HM. Estimated aortic stiffness is independently associated with cardiac baroreflex sensitivity in humans: role of ageing and habitual endurance exercise. *Journal of Human Hypertension* 2016 Sep;30(9):513-20. doi: 10.1038/jhh.2016.3. Epub 2016 Feb 25. PMID: 26911535; PMCID: PMC4981524
17. Lee CK, Park KH, Baik SK, Jeong SW. Decreased excitability and voltage-gated sodium currents in aortic baroreceptor neurons contribute to the impairment of arterial baroreflex in cirrhotic rats. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology* 2016 Jun 1;310(11):R1088-101. doi: 10.1152/ajpregu.00129.2015. Epub 2016 Mar 16. PMID: 26984890

บทความวิจัย

Effects of the Self-Management Program via Line Application on Self-Management Behaviors and Clinical Outcomes among Chronic Kidney Disease Stage 3 Patients with a Rapid Declined of Kidney Function

Received: Jul 05, 2023
Revised: Sep 05, 2023
Accepted: Oct 18, 2023

Prapakorn Srisanga, M.N.S.¹

Duangjai Boonkong, M.N.S.²

Somkiat Boonkong, M.Ed.³

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is an incurable disease. Engaging in appropriate self-management behaviors can slow the progression of kidney deterioration and improve clinical outcomes.

Research Objectives: This study aimed to examine the effects of a self-management program via a line application on self-management behaviors in patients with stage 3 CKD.

Research Methodology: This was a quasi-experimental study. The sample consisted of patients with stage 3 CKD who experienced a rapid decline in kidney function at Renu Nakhon Hospital. Sixty individuals were selected using simple random sampling and divided into an experimental group and a control group, each consisting of 30 participants. The experimental group underwent the self-management program for 12 weeks, while the control group received standard care. Research instruments included a personal data form, Self-Management Behavior Questionnaire, LINE application, laboratory procedures testing for eGFR, and serum creatinine. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, and independent t-test.

Results: After the program, the experimental group had significantly higher overall mean scores for self-management behaviors ($M = 80.73$, $SD = 8.72$) and eGFR ($M = 60.84$, $SD = 5.62$) than the control group ($M = 57.76$, $SD = 13.24$; $M = 44.83$, $SD = 9.40$, respectively) ($p < .01$). Additionally, they had a significantly lower mean serum creatinine score ($M = 1.03$, $SD = .28$) than the control group ($M = 1.58$, $SD = .33$) ($p < .01$).

Conclusions: The self-management program via the LINE application is effective for improving self-management behaviors, increasing eGFR, and decreasing serum creatinine in patients with stage 3 CKD.

Implications: According to our results, using a self-management program via the LINE application should be applied to nursing care to improve self-management behaviors and slow the deterioration in the condition of stage 3 CKD patients with rapidly declining kidney function.

Keywords: self-management program, Line application, self-management behaviors, clinical outcomes

Funding: Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

¹Lecturer, Email: Prapakorn_sr@npu.ac.th

²Corresponding author: Lecturer, Email: Duangjainig@npu.ac.th

³Lecturer, Email: somkiat@npu.ac.th

¹⁻³ Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

Received: Jul 05, 2023

Revised: Sep 05, 2023

Accepted: Oct 18, 2023

ประภากร ศรีสง่า พย.ม.¹

ดวงใจ บุญคง พย.ม.²

สมเกียรติ บุญคง กศ.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมของไตและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วที่โรงพยาบาลเรณูนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Mann-whiney U test และสถิติ Independent t test

ผลการวิจัย: หลังจากได้รับโปรแกรมคำแนะนำเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($M = 80.73$, $SD = 8.72$) และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลอง ($M = 60.84$, $SD = 5.62$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 57.76$, $SD = 13.24$; $M = 44.83$, $SD = 9.40$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และกลุ่มทดลองมีค่าสมรรถภาพของไตดีขึ้น ($M = 1.03$, $SD = 0.28$) กลุ่มควบคุม ($M = 1.58$, $SD = 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ช่วยเพิ่มระดับ eGFR และลดระดับ Cr ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3

ข้อเสนอแนะ: ดังนั้นควรใช้โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการพยาบาลเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองและการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง แอปพลิเคชันไลน์ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก

ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

¹อาจารย์ Email: Prapakorn_sr@npu.ac.th

²Corresponding author อาจารย์ Email: Duangjainong@npu.ac.th

³อาจารย์ Email: somkiat@npu.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศกำลังเผชิญ และมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นของโรคไตเรื้อรังเกือบหนึ่งเท่าตัว และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมากขึ้นทำให้โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ 1 ใน 10 ของโลก¹ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 เพิ่มขึ้นถึง 8 ล้านคน และยังพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องบำบัดทดแทนไตปีละประมาณ 20,000 คน กระทรวงสาธารณสุขต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษารักษาถึงปีละ 4,000 ล้านบาท² หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้จะนำไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตส่งผลต่อสุขภาพแย่ลงโดยเฉพาะในวัยทำงานที่ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงและอาจจะต้องลาออกจากงาน³ จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้ป่วยครอบครัว และยังทำให้ประเทศชาติสูญเสียงบประมาณในการรักษามากขึ้น

โรคไตเรื้อรังระยะแรกจะไม่ค่อยแสดงอาการ แต่เมื่ออัตราการกรองของไตลดลงมากขึ้นร่างกายจะเริ่มแสดงความผิดปกติออกมา หากไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในร่างกาย⁴ สิ่งสำคัญของการดูแลคือ การชะลอไตเสื่อม⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลงประมาณ 60 ml/นาที/1.73 m² ใช้ระยะเวลาสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ยประมาณ 10 ปี แต่ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็วมีการเปลี่ยนผ่านไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ย 2 ปี⁶⁻⁷ เป้าหมายที่สำคัญ คือ การชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าลงยืดระยะเวลาในการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และลดความรุนแรงของโรค โดยจะเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม自我管理 3 ด้าน ได้แก่ ควบคุมอาหาร, ออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ถูกต้องและเหมาะสมในการดำเนินชีวิต และมีการประเมินแนวโน้มการ自我管理ที่บรรลุเป้าหมายโดยผลลัพธ์ทางคลินิก เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตจะช่วยให้อาการโรคไตเรื้อรังระยะ 3 สามารถกลับไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะ 1 ได้หากมีการ自我管理ที่เหมาะสม และยังส่งผลต่อระดับอัตราการกรอง

ของไตที่ดีขึ้น⁸

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคให้เหมาะกับการปรับวิถีชีวิต⁹ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Methakanjanasak¹⁰ มีองค์ประกอบของการจัดการตนเอง 4 ข้อ ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) 2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงที่ควบคุมการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (performing special task) 3) การค้นหาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต (information seeking) 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบ หรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษาตามเป้าหมาย (self-adjusting) องค์ประกอบเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ จากทบทวนวรรณกรรมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่เหมาะสมส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตดีขึ้น¹¹ และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยา จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางไตและยังส่งผลให้อัตราการกรองของไต และครีเอตินินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

ในปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลเรณูนคร มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีปัญหาอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 42.65 จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ทั้งหมด¹³ จากการสอบถามในคลินิกโรคไตเรื้อรังมีรูปแบบการให้ความรู้ที่ยังไม่ชัดเจน และพยาบาลมีเวลาให้คำแนะนำน้อย เนื่องจากภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นรวมทั้งผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการจัดการตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการจำกัดโซเดียมให้น้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต้องทำอะไร อาหารชนิดใดบ้างที่มีโซเดียมสูง ทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมจำเป็นต้องมีช่องทางในการให้ความรู้และคำปรึกษา ผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบการจัดการตนเองโดยการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ในการสอบถามปัญหาสุขภาพและการให้ความรู้ในรูปแบบของรูปภาพ หรือวิดีโอ พยาบาลในยุคปัจจุบันต้องก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี

สารสนเทศทางด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานและการให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม¹⁴ เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพและผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยน ติดตาม ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น¹⁵

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

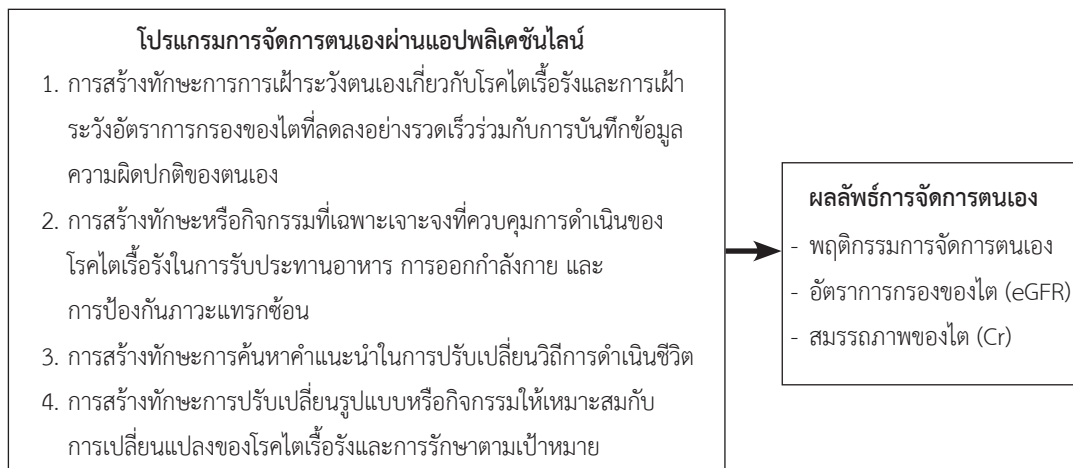
สมมติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพของไตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Methakanjanasak¹⁰ เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตามทักษะ ทั้ง 4 ด้าน โดยผู้วิจัยแบ่งพฤติกรรมจัดการตนเองออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ ประเมินได้จากค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นร่วมกับค่าอัตราการทำงานของไต และค่าสมรรถภาพของไต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ร่วมกับมีอัตราการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว (eGFR ลดลงมากกว่า 5 ml/min/1.73m^2 ต่อปี) ที่โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลเรณูนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก มาสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ที่มีอัตราการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยใช้สูตร (ค่า eGFR ครั้งสุดท้าย - ค่า eGFR ครั้งแรกในการศึกษา)/(ผลต่างระยะเวลาที่ตรวจ eGFR ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย/365 วัน)¹⁶ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) สามารถพูด ฟัง เขียน อ่านภาษาไทยได้ 4) สามารถใช้โทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์คัดออก คือ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีภาวะแทรกซ้อนจะต้องฟอกไตอย่างเร่งด่วน และผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .5 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .76 ซึ่งได้จากงานวิจัยการจัดการตนเองที่มีความคล้ายคลึงกันของ Phongsaranuporn, Laipoonsawad และ Supachaipanichpong¹⁷ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน มีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคร่วม ระยะเวลาก่อนเป็นโรคไตเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางคลินิก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เป็นชุดคำถามความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ทักษะ โดยแบ่งพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดโดยใช้การประมาณค่า 4 ระดับ (ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ) โดยการให้คะแนนรายชื่อนั้นขึ้นอยู่กับระดับความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พัฒนาจากแนวคิดของ Methakanjanasak¹⁰ แบ่งออกเป็น 4 ทักษะ 1) ทักษะการเฝ้าระวังตนเอง 3 เรื่อง 2) ทักษะการควบคุมการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 เรื่อง 3) ทักษะค้นหาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 3 เรื่อง 4) ทักษะปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรค 3 เรื่อง รวมทั้ง 19 เรื่อง จัดทำเป็นวิดีโอสั้น ๆ ความยาวประมาณ 3-5 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งเนื้อหาในการจัดทำวิดีโอในโปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการจัดการตนเอง 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .82

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรณูนคร

1.2 หลังได้รับหนังสือขออนุญาต นำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการและพยาบาลประจำแผนก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าร่วมเก็บข้อมูลและการเข้าดูข้อมูลจากฐานข้อมูลที่จะใช้ในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากฐานข้อมูลทะเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการร่วมกับปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อช่วยพิจารณาคุณสมบัติ

2.2 ผู้วิจัยชี้แจงกับอาสาสมัครทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินงาน การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการลงนามการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

2.3 กลุ่มทดลองดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลตามโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 มี 2 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) ให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยจะส่งวิดีโอการสอนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ให้กลุ่มทดลองทุกวัน โดยเริ่มต้นจากทักษะที่ 1 การเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการเฝ้าระวังอัตราการกรองของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็ว

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ทักษะที่ 2 การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่ควบคุมการดำเนินของโรคไตเรื้อรังในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้ทักษะที่ 3 การค้นหาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้ทักษะที่ 4 การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรค โดยจะใช้เวลาในการดูประมาณ ครั้งละ 5-8 นาที หลังจากดูวิดีโอเสร็จจะให้คำถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจเนื้อหา และให้สอบถามเนื้อหาที่ยังไม่เข้าใจพร้อมสรุปให้ฟังอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 5-11 การทบทวนความรู้ในการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ

5-10 นาที และการบันทึกข้อมูล การจัดการตนเอง โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ เป็นข้อคำถามสั้น ๆ 5 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 3-5 นาที ร่วมกับโทรศัพท์ผ่านทางไลน์ในการติดตามสอบถามปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ครั้ง ระยะห่างกันแต่ละครั้งประมาณ 1-2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับของอัตราการกรองของไต สมรรถภาพของไต โดยผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดตามนัดทุก 3 เดือนตามปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ RCE 004/65 วันที่ 27 มิถุนายน 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรักษาความลับ และให้เวลาในการอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการวิจัยในครั้งนี้อีกได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาปกติตามมาตรฐานทางการแพทย์และกลุ่มควบคุมก็จะได้รับการพิทักษ์สิทธิเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ Chi-square และสถิติ Independent t test เพื่อดูคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากไม่มีการแจกแจงปกติค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราการกรองของไต และสมรรถภาพไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุ ระหว่าง 33-63 ปี อายุเฉลี่ย 50.59 ปี (SD = 7.46) จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 80 ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-2 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 1.95 ปี (SD = .956) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว

2 โรค คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Mann-Whitney U test หลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .01$ โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		U	p value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	55.43	5.61	55.13	7.20	-.193	.847*
หลังการทดลอง	80.73	8.72	57.76	13.24	-5.578	.001*

* $p < .01$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตและค่าเฉลี่ยสมรรถภาพของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t test ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการ

กรองของไตสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าสมรรถภาพของไตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .01$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตและค่าเฉลี่ยสมรรถภาพของไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t-test	p value
	M	SD	M	SD		
ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพของไต (Cr)						
ก่อนการทดลอง	1.49	.47	1.56	.48	-.760	.723*
หลังการทดลอง	1.03	.28	1.58	.33	6.845	.001*
อัตราการกรองของไต (eGFR)						
ก่อนการทดลอง	47.92	9.86	47.72	10.44	.515	.567*
หลังการทดลอง	60.84	5.62	44.83	9.40	-8.0	.001*

* $p < .01$

อภิปรายผล

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Methakanjanasak¹⁰ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง เน้นการสร้างความรู้และความเข้าใจให้มีทักษะในการจัดการตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแพทย์สั่งได้ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ในโปรแกรมกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้ร่วมกับสอนทักษะที่ช่วยควบคุมการดำเนินของโรค และทักษะการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ นอกจากนี้ยังมีการสอนทักษะการหาความรู้จากบุคคลหรือแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการค้นหาจากสื่อออนไลน์และการส่งต่อข้อมูลในอินเทอร์เน็ตได้รับการฝึกการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมความผิดปกติที่แสดงถึงอัตราการกรองของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็ว เช่น อาการบวม ปัสสาวะเป็นฟองมาก ปัสสาวะออกน้อย และสอนการแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ อัตราการทำงานของไต และสมรรถภาพไต การสอนทั้งหมดจัดทำขึ้นเป็นวิดีโอสั้น ๆ สรุปความรู้และสาระสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถจดจำได้ง่าย การใช้วิดีโอซึ่งเป็นสื่อที่มีภาพและเสียงประกอบการบรรยายจะช่วยให้การเรียนรู้และการจดจำได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของกลุ่มทดลอง โดยการซักถามโต้ตอบในแอปพลิเคชันไลน์หลังจากที่ให้กลุ่มทดลองดูวิดีโอ หากมีข้อความก็สามารถสอบถามได้ทันที และยังสามารถทบทวนเนื้อหาที่ไม่เข้าใจด้วยตนเองได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ถือว่าเป็นการสื่อสารแบบสองทางที่ช่วยสนับสนุนความรู้ของผู้ป่วย¹⁸ สอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และให้ความรู้เรื่องโรค มีการติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และยังสามารถสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sonja¹¹

ที่ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง นำมาบูรณาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งประเมินปัญหาที่พบและติดตามผลในการเยี่ยมครั้งถัดไป ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2. ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีค่าสมรรถภาพของไตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกทักษะการควบคุมอาหาร การลดอาหารเค็ม การลดอาหารที่มีไขมันสูง การลดอาหารหวาน การรับประทานโปรตีน การดื่มน้ำร่วมกับบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การใช้ช้อนตวงในการทำอาหาร มีการเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และร่วมกันวางแผนการจัดการตนเองตามที่กลุ่มทดลองต้องการ ซึ่งถือว่าเป็นการฝึกทักษะการค้นหาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้สำเร็จทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติต่อไป และจะคงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นไว้ แต่ถ้ายังไม่สำเร็จผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำในการจัดการตนเองที่เหมาะสม การให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองจะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น¹⁹ สอดคล้องกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมในระดับ 3-4²⁰ การมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีขึ้นส่งผลต่อระดับอัตราการกรองของไต ซีรัมครีเอตินิน และความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และยังสามารถสอดคล้องกับผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3²¹ พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการตนเองส่งผลต่อระดับครีเอตินินลดลง เมื่อค่าสมรรถภาพของไตดีขึ้นจะส่งผลให้อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

แสดงให้เห็นว่าค่าสมรรถภาพของไตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราการครองชีพ²² จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมและปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อสุขภาพและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำคู่มือและสมุดบันทึกให้ผู้ป่วยนำ

ไปใช้ในการจัดการตนเองที่บ้านเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

2. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประยุกต์ใช้เป็นการสอนโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้เกิดรูปแบบการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชัน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน

References

1. Kovesdy C. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements* 2022;12(1):7-11.
2. Division of non-communicable disease. Annual Report 2022. Bangkok: Graphic design; 2022. (in Thai)
3. Kefale B, Alebachew M, Tadesse Y, Engidawork E. Quality of life and its predictors among patients with chronic kidney disease: A hospital-based cross sectional study. *PLoS One*. 2019;14(2):1-16.
4. Kalantar-Zadeh K, Lockwood M, Rhee C, Tantisattamo E, Andreoli S, Balducci A, et al. Patient-centered approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease. *Nature Reviews Nephrology* 2022;18(3):185-98.
5. Brad H, Sharon G, Jonathan B, Frank B, Kelly A, Burdge T, et al. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of glomerular diseases. *Kidney International* 2021;100(4):1-276.
6. Coresh J, Turin T, Matsushita K, Sang Y, Ballew S, Appel L, et al. Decline in estimated glomerular filtration rate and subsequent risk of end-stage renal disease and mortality. *Journal American Medical Association* 2014;311(24):2518-31.
7. Oshima M, Toyama T, Haneda M, Furuichi K, Babazono T, Yokoyama H, et al. Estimated glomerular filtration rate decline and risk of end-stage renal disease in type 2 diabetes. *Public Library of Science* 2018;13(8):1-15.
8. Teerasiroj T, Lertlum L. The role of nurses in health promotion and prevention for slowing progression of chronic kidney disease in stage 3-4 CKD patient. *Nursing, Health, and Education Journal* 2023;6(1):76-85. (in Thai)
9. Lorig K, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
10. Methakanjanasak N. Self-management of end-stage renal failure patients treated by hemodialysis [doctoral's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai)

11. Sonja W. The effects of self-management on health behaviors and kidney function of patients with chronic kidney injury stage 3. *Health Science Research* 2021;15(3):120-32. (in Thai)
12. Klatinpoo B, Oba N, Neawbood S. Effect of a behavioral modification program in complication control of diabetes patients with chronic kidney complication. *Journal of Health and Nursing Education* 2020;26(1):58-70. (in Thai)
13. Nakhonphanom provincial health office. Health data center [internet]. 2023 [cite 2023 Aug 1]. Available from: <https://golink.icu/s4mtbai>.
14. Silapavitayatorn B, Chitpakdee B. The use of health information technology in nursing for patient safety. *Journal of Nursing and Health Care* 2020;38(2):6-14. (in Thai)
15. Vadtanapong O. Nursing informatics: trends and application. *Nursing journal* 2021;48(2):295-304. (in Thai)
16. Kidney disease improving global outcome. KDIGO 2021 Clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements* 2021;99(3):1-87.
17. Phongissaranuporn S, Laipoonsawad S, Supachaipanichpong P. Outputs of self-management support program for delayed-progression of diabetes nephropathy and clinical outcomes in patients type 2 diabetes mellitus Damnoen Saduak hospital. *Medical Journal* 2018;37(2):148-58. (in Thai)
18. Chuwongin D, Molek R, Boonprajak K, Sombutboon M, Preechakoon B. Nursing communication; in disruptive medicine. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy* 2020;2(2):25-38. (in Thai)
19. Vainauskien V, Vaitkien R. Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: an integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18(5):2247-59.
20. Chaodamrongsakul C. Development of the self-care promoting model for diabetes mellitus patients at Sida hospital. *Regional Health Promotion Center* 9 2020;14(35):314-29. (in Thai)
21. Ratanasri P. Outcomes of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcome in patients type 2 diabetes mellitus in Samran subdistrict health promoting hospital. *Khon Kaen provincial health office* 2022;4(2):209-24. (in Thai)
22. Phuntanasiri S. Correlation of renal function tests with ultrasonographic findings in chronic kidney disease. *Department of medical services* 2020;45(4):44-54.
23. Lee M, Wu S, Lu K, Wang W, Chen Y, Tai C. Effect of patient-centered self-management program on blood pressure, renal function control, and the quality of life of patients with hypertensive nephropathy: A longitudinal randomized controlled trial. *Biological Research for Nursing* 2022;24(2):216-25.

บทความวิจัย

Factors Predicting Awareness of Fall Risks in Client of Geriatric Clinical in Urban Hospital, Bangkok

Received: May 8, 2023

Revised: Aug 7, 2023

Accepted: Sep 1, 2023

Surinrat Baurangthienthong, M.N.S¹Jintana Rittharomya, Ph.D.²Sureerat Mongkolpun, M.N.S³Orathai Yindee, B.N.S⁴

Abstract

Introduction: Falls are a major public health problem worldwide and are classified as geriatric syndromes that can lead to disability and death.

Research Objectives: To examine factors predicting awareness of the risk of falls among people who received services at the Geriatric Clinic of urban hospitals in Bangkok.

Research Methodology: The study used a cross-sectional design. The sample consisted of 224 elderly people aged ≥ 60 years who met the recruitment criteria to participate in this study. The tools used in the study were the Demographic Data Questionnaire, Barthel Activity of Daily Living Index, The falls Efficacy Scale-International (Thai Version), The Questionnaire on Awareness Toward Fall Risks Among Older Adults, Body Mass Index, and Timed Up & Go Test. Data were analyzed using multiple logistic regression analysis with a significance level set at .05

Results: Multiple logistic regression analysis revealed that the education level of bachelor's degree or higher ($\beta = 1.424$, $p = .006$), occupation ($\beta = 1.259$, $p = .016$), taking drugs that cause drowsiness ($\beta = -2.004$, $p < .001$), and exercising more than three times per week ($\beta = 2.266$, $p < .001$) together predicted .546% of awareness of the risk of falls (Nagelkerke R Square = .546).

Conclusions: Elderly individuals had a moderate level of awareness of the risk of falls. Education, occupation, taking drugs that cause drowsiness, and exercise could predict the awareness of the risk of falls among people who received services in geriatric clinics of urban hospitals.

Implications: The knowledge gained from this study can be further used to organize a multidisciplinary program to raise awareness of the risk of falls, taking into account the level of education, occupation, and exercise.

Keywords: awareness, fall, geriatric, urban hospital

Funding: Navamindradhiraj University Research Fund

¹Lecturer, Email: surinrat.bau@nmu.ac.th

²Corresponding author: Assistant professor Email: jintana@nmu.ac.th

¹⁻²Kaukarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Sirindhorn Hospital, Bangkok, Thailand. Email: mamty2277@gmail.com

⁴Registered Nurse, Professional Level, Klang Hospital, Bangkok, Thailand. Email: nongorn04@gmail.com

ปัจจัยทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

Received: May 8, 2023

Revised: Aug 7, 2023

Accepted: Sep 1, 2023

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง พย.ม.¹

จินตนา ฤทธารมย์ ปร.ด.²

สุรินทร์ มงคลพันธุ์ พย.ม.³

อรทัย ยินดี พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 224 คน กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน แบบประเมินความกลัวการหกล้ม แบบสอบถามความตระหนักต่อความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มชนชาติพันธุ์ การประเมินดัชนีมวลกาย และการทดสอบความสามารถในการทรงตัว วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย: วิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าการศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ($\beta = 1.424$, $p = .006$) การประกอบอาชีพ ($\beta = 1.259$, $p = .016$) การรับประทานยาที่ทำให้ง่วง ($\beta = -2.004$, $p < .001$) และออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ($\beta = 2.266$, $p < .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ .546 (Nagelkerke R Square = .546)

สรุปผล: ผู้สูงอายุมีความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง โดยการศึกษา การประกอบอาชีพ การรับประทานยาที่ทำให้ง่วงนอน และการออกกำลังกาย สามารถทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเขตเมืองได้

ข้อเสนอแนะ: ความรู้จากการศึกษานี้สามารถนำไปจัดโปรแกรมพหุวิถีในการสร้างความตระหนัก ต่อความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยคำนึงถึงระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และการออกกำลังกายต่อไป

คำสำคัญ: ความตระหนัก การพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง

แหล่งทุน กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชน

¹อาจารย์ Email: surinrat.bau@nmu.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: jintana@nmu.ac.th

^{1,2}คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: mamty2277@gmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: nongorn04@gmail.com

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่งผลให้ได้รับบาดเจ็บ เช่น กระดูกสะโพกหัก ศีรษะได้รับบาดเจ็บ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าพบผู้สูงอายุ 2.8 ล้านคน ได้รับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 6.3 วัน ค่าดูแลรักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 14,000 เหรียญสหรัฐ นับเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 684,000 คนต่อปี เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม ถือเป็นอันดับสองของการบาดเจ็บเสียชีวิต ถึงร้อยละ 80 ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม มากถึง 1 ใน 4 ของผู้ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล¹ นำมาซึ่งความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุอาจมีความกลัวการหกล้มซ้ำหรือสูญเสียความมั่นใจในการทำกิจกรรม การเข้าสังคมลดลง และอาจถดถอยออกจากสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า มีผลต่อคุณภาพชีวิตต่อไป²

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยภายในบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะกระดูกพรุน ดัชนีมวลกายต่ำ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย สูญเสียการมองเห็น โรคทางระบบประสาทพร่องการรู้คิด การมีกิจกรรมทางกายลดลง ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมหรือการชำรุดของอุปกรณ์ช่วยเดิน ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงปัจจัยการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศชายสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ดีกว่าเพศหญิง หรือบุคคลที่มีการศึกษาจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและผู้ที่มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้³ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการปวด การไ้ยาหลายขนาน ดัชนีมวลกาย และภาวะพร่องการรู้คิดโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง⁴ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การตระหนักรู้ทัศนคติที่ดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม แบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย

ความสามารถในการเดิน และปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความกลัวการหกล้มซ้ำ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม เช่น การออกกำลังกาย การทรงตัว การเปลี่ยนอิริยาบถของตนเองอย่างช้า ๆ การดูแลจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในระดับดี มีการพลัดตกหกล้มลดลง⁵ ดังนั้นความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้⁶

นอกจากนี้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตระหนักรู้ต่อการพลัดตกหกล้ม ประชาชนพื้นฐานภาคเหนือในประเทศไทย แต่มีข้อจำกัดที่ยังไม่สามารถนำมาใช้อธิบายกับผู้สูงอายุในเขตเมืองได้ อาจเนื่องจากความแตกต่างของความเชื่อในแต่ละบุคคล การศึกษา ลักษณะทางสังคมและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ⁷ ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แต่สำหรับประเทศไทยไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยทำนายความตระหนักรู้การพลัดตกหกล้มที่เผยแพร่ตีพิมพ์ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้และโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงใช้ในการวางแผนการพัฒนาการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้แนวคิดกระบวนการเกิดความตระหนักของ Good⁸ อธิบายว่าการเกิดความตระหนักเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าจึงเกิดความรู้ เมื่อรับรู้ขั้นต่อไปก็จะเข้าใจสิ่งนั้น นำไปสู่การเรียนรู้ และเกิดความตระหนักในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 2 แห่ง เริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงมีนาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 คำนวณค่าสถิติที่ระดับ .05 จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ทราบค่าขนาดอิทธิพล (f^2) แต่ทราบค่าสถิติ square multiple correlation (p^2/R^2) เท่ากับ .256⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 204 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 224 ราย สุ่มเลือกตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน **เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง** เกณฑ์การคัดเข้า สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีความพร่องการรู้คิด เกณฑ์การคัดออก ได้รับการตัดสินว่ามีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว เช่น การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ภาวะเกร็ง สูญเสียการมองเห็น และการได้ยิน ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางสุขภาพจิต ได้แก่ จิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมิน Mini-Cog ฉบับภาษาไทย คัดกรองความพร่องการรู้คิด พัฒนาโดย Borson และคณะ แปลเป็นภาษาไทย โดยสุภาพร ตรงสกุล และคณะ¹⁰ 2 ส่วน ได้แก่ การประเมินความจำระยะสั้น โดยการจำคำ 3 คำ และการประเมินการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ การวาดรูปนาฬิกา การแปลผลรวม 2 ส่วน โดยคะแนนเต็ม 5 คะแนน (ความจำ 3 คะแนน และวาดนาฬิกา 2 คะแนน) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แคปปา เท่ากับ .08

ส่วนที่ 2 มีดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว การรับประทานยา ทำให้ง่วง การออกกำลังกาย การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ประวัติการหกล้ม การบาดเจ็บที่รุนแรง การรักษา และสาเหตุที่ทำให้หกล้ม

2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน พัฒนาโดย Mahoney และ Barthel แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹¹ เป็นการประเมินความสามารถ โดยประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คะแนนรวม 0-20 คะแนน แปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้ น้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-11 คะแนน) มาก (12 คะแนนขึ้นไป) นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชน 703 ราย และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (Kappa coefficients) เท่ากับ .79

3) แบบประเมินความกลัวการหกล้ม เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับนานาชาติ (FES-I) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป แปลเป็นภาษาไทย (Thai FES-I) โดยลัดดา เถียมวงศ์¹² มีข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม เป็นกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมทั้งที่ง่ายและซับซ้อน จึงมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่กลัวการหกล้ม (16-21 คะแนน) กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง (22-27 คะแนน) กลัวการหกล้มมาก (28-64 คะแนน)

4) แบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มชนชาติพันธุ์ พัฒนาและดัดแปลงโดยศุภกาญจน์ แก่นท้าว และคณะ¹³ พัฒนาจากแบบประเมินการตระหนักรู้ต่อการป้องกันการลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยทศพล ชำนาญกิจ และคณะ¹⁴ 18 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ระดับความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการลัดตกหกล้ม ดังนี้ ต่ำ (18-53 คะแนน) ปานกลาง (54-71 คะแนน) และดี (72-90 คะแนน)

5) การประเมินดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เป็นค่าดัชนีความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักตัว โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยความสูง (เมตรยกกำลังสอง) ของประชากรเอเชียตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก มีเกณฑ์ประเมิน 5 ระดับ ดังต่อไปนี้ 1) น้ำหนักน้อย น้อยกว่า 18.50 2) น้ำหนักปกติ อยู่ระหว่าง 18.50 - 22.99 3) น้ำหนักเกิน อยู่ระหว่าง 23.00 - 24.99 4) อ้วนระดับ 1 อยู่ระหว่าง 25.00 - 29.99 และ 5) อ้วนระดับ 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 30.00 เป็นต้น

6) การทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Timed Up & Go Test, TUG) เป็นแบบทดสอบถูกพัฒนาขึ้น โดย Podsiadlo และ Richardson¹⁵ เป็นการจับเวลา (หน่วยเป็นวินาที) การประเมินผลการทดสอบ หากน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที หมายถึง ความสามารถในการทรงตัวดี มีความเชื่อมั่นภายใน (Intra-class Correlation Coefficient, ICC) เท่ากับ 0.99

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความกลัวการหกล้ม เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มชนชาติพันธุ์ เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ E009h/65 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคล โดยการอ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง ไม่มีการชักจูงในการตอบ

คำถามใด ๆ และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยสอบถามได้ตลอดเวลา หรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ หากรู้สึกไม่สบายใจในการตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ทดสอบหาความสัมพันธ์ในเบื้องต้นโดยใช้สถิติสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) และใช้วิธีพิจารณาเลือกตัวแปรทำนายด้วยวิธี Backward stepwise selection method (likelihood ratio) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 224 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.6 และเพศชาย ร้อยละ 30.4 อายุเฉลี่ย 72.67 ± 6.31 ปี (พิสัย 60-80 ปี) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 56.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.8 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.5 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 19.2 และยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 14.3 มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 49.1 เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.2 โดย 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.9 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 61.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.7 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 29.5 รองลงมาอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 25.4 และมีการรับประทานยาที่ทำให้ง่วง ได้แก่ ยานอนหลับ ร้อยละ 21.4 ยาแก้ปวดประสาท ร้อยละ 4 และรับประทานยา 4 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 45.5 มากกว่าครึ่งไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 58.5 และออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 27.7 สามารถเดินได้เอง ร้อยละ 87.5 และมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมากที่สุด คือ ไม่เท้า ร้อยละ 5.8

ข้อมูลประวัติการหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลั้วการหกล้ม

ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 76.8 และเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 23.2 มีการหกล้มจำนวน 1 ครั้ง และมีการบาดเจ็บที่พบมากที่สุด ได้แก่ ฟกช้ำหรือแผลถลอก ร้อยละ 61.5 แผลเปิด ร้อยละ 7.7 เจ็บหรือปวด ร้อยละ 5.8 และกระดูกหัก แดง หรือร้าว ร้อยละ 5.8 ส่วนใหญ่รักษาเองหรือซื้อยามารักษาเอง ร้อยละ 73.1 ไปโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 25.0 และนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.9 โดยสาเหตุการหกล้มพบมากที่สุด ได้แก่ สะดุดสิ่งของ หรือทางต่างระดับ ร้อยละ 15.2 รองลงมาคือ ลื่น ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ และทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่วนผลการประเมินความกลัวการหกล้ม พบว่า มีคะแนนรวมเฉลี่ย 32.0 ± 11.8 และมีระดับความกลัวการหกล้มมาก ร้อยละ 60.7 ความสามารถในการทรงตัว (Timed Up & Go Test, TUG) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.0 วินาที และมีระดับการทรงตัวปานกลาง ร้อยละ 56.7

ความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม

กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักต่อความเสี่ยงในการหกล้มคะแนนรวมเฉลี่ย 72.5 ± 9.6 และส่วนมากมีความตระหนักต่อความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความตระหนักต่อความเสี่ยงในการพลัดตก หกล้มของกลุ่มตัวอย่าง (n = 224)

ความตระหนักต่อ ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	M + SD	n (%)
ระดับต่ำ	18-53	23-52	39.83 + 10.30	6 (2.7)
ระดับปานกลาง	54-71	56-71	67.36 + 3.52	122 (54.5)
ระดับดี	72-90	72-90	81.07 + 4.62	96 (42.9)

ปัจจัยทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว การรับประทานยาที่ทำให้ง่วง การออกกำลังกาย การเดิน การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ความกลัวการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัว

การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable

analysis) ปัจจัยทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การศึกษา (ปริญญาดุษฎีขึ้นไป, Adjusted OR = 4.16, 95%CI: 1.51 - 11.41, $p = .006$) การประกอบอาชีพ (Adjusted OR = 3.52, 95%CI: 1.27 - 9.81, $p = .016$) การรับประทานยาที่ทำให้ง่วง (Adjusted OR = .14, 95%CI: .06 - .29, $p < .001$) และการออกกำลังกาย (ออกกำลังกาย > 3 ครั้งต่อสัปดาห์, Adjusted OR = 9.64, 95%CI: 3.95 - 23.54, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (n=224)

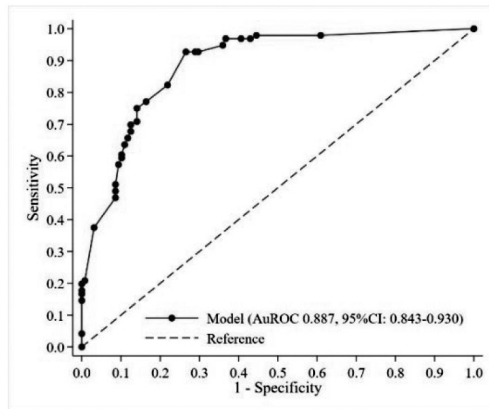
ตัวแปร	Univariable analysis				Multivariable analysis			
	B	OR ¹	95%CI	p-value	B	OR ²	95%CI	p-value
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา		1.00	Reference			1.00	Reference	
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	.676	1.97	(1.06-3.64)	.032*	.114	1.12	(.49-2.54)	.785
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.600	4.96	(2.32-10.57)	<.001*	1.424	4.16	(1.51-11.41)	.006*
การรับประทานยาที่ทำให้หวั่ง	-2.553	.08	(0.04-0.15)	<.001*	-2.004	0.14	(.06-0.29)	<.001*
การประกอบอาชีพ								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		1.00	Reference			1.00	Reference	
ประกอบอาชีพ	1.091	2.98	(1.36-6.53)	.006*	1.259	3.52	(1.27-9.81)	.016*
การออกกำลังกาย								
ไม่ออกกำลังกาย		1.00	Reference			1.00	Reference	
ออกกำลังกาย < 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1.193	3.30	(1.46-7.46)	.004*	.192	1.21	(.44-3.31)	.708
ออกกำลังกาย > 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2.906	18.29	(8.28-40.40)	<.001*	2.266	9.64	(3.95-23.54)	<.001*

* p < .05

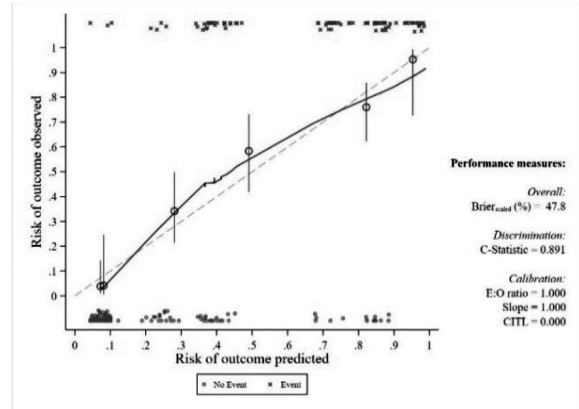
ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในโมเดล ได้แก่ การศึกษา การประกอบอาชีพ การรับประทานยาที่ทำให้หวั่ง และการออกกำลังกาย สามารถอธิบายความผันแปรของการทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 0.546 และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปแบบของ Logit transformation ดังนี้

Logit P (Awareness of Fall Risks) = $-0.546 + 0.114 X_1 + 1.424 X_2 + 1.259 X_3 - 2.004 X_4 + 0.192 X_5 + 2.266 X_6$ โดยที่ X_1 (ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/อนุปริญญา), X_2 (ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป), X_3 (การประกอบอาชีพ), X_4 (การรับประทานยาที่ทำให้หวั่ง), X_5 (การออกกำลังกาย < 3 ครั้งต่อสัปดาห์), X_6 (การออกกำลังกาย > 3 ครั้งต่อสัปดาห์)

การตรวจสอบความสามารถในการทำนายสมการโดยใช้การวิเคราะห์ Receiver operating characteristic (ROC) และการคำนวณพื้นที่ใต้โค้ง (Area under curve, AUC) พบว่า สมการถดถอยมีความสามารถในการทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีพื้นที่ใต้โค้ง ROC (AuROC) เท่ากับ 0.887 (95%CI: 0.843-0.930, p < .001) ดังรูปที่ 1 และในส่วนการวิเคราะห์ Calibration ของสมการทำนายด้วย Hosmer-Lemeshow goodness of fit test โดยการทำการ Internal validation ของสมการทำนายโดยใช้วิธี Bootstrap พบว่า Score calibration plot มีลักษณะ good agreement หมายถึง การศึกษา การรับประทานยาที่ทำให้หวั่ง การประกอบอาชีพ และการออกกำลังกาย สามารถทำนายความสามารถในการทำนายความตระหนักต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 1 พื้นที่ใต้โค้ง ROC (AuROC)



รูปที่ 2 Calibration plot

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี ถือเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง นับว่ายังคงความสามารถและรับรู้ถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตอนเหนือของประเทศไทยมีความตระหนักรู้ต่อการหกล้มระดับปานกลาง ร้อยละ 71.6¹⁰

ความสัมพันธ์ของการตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความสามารถในการตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่ลดลง อาจเนื่องมาจากกระบวนการคิดและความสามารถของร่างกายที่ลดลง พบอัตราของการพลัดตกหกล้มที่สูงขึ้น เนื่องจากการรับรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มลดลง¹⁶ นอกจากนี้ระดับดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ประมาณ 2 เท่า โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายระดับอ้วน มีความสัมพันธ์ต่ำกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม¹⁷ จากการศึกษาของ Gomes และคณะ¹⁸ กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง ส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพของการเดินและการทรงตัว มากกว่าผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่ำ โดยประสิทธิภาพการรับรู้ที่ดี ส่งผลต่อความสามารถในการปรับ

ตัวและตระหนักรู้ถึงความเสี่ยง ป้องกันตนไม่เกิดการพลัดตกหกล้มได้ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพ จะมีความตระหนักรู้ต่อการพลัดตกหกล้มถึง 3 เท่า ส่วนความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว พบเพียง 0.2 เท่า พบว่าผู้ที่ไม่โรคประจำตัว จะมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป¹⁹ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจ จึงมีกระบวนการดูแลตนเอง โดยการออกกำลังกายสะท้อนถึงความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองในการวางแผนป้องกันการหกล้ม เช่น การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่สัมพันธ์กับการกลิ้งหกล้ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตระหนักรู้ เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวและคงความสมดุลของร่างกาย²⁰ ด้านความสามารถในการทรงตัวดี มีโอกาสเกิดความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มถึง 14 เท่า และพบว่าผู้ที่ใช้เวลาในการเดินน้อย มีความตระหนักรู้ต่อการพลัดตก หกล้มในระดับสูง ในขณะที่ความกลัวการหกล้มมาก ความตระหนักรู้ต่อการพลัดตกหกล้มลดลง¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chehuen และคณะ²¹ ที่พบว่าความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้ม ผลจากกระบวนการรับรู้หรือประสบการณ์ที่เคยมี แม้ส่วนใหญ่จะมีความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ส่วนปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลของตัวอย่าง คือ การศึกษา การประกอบอาชีพ การรับประทานยาที่ทำให้หิว และ การออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูง จะมีการเรียนรู้ และเกิดพฤติกรรมในการเฝ้าระวัง ตระหนักถึงความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการศึกษา การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพจะมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ทำงานมีรายได้ จะส่งผลให้เกิดกระบวนการรับรู้ตระหนักถึงการดูแลตนเองและป้องกันการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Hertz และคณะ²² พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพหรือไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเองตลอดจนการเฝ้าระวังการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่รับประทานยาที่ทำให้หิวจนนอน แพทย์มักเลือกใช้ยานอนหลับหรือกลุ่มยาที่มีความปลอดภัย ลดผลข้างเคียงทำให้เกิดการหกล้มผู้สูงอายุจึงอาจไม่ตระหนักต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม²³ อีกทั้งการรับประทานยานอนหลับยังทำให้คุณภาพการนอนดีขึ้น ดังนั้นการเฝ้าระวังการหกล้มจึงลดลง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าไม่ใช่เพียงการใช้ยาที่ทำให้หิวเท่านั้นการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุส่งผลต่อการหกล้ม และเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่า²⁴ โดยผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้จะรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกายและมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มที่ดี และสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับความสามารถในการทรงตัวและไม่เสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵

อย่างไรก็ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความกลัวการหกล้ม และการทรงตัวไม่มีอิทธิพลในการทำนายความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความสามารถที่ยังคงช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด จึงสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ทั้งนี้อาจไม่เคยมีประสบการณ์หกล้มจึงไม่อธิบายถึงความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leung²⁶ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่หกล้มกับไม่หกล้มมีความคาดหวังต่อการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม โดยส่งเสริมความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม
2. ควรมีการประสานงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพ เภสัชกร ในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พัฒนาต่อยอดให้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยจัดทำโปรแกรมพหุวิธีในการสร้างความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยคำนึงถึงการศึกษา การประกอบอาชีพ และการออกกำลังกาย เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความตระหนักรู้ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

References

1. National Council on Aging. Arlington: Falls prevention conversation guide for caregivers [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.ncoa.org/article/falls-prevention-conversation-guide-for-caregivers>.
2. Mishra N, Mishra AK, Bidija M. A study on correlation between depression, fear of fall and quality of life in elderly individuals. *International Journal of Research in Medical Sciences* 2017;5(4): 1456-66. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20171245>
3. Ek S, Rizzuto D, Fratiglioni L, Calderon-Larranaga A, Johnell K, Sjoberg L, et al. Risk factors for injurious falls in older adults: the role of sex and length of follow-Up. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019; 67(2):246-53. doi: 10.1111/jgs.15657
4. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Disability and Rehabilitation* 2017;39(8):809-16. doi: 10.3109/09638288.2016.1161848
5. Netoa JAC, Brumb IV, Bragab NAC, Gomesb GF, Tavaresb PL, Silvab RTC, et al., editors. Fall awareness as a determining factor of this event among elderly community residents. *Geriatr Gerontol Aging* 2017;11(1):25-31.
6. Chamnankit T, Ong-artborirak P, Wangrath J. Association between awareness of informal caregivers and falls in elderly patients with uncontrolled diabetes mellitus. *The Open Public Health Journal* 2020;13(1):658–66. (in Thai)
7. Ang SGM, O'Brien AP, Wilson A. Fall concern about older persons shifts to carers as changing health policy focuses on family, home-based care. *Singapore Medical Journal* 2018;59(1):9–11. doi: 10.11622/smedj.2018005
8. Good, CV. *Dictionary of education*. New York: McGraw-Hill Book; 1973.
9. Goh JW, Singh DKA, Mesbah N, Hanafi AAM, Azwan AF. Fall awareness behaviour and its associated factors among community dwelling older adults. *BMC Geriatrics* 2021;21(1):226-34.
10. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & gerontology international* 2015;15(5):594-600.
11. Chitaphankul S. *Principles of geriatric medicine*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1998. (in Thai)
12. Thiamwong L. Psychometric testing of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) in Thai older adults. *Songklanagarind Medical Journal* 2011;29(6):277-87. (in Thai)
13. Kantow S, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Tonchoy P, Auttama N, Bootsikeaw S, et al. Risk factors associated with fall awareness, falls, and quality of life among ethnic minority older adults in Upper Northern Thailand. *Clinical interventions in aging* 2021;16:1777-88.

14. Chamnankit T, Ong-artborirak P, Wangrath J. Association between awareness of informal caregivers and falls in elderly patients with uncontrolled diabetes mellitus. *The Open Public Health Journal*. 2020;13(1):658–66. doi: 10.2174/1874944502013010658
15. Podsiadlo D, Richardson S. The timed Up & Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 1991;39(2):142-8.
16. Moreira NB, Rodacki ALF, Pereira G, Bento PCB. Does functional capacity, fall risk awareness and physical activity level predict falls in older adults in different age groups?. *Archives of gerontology and geriatrics* 2018;77:57-63.
17. Mitchell RJ, Lord SR, Harvey LA, Close JCT. Associations between obesity and overweight and fall risk, health status and quality of life in older people. *Australian and New Zealand journal of public health* 2014;38(1):13–8.
18. Gomes G, Teixeira-Salmela L, Fonseca B, Freitas F, Fonseca M, Pacheco B, et al. Age and education influence the performance of elderly women on the dual-task Timed Up and Go test. *Arquivos Neuro-Psiquiatria* 2015;73(3):187-93. doi: 10.1590/0004-282X20140233
19. Goh JW, Singh DKA, Mesbah N, Hanafi AAM, Azwan AF. Fall awareness behaviour and its associated factors among community dwelling older adults. *BMC geriatrics* 2021;21:1-11.
20. Bilik O, Turhan Damar H, Karayurt O, Damar TH. Fall behaviors and risk factors among elderly patients with hip fractures. *Acta Paulista de Enfermagem* 2017;30(4):420–7.
21. Chehuen Neto JA, Braga NAC, Brum IV, et al. Awareness about falls and elderly people's exposure to household risk factors. *Ciencia & Saúde Coletiva* 2018;23(4):1097-104.
22. Hertz-Palmor N, Moore TM, Gothelf D, DiDomenico GE, Dekel I, Greenberg DM, et al. Association among income loss, financial strain and depressive symptoms during COVID-19: Evidence from two longitudinal studies. *Journal of affective disorders* 2021;291:1-8.
23. Lee S, Chung JH, Kim JH. Association between sleep quality and falls: A nationwide population-based study from South Korea. *International journal of general medicine* 2021;14: 7423-33.
24. S. AlHarkan K, Alsousi S, AlMishqab M, Alawami M, Almearaj J, Alhashim H, et al. Associations between polypharmacy and potentially inappropriate medications with risk of falls among the elderly in Saudi Arabia. *BMC geriatrics* 2023;23(1):222-30.
25. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews* 2019;1(1): Cd012424. doi: 10.1002/14651858.CD012424.pub2.
26. Leung DDM. Influence of functional, psychological, and environmental factors on falls among community-dwelling older adults in Hong Kong. *Psychogeriatrics* 2019;19(3):228-35.

บทความวิจัย

COVID-19 Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Infection according to the New Normal Lifestyle among Students affiliated with a Higher Educational Institution in Bangkok

Received: Jun 06, 2023

Revised: Aug 25, 2023

Accepted: Oct 9, 2023

Dussadee Duangmanee, M.Sc. ¹

Prapassorn Sangiamkulthavorn, M.N.S ²

Wiwat Laochai, Ph.D. ³

Abstract

Introduction: The global education system has undergone significant changes owing to the COVID-19 pandemic, leading to new approaches to teaching and learning. Students had to adapt to these lifestyle changes. It is crucial for students to have knowledge of health and practice appropriate measures to prevent COVID-19 infection.

Research Objectives: To study the level of health literacy and the relationship between health literacy and COVID-19 infection prevention behavior according to students' new way of life in higher education institutions in the Bangkok metropolitan area.

Research Methodology: This descriptive correlational study collected data from 222 students affiliated with higher education institutions in the Bangkok metropolitan area. Data were collected from March to April 2023. Systematic random sampling was used in this study. The data collection tools consisted of a questionnaire measuring health literacy and a questionnaire assessing COVID-19 preventive behaviors. The content validity of the questionnaires is .89 and .92, respectively, with a reliability of .92 and .80. Pearson's correlation statistics were used for data analysis.

Results: 1) The sample group had a high level of health literacy and behavior to prevent COVID-19, and 2) Overall health literacy was positively related to behavior prevent COVID-19 High level ($r = .601$, $p < .05$)

Conclusions: Health literacy will help students develop preventive behaviors against COVID-19. Health literacy is related to preventive behaviors against COVID-19.

Implications: Further studies should be conducted on the post-COVID-19 impact on educational institutions to provide effective health services for university students.

Keywords: health literacy, COVID-19 preventive behaviors, new normal lifestyle, student

Funding: University development scholarship, Suan Dusit University

¹Lecturer, Division of Adult and Gerontological Nursing Email: dduangmanee@gmail.com

²Corresponding author: Lecturer Division of Adult and Gerontological Nursing Email: Prapassorn_san@dusit.ac.th

^{1,2} Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand.

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand. Email: wiwatyod99@gmail.com

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษา สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

Received: Jun 06, 2023

Revised: Aug 25, 2023

Accepted: Oct 9, 2023

ดุชนันท์ ดวงมณี วท.ม.¹

ประภัสสร เสี่ยงมกุลถาวร พย.ม.²

วิวัฒน์ เหล่าชัย พร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาทั่วโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงของการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาต้องปรับตัวในการศึกษาตามแบบชีวิตวิถีใหม่ โดยพึงให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เก็บข้อมูลในนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 222 คน ระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2566 โดยสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 มีความตรงเชิงเนื้อหา .89 และ .92 และมีความเชื่อมั่น .92 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง และ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในระดับสูง ($r = .601, p < .05$)

สรุปผล: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบหลังการระบาด COVID-19 ในสถานศึกษา เพื่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ชีวิตวิถีใหม่ นักศึกษา

ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ Email: dduangmanee@gmail.com

²Corresponding author อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ Email: Prapassom_san@dusit.ac.th

^{1,2} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: wwatyod99@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่แพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน โดยการสัมผัส ไอ หรือจาม ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมีอาการหนักและเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา กำหนดให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 และออกข้อกำหนดให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ล้างมือ และเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อ จากการรายงานสถานการณ์โรค COVID-19 ในประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 4,682,132 ราย เสียชีวิตจำนวน 32,771 ราย¹ ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และระบบการศึกษาของประเทศเป็นอย่างมาก เช่น การปิดโรงเรียน การขาดแคลนทรัพยากรการศึกษา ผู้เรียนต้องปรับเวลาสถานที่ วิธีการเรียนใหม่ ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติตนอย่างลงมือปฏิบัติจริง และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม² ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้โรค COVID-19 ไม่ใช่โรคติดต่ออันตรายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565³ เป็นต้นไป การใช้ชีวิตวิถีใหม่ หลักการปฏิบัติตนหลังการเปลี่ยนผ่านเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจาก โรค COVID-19 ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง การกลายพันธุ์และการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างอาจจะกลับมามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกได้ ซึ่งนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษา ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นสิ่งที่นักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษา ต้องตระหนักถึงเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ⁴ จากการ

ทบทวนงานวิจัยพบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) ที่พัฒนาจากแนวคิดของ WHO⁴ และ Nutbeam⁵ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง⁶ ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมในการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้สถานการณ์ในปัจจุบัน นักศึกษายังได้รับผลกระทบของการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักศึกษาให้มีความพร้อมในการรับมือและปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาของกรรณิกา อุ่นอ้าย พนิดา ชัยวัง พรภิรมกรกรกฎ กำจร และดวงใจ ปันเจริญ⁷ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการบอกต่อการป้องกันดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁸ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจเจกบุคคล บริบทด้านสุขภาพ และบริบทด้านสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้นที่กล่าวมาทำให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง

การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ต่อการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งการล้างมือได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกว่า เป็นวิธีการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำได้ง่ายและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด⁹ การสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันการติดเชื้อได้โดยตรงจากการสูดเข้าทางจมูกและปาก และการเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร ป้องกันการสัมผัสโดยตรงจากผู้ติดเชื้อได้ จากการประกาศใน ราชกิจจานุเบกษาให้โรค COVID-19 ไม่ใช่โรคติดต่ออันตราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้น

มาสถาบันการศึกษามีการเปิดเรียนปกติ มีนักศึกษาใช้บริการที่มหาวิทยาลัยเป็นจำนวนมาก จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นได้

พฤติกรรมกรล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 หากนักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมกรล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ต่ำด้วยเช่นกัน¹⁰ การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร สามารถนำผลการวิจัยไปสู่การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

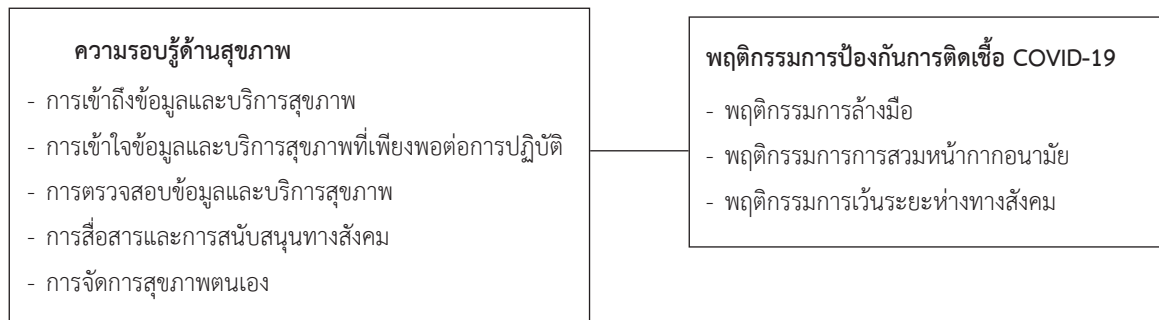
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง พัฒนาโดยอังคินันท์ อินทรคำแหง⁶ ได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) สำหรับการวัดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ ประกอบด้วย 3 มาตรการ¹¹ ได้แก่ 1) พฤติกรรมกรล้างมือ 2) พฤติกรรมกรการสวมหน้ากากอนามัย และ 3) พฤติกรรมกรเว้นระยะห่างทางสังคม โดยสามารถสรุปได้ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2566 พื้นที่การศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษา ระดับปริญญาตรี สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2565 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G^* power sample size¹² กำหนด Effect size 0.5 Power 0.95¹³ ได้จำนวนตัวอย่าง 202 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 222 คน สุ่มเลือกอาสาสมัครวิจัยด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ 55 คน โรงเรียนการเรือน 58 คน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 56 คน และคณะวิทยาการจัดการ 53 คน สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากไม่สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้จะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 และประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือวัดและประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย⁶ มีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 8 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ การสื่อสารและ

การสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ การจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) แปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 47-109 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 110-175 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 176-235 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการล้างมือ 10 ข้อ พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย 10 ข้อ และพฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคม 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า แปลผลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 10-20 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 23-37 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 38-50 หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 เท่ากับ .89, .92 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า เท่ากับ .92 และ .80 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นชี้แจงการดำเนินงานวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถ้ายินดีตอบแบบสอบถามให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ระหว่างที่ทำการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง หากรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม สามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาประมวลผลและนำเสนอในภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย สอนดุสิต เลขที่ SDU-RDI-HS 2023-004 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการเรียนแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่าง ต้องการออกจากการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 วิเคราะห์โดยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.20 ชั้นปีการศึกษามากที่สุดเป็นชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 31.98 ส่วนใหญ่มีประวัติการติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 82.00 และมีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 4 เข็มมากที่สุด ร้อยละ 45.00

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 192.01$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M = 34.18$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ($M = 21.50$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($M = 25.58$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M = 68.51$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 42.32$) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 125.21$) พฤติกรรมการล้างมืออยู่ในระดับสูง ($M = 41.32$) พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย อยู่ในระดับสูง ($M = 44.63$) พฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคม อยู่ในระดับสูง ($M = 39.18$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาสังกัดสถาบันอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ($n = 222$)

ตัวแปรที่ศึกษา	MIN	MAX	M	SD	แปลผล
ความรู้ด้านสุขภาพ	132	229	192.01	20.02	ระดับสูง
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	20	40	34.18	4.01	ระดับสูง
- ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	13	25	21.50	2.51	ระดับสูง
- ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	15	30	25.58	3.14	ระดับสูง
- ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	43	85	68.51	8.73	ระดับสูง
- ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	24	55	42.32	6.27	ระดับสูง
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19	90	147	125.21	12.07	ระดับสูง
- พฤติกรรมการล้างมือ	25	49	41.32	5.16	ระดับสูง
- พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย	32	50	44.63	3.93	ระดับสูง
- พฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคม	21	49	39.18	5.86	ระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษา สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .601$) เมื่อจำแนกความรู้ด้านสุขภาพตามรายด้าน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .403$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .417$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .483$) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .492$) และความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .567$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ ($n = 222$)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	.601**	สูง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.403**	ปานกลาง
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	.417**	ปานกลาง
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	.483**	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	.492**	ปานกลาง
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	.567**	สูง

** $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตวิถีใหม่ ของนักศึกษา สังกัดสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็นนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ สืบค้นข้อมูล เข้าถึงแหล่งข้อมูลสารสนเทศ และเข้าใจในการบริการสุขภาพ นอกจากนี้มีสื่อ

สนับสนุนทางสังคมที่สะดวกต่อการเข้าถึง สามารถนำไปตรวจสอบข้อมูลการบริการสุขภาพ เพื่อใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า เพราะทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ¹⁴ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง

จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง¹⁵ และสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงพบว่า กลุ่มวัยทำงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับมาก¹⁷

ระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตรวิถีใหม่ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อยู่ในระดับสูงทั้งในภาพรวมและแต่ละพฤติกรรม (พฤติกรรมการล้างมือ พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย พฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคม) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง มีความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประกอบกับประเทศไทยมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและวางมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ที่มีประสิทธิภาพ สถาบันการศึกษามีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก มีสื่อต่าง ๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82 มีประวัติติดเชื้อ COVID-19 มาแล้ว แต่จากการเฝ้าระวังโรคพบว่า การติดเชื้อ COVID-19 สามารถเป็นซ้ำได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความระมัดระวังในการดูแลรักษาสุขภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19¹⁸

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตรวิถีใหม่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตรวิถีใหม่ ในระดับสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการป้องกันการติดเชื้อด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพด้วยตนเองให้ได้อยู่เสมอ¹⁵ ส่วนรายด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ

สุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตรวิถีใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังขาดการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และอุปกรณ์ในการดูแลตนเองในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID-19 จึงทำให้ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 สูงขึ้น¹⁹⁻²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลให้กับสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตามแบบชีวิตรวิถีใหม่
2. จากการศึกษาจะเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย 4 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นด้านที่สถาบันการศึกษาควรเพิ่มการสนับสนุนให้นักศึกษา และสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของนักศึกษาได้ต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาให้ครบทุกหลักสูตรในมหาวิทยาลัยเพื่อนำผลการศึกษาไปจัดทำโครงการ หรือการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการบริการสุขภาพตามบริบทของสถาบันการศึกษา
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคระบาดอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อเป็นการวางแผนการเรียนการสอนในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Department of Disease Control. The spread of the COVID-19 virus. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
2. Thumthong B, Vannit P. Effects of the COVID situation on Thai education management: alternative education is the main way and way to survive Thai education in the future. *Dhammathas Academic Journal* 2022;22(4):375-91. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. Announcement of the Ministry of Public Health on cancellation of the announcement of the Ministry of Public Health on Names and important symptoms of dangerous communicable diseases (version 3) B.E.2563, B.E.2565. [cited 2023 May 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15620220926033355.pdf> (in Thai)
4. World Health Organization. Health promotion glossary; (1998). [Internet]. 1998 [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HPR-HEP-98.1>
5. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;7(12): 2072-8.
6. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand Health Literacy Scales 2560. [Internet]. 2560 [cited 2022 Sep 15]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/26835.pdf>. (in Thai)
7. Unai K, Chaiwang P, Korakodkamchom B, Panjarean D. Health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among older persons at risk for dementia in a rural community in Chiang Rai province. *Nursing Journal CMU* 2022;49(1):200-12. (in Thai)
8. Photihung P. Relationship of health literacy to health-promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A systematic review. *Faculty of Nursing Journal Burapha University* 2021;29(3):116-30. (in Thai)
9. Kraker ME, Tartari E, Tomczyk S, Twyman A, Francioli LC, Cassini A, et al. Implementation of hand hygiene in health-care facilities: results from the WHO hand hygiene self-assessment Framework Global Survey 2019. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 12]; 22(6): 835- 44. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article /PIIS1473-3099\(21\) 00618-6/full text](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article /PIIS1473-3099(21) 00618-6/full text).
10. Nudelman G, Peleg S, Shiloh S. The association between healthy lifestyle behaviors and coronavirus protective behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine* 2021;28(6):779-87.
11. Saran S, Gurjar M, Baronia AK, Lohiya A, Azim A, Poddar B, et al. Personal protective equipment during COVID-19 pandemic: A narrative review on technical aspects. *Expert review of medical devices* 2020;17(12):1265-76.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods* 2009;41(4):1149-60.
13. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press; 2013.

14. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. Health Education Research 2010;25:464-77.
15. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: A survey study. BioMed Central Health Services Research 2018;18(1):1-13.
16. Tanasugarn C, Riewpaiboon W, Neelapaichit N, Aimyong N. Covid-19 self protective behavior and vaccine health literacy survey among diabetes patients, elderly and the blind. Health Systems Research Institute [Internet]. 2021 [cited 2023 May 23]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5436?locale-attribute=th> (in Thai)
17. Adamchareon B, Iemsawasdikul W. The relationship between health literacy and COVID-19 prevention behaviors in the new normal life of working-age people in Bangkok and its vicinity. Nursing Journal 2021;71(3):27-35. (in Thai)
18. Siri Y, Arthan A, Chutipattana N. Knowledge of health and preventive behavior for COVID-19. of a university student in the southern region. Journal of Disease Control 2022;48(3):493-504. (in Thai)
19. Phatham S. Effectiveness of participation and social support to change behavior of preventing COVID-19 infection among people in Kanthararom municipality, Kanthararom district, Sisaket Province. Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University 2021;4(3):207-17. (in Thai)
20. Song E, Yoo HJ. Impact of social support and social trust on public viral risk response: A COVID-19 survey study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17(18): 6589-98.

บทความวิจัย

Safety and Satisfaction of Colorectal Cancer Patients and Healthcare Providers in Receiving Home Chemotherapy Services during the COVID-19 Pandemic

Received: Jul 11, 2023
Revised: Oct 10, 2023
Accepted: Dec 4, 2023

Pratsani Srikan, Ph.D.¹
Daravan Rongmuang, Ph.D.²
Pichet Wongrot, Ph.D.³
Srisuda Ngamkham, Ph.D.⁴

Abstract

Introduction: During the COVID-19 pandemic, home chemotherapy has emerged as a viable alternative for delivering timely medication to patients with colorectal cancer (CRC).

Research Objectives: This study aimed to investigate the safety of home chemotherapy for both patients and providers, assess patients' confidence in their protection against COVID-19 infection, and gauge the satisfaction levels of patients and caregivers availing home chemotherapy services.

Research Methodology: This study involved 35 patients with colon cancer, 36 caregivers, and 39 nurses participating in a home chemotherapy project. The participants were selected using purposive sampling. The research instruments included a demographic data questionnaire, healthcare provider and patient safety assessment questionnaire, survey to gauge confidence in COVID-19 safety measures during home chemotherapy, and satisfaction evaluation questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Patients expressed confidence in various safety aspects, including infection prevention, proper usage of safe medication, effective patient follow-up, care for joints and intravenous lines administering the medication, and adherence to physician consultation. Providers noted strict adherence to safety protocols that encompassed technological communication, prevention of occupational hazards, emotional support provisions, safeguarding against occupational diseases, compliance with legal and travel safety standards, and fostering an appropriate working environment and practices. All patients reported feeling safe from COVID-19 while receiving chemotherapy at home. Patients with CRC and caregivers indicated a high level of satisfaction with home chemotherapy services.

Funding: Health Systems Research Institute (HSRI)

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phayao, Thailand.

Email: pratsanii@gmail.com

²Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Suratthani, Thailand. Email: drongmuang@gmail.com

³Associate professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand. Email: pichet.won@mahidol.ac.th

⁴Lecturer, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management, Chonburi, Thailand. Email: nsrisuda05@gmail.com

Conclusions: Home chemotherapy is a safe and confidence-inspired method for administering chemotherapy during the COVID-19 pandemic. Both the patients and caregivers reported high satisfaction with this service.

Implications: Given its demonstrated safety and high levels of patient and caregiver satisfaction, hospitals capable of offering home chemotherapy should consider integrating it as a new service model. This alternative could potentially flourish in the post-pandemic "new normal."

Keywords: home chemotherapy, COVID-19 pandemic, colorectal cancer, patient safety

ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ให้บริการในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

Received: Jul 11, 2023

Revised: Oct 10, 2023

Accepted: Dec 4, 2023

ปรีศนี ศรีกัน ประด.¹

ดาราวรรณ ร่องเมือง ประด.²

พิเชต วงรอด ประด.³

ศรีสุดา งามข้า ประด.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นทางเลือกในการให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในสถานการณ์โควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 35 คน ผู้ดูแล จำนวน 36 คน และพยาบาล จำนวน 39 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้ป่วย แบบประเมินความเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: 1) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยทุกด้าน ทั้งการป้องกันการติดเชื้อ การใช้ยาอย่างปลอดภัย การติดตามผู้ป่วย การดูแลข้อต่อและสายที่ให้ยา และการรายงานแพทย์ 2) ผู้ให้บริการ มีความปลอดภัยทุกด้าน ทั้งการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร การป้องกันอันตรายจากการทำงาน จิตใจ การป้องกันการเกิดโรค กฎหมาย และความปลอดภัยจากการเดินทางและการปฏิบัติงาน 3) ผู้ป่วยทั้งหมดมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และ 4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง

สรุปผล: การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความปลอดภัยและมั่นใจในการรับบริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลที่สามารถให้เคมีบำบัดที่บ้านได้ ควรพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นทางเลือกในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากมีความปลอดภัย ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เป็นทางเลือกในสังคม "ความปกติใหม่"

คำสำคัญ: ยาเคมีบำบัดที่บ้าน การระบาดของโรคโควิด-19 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย

แหล่งทุน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย Email: pratsanii@gmail.com

²Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย Email: drongmuang@gmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: pichet.won@mahidol.ac.th

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ ชลบุรี ประเทศไทย Email: nsrisuda05@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2564 รวมสูงสุดในบรรดาโรค มะเร็งทุกชนิด โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 และเมื่อได้รับการรักษาจะมีจำนวน วันนอนเฉลี่ย 5.5 วัน² ส่งผลให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอที่รองรับผู้ป่วย ต้องเลื่อนวันรักษา ทำให้ได้รับยาเคมีบำบัดไม่ตรงตาม แผน³ การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านช่วยลดความแออัดใน โรงพยาบาล ลดการครองเตียง โดยแพทย์เจ้าของไข้จะคัดเลือก ผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เกสเซอร์ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียง พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็น ผู้ติดตามการให้ยาเคมีบำบัดและสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อยาหมดผู้ป่วยกลับไปถอดชุดบริหารยาเคมีบำบัดที่ โรงพยาบาล⁴ การกระทำตามขั้นตอนดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการ และผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมี ความเสี่ยงต่อการสัมผัสยาเคมีบำบัด ถึงแม้ว่าการให้ยาเคมี บำบัดที่บ้านจะมีความเสี่ยงแต่ผู้ป่วยก็มีความพึงพอใจในการ รับบริการ และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแบบนอน ในโรงพยาบาล⁵

ประเทศไทยเริ่มให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านใน โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2559 เพื่อแก้ไขปัญหาจำนวน เตียงผู้ป่วยไม่เพียงพอ³ และจากการระบาดของโรคโควิด-19 กรมการแพทย์ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ สนับสนุนให้มีการปรับรูปแบบบริการให้ยาเคมีบำบัด เป็นการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อความรวดเร็วในการเริ่มรักษา เพิ่มโอกาสและทางเลือกให้ กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการปรับตัวและป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และตอบสนองนโยบายการเว้น ระยะห่างทางสังคม⁶ นอกจากนี้สิ่งสำคัญในการให้บริการยา เคมีบำบัดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน (Patient and personal safety: 2P Safety) โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัย ของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการ

สุขภาพที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการและมีความปลอดภัย รวมถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานให้บริการด้วย⁷

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงความปลอดภัยและความ เป็นไปได้ในการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ในประเทศเดนมาร์ก เป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าผู้ป่วย มีความปลอดภัยทุกคนในการรักษา 145 cycles ผู้ป่วยรู้สึก ว่าตนเองปลอดภัย ส่วนเหตุผลของความต้องการรับยาเคมี บำบัดที่บ้านคือ ลดระยะเวลาการเดินทาง และลดระยะเวลา การรอคอย⁸ และศึกษานำร่องเปรียบเทียบการให้ยาเคมี บำบัดที่บ้าน และในโรงพยาบาล พบว่าการให้ยาเคมีบำบัดที่ บ้านมีระยะเวลาการรอคอยน้อยกว่าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้ รับยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความพึงพอใจ และยินดีที่จะรับยา เคมีบำบัดที่บ้านต่อ และรู้สึว่าการได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน มีความปลอดภัยเทียบเท่ากับในโรงพยาบาล รวมถึงไม่มี รายงานของอันตรายที่เกิดขึ้นขณะให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน⁹ การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาความเป็นไปได้ ความ ปลอดภัย และความพึงพอใจในการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านใน บริบทต่างประเทศ ที่มีระยะเวลาการดำเนินงานมานานพอ สมควร ทำให้มีความพร้อม และผู้ป่วยมีความมั่นใจ สำหรับ ประเทศไทยเป็นรูปแบบใหม่ในการให้บริการ การเตรียม การให้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจ ไม่มากพอ อาจส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้ดูแล ขณะให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านได้ รวมถึงความพึงพอใจ ต่อการให้บริการอีกด้วย

จากสถานการณ์การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านในช่วง สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาล ต่าง ๆ ที่ร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่ง ชาติมาระยะหนึ่งแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความปลอดภัยของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ความเชื่อมั่นในความปลอดภัย จากการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแลจากการรับบริการยาเคมี บำบัดที่บ้านในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลจากการศึกษา ครั้งนี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนามาตรฐานการให้ยา เคมีบำบัดที่บ้านเพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลด ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในช่วงสถานการณ์โควิด-19
2. ศึกษาความเชื่อมั่นในของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแลจากการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ของ Stufflebeam ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และประเมินผลผลิต (output)⁹ มาเป็นกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564-พฤษภาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน และพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน โรงพยาบาลที่เริ่มให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน และพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้านทุกคน ที่สามารถติดตามได้ตามระยะเวลาที่กำหนด คือตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564-พฤษภาคม 2565 เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 35 คน ผู้ดูแลจำนวน 36 คน และพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้านจำนวน 39 คน จากโรงพยาบาลจำนวน 7 แห่ง ที่เป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่อง “บริการเคมีบำบัดที่บ้าน” ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และยินดีให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลน่าน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ ระยะที่ 3 และ 4 ที่สามารถใช้ยาเคมีบำบัดสูตร mFolfox6 และ mFoliri มี performance score อยู่ในระดับดี (1-2) สมัครใจรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยมีแผนจะย้ายไปรักษาที่อื่น หรือย้ายที่อยู่ออกไปนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง หรือเสียชีวิต

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เข้าร่วมโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

กลุ่มที่ 3 พยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 7 แห่ง ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลที่รับการรักษา จำนวนผู้ดูแล ผู้ดูแลหลัก รายได้ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และวิธีการเดินทางไปโรงพยาบาลขณะรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ

1.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน และประสบการณ์การอบรมการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มาก (4 คะแนน) มีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาเท่ากับ .80 การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความกว้างของอันตรายมากขึ้น ดังนี้ ระดับความปลอดภัยน้อย มีช่วงคะแนน 1-2, ระดับความ

ปลอดภัยปานกลาง มีช่วงคะแนน 2.1-3.0 และระดับความปลอดภัยมาก มีช่วงคะแนน 3.1-4.0

3. แบบประเมินความปลอดภัยของผู้ให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ให้บริการ จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมาก (4 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟาเท่ากับ .83 การแปลผลใช้เกณฑ์เดียวกับแบบประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วยดังกล่าวไว้ข้างต้น

4. แบบประเมินความเชื่อมั่นในความปลอดภัยต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ คือ ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน และท่านมีระดับความเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับใด โดยแบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .91 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟาเท่ากับ .84 และข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ คือ “เพราะเหตุใดท่านจึงเลือกใช้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน”

5. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 24 ข้อ เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ (จำนวน 5 ข้อ) ด้านกระบวนการให้บริการ (จำนวน 6 ข้อ) ด้านสิ่งสนับสนุน (จำนวน 5 ข้อ) ด้านคุณภาพการให้บริการ (จำนวน 6 ข้อ) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ จากพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .91 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟาเท่ากับ .84 การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ ระดับความพึงพอใจต่ำ มีช่วงคะแนน 1-2.33, ระดับความพึงพอใจปานกลาง มีช่วงคะแนน 2.34-3.67 และระดับความพึงพอใจสูง มีช่วงคะแนน 3.68-5.00 และข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ “หากให้คะแนนความพึงพอใจในการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน (1-10 คะแนน) ท่านมีความพึงพอใจในระดับใด เพราะเหตุใด”

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เลขที่โครงการ REC 002/64 ลงวันที่ 30 เมษายน 2564 ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ค่าตอบแทนในการเข้าร่วมวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ประสานงานพื้นที่ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเชิญชวน ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยในเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม และเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม (ประมาณ 30-45 นาที) หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองทางไปรษณีย์ และขอให้ส่งเอกสารกลับ โดยผู้วิจัยได้แนบซองเปล่าติดแสตมป์ไว้ให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน และความพึงพอใจต่อการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 วิเคราะห์โดยใช้เชิงสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.6 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 64.2 ปี การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 74.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีโรคประจำตัวใกล้เคียงกัน มีผู้ดูแลเป็นบุตรและคู่สมรส ร้อยละ 42.9 และ 48.6 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 45,000 บาท/เดือน ผู้ป่วยสูญเสียรายได้ขณะรับการรักษา ร้อยละ 85.7 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 ร้อยละ 77.1 และสิ้นสุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้านแล้ว ร้อยละ 57.1

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย

45.83 ปี มีการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 63.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.9 ประกอบอาชีพ ค้าขาย และพนักงานบริษัท ในจำนวนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 13.9 สูญเสียรายได้ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 77.1

1.3 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ให้บริการโครงการรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้บริหารยาเคมีบำบัดทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.13 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.3 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.8 และทุกคนผ่านการอบรมการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน

2. ความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ให้บริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน พบว่าการได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความปลอดภัยในระดับมากในทุกด้าน ทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อ การใช้ยาอย่างปลอดภัย การติดตามผู้ป่วย ข้อต่อและสายที่ให้ยา และแนวทางการรายงานแพทย์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน (n = 35)

รายการ	M	SD	ระดับความปลอดภัย
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	3.07	1.24	มาก
ด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัย	3.63	.49	มาก
ด้านการติดตามผู้ป่วย	3.36	.56	มาก
ด้านอุปกรณ์และสาย	3.48	.91	มาก
ด้านแนวทางการรายงานแพทย์ให้ผู้ป่วยปลอดภัย	3.55	.66	มาก

ความปลอดภัยของผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน พบว่าด้านความปลอดภัยในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร ด้านการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ด้านการป้องกันการเกิดโรคจากการประกอบ

อาชีพ ด้านกฎหมายและความปลอดภัยจากการเดินทาง และด้านสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติงาน มีความปลอดภัยในระดับมาก มีเพียงด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความปลอดภัยของผู้ให้บริการ (n = 39)

รายการ	M	SD	ระดับความปลอดภัย
ด้านความปลอดภัยในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร	3.82	.39	มาก
ด้านการป้องกันอันตรายจากการทำงาน	3.74	.59	มาก
ด้านจิตใจ	2.18	.88	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ	3.49	.48	มาก
ด้านกฎหมายและความปลอดภัยจากการเดินทาง	3.39	.57	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติงาน	3.14	.53	มาก

3. ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19

ผู้ป่วยทั้งหมดมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะได้รับยาเคมีบำบัด ที่บ้าน ร้อยละ 100 และมีระดับความเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 54.3 ระดับมาก ร้อยละ 42.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.9

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19

“โดยส่วนตัวนะคะ อยู่โรงพยาบาลอาจจะไปติดเชื้อ เพราะว่าโควิดเยอะด้วย ห้องพิเศษก็ไม่ค่อยว่าง จอาก็ไม่ได้เรา ไปอยู่ 3 วันรวมๆ ช่วงนี้โควิดเยอะ เราก็กักนะคะ แบบนี้ปลอดภัย เราอยู่ที่บ้านจะนั่งจะนอน หรือว่าอาหารการกินก็มีลูกดูแลหาให้ เช็ดตัวก็สบาย ห้องน้ำก็สะดวกกว่าโรงพยาบาลเยอะค่ะ” (05-01-032)

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 96.4, SD = 9.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้งด้านบุคลากร ผู้ให้บริการ (M = 22.5, SD = 2.5) ด้านกระบวนการให้บริการ (M = 26.1, SD = 3.1) ด้านสิ่งสนับสนุน (M = 21.8, SD = 3.1) และด้านคุณภาพการให้บริการ (M = 25.9, SD = 3.2)

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับดีมาก เจ้าหน้าที่ทุกคนดูแลอย่างดี อธิบายและให้ข้อมูลดีมาก เมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีปัญหาก็สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา

“ให้คะแนน 10/10 คะแนน แพทย์พยาบาลให้ข้อมูลดี ดูแลดีมาก ๆ แค่ว่าพอไปที่ รพ. พยาบาลก็ทำทุกอย่าง เราไม่ต้องทำอะไรเลย ถ้าอยู่บ้านก็ติดต่อได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์” (01-02-002)

“ให้คะแนน 8/10 คะแนน ที่หัก 2 คะแนนเพราะการให้ยามีความเสี่ยงอยู่เล็กน้อย” (01-01-001)

ส่วนความพึงพอใจต่อการได้รับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 95.3, SD = 12.6) โดยทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านบุคลากร ผู้ให้บริการ (M = 22.5, SD = 3.0) ด้านกระบวนการให้บริการ (M = 22.6, SD = 4.1) ด้านสิ่งสนับสนุน (M = 18.5, SD = 3.0) และด้านคุณภาพการให้บริการ (M = 25.5, SD = 3.9)

“พยาบาลให้ข้อมูลดี ประมาณครึ่งชั่วโมง จึงคุยกับภรรยา เพราะภรรยากังวล จึงได้ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ คิดว่าจะตัดสินใจทำ 100% การนอนที่บ้านก็สบายเครียดจิตใจไม่หดหู่ นอน รพ. เห็นคนไข้คนอื่น ๆ แล้วรู้สึกหดหู่ เคร้าหมอง และยังทำงานได้ตามปกติด้วย” (01-02-001)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านส่วนมากรับรู้ว่าการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความปลอดภัย เพราะก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ และบุคลากรในการให้

บริการ (input) ทำให้บุคลากรมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่วนด้านกระบวนการ (process) แพทย์ผู้ดูแลได้อธิบายและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยทีมพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ได้แก่ การดูแลบริเวณที่ใส่พอร์ต การไหลของยาเคมีบำบัด อาการผิดปกติหรือฤทธิ์ข้างเคียงของยาเคมี และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการนำอุปกรณ์ที่ใช้มาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สัมผัส และแจกคู่มือให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปศึกษาต่อที่บ้านด้วย ส่งผลให้ผลผลิต (output) เป็นไปตามเป้าหมายของโครงการที่ตั้งไว้ โดยพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองปลอดภัยในการรับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้าน แม้จะเป็นครั้งแรกในการรับบริการ ทุกรายบอกว่าการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความปลอดภัยเหมือนกับการได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล^{5,10}

ส่วนความปลอดภัยของผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน พบว่ามีความปลอดภัยในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโครงการนี้มีการนำร่องที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เมื่อผ่านการประเมินแล้วจึงมีการขยายโครงการในโรงพยาบาลที่สังกัดกรมการแพทย์ โดยมีโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกงานให้แก่ทุกโรงพยาบาล ดังนั้นบุคลากรจึงมีความรู้และทักษะที่พร้อมในการดำเนินงานการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกคนมีประสบการณ์การอบรมการให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด หากได้รับการอบรมจนเกิดความรู้ และฝึกฝนจนเกิดความมั่นใจในการบริหารยาเคมีบำบัดแล้วจะทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถป้องกันตนเองจากอันตรายจากการให้ยาเคมีบำบัดได้¹¹ ส่วนด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้บริการอาจรู้สึกเครียดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน ต้องพร้อมดูแลตลอด 24 ชั่วโมง จนกว่าจะหมดและถอดเข็มออก

2. ผู้ป่วยทั้งหมดมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน เนื่องจากการได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมโครงการได้อย่างมั่นใจ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้าน เป็นการรักษาที่ตอบสนองมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อโรคจากผู้อื่น และลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านจึงเป็นทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บ้านส่วนใหญ่มารู้สึกว่าตนเองปลอดภัยขณะได้รับยาเคมีบำบัด⁷ รู้สึกว่าการได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความปลอดภัยเทียบเท่ากับในโรงพยาบาล และไม่มีรายงานของอันตรายที่เกิดขึ้นขณะให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน^{5,8} ดังนั้น การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย และหากพยาบาลวิชาชีพมีการติดต่อสื่อสารสอบถามอาการและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะยังได้รับการดูแลและห่วงใยตลอดระยะเวลาการรักษา

3. ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการยาเคมีบำบัดที่บ้านของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านบุคลากร ด้านกระบวนการ ด้านสิ่งสนับสนุน และด้านคุณภาพการให้บริการ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับดีมาก เจ้าหน้าที่ทุกคนดูแลอย่างดี อธิบายและให้ข้อมูลดีมาก เมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีปัญหาก็สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้าน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงในเกือบทุกด้านเช่นกัน มีเพียงด้านสิ่งสนับสนุน ที่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลมีข้อจำกัดของสถานที่และเตียงรองรับผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน ทำให้มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากที่รอรับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวลจากการรอคอย แต่การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านเป็นบริการรูปแบบใหม่ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถรับยาได้ตรงตามนัดทุกครั้ง ลดระยะเวลาการรอคอย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยบางรายยังสามารถไปทำงานได้โดยมีช่องทางการติดต่อกับพยาบาลเจ้าของไข้ และมีการโทรศัพท์ติดตามอาการแบบเชิงรุก เพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ Larsen และคณะ² ที่พบว่าเหตุผลของความต้องการของผู้ป่วยในการรับยาเคมีบำบัดที่บ้านคือสามารถลดระยะเวลาการเดินทาง และการรอคอย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ และมีคุณภาพไม่แตกต่างกับการรับบริการในโรงพยาบาล¹³ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล การให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านมีระยะเวลาการรอคอยในการรับการรักษาน้อยกว่าที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านมีความพึงพอใจและยินดีที่จะรับยาเคมีบำบัดที่บ้าน^{8,14}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความปลอดภัยและมั่นใจในการรับบริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ดังนั้นการให้บริการยาเคมีบำบัดที่บ้านจึงอาจเป็นรูปแบบใหม่ของการบริการที่เป็นทางเลือกในสังคมชีวิตวิถีถัดไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ ว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดใดบ้างที่จะสามารถจัดบริการให้เคมีบำบัดที่บ้านได้

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National cancer control programme (2018 - 2022) [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 5]. Available from: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf. (in Thai)
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2021 [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 5]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
3. 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(2):119-29. (in Thai)
4. Srikan P, Rongmaung D, Wongrot P, Ngamkham, S. A multidisciplinary team, patients and caregivers preparation of the home chemotherapy services for colorectal cancer patients in the situation of the COVID-19 outbreak. *Journal of Health and Nursing Research*. 2023; 39(2):161-72. (in Thai)
5. Larsen FO, Christiansen AB, Rishøj A, Nelausen KM, Nielsen DL. Safety and feasibility of home-based chemotherapy. *Danish Medical Journal* 2018;65(5):A5482.
6. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G. Report 9-Impact of non-pharmaceutical [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 24]. Available from: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/news--wuhan-coronavirus>.
7. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Switzerland: World Health Organization; 2021.

8. Cool L, Missiaen J, Vandijck D, Lefebvre T, Lycke M, De Jonghe PJ, et al. An observational pilot study to evaluate the feasibility and quality of oncological home-hospitalization. *European Journal of Oncology Nursing* 2019;40:44-52. doi: 10.1016/j.ejon.2019.03.003.
9. Stufflebeam, DL. The CIPP model for evaluation. In: Kellaghan, T, Stufflebeam, DL., Editors. *International handbook of educational evaluation* vol 9. Dordrecht: Springer; 2003 p. 31-62. [cited 2022 Dec 24]. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-0309-4_4#citeas
10. Sanguinetti JM, Martínez D, Dimase F, Streich G, Castro P, Vega V, et al. Patient safety and satisfaction in home chemotherapy. *Home Healthcare Now* 2021; 39(3):139-44. doi: 10.1097/NHH.0000000000000958.
11. Kheder AMM, Attia A, Farouk O, Mostafa E. Effect of improving nurses' practices on women's satisfaction diagnosed with reproductive cancer undergoing chemotherapy. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine* 2021;7(8):4457-70.
12. Corbett M, Heirs M, Rose M, Smith A, Stirk L, Richardson G, et al. The delivery of chemotherapy at home: an evidence synthesis. [Internet]. 2015 [cited 2022 Dec 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285513/> doi: 10.3310/hsdr03140
13. King MT, Hall J, Caleo S, Gurney HP, Harnett PR. Home or hospital? An evaluation of the costs, preferences, and outcomes of domiciliary chemotherapy. *International Journal of Health Services* 2000;30(3):557-79. doi: 10.2190/CY03-EV15-K38Y-X4AA.
14. Joo EH, Rha SY, Ahn JB, Kang HY. Economic and patient-reported outcomes of outpatient home-based versus inpatient hospital-based chemotherapy for patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer* 2011;19(7):971-78. doi: 10.1007/s00520-010-0917-7.

บทความวิจัย

A care model for stroke patients from the hospital to the community Yang Si Surat district, MahaSarakhm province

Received: Jul 25, 2023
Revised: Oct 23, 2023
Accepted: Nov 27, 2023

Wimonphan Tewela, M.N.S.¹
Napaphen Jantacumma, Dr.PH²
Pimrat Thammaraksa, Dr.PH³

Abstract

Introduction: Stroke is a major health concern. Continuous care of stroke patients from the hospital to their homes helps improve the quality of rehabilitation.

Research Objectives: The study aimed to: 1) assess the situation; 2) develop a new model for caring stroke patients from hospital to community; and 3) evaluate the results after using the model.

Research Methodology: This R & D study consisted of 3 phases as follow 1) Situation investigation, 2) Model development, and 3) Study the results of using the model. The sample was stroke patients and their caregivers, and a multidisciplinary team/community network comprising 30 people using purposive sampling. The tools were an assessment form on the patient's ability to perform daily activities (Barthel Index) and a satisfaction survey processing time June- August 2022. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t- test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The findings revealed that 1) Patients and caregivers lacked confidence in self-rehabilitation, data transfer between hospitals and communities was delayed, and 2) The model developed comprised a guideline for caring for stroke patients from the hospital to the community, a self-care manual for stroke patients, and new clear guidelines for follow-up home visits with a system to transmit home visit information to the health service network. 3) The patients' ability to perform daily activities significantly increased ($p<.05$).

Conclusions: Rehabilitation of stroke patients by caregivers, multidisciplinary teams, and community networks helps stroke patients perform more daily activities.

Implications: A specific rehabilitation model should be developed for stroke patients with limited daily practice to enhance the effectiveness of recovery.

Keywords: patient care model, stroke, hospital to community, Barthel index

¹Student in Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner. Email: tuktomtik@hotmail.com

²Corresponding author: Assistant Professor Doctor of School of Nursing. Email: napaphen_ja@hotmail.com

³Lecturer Email: pimrat.t@bcn.ac.th

²School of nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

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

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Received: Jul 25, 2023

Revised: Oct 23, 2023

Accepted: Nov 27, 2023

วิมลพรรณ เทเวลา พย.ม.¹นภาพิณ จันทขัมมา ส.ด.²พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา ส.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบฯ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และความพึงพอใจ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพตนเอง การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจน 2) รูปแบบฯที่พัฒนามีการจัดทำแนวปฏิบัติ คู่มือ แนวทางการเยี่ยมบ้าน และระบบการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน 3) ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีรูปแบบการฟื้นฟูที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย เพื่อให้การฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสู่ชุมชน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ Email: tuktomtik@hotmail.com

² Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย
Email: napaphen_ja@hotmail.com

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: pimrat.t@bcn.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอัมพาต หรือ อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560 พบว่า ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในประชากรไทย นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year) ที่สำคัญอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง¹ พบว่าประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว² โดยในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 278.49 ต่อแสนประชากร ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 303.2 ต่อแสนประชากรและ ปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 318.89 ต่อแสนประชากร³ จังหวัดมหาสารคามเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยใน พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1,994, 2,444, 2,661 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 81, 79, 87 ราย ตามลำดับ⁴

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความพิการเหลืออยู่ โดยที่ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะมียาโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50-60 จะมีภาวะแทรกซ้อนและมีความพิการ⁵ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว และการทรงตัว การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการเหลือน้อยที่สุด⁶

จากการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลยางสีสุราชมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2562 จำนวน 45 ราย ร้อยละ 6.66 เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีผลกดทับและ ต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคแทรกซ้อน คือ โรคปอดอักเสบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 มีผลกดทับ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 มีปัญหาเรื่องข้อติด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันของอำเภอยางสีสุราชมีการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในส่วนของโรงพยาบาลจังหวัด

และโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ในส่วนของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่มี การเชื่อมต่อข้อมูลและแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยล่าช้า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง มีการปฏิบัติแยกส่วนกันระหว่างวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ของแวนเนอร์และคณะ⁷ ช่วยทำให้เกิดระบบการดูแลของทีมผู้ให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การส่งต่อข้อมูล ที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะและกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ประยุกต์แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน (community resources and policies) 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ (health care organization) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self – management support) 4) การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก (clinical information system) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ โดยการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (barthel index) และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมสหวิชาชีพของอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน

ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- วิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน
- วิเคราะห์รูปแบบการให้บริการที่ได้รับจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์การบริการ 6 องค์ประกอบ

- 1) การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
- 2) หน่วยบริการสุขภาพ
- 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 4) การออกแบบระบบการให้บริการ
- 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

เครือข่ายชุมชน (อสม. อปท.)

- การพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
- การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน

- 1) การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน
- 2) หน่วยบริการสุขภาพ
- 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 4) การออกแบบระบบการให้บริการ
- 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ
- 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (barthel index)
- 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชนอำเภอยางสีสุราช
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชน อำเภอยางสีสุราช
3. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสุ่มชนอำเภอยางสีสุราช

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 45 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 20 คน

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 20 คน ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก 1)เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาตั้งแต่ปี 2562-2563 2) อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้รับบริการขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดย โดยค่า effect size คำนวณจากผลการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดไทรใต้

ของซิล เทพบุตร⁹ คำนวนค่า effect size ได้ 1.26 กำหนดให้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่น (α) = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 4 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน และอสม.ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 คน รวมเป็น 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การศึกษาปัญหา ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนประกอบด้วย (1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยของสถาบันประสาทวิทยา¹⁰ มีจำนวน 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การขึ้นลงจากเตียง (3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4) การเข้าห้องน้ำ (5) การอาบน้ำ (6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (7) การขึ้นบันได (8) การแต่งตัว (9) การถ่ายอุจจาระ และ (10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0-15 คะแนน มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพจำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์

เชิงลึกเสนออาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือได้รับการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .80 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลข NS No. 18/2565 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2565 ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ด้วยตนเองโดยการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจำนวน 10 คน การสนทนากลุ่ม สำหรับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน จำนวน 10 คน และวิเคราะห์ผลการศึกษา ในส่วนของระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยศึกษาแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง จากนั้นนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม คั้นข้อมูลให้กับผู้เข้าร่วมประชุม พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบให้มีความเหมาะสม

ระยะที่ 3 ดำเนินการโดยมีกิจกรรม 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างรวม 30 คน กิจกรรมที่ปฏิบัติมีรายละเอียด ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการ โดยประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ ชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน วางแผนการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 2-4 ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กิจกรรมประกอบด้วยการฟื้นฟูเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

โดยนักกายภาพบำบัด สื่อการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล คู่มือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 5 - 9 ผู้รับบริการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลฟื้นฟู สุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สัปดาห์ที่ 10 - 11 ทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านตามที่ระบุในรูปแบบฯ เพื่อให้คำปรึกษา คำแนะนำเพิ่มเติม ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ยังทำ ไม่สำเร็จและตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสุขภาพ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่นำไปทดลอง ใช้มี 2 ลักษณะคือ

- 1) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก จากผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ได้แก่ การประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการตามรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Index) ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้ สถิติการทดสอบที (t-test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ($\alpha=.05$)
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการ สทนากลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1. การใช้ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน เครือข่ายชุมชนยังไม่มีแผนงานที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันกับทีมสหสาขา วิชาชีพ และเครือข่ายชุมชน มีการประสานงานหน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบล ในการสนับสนุนอุปกรณ์/ทุน ใน การฟื้นฟู อบรมผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2. หน่วยงานบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ครอบคลุม ถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ยังไม่มี การอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการผลักดัน แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าคณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อมโยงกันจากในโรงพยาบาล และมีการดูแลต่อเนื่องในชุมชน วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและเครือข่ายชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

3. สนับสนุนการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังขาด ความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ยังไม่มีแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน มีการพัฒนา โดยจัดทำคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง มี CPG (Clinical practice guideline) ในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4. การออกแบบระบบการให้บริการ การเดินทาง มารับบริการที่โรงพยาบาลลำบาก ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตาม รักษา และยังไม่มีการเฝ้าระวังในการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วางแผนการจำหน่ายร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพเครือข่าย ชุมชน พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่มีความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพยังไม่มี ช่องทางที่ชัดเจนในการให้คำปรึกษากรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ยุ่งยากซับซ้อน จัดทำคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ประชุมวิชาการในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง แก่ อสม. และผู้ดูแล มีระบบการให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพโดยผู้เชี่ยวชาญผ่านทางโทรศัพท์

6. ระบบข้อมูลทางคลินิก การส่งต่อข้อมูลยังล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและได้รับการฟื้นฟูซ้ำ มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้โปรแกรม smart continuum of care (COCr 9) ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบประสานข้อมูลการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

หลังการพัฒนา ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยร้อยละ 20 (6 ราย) พบว่า 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย คือ เริ่มมีข้อติด ทำให้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งในระยะเวลา 12 สัปดาห์ไม่เพียงพอที่จะวัดผลการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอีก 4 ราย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดซึ่งมีคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลัง 100

คะแนนเท่าเดิม บางรายถึงแม้จะมีการวัดผลโดยใช้คะแนน Barthel ADL แต่ผลที่วัดได้ยังไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งจากการสังเกตพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความกระตือรือร้นในการฝึกปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมจาก อสม.

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการพัฒนาทั้งหมด 30 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและกระตุ้นให้ทำกายภาพบำบัด ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Paired t-test ($n = 30$)

	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ		t	P-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	70.50	16.52	79.00	15.22	-8.10	.00*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลัง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนา

รายที่	ADL		การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้
	ก่อน	หลัง	
1	85	95	เดิมผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันไดต้องมีคนช่วย ตอนนี้ขึ้นลงบันไดได้เอง
2	60	70	เดิมการลุกจากเก้าอี้ต้องมีคนช่วยพยุง 2 คน ตอนนี้มีคนช่วยพยุงเพียง 1 คน
3	65	75	เดิมผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ปัจจุบันสามารถใส่เสื้อผ้าได้แต่ต้องมีคนช่วยบ้าง มีระบบโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย จากที่เคยขาดนัด ปัจจุบันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
4	50	65	เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกนั่งได้ ต้องมีคนช่วยยกขึ้น ปัจจุบัน มีคนช่วยพยุงในการลุกนั่ง
5	100	100	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และ อสม. บ่อยขึ้น
6	60	70	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
7	80	90	เดิมนั่งรถเข็นคลื่อนที่เองภายในบ้าน ปัจจุบันสามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง
8	60	75	เดิมผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถรับประทานอาหารเองได้ โดยญาติจัดเตรียมไว้ให้
9	45	45	ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
10	65	75	ญาติเตรียมอาหารไว้ให้ใกล้ ๆ ก่อนออกไปทำงานผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้
11	60	75	ผู้ป่วยสามารถลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปนั่งเก้าอี้ได้
12	100	100	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และ อสม. บ่อยขึ้น
13	65	65	ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพ กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power
14	70	90	เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
15	85	95	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
16	70	75	ผู้ป่วยสามารถลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปนั่งเก้าอี้ได้
17	60	70	มารับยาตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยนั่งรถเข็นได้ เดิมไม่สามารถลุกจากที่นอนได้ อสม. ไปวัดความดันโลหิต ให้ก่อน แล้วให้ญาตินำข้อมูลไปรับยาแทนที่โรงพยาบาล
18	60	75	มี อสม. มานั่งคุยเป็นเพื่อนผู้ดูแลตอนกลางวันทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีกำลังใจ
19	85	95	ผู้ป่วยสามารถลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ เดิมผู้ป่วยไม่สามารถลุกไปนั่งเก้าอี้ได้
20	55	65	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 สามารถใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเดินได้
21	50	50	เคยขาดนัด ปัจจุบันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เมื่อถึงวันนัดสามารถประสานงานกับ อบต. ในการนำส่งผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลเดิมผู้ป่วยไม่สามารถแปรงฟันล้างหน้าเองได้ ปัจจุบันสามารถทำได้ โดยญาติเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ อสม.
22	50	65	มาติดตามเยี่ยม ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเข้าห้องน้ำทำความสะอาดได้เอง มีระบบโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน Barthel ADL ก่อนและหลัง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนา (ต่อ)

รายที่	ADL		การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้
	ก่อน	หลัง	
23	85	95	ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น
24	100	100	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power
25	75	85	เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้ากล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า
26	75	80	ผู้ป่วยสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้บ้าง เดิมผู้ป่วยไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทาง
27	55	70	สังคมมากขึ้น เช่น ไปทำบุญตักบาตร
28	100	100	ประสานรถ อบต. นำส่งเมื่อถึงวันนัดรับยาที่โรงพยาบาล
29	60	65	อสม.ไปวัดความดันโลหิตให้ก่อน แล้วให้ญาตินำข้อมูลไปรับยาแทนที่โรงพยาบาล
30	85	95	กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น เดิม moter power เกรด 3 หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ moter power เกรด 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้า

ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหลังใช้รูปแบบ ฯ

ความพึงพอใจรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 4.16$, $SD = .60$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการจัดการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนาพบว่า ความพึงพอใจรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 4.20$, $SD = .73$)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังขาดความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ วาสนา มูลฐิ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สามารถนำไปใช้ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา

ของพื้นที่ ภายหลังการพัฒนาพบว่าการปรับระบบบริการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหม่โดยการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลและ อสม. มีการจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพ มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัด มีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และประเมินผลการดูแลร่วมกัน ทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสุขภาพ ภายหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น จากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยนุช ภิญโญ และคณะ¹² ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้ง สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น และการสร้างความต่อเนื่องในการดูแลโดยรวมกับ อสม. ในการวางแผนและสร้างแนวทางในการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการให้บริการของทีมสหวิชาชีพ ระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่า อยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังต้องการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดูแลเป็น 6 เดือน ในผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 45- 60 คะแนน ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับ ผู้ดูแลมีกิจกรรมการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น

2. การดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีระดับการพึ่งพาสูง ควรมีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เฉพาะเจาะจงให้เหมาะสมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย ๆ ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน จึงควรเน้นกิจกรรมเฉพาะในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ และเพิ่มระยะเวลาในการดูแลเป็น 6 เดือน เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

2. ควรเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่า 75 คะแนน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะ golden period ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพตนเองได้

References

1. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statistics. Bangkok: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
2. Manosontorn S. Stroke prediction report. Bangkok: Bureau of Noncommunicable Diseases Department of Disease Control; 2014. (in Thai)
3. Somsak T. Stroke situation. Journal of Neurology of Thailand 2021;37:54-60. (in Thai)
4. Health Data Center Ministry of Public Health, Mahasarakham. Information to meet the stroke service plan [Internet]. 2020 [cited 2020 August 20]. Available from: <https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
5. Tantirittisak T, Teeraworawong T. Rehabilitation of stroke patients. Bangkok: Thanaplace; 2019. (in Thai)
6. Massakulpan P, SaringKaringul T, Reewtong G, Timayom P, Wicheinpisarn P. Guidelines for rehabilitation of stroke patients. 3rd ed. Bangkok: Thanaplace; 2016. (in Thai)

7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hondmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. [Internet]. 2020 [cited 2020 August 20]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content> (in Thai)
8. Ruthawongsa A. Development of case management guideline for the health care of new stroke patients at Kosumphisai Hospital, MaHahasarakham Province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2019;24:22-39. (in Thai)
9. Sil T. Development of a model for caring for stroke patients at home. Sawanpracharak Medical Journal 2020;17:112-24. (in Thai)
10. Neuroscience Institute. Nursing guidelines for stroke patients. Bangkok: Thanaplace; 2016. (in Thai)
11. Muntree W, Moonkong S, Sirapongam Y, Leelajarus S. Results of the care program for stroke patients and caregiver: transition period from hospital to home, ability to perform daily activities, complications and patient satisfaction. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2016; 31:95-109 (in Thai)
12. Pinyo P. The development of care for stroke patients with the participation of community in the Northeastern context. SangkhlaNakarin Journal of Nursing 2015;35:93-112. (in Thai)

บทความวิจัย

Relationships between Fetal Weight Estimated from Height of Fundus and Birthweight of Neonates Born to Mother with Normal Delivery in Yasotorn Hospital

Received: Jul 28, 2023
 Revised: Oct 30, 2023
 Accepted: Dec 4, 2023

Oradee Choksawat, Ph.D.¹
 Panicha Boonsawad, Ph.D.²
 Nucha Naksiri, B.N.S.³
 Niditaya Bhongthong, B.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Fetal weight estimation, obtained from measured symphysis fundal height, is crucial for ensuring to safe maternal and childbirth care. It serves as a standard nursing practice in the labor room, contributing to the quality of nursing care.

Research Objectives: To investigate the relationship between fetal weight estimation obtained symphysis fundal height and accurate fetal weight from mothers with normal delivery.

Research Methodology: This descriptive retrospective study included 333 pregnant women with singleton pregnancies, with no complications, with a gestational age of 37-42 weeks, signs of true labor pain, who gave birth naturally, and delivered at the Yasothorn Hospital's labor room. The estimated fetal weight data from the computer program were collected from medical records between January and December 2021, and The Index of item objective congruence by three qualified experts was .72. Data were analyzed using Pearson's correlation statistics.

Results: The average gestational age of the sample group was 38.42 weeks (SD = 1.35), with an average fundal height of 30.91 centimeters (SD = 2.16). The estimated fetal weight based on measured symphysis fundal height had an average weight of 2,989.18 grams (SD = 385.68), and the average birth weight of neonates born was 3,073.32 grams (SD = 344.97). The estimated fetal weight based on measured symphysis fundal height was significantly correlated to accurate fetal weight in Yasothorn Hospital at a moderate positive level, and this correlation was statistically significant ($r = .481$, $p < .05$).

Conclusions: The estimated fetal weight based on symphysis fundal height was significantly correlated to accurate fetal weight at a moderate positive level.

Implications: To apply Johnson's formula for estimating fetal weight, based on measured symphysis fundal height in the labor room unit and studying prospective research.

Keywords: estimated fetal weight during labor, height of fundus (symphysis fundal height), accurate birth weight

Funding: Boromarajonani College of Nursing Sunpasithiprasong

¹Lecturer Boromarajonani College of Nursing Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute, Ubon Ratchathani, Thailand. Email: oradee@bcnsp.ac.th

²Corresponding author: Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand. Email: panicha.b@stin.ac.th

³⁻⁴Registered Nurse ³⁻⁴The 50th Anniversary mahavajiralongkorn hospital, Ubon Ratchathani, Thailand ³Email: nucha@bcnsp.ac.th

⁴Email: niditaya@bcnsp.ac.th

ความสัมพันธ์ของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติในโรงพยาบาลโยธร

Received: Jul 28, 2023
Revised: Oct 30, 2023
Accepted: Dec 4, 2023

อรดี โชคสวัสดิ์ ปร.ด.¹
ปณิชา บุญสวัสดิ์ ปร.ด.²
นุชา นาคศิริ พย.บ.³
นิตยา บึงทอง พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกที่แม่นยำ มีความสำคัญในการดูแลการคลอดที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก รวมทั้งเป็นแนวทางของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกของมารดาที่คลอดปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง 333 ราย เป็นสตรีมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์จริง และคลอดโดยวิธีธรรมชาติ ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 ณ โรงพยาบาลโยธร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยแบบบันทึกข้อมูลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบบันทึกกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างอายุครรภ์เฉลี่ย 38.42 สัปดาห์ (SD = 1.35) มีระดับความสูงของยอดมดลูกเฉลี่ย 30.91 เซนติเมตร (SD = 2.16) น้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกเฉลี่ย 2,989.18 กรัม (SD = 385.68) และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,073.32 กรัม (SD = 344.97) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับน้ำหนักแรกเกิดของทารกคลอดปกติในโรงพยาบาลโยธร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .481, p < .05$)

สรุปผล: น้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกคลอดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ: คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกโดยประยุกต์ใช้สูตรของจอห์นสัน และศึกษาทักษะการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกของพยาบาลในห้องคลอดโดยศึกษาแบบไปข้างหน้า

คำสำคัญ: การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด การวัดระดับความสูงของยอดมดลูก น้ำหนักทารกแรกเกิด

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุบลราชธานี ประเทศไทย Email: oradee@bcnsp.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: panicha.b@stin.ac.th

^{3,4}พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาล 50 พระรามท้าวชีราลงกรณ์ อุบลราชธานี ประเทศไทย Email: nucha@bcnsp.ac.th Email: nitya@bcnsp.ac.th

บทนำ

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดมีความสำคัญ ช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจวางแผนในการดูแลผู้คลอดได้อย่างปลอดภัย¹ โดยการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่แม่นยำหรือมีความคลาดเคลื่อนจากน้ำหนักทารกแรกเกิดจริงน้อยที่สุดจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมได้ การผ่าท้องคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการคลอดปกติ และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น¹ ซึ่งมาตรฐานที่ยอมรับในทั่วโลกให้มีการผ่าตัดคลอดน้อยที่สุด แต่ทวีปเอเชียมีอัตราผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.1 เป็นอันดับสองของโลก² ซึ่งประเทศไทยมีการผ่าท้องคลอดสูงเป็นอันดับ 2 ของทวีปเอเชียรองจากประเทศจีน ข้อบ่งชี้อันดับแรกของการผ่าคลอดฉุกเฉินทางหน้าท้องคือการผิดปกติส่วนระหว่างตัวเด็กกับช่องเชิงกรานของมารดา ซึ่งขนาดช่องเชิงกรานแคบเมื่อทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่¹ ทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้³ ดังนั้นการประเมินเบื้องต้นให้กับมารดาในระยะคลอดด้วยการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จึงจำเป็น ซึ่งการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มีหลายวิธีแต่ละวิธีมีความคลาดเคลื่อนแตกต่างกัน

การประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายวิธี อาทิเช่น 1) การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการวัดสัดส่วนทารกในครรภ์ แล้วนำมาคำนวณน้ำหนักทารกแรกเกิดได้แม่นยำ ต่างประเทศที่นิยมใช้ คือ Hadlock 1 และ Hadlock 2 equation ประเทศไทยใช้การคำนวณของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (CMU equation) ทั้งนี้วิธีการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมีความเที่ยงมากกว่าการประเมินโดยการคลำหน้าท้อง แต่ต้องตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์³⁻⁴ 2) การประเมินน้ำหนักทารกโดยมารดา (Maternal Self-Estimation) ใช้ในการประเมินน้ำหนักในครรภ์หลัง และประเมินน้ำหนักทารกที่อายุครรภ์ครบกำหนด 3) การประเมินขนาดทารกทางหน้าท้อง (abdominal examination) ที่ใช้แพร่หลายได้แก่ 3.1) การประเมินขนาดตัวทารก (Tactile assessment of fetal size) เป็นการคาดคะเนน้ำหนักโดยการตรวจร่างกาย Leopold's maneuvers ซึ่งการประเมินน้ำหนักทารกจะเปรียบเทียบกับตารางค่าน้ำหนักของทารกในอายุครรภ์ต่าง ๆ เป็นวิธีที่สะดวก

ปลอดภัย แพร่หลาย และไม่เสียค่าใช้จ่าย 3.2) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก (fundal height) และเส้นรอบหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือด้วยสายวัดเพื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดที่นิยมใช้ มี 2 สูตร ได้แก่ 3.2.1) จอห์นสัน ฟอรัมมูลา (Johnson's formula) เป็นการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกจากขอบบนของกระดูกหัวหน่าวถึงยอดมดลูกมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ดังสูตร (ความสูงของยอดมดลูก (fundal height: FH) – X (ระดับส่วนน้ำ) และคูณด้วย 155 โดย X คือ 11 เมื่อระดับส่วนน้ำของทารกอยู่ตั้งแต่ระดับ ischial spine ลงมา และ 12 เมื่อระดับส่วนน้ำของทารกอยู่เหนือกว่ากระดูก ischial spine ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนด้วยวิธี Johnson's formula กับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความแตกต่างกัน ± 450 กรัม 3.2.2) แดร์ ฟอรัมมูลา (Dare's formula) ใช้ผลคูณระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ดังสูตร ระดับความสูงของยอดมดลูก (fundal height: FH) คูณด้วยเส้นรอบหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ (abdominal circumference: AC) คือ (FH X AC) ผลที่ได้คือน้ำหนักทารกในครรภ์ (หน่วยเป็นกรัม) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดเมื่อซึ่งภายใน 30 นาทีหลังคลอด โดยใช้ได้ในกลุ่มผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์¹

การศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการทำนายน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดและเป็นการคะเนเบื้องต้นที่ใช้คัดกรองความผิดปกติในการเจริญเติบโตของทารก⁵⁻⁷ การวัดระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดสามารถทำนายภาวะทารกตัวโตได้ประมาณ ร้อยละ 47-81⁸ และมีความไว (Sensitivity) ในการทำนายน้ำหนักทารกแรกเกิดจากการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ ร้อยละ 75.1⁷ ทั้งนี้สรุปได้ว่าการประเมินขนาดทารกทางหน้าท้องจากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกโดยใช้สายวัดเป็นวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เบื้องต้นที่สะดวกสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์นำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย

โรงพยาบาลยโสธรเป็นสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก มีจำนวนผู้รับ

บริการการคลอดปริมาณมาก ดังสถิติในปี พ.ศ. 2563⁹ มีผู้มารับบริการการคลอด จำนวนทั้งสิ้น 2,509 ราย มีจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ 2,435 ราย จำแนกเป็นคลอดผิดปกติ 1,728 ราย (ร้อยละ 68.87) พบมารดามีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (pregestational/overt DM) และเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) 179 ราย (ร้อยละ 7.13) มารดาที่มีช่องเชิงกรานไม่สัมพันธ์กับทารก (Cephalopelvic disproportion) 305 ราย (ร้อยละ 12.15) และพบทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (Macrosomia) 24 ราย (ร้อยละ 0.95) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ปัจจัยเสี่ยงจากทารกตัวโต มารดามีช่องเชิงกรานไม่สัมพันธ์กับขนาดของทารก และมารดาเป็นเบาหวาน ทำให้เกิดภาวะคลอดยากและก่อให้เกิดการคลอดที่ผิดปกติ¹⁰ ส่งผลให้โรงพยาบาลโยธรมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) ถึงร้อยละ 63.65⁹ ซึ่งเป็นผลกระทบที่เป็นอันตรายทางสูติศาสตร์ต่อมารดาและทารกแรกเกิด ผลกระทบดังกล่าวสามารถป้องกันได้จากวิธีการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกเพื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹¹ ปัจจุบันโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้วิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดจากการวัดระดับยอดมดลูกที่หลากหลาย ส่วนโรงพยาบาลโยธรมีพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก (fundal height) แบบจอห์นสัน ฟอรัมมูลา (Johnson's formula) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย โดยได้จัดทำเป็นแผ่นตารางที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้มองเห็นความสำคัญของการศึกษาความสัมพันธ์ของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ต่อภาวะเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยหรือทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม รวมทั้งการวางแผนส่งต่อสถานพยาบาลที่มีเครื่องมือทางการแพทย์พร้อม

ตามความจำเป็นได้ทันทั่วทั้งที่ นอกจากนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการทดสอบหาความสัมพันธ์วิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดและสามารถใช้เป็นข้อมูลในการช่วยตัดสินใจว่าวิธีการคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดของโรงพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติงานตามสมรรถนะวิชาชีพที่เหมาะสมและเกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติ

คำถามการวิจัย

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความสัมพันธ์ของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติ เป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจว่าวิธีการวัดระดับยอดมดลูกในระยะคลอดที่ทำตามมาตรฐานสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดนั้น ซึ่งวิธีของจอห์นสัน ฟอรัมมูลา (Johnson's formula) เป็นการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกจากขอบบนของกระดูกหัวหน่าวถึงยอดมดลูกมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ดังสูตร (ความสูงของยอดมดลูก (fundal height: FH) - X (ระดับส่วนน้ำ) และคูณด้วย 155 โดย X คือ 11 เมื่อระดับส่วนน้ำของทารกอยู่ตั้งแต่ระดับ ischial spine ลงมา และ 12 เมื่อระดับส่วนน้ำของทารกอยู่เหนือกว่ากระดูก ischial spine โดยทำการศึกษาข้อมูลจากรายงานการคลอดที่บันทึกในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่มาคลอดในท้องคลอดโรงพยาบาลโสธร จังหวัดโสธร ในเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 2,509 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์เดี่ยว มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มาด้วยอาการเจ็บครรภ์จริง คลอดโดยวิธีธรรมชาติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางของ เครซี่ และ มอร์แกน¹² เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มโดยใช้รหัส HN ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล ที่รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งอยู่ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกของโรงพยาบาล ข้อมูลประกอบด้วย อายุผู้มาคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ (GPAL Last child) อายุครรภ์ วันที่มาคลอด น้ำหนักและส่วนสูงก่อนตั้งครรภ์ อาการสำคัญที่มารโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค วันที่คลอด เพศบุตร ระดับยอดมดลูก น้ำหนักที่คาดคะเน น้ำหนักทารกแรกเกิด APGAR SCORE ในนาทีที่ 1, 5 และ 10 และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามในแบบบันทึกกับวัตถุประสงค์เป็น .72 โดยใช้เกณฑ์ยอมรับได้ที่ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .05-1.0¹³

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับใบรับรองการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขึ้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธรในการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขออนุญาตจากหัวหน้าแผนกห้องคลอดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประชุมชี้แจงในหน่วยงานและนำแบบบันทึกข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในฐานข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ.2564

5. เมื่อได้ข้อมูลระดับความสูงของยอดมดลูก จะได้นำมาคิดคำนวณตามสูตรการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ของจอห์นสัน ซึ่งงานห้องคลอดโรงพยาบาลโสธรได้จัดทำตารางน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกไว้ในแผ่นชาร์ตซึ่งคำนวณไว้เรียบร้อยแล้วเพื่อให้ขั้นตอนการรับใหม่ผู้มาคลอดมีความสะดวกและมีมาตรฐานการดูแลของแผนกห้องคลอด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่โครงการวิจัย 11/2564 ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2564 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลโสธร ให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลได้โดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอน วิธีการของการเก็บข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน แล้วเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การวิจัยนี้ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากอาสาสมัครเนื่องจากเป็นข้อมูลด้านเอกสารของอาสาสมัคร (ข้อมูลทุติยภูมิ) ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดของอาสาสมัครจะถูกเก็บไว้รักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือระบุข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ที่จะสามารถระบุตัวอาสาสมัครได้ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1 ข้อมูล/ตัวแปร ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ระดับความสูงของยอดมดลูก น้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนได้จากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก น้ำหนักทารกแรกเกิด วิเคราะห์ตามลักษณะของข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกคลอดปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติในโรงพยาบาลโสธร

1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ การวินิจฉัย และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 คน มีอายุตั้งแต่ 15-43 ปี อายุเฉลี่ย 26.09 ปี ($SD = .320$) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 67.83 กิโลกรัม ($SD = .578$) BMI เฉลี่ย 26.69 ($SD = 3.92$) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 41.4) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.42 สัปดาห์ ($SD = 1.350$) ระดับความสูงของยอดมดลูกเฉลี่ย 30.91 เซนติเมตร ($SD = 2.193$) อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล (ร้อยละ 89.8) ทารกแรกคลอดเป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 51.1 และ 48.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการตั้งครรภ์ ความสูงของยอดมดลูก และเพศทารก (N = 333)

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลการคลอด		M	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	15-43 ปี	26.09 ($SD = .320$)	-	-
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กก.)	48-105 กก.	67.83 ($SD = .578$)	-	-
ส่วนสูง (ซม.)	138-185 ซม.	159.44 ($SD = .306$)	-	-
BMI	19.43-39.95	26.69 ($SD = 3.92$)	-	-
อายุครรภ์		38.42 ($SD = 1.350$)	-	-
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	1	-	114	34.2
	2	-	138	41.4
	3	-	56	16.8
	4-6	-	25	7.5
ทารกคลอดเพศ	ชาย	-	170	51.1
	หญิง	-	163	48.9
ความสูงยอดมดลูก (ซม.)	24-37 ซม.	30.91 ($SD = 2.193$)	-	-

1.2 ข้อมูลน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนเมื่อวัดระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดของห้องคลอดโรงพยาบาลโสธร พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 2,989.18 กรัม ($SD = 385.68$) และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,073.32 กรัม ($SD = 344.97$) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

เพียร์สันระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักทารกแรกเกิด จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 333 ราย พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r = .481$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนจากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติ (N = 333)

ตัวแปร	น้ำหนัก	r	p-value
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	3,073.32	.481**	.000**
น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน (กรัม)	2,996.51		

** . p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอดกับน้ำหนักแรกเกิดของทารกในมารดาที่คลอดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .481, p < .05$) อธิบายได้ว่าระดับความสูงของยอดมดลูกที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดตามสูตรของจอห์นสัน ฟอรัมมูลา (Johnson's formula) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์^{5,14-15} สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .992, p < .01$)¹⁶ และน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .831, p < .01$)¹⁶

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลแบบพหุติภูมิซึ่งผู้บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนมีประสบการณ์ต่างกัน ทั้งนี้ทักษะการวัดขนาดระดับความสูงของยอดมดลูกในพยาบาลแต่ละคนไม่เท่ากัน และสตรีที่มาคลอดบางรายมีน้ำหนักตัวมากอาจคลำปุ่มกระดูกส่วนบนของหัวหน่าวได้ไม่ชัดเจน หรือสูตรการคำนวณที่นำมาใช้เป็นของต่างประเทศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในประเทศไทยอาจมีบริบทแตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนกับน้ำหนักแรกเกิดครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับลักษณะของมารดายังสามารถทำนายน้ำหนักทารกแรกเกิดได้ คือ น้ำหนัก (BW: body weight), ส่วนสูง (Ht: height), ระดับความสูงของยอดมดลูก (SFH: symphysisfundal height)^{17,18} รายงาน

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 3,000 กรัม มีแนวโน้มให้ผลลัพธ์การคาดคะเนน้ำหนักน้อยกว่า (Underestimate) และทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 3,000 กรัม มีแนวโน้มให้ผลคาดคะเนน้ำหนักเกินจริง (Overestimate)¹⁹ แต่การศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่งพบว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่อความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์²⁰ ซึ่งน้ำหนักทารกในครรภ์จะแม่นยำพบบในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติก่อนการตั้งครรภ์^{11, 21} ได้เช่นกัน ดังนั้นดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ที่ปกติ สูงหรือต่ำกว่าปกติ ล้วนมีผลต่อการคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์

นอกจากความแม่นยำของวิธีคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากระดับความสูงยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด อาจต้องพิจารณาถึงความคลาดเคลื่อนของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เมื่อเทียบกับน้ำหนักทารกแรกคลอดด้วย ซึ่งต้องมีความคลาดเคลื่อนของการคาดคะเนที่น้อยที่สุด ทั้งนี้ความแม่นยำของข้อมูลที่เหมาะสมและนำมาใช้คาดคะเนนั้นควรมีค่าความคลาดเคลื่อนคิดเป็นสัดส่วนต่อน้ำหนักจริงไม่เกินร้อยละ 10¹⁹ และเป็นวิธีการที่มีร้อยละของการคาดคะเนที่ให้ความแม่นยำตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป⁵ โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี¹¹ ได้เปรียบเทียบน้ำหนักทารกในครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกคลอด มีน้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,042.15 กรัม ซึ่งน้ำหนักต่างกันเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 54 กรัม (SD = .292) ส่วนการศึกษาที่โรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด¹⁶ พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความคลาดเคลื่อนของการคาดคะเน 75.30 กรัม (SD = 246.71) และการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย²¹ พบว่า

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่คลาดเคลื่อนของน้ำหนักทารกจากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกจริงไม่แตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกจากการคาดคะเนเท่ากับ $3,184.71 \pm 348.27$ กรัม และค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกจริงเท่ากับ $3,171.15 \pm 404.77$ กรัม ค่าเฉลี่ยน้ำหนักคลาดเคลื่อนเท่ากับ 228.75 ± 150.39 กรัม

นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนได้ไม่มีความแตกต่างกับน้ำหนักทารกแรกเกิด แสดงว่าวิธีคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากการวัดระดับความสูงของมดลูกมีความแม่นยำ^{1, 19, 22, 23} ซึ่งในประเทศไทยจะแม่นยำมากขึ้นเมื่อใช้การวัดเส้นรอบท้องร่วมด้วย^{1, 19} ส่วนวิจัยต่างประเทศมีวิธีคำนวณจากการวัดระดับความสูงของมดลูกมีความแม่นยำกว่าจากการวัดเส้นรอบท้องร่วมด้วยร้อยละ 66 และ 58.5 ตามลำดับ²²

อย่างไรก็ตามการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ยังมีความจำเป็นในการพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งปัจจุบันยังคงคำนวณด้วยสูตรของจอห์นสัน²⁴อย่างแพร่หลาย ประกอบกับโรงพยาบาลโยธรมีการใช้ตารางคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนเมื่อวัดระดับความสูงของยอดมดลูกเป็นการอำนวยความสะดวกในการคำนวณให้กับผู้ปฏิบัติงานในหลายสาขาวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้มาคลอด

ข้อจำกัดการวิจัย

จากการวิจัยในครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลแบบทุติยภูมิที่ผู้วิจัยเก็บจากเวชระเบียนที่มีผู้บันทึกไว้ ในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และนำมาวิเคราะห์ผลวิจัยออกมาซึ่งอาจมีผลต่อความแม่นยำในการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลการวัดขนาดของมดลูกนั้นเป็นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่เกิดจากทักษะการวัดในทีมพยาบาลที่มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน หรือนักศึกษาหลายสถาบัน นอกจากนั้นข้อมูลบางอย่าง

เช่น BMI อาจส่งผลถึงความอ้วนและผนังหน้าท้องของมารดาที่มีผลต่อการวัดขนาดของมดลูกประกอบกับการวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวทำให้ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในด้านเทคนิคต่าง ๆ ของการวัดระดับยอดมดลูกกับการคาดคะเนถึงน้ำหนักทารกแรกคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการศึกษาทักษะจากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกเพื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกคลอดแบบจอห์นสัน ของพยาบาลในหน่วยงาน และอาจเพิ่มการวัดเส้นรอบท้องเพื่อให้มีความแม่นยำในการคำนวณคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการจัดอบรมฝึกทักษะการวัดขนาดหน้าท้องของพยาบาลประจำการห้องคลอดทุกคน และมีการประเมินเป็นระยะ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกในระยะคลอด ที่จะส่งผลกระทบต่อคำนวณคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ผิดพลาด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกคลอดจากการวัดระดับความสูงของมดลูกกับน้ำหนักแรกคลอดในมารดาที่คลอดปกติ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเจ้าหน้าที่แต่ละระดับโดยการศึกษาไปข้างหน้า

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างน้ำหนักที่คลาดเคลื่อนจากการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกคลอดจากการวัดระดับความสูงของมดลูกกับน้ำหนักแรกคลอดในมารดาที่คลอดปกติ แบบจอห์นสัน และแบบอื่น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกแบบต่าง ๆ ของพยาบาลในหน่วยงานอื่น

References

1. Wisarutkasempong A, Chobkhayan S. Comparative study on fetal weight estimation in labor using Dare's and Johnson's formula and correlation with neonatal birth weight. *Journal of Health Science* 2020;29(4):637-45. (in Thai)
2. WHO. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access 2021 [Internet]. 2021 [cited 16 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
3. Anothaisathaporn N. Accuracy of sonographic birth weight prediction among various calculation formulas. Chiang Mai: Chiang Mai University, Faculty of Medicine; 2020.
4. Preyer O, Husslein H, Concin N, Ridder A, Musielak M, Pfeifer C, et al. Fetal weight estimation at term—ultrasound versus clinical examination with Leopold's manoeuvres: a prospective blinded observational study. *BioMed Central Pregnancy Childbirth* 2019;19:1-9.
5. Yiheyis A, Alemseged F, Segni H. Johnson's formula for predicting birth weight in pregnant mothers at Jimma University Teaching Hospital, South West Ethiopia. *Medical Journal of Obstetrics and Gynecology* 2016;4(3):1087-93.
6. Peter JR, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(9): 1-18.
7. Yomibo-Sofolahan TA, Ariba AJ, Abiodun O, Egunjobi AO, Ojo OS. Reliability of a clinical method in estimating foetal weight and predicting route of delivery in term parturient monitored at a voluntary agency hospital in Southwest Nigeria. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 2021;13(1):1-6.
8. Yadav R, Sharma B, Deokota R, Rahman H. Assessment of clinical methods and ultrasound in predicting fetal birth weight in term pregnant women. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2016;5(8):2775-9.
9. Yasotorn. HOSxP [Internet]. 2023 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://hosxp.net/smf2/index.php?topic=2305.0>
10. Gou B-H, Guan H-M, Bi Y-X, Ding B-J. Gestational diabetes: weight gain during pregnancy and its relationship to pregnancy outcomes. *Chinese Medical Journal* 2019;132(02):154-60.
11. Sattana S. The Development Of Estimate Fetal Birth Weight in Pregnancy labour room Buntharik Hospital. *Thammasat University Hospital Journal Online* 2019;4(3):49-55 (in Thai)
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement* 1970;30(3):607-10.
13. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(1):9-15. (in Thai)

14. Wang X, Zhang X, Zhou M, Juan J, Wang X. Association of prepregnancy body mass index, rate of gestational weight gain with pregnancy outcomes in Chinese urban women. *Journal of Nutrition and Metabolism* 2019;16(54):1-9.
15. Sun Y, Shen Z, Zhan Y, Wang Y, Ma S, Zhang S, et al. Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on maternal and infant complications. *BioMed Central Pregnancy Childbirth* 2020;20(1):1-13.
16. Sripoun S, Polyiam R, Sriwongchai L. Correlations between Fundal Height Measurement and Estimated Fetal Weight in Term Deliveries. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2021;15(38):497-507. (in Thai)
17. Jaruyawongs P, Manovit S. Maternal physical parameters for predicting neonatal birthweight *Journal of the Medical Association of Thailand* 2018;101(2):S61-8.
18. Yapan P, Promchirachote C, Yaiyam C, Rahman S, Pooliam J, Wataganara T. Intrapartum prediction of birth weight with a simplified algorithmic approach derived from maternal characteristics. *Journal of perinatal medicine* 2019;47(6):643-50.
19. Pusswong V, Leehuahuad J. Relationship between body mass index and birth weight estimation error of nothers admitted to Damnoensaduak Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of life* 2023;3(1):72-82. (in Thai)
20. Itarat Y, Buppasiri P, Sophonvivat S. Fetal weight estimation using symphysio-fundal height and abdominal girth measurements in different pre-pregnancy body mass indices. *Thai Journal Obstetrics and Gynaecology* 2017;25(3):167-74. (in Thai)
21. Techarungsan O, Suksong W. Comparative study of fetal birth weight by multiplication of Intrapartum symphysio-fundal height and maternal abdominal circumference: a case study conducted in Queen SavangVadhana Memorial Hospital. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2018;11(1):161-70. (in Thai)
22. Alirezai S, Azmoude E, Ghaderi A. Error analysis for determination of accuracy of Johnson's formula, Dare's formula and mother's opinion for the estimation of birth weight: results of an Iranian cross-sectional study. *Acta facultatis medicae Naissensis* 2018;35(4):320-9.
23. Ratanapitaksa W. Comparative and association study between the fetal weight at delivery estimated by dare method and ultrasound examination and newborn weight, Bang Bua Thong Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2023;26 (1):68-77. (in Thai)
24. Hutagaol IE, Tilusari SP, Sembiring DA. Accuracy of Johnson-Toshack, Niswander and Risanto formulas to predict the estimated fetal weight based on symphysis-fundal height measurement. *Internationnal Journal of Research Publication* 2022;103(1):83-5.

บทความวิจัย

Effects of the Self-Efficacy and Family Support Enhancement Program on Adherence to Therapeutic Regimens among Patients with Permanent Pacemakers

Received: May 17, 2023

Revised: Oct 24, 2023

Accepted: Dec 12, 2023

Chayuda Khocharoen, B.N.S.¹

Pattarasiri Potjamanpong, M.N.S.²

Teetouch Ananwattanasuk, MD.³

Abstract

Introduction: Patients with a permanent pacemaker need appropriate self-care education. Enhancing their self-efficacy and family support is important in adherence to therapeutic regimens.

Research Objectives: to examine the effects of a self-efficacy and family support enhancement program on adherence to therapeutic regimens among patients with a pacemaker.

Research Methodology: In this quasi-experimental research was conducted at a heart clinic in a tertiary hospital in Thailand. Patients with Permanent Pacemakers 52 subjects, Patients in the control group received standard treatment 26 subjects and the experimental group, those in the experimental group underwent a self-efficacy and family support enhancement program administered by the researcher 26 subjects. The researcher selects by purposive sampling. The research instruments included a demographic questionnaire; a family support questionnaire, and a questionnaire on adherence to therapeutic regimens for patients with permanent pacemakers. Data analysis was performed using descriptive statistics, chi-square test, and independent t-test.

Results: The adherence score to therapeutic regimens among patients with permanent pacemakers in the experimental group after receiving self-efficacy with family support was statistically significantly higher than that of the control group ($t = 5.77, p < .05$) Period. The adherence score to therapeutic regimens among patients with permanent pacemakers in the experimental group was statistically significantly higher after receiving the program integrating self-efficacy with family support compared to before receiving the program ($t = 4.85, p < .05$).

Conclusions: The results of this study show self-efficacy and family support enhancement programs lead to increased adherence to therapeutic regimens among patients with permanent pacemakers.

Implications: Findings can be applied to self-efficacy and social support enhancement program programs aim to make it clear that we're talking about self-efficacy and family support enhancement programs.to attain appropriate and continuous care.

Keywords: family support, adherence to therapeutic regimens, patients with permanent pacemaker

Funding: Navamindradhiraj University Research Fund

¹ Professional nurse, Email: Chayuda@nmu.ac.th

² Corresponding authors: Assistant professor, Email: Pattarasiri@nmu.ac.th

³ Assistant professors, Email: teetouch@nmu.ac.th

^{1,3} Heart Clinic, Vajira Hospital, Kuakarun Faculty of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

Received: May 17, 2023

Revised: Oct 24, 2023

Accepted: Dec 12, 2023

ชยุดา ขอเจริญ พย.บ.¹

ภัทรสิริ พงมานพงศ์ พย.ม.²

ธีธัช อนันต์วัฒนสุข พ.บ.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรต้องเรียนรู้การดูแลตนเองตลอดชีวิต การสร้างเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร เข้ารับการรักษาที่หน่วยหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 52 คน เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 26 คน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของเบนคูราที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 26 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย: คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.77, p < .05$) และคะแนนความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.85, p < .05$)

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเกิดความร่วมมือในการรักษาของเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเพื่อให้เกิดความร่วมมือและมารักษาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนของครอบครัว ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

แหล่งทุนสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: Chayuda@nmu.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Pattarasiri@nmu.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: teetouch@nmu.ac.th

¹⁻³หน่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการอนุรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยจะส่งสัญญาณไฟฟ้าไปควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจสำหรับผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจช้าหรือในผู้ที่มีปัญหาหัวใจหยุดเต้น¹ เพื่อให้การทำงานของหัวใจกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงภาวะปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับเครื่องไปตลอดชีวิต² ในการรักษาผู้ป่วยด้วยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจทั่วโลก ประมาณ 1.25 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2016 ผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจในประเทศทวีปยุโรป ประมาณ 500,000 ครั้ง ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มประเทศอื่น ๆ ถึง 4 เท่า³ และจากสถิติประเทศออสเตรเลียพบจำนวนประชากรที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจประมาณ 55.3 คนต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 72.6 คนต่อแสนประชากร คิดเป็น ร้อยละ 2.8 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี สอดคล้องกับข้อมูลประเทศไทยมีประชากรที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจมีมากขึ้น⁴ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ จำนวน 981 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 1,009 ราย ในปี พ.ศ. 2563⁵

ผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอาจได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะ 1-3 เดือนแรก ได้แก่ ด้านร่างกาย มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย เจ็บหน้าอก ใจสั่น ตีตื้อในตำแหน่งที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ⁶ ด้านจิตใจ มีความไม่มั่นคงในชีวิต กลัว วิตกกังวลว่าเครื่องจะหยุดทำงาน⁷ และด้านสังคม ไม่อยากเข้าร่วมสังคม ลดบทบาทหน้าที่ของตนเอง⁸ มีข้อจำกัดกิจกรรมทางกาย เช่น ห้ามนอนตะแคง ทับเครื่อง ไม่ควรยกของที่มีน้ำหนักเกิน 5 กิโลกรัม⁶ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานกับภาวะแทรกซ้อน และการเปลี่ยนบทบาทในชีวิต⁹ การส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมีความจำเป็น โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนและการดูแลเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด การตรวจเช็คเครื่องกระตุ้นหัวใจ เพราะเป็นการตรวจการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจ การรับประทานยาป้องกันลิ่มเลือด โดยรูปแบบการสอนจะเป็นการบรรยาย ดูสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล

ทางเดียว ไม่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ไม่ครอบคลุม ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ ขาดความตระหนักในการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม¹⁰ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย

ความร่วมมือในการรักษา (Adherence to therapeutic regimens) พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยอมรับคำแนะนำและยึดมั่นในการดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตัวหรือการเข้า การรับประทานอาหาร ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่สอดคล้องตามแนวทางการรักษาของบุคลากรทางทีมสุขภาพ¹¹ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาจึงได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะของตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการและดำเนินการเพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการตระหนักและมีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดำเนินชีวิตร่วมกับเครื่องกระตุ้นหัวใจ¹² ได้แก่ การกระตุ้นร่างกายและสภาวะทางอารมณ์เพื่อเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสังเกตความผิดปกติ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม อีกทั้งการประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคคล การเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกัน และประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะเกิดความพยายามและฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ การใช้คำพูดเพื่อชักจูงและโน้มน้าวให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹³

การบูรณาการแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี มีกำลังใจในการเผชิญกับโรคและสามารถปรับตัวได้มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผู้วิจัยได้นำแนวคิดไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อ ความร่วมมือในการรักษา และการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว¹⁵ ซึ่งผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับความรู้ และการฝึกทักษะกิจกรรมความร่วมมือในการรักษา พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁶ การนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในการกระตุ้นการทำการกิจกรรม การให้ความช่วยเหลือประเมินความผิดปกติ และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด¹⁷ ดังนั้นหากส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและให้การสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย จะช่วยส่งเสริมการให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าใน ประเทศไทย ยังไม่มีการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการสร้างโปรแกรมเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวางแผนและกำหนดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

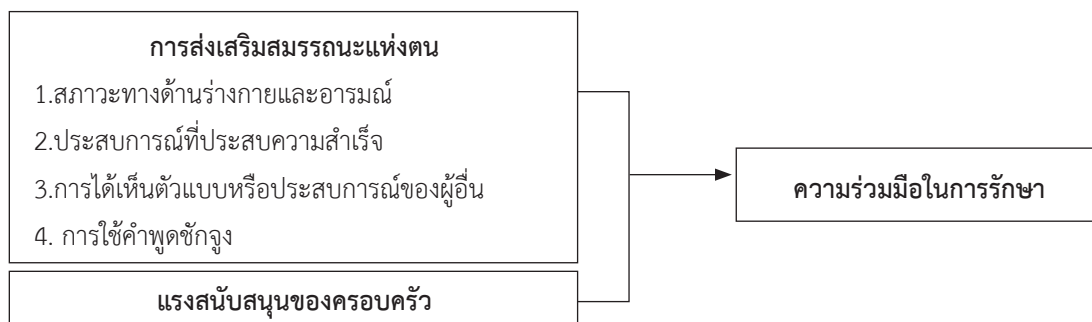
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว และผู้ที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยโดยมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่ปฏิบัติได้ประสบความสำเร็จ¹⁸ ดังนั้น 1) เตรียมร่างกายและอารมณ์ เป็นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีครอบครัวคอยสนับสนุนทางอารมณ์ โดยให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ให้ความร่วมมือในการรักษา คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา และมีกำลังใจ 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์โดยตรงในการปฏิบัติ ได้แก่ ตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมีครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของ จัดเตรียมอาหารที่จำกัดโซเดียม จัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการสนับสนุนด้านการประเมินผลย้อนกลับโดยสมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปประเมินตนเอง 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้ป่วยและครอบครัวรับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร 4) การกล่าวคำชมเชยเพื่อให้เกิดอารมณ์ทางบวกในการปฏิบัติ เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่น และให้ความร่วมมือในการรักษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2564 - เดือนมกราคม 2566

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 20-59 ปี เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร เป็นครั้งแรก
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย สื่อสารโดยการพูดเขียนภาษาไทยได้
3. สามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติชนิดที่เป็นอันตรายหรือภาวะหัวใจวาย หรือมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตจนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะที่ติดต่อเก็บข้อมูล
4. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจชนิดผ่าตัดฝังติดตัวอัตโนมัติ
5. ไม่มีอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล
6. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - 6.1 อายุ 18-59 ปี เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 - 6.2 สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ หัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ

ในขณะที่พักหรือออกแรง ภาวะช็อกของหัวใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน¹⁹ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .8 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึง เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรักษา และการมาตรวจซ้ำก่อนวันนัดของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว¹⁵ ได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ 4.09 ผู้วิจัยปรับขนาดอิทธิพลให้เท่ากับ .8 จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย โดยมีการจับคู่ (matched pair) เพศ และอายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี โดยให้ผู้ป่วย 26 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนเมื่อครบกลุ่มควบคุม จึงมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของดุซงกีพงษ์อุดม²⁰ มีข้อความ 17 ข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และวิถีชีวิตของ มีลักษณะการวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ มากที่สุด (4 คะแนน) ถึงไม่มีการสนับสนุนทางสังคม (1 คะแนน)
3. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ซึ่งผู้วิจัยได้

ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 15 ข้อ คำตอบแบบ 2 ค่า คือ 0 คะแนน (ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา) และ 1 คะแนน (สอดคล้องกับแผนการรักษา)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จผ่านสื่อวีดิทัศน์ 4) การใช้คำพูดชักจูงโดยการกล่าวคำชมเชย โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2) แพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ได้ค่าความตรงเนื้อหา .78 และ .82 และนำไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .86 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 114/64E วันที่ 10 กรกฎาคม 2564 คณะผู้วิจัยเริ่มดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัย พบประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยหัวใจและหลอดเลือดพร้อมทั้งชี้แจงผู้ช่วยวิจัยในการใช้เครื่องมือและการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามใช้เวลา 20 นาที และนัดผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและกล่าวสั้นที่สุดการเก็บข้อมูลพร้อมสอบถามข้อสงสัย

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 เริ่มตั้งแต่การมารับการรักษาที่หน่วยหัวใจและหลอดเลือดในครั้งแรกโดยมีการประเมินความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์หาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยจากการซักถาม สังเกตรวมทั้งค้นหาปัญหาจากครอบครัว โดยผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนการทำกิจกรรม ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 40 -60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เตรียมร่างกายและอารมณ์ เตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 5 นาที เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ ประเมินอาการและตรวจร่างกายทั่วไป และมอบคู่มือการปฏิบัติตัว โดยครอบครัวคอยสนับสนุนให้กำลังใจให้ความร่วมมือในการรักษา คอยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ พร้อมแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมินผลย้อนกลับ

กิจกรรมที่ 3 การได้เห็นตัวแบบ โดยผู้ป่วยและครอบครัวรับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร เวลา 5 นาที เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยจะใช้คำถามปลายเปิด พร้อมชมเชยและกล่าวเสริมแรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยครอบครัวสนับสนุนยอมรับและเห็นคุณค่าผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมสรุปผลการดำเนินกิจกรรม และให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร พร้อมแจ้งสิ้นสุดการทดลองและกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร จำนวน 52 คน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน กลุ่มทดลอง 26 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 53-59 ปี ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 มีภรรยา/สามีเป็นผู้ดูแลหลัก

ร้อยละ 50 โดยมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.3 มีรายได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 42.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.3 และมีโรคประจำตัวทุกคน กลุ่มควบคุม เพศชายร้อยละ 57.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.2 มีภรรยา/สามีเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ร้อยละ 46.2 มีระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 38.5 มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.6 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.6

คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.85, p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 52$)

ความร่วมมือในการรักษา	N	M	SD	t	p value
ก่อนทดลอง	26	7.62	.70	4.85	.000
หลังทดลอง	26	8.45	.80		

* $p < .05$

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวและการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วย

ที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.85, p < .05$) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวและการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 52)

ความร่วมมือในการรักษา	N	M	SD	t	p value
กลุ่มควบคุม	26	8.35	.81	5.77	.000
กลุ่มทดลอง	26	8.45	.78		

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา 8.45 (SD = .78) และกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษา 8.35 (SD = .81) ทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.77, p < .05$)

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹³ เป็นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่มีความสำคัญให้สำเร็จ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติ โดยโปรแกรมมีการบูรณาการครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่มีความใกล้ชิด และคอยช่วยเหลือกระตุ้น คอยสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งเสริมสมรรถนะความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ผ่านขั้นตอนการเรียนรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ได้แก่ 4 กิจกรรม คือ 1) การประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมี

การประเมินอาการและตรวจร่างกายทั่วไป การดูแลทำความสะอาดแผล การรับประทานยา การสังเกตความผิดปกติ เช่น เหนื่อยง่าย ใจสั่น รู้สึกจะเป็นลม เวียนศีรษะบ่อยๆ แนะนำการตรวจจับชีพจร และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติโดยครอบครัวคอยสนับสนุนทางอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ให้ความร่วมมือในการรักษา คอยกระตุ้นเตือน ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามการให้ความร่วมมือในการรักษา 2) ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยได้รับสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพเพื่อใช้รวบรวมข้อมูล กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ พฤติกรรมพร้อมประเมินผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อนำมาเปรียบเทียบพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ โดยมีครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมินผลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสพการณ์ของผู้อื่น โดยผู้ป่วยรับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ซึ่งมีตัวแบบที่มีสภาพการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนให้ข้อมูลและจดบันทึกประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วย 4) การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยจะใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นสะท้อนผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมในอดีตพร้อมชมเชยและกล่าวเสริมแรงแก่ผู้ป่วยในการกระตุ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยครอบครัวสนับสนุนยอมรับและช่วยเหลือ

ในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อเสริมแรงจิตใจในการเรียนรู้ และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้เพิ่มขึ้น²¹ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การควบคุมโรค และระดับครีเอตินินในเลือดในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว โดยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม วิถีทัศน์ การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมโรค คู่มือสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคพฤติกรรมควบคุมโรค คู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.85, p < .05$)

ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับเครื่องไปตลอดชีวิต มีการปรับ

เปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป แต่จากการศึกษาของ โปลิคันตรีโอดี และคณะ²³ พบว่าผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจมักมีความวิตกกังวลอย่างมากเกี่ยวกับการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจ เกิดการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ เพราะกลัวจะเกิดอันตรายกับตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรมได้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดสมรรถนะในการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นในการสร้างเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างเหมาะสม และสามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้น การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย และเป็นการตรวจการติดตามการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจมีความสำคัญ โดยปกติผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรหลังเข้ารับการรักษาก็จะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งในการให้ข้อมูลจะเป็นการให้ข้อมูลในทางเดียว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ขาดการมาตรวจตามนัดหรือการให้ความร่วมมือในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁰ จึงอาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคได้

ทั้งนี้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจึงมีความจำเป็น โดยโปรแกรมได้ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ 2) ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสพการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จผ่านสื่อวีดิทัศน์ 4) การใช้คำพูดชักจูงโดยการกล่าวคำชมเชยเพื่อให้เกิดอารมณ์ทางบวกในการปฏิบัติโดยมีการบูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี มีกำลังใจในการเผชิญกับโรคและสามารถปรับตัวต่อปัญหาที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการเข้ารับการรักษามาเสมอ สอดคล้องกับ

การศึกษาของพรทิพย์ อ่อนเพชร และนรลักษณ์ เอื้อกิจ²⁴ ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการทำหน้าที่ พบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยซึ่งโปรแกรมจะมีการกระตุ้นและทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ²⁵ ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งจะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกิดการยึดมั่นในแผนการรักษา และตระหนักในการค้นหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม²⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการมารักษา และมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรในระยะยาวเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย มีการต่อยอดสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืน

References

1. Perez AA, Woo FW, TSang DC, Carrillo RG. Transvenous lead extractions: current approaches and future trends. *Arrhythmia & electrophysiology review* 2018;7(3):210-17.
2. Pensri L, Ua-Kit N. Care of patients with permanent cardiac pacemaker: nurse's roles. *Ramathibodi Nursing Journal* 2019;25(3):255-69. (in Thai)
3. Raatikainen MJP, Amar DO, Merkely B, Nielsen JC, Hindricks G, Heidbuchel H, et al. Decade of information on the use of cardiac implantable electronic devices and interventional electrophysiological procedures in the European Society of Cardiology Countries: 2017 report from the European Heart Rhythm Association. *European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology* 2017;19(suppl 2):ii1–90.
4. Westaway S, Nye E, Gallagher C. Trends in the use, complications, and costs of permanent pacemakers in Australia: a nationwide study from 2008 to 2017. *Pacing and Clinical Electrophysiology* 2021;44(2):266-73.
5. Medical records unit, Faculty of Medicine Vajira Hospital. Statistics on the use of cardiac electronic devices in heart patients. Bangkok: Faculty of Medicine Vajira Hospital Nawaminradhiraj University; 2021. (in Thai)
6. Phruksahiran P, Ua-Kit, N. Promoting physical activity of persons with permanent cardiac pacemaker: nurse's roles. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2023;24(1):10-9. (in Thai)

7. Pongsuay C, Choowattanapakorn T. Experiences of older persons living with permanent pacemakers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2012; 24(3):79-91. (in Thai)
8. Mamourel A, Babatsikou F, Flevari P, Leftheriotis D, Fragiadakis E, Polikandrioti M. Anxiety and depression in patients with permanent cardiac pacemaker. *Perioperative Nursing* 2017;6:107-23.
9. Ebada RA, El Senousy TA, Mohammed SY, AbadallaAbdelatief D. Effect of self-care management on nursing-sensitive patients' outcomes after permanent pacemaker implantation. *Egyptian Journal of Health Care* 2017;8(1);294-313.
10. Van Berkel JJ, Lambooij MS, Hegger I. Empowerment of patients in online discussions about medicine use. *BioMed Central Medical Informatics and Decision Making* 2015; 15:24.
11. Lyu CM, Zhang L. Concept analysis of adherence. *Frontiers of Nursing* 2019;6(2):81-6.
12. Snegalatha D, Anand J, Seetharaman B, John, B. Knowledge and attitude regarding permanent pacemaker quality of life of patients after permanent pacemaker implantation. *Indian Journal of Continuing Nursing Education* 2019;20.1:33-9.
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman and company; 1997.
14. House, J.S. Social support and social structure. *Social forum* 1987;2:135-46.
15. Nawinprasert K, Soivong P, Boonchuang P. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on adherence to therapeutic regimens and revisiting to hospital among persons with heart failure. *Nursing Journal* 2015;42(Supp December):11-23. (in Thai)
16. Potjamanpong P, Kritpracha C, Chinnawong T. Effect of self-efficacy integration with family support program on behaviors to prevent heart attack recurrence in patients with acute myocardial infarction after revascularization. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015;35(1): 49-66. (in Thai)
17. Creber RM, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient education and counseling* 2016;99(2):256-64.
18. Zhou Y, Huo Q, Du S, Shi X, Shi Q, Cui S, et al. Social support and self-efficacy as mediating factors affecting the association between depression and medication adherence in older patients with coronary heart disease: a multiple mediator model with a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence* 2022;16:285-95.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Pongudom D. Self-care agency, social support and stress of hypertensive patients in McCormick hospital, Chiang Mai province. Master of Public Health. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2006. (in Thai)

21. Rasrikrid P, Choowattanapakron T. The effect of self-efficacy promotion combined with family support program on physical activity in older persons with coronary artery disease receiving percutaneous coronary intervention. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(3):653-68. (in Thai)
22. Riamchan S, Lasuka D, hampolsiri T. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on disease control behaviors and serum creatinine level among the elderly with end stage renal disease. *Nursing Journal* 2012;39(2):14-26. (in Thai)
23. Polikandrioti M, Tzirogiannis K, Zyga S, Gerogianni G, Spyridoula Stefanidou A, Panoutsopoulos G. Assessment of fatigue in patients with a permanent cardiac pacemaker: prevalence and associated factors. *Archives of Medical Science-Atherosclerotic Diseases* 2018;3(1):166-73.
24. Onpech, P. Ua-Kit, N. The effect of self-efficacy program on functional capacity among patients with post coronary artery bypass graft. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2021; 32(2):89-104. (in Thai)
25. Wu SV, Hsieh N, Lin L, Tsai J. Prediction of self-care behavior on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *Journal of Clinical Nursing* 2016;25: 2609–18.
26. Roncoroni J, Tucker CM, Wall W, Wippold G, Ratchford J. Associations of health self-efficacy with engagement in health-promoting behaviors and treatment adherence in rural patients. *Family and Community Health* 2019;42(2):109–15.

บทความวิจัย

Factors Predicting Health Care Behaviors of School-Age Children
In Ubon Ratchathani Province.

Received: May 20, 2023

Revised: Sep 9, 2023

Accepted: Dec 6, 2023

Mayura Rueangseree, M.N.S

Abstract

Introduction: Malnutrition and obesity among school-age children are important public health problems. Therefore, it is necessary to encourage school-aged children to practice health care behaviors.

Research Objectives: To study predictive factors of health care behaviors of school-aged children.

Research Methodology: This study was predictive research. The sample consisted of 346 school-aged children grade 4-6 in Ubon Ratchathani Province. The sample size was calculated using Krejcie & Morgan formula. Data were collected using 4 questionnaires that the reliability were .86, .72, .78, .83 and .80, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

Results: Most of the samples had health care behaviors of school-aged children at a moderate level (63.3%). Factors significantly related to health care behaviors of school-aged children were predisposing factors (knowledge and attitude), enabling factors (public health service system), and reinforcing factors (social support) ($p < .01$) and factors predicting health care behavior of school-age children include: 1) enabling factors include the public health service system, which had the highest predictive power ($\beta = 1.063$, $p < .000$), 2) reinforcing factors included social support ($\beta = -.381$, $p < .000$) and 3) predisposing factors included knowledge and attitude ($\beta = .099$, $p < .004$). These findings were able to predict health care behaviors of school-aged children at 64.1% ($R^2 = .641$, $p < .05$)

Conclusions: Factors predicting health care behavior of school-aged children in Ubon Ratchani Province is the public health service system, social support from family, friends, and healthcare professionals and knowledge and attitudes about health care.

Recommendation: Promoting to practice health care behaviors of school-age children is important by schools and teachers organizing public health service systems in schools, encouraging their family, friends and healthcare professionals to support them and continuously organize activities to provide knowledge about health care.

Keywords: health care behaviors, school-aged children, knowledge and attitude, public health, social support

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี

มยุรา เรืองเสรี พย.ม.

Received: May 20, 2023

Revised: Sep 9, 2023

Accepted: Dec 6, 2023

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัญหาทุพโภชนาการและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยเชิงพหุการณณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 346 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางเครชีและมอร์แกน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ฉบับ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .86, .72, .78, .83 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ปัจจัยนำ (ความรู้และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ (ระบบบริการสาธารณสุข) และปัจจัยเสริม (การสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = 1.063$, $p < .000$) 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.381$, $p < .000$) และ 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ ($\beta = .099$, $p < .004$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 64.1 ($R^2 = .641$, $p < .05$)

สรุปผล: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี คือ ระบบบริการที่ได้รับจากหน่วยงานสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ และความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยโรงเรียนและครูจัดระบบบริการสาธารณสุขในโรงเรียน กระตุ้นครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ช่วยสนับสนุนนักเรียน และจัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เด็กวัยเรียน ความรู้และทัศนคติ ระบบบริการสาธารณสุข การสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

เด็กวัยเรียนเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การที่จะทำให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง เด็กจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง จนเกิดเป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนาอยู่ในจิตใจ จึงจำเป็นต้องปลูกฝังทั้งทัศนคติและค่านิยมในการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่วัยเด็ก เนื่องจากเด็กวัยเรียนสามารถใช้ทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและมีความรับผิดชอบในการจัดการตนเองได้ มีความคิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้เป็นรูปธรรม สามารถวิเคราะห์แก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ¹ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เด็กวัยเรียนจึงสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองโดยกระทำการอย่างตั้งใจและใช้ความรู้และเหตุผล สามารถเข้าใจพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น เช่น การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนันทนาการ และการป้องกันรักษาตนเอง โดยบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเท่านั้น ซึ่งตัวเด็กเองเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเอง หากมีการดูแลสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต²

เด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากข้อมูลของเด็กวัยเรียนทั่วโลกในปี ค.ศ. 2010 พบว่าจำนวนประชากรของเด็กที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินมีมากกว่า 200 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีประชากรเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวนมากถึง 224 ล้านคนทั่วโลก³ เด็กที่มีภาวะอ้วนมีผลกระทบต่อการพัฒนาการทั้งร่างกายสติปัญญาอารมณ์และสังคมอีกทั้งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนมากถึงร้อยละ 25 มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากถึงร้อยละ 40 มีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 60 มีภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบซึ่งมีโอกาเป็นโรคหัวใจสูงขึ้น มีปัญหานอนกรนและหยุดหายใจขณะนอนหลับ ทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองสูงขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาปวดข้อเข่า ข้อเท้า กระดูกขาโก่ง เดินไม่คล่องตัว เหนื่อยง่าย ผิวหนังบริเวณซอกคอ ซอกรักแร้เป็นสีดำนวล ทำให้เสียบุคลิกภาพ มีปัญหาด้านจิตใจถูกเพื่อนล้อ เกิดปมด้อย ถูกกีดกัน มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่มีสมาธิในการเรียน ส่งผลต่อผลการเรียนที่ไม่ดี ด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวและประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังที่เกิดจากโรคอ้วนหลายพันล้านบาทในแต่ละปี⁴

สำหรับสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 สำนักรส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า เด็กวัยเรียนร้อยละ 34.6 ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 39.4 รับประทานฟาสต์ฟู้ด และร้อยละ 19.1 มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁵ และจากการสำรวจสุขภาพเด็กไทย โดยกรมอนามัย พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 60.9 ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 2.7 แม้ว่าจะได้รับบริการทันตกรรม ร้อยละ 56.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ร้อยละ 9.7 แต่เด็กยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมการบริโภคและการทำความสะอาดช่องปาก ส่วนพฤติกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ช่วยป้องกันโรคฟันผุ พบว่า มีเพียงร้อยละ 57.8 ที่แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และร้อยละ 38.8 ที่ไม่รับประทานอาหารใด ๆ อีกหลังการแปรงฟัน⁶ และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปี 2560 ของกรมอนามัย พบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมทันตสุขภาพและกิจกรรมทางกาย เพียงร้อยละ 0.3 โดยพบว่า เด็กอายุ 12 ปี ที่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ มีเพียงร้อยละ 33.7 เด็กที่ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 80.1 เด็กไม่แปรงฟันก่อนนอนมากถึงร้อยละ 62.3⁷ นอกจากนี้พบเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 66.7⁸ จากข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนดังกล่าว หากไม่มีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น จะทำให้เด็กกลุ่มนี้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพต่อไปในอนาคตได้

แนวคิด Precede - Proceed Model ของ Green & Kreuter⁹ อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐาน

ของการเกิดพฤติกรรม ได้แก่ คือ ความรู้ ทักษะ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์⁹ โดยผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราชพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .1$)¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัฒนธรรมเฉพาะถิ่นเป็นปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อภาวะอ้วนในเด็ก ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและครอบครัว¹¹ และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปในการรับประทานอาหารของครอบครัว และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณา และการรับรู้จากสื่อบุคคล มีผลโดยตรงต่อการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดน้ำหนักเกินเกณฑ์ และปัจจัยเสริมและความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และสามารถใช้อุปกรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ได้ร้อยละ 41.8 ($R^2 = .418, p < .01$)¹²

จากการสำรวจสภาพการณ์จริงในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารนมกรุบกรอบ ไขมันสูง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มีน้ำตาลสูง สอดคล้องกับปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ที่พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ 5.58 เตี้ย ร้อยละ 6.95 อ้วน และเริ่มอ้วน ร้อยละ 10.35¹³ มีพฤติกรรมการเล่นเกมส์ และ

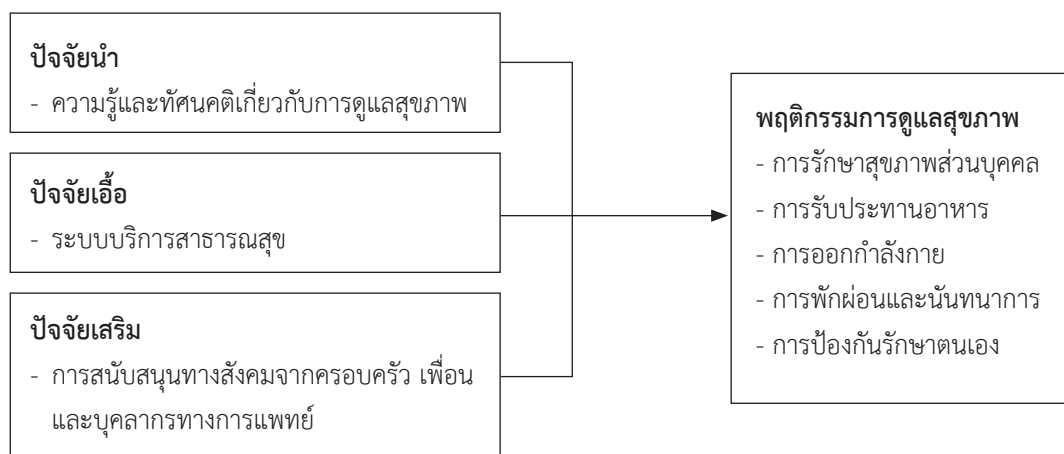
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก ที่ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ขาดการออกกำลังกาย เป็นสาเหตุให้เกิดโรคอ้วนและโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในเด็ก โรคซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยเฉพาะโรคอ้วน หากเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อการเกิดโรคในอนาคตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียนเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Precede - Proceed Model ของ Green & Krueger⁹ โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ คือ ความรู้และทัศนคติ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง 3 ปัจจัยทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁹ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (predictive research)

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนที่ศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,348 คน (กลุ่มงานสารสนเทศ สนม. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ปีการศึกษา 2564 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อ่านออกเขียนได้ รับรู้และสื่อสารได้ 2) สนใจให้ข้อมูลและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยในเวลาที่กำหนดได้ 2) ระหว่างเข้าร่วมการวิจัยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง 3) ไม่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % โดยใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 346 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม หลังทำแบบสอบถามเสร็จจะมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างทำซ้ำอีกครั้งระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจาก

การทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดของ Green & Krueger⁹ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ของผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามส่วนของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือกถูกและผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 ถึง 15 คะแนน แปลผลระดับความรู้เป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom¹⁵ ดังนี้ คะแนน < ร้อยละ 60 (0-9 คะแนน) เป็นระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-80 (10-12 คะแนน) เป็นระดับปานกลาง และคะแนน > ร้อยละ 80 (13-15 คะแนน) เป็นระดับสูง

2.2 แบบสอบถามส่วนของทัศนคติการดูแลสุขภาพ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 16 ข้อ คะแนนรวม 16 ถึง 48 คะแนน ให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และเห็นด้วย 3 คะแนน ใช้เกณฑ์แบ่งระดับทัศนคติโดยใช้พิสัยหารช่วงขั้นที่ต้องการของ Best¹⁶ มี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ทัศนคติการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง

ทัศนคติการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง ทัศนคติการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อสอถามเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ คะแนนรวม 11 ถึง 55 คะแนน การแปลความหมายค่าคะแนนยิ่งมากขึ้นการได้รับระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริมสอถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ คะแนนรวม 17 ถึง 85 คะแนน การแปลความหมายค่าคะแนนยิ่งมากขึ้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษาสุขภาพส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ และการป้องกันรักษาตนเอง คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 20 ถึง 100 คะแนน โดยให้คะแนนดังนี้ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการของ Best¹⁶ มี 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .80, .77, .81, .84 และ .85 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสอบถามปัจจัยนำ 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ .86 2) แบบสอบถามทัศนคติมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

ส่วนแบบสอบถามปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78, .83 และ .80 ตามลำดับ

การพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ SSJ.UB 2564-083) และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและได้รับการยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล และแจ้งการนำเสนอข้อมูลว่าจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัยและการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือกับทางโรงเรียนเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้ ผู้วิจัยประสานงานผ่านครูประจำชั้น เพื่อบอกหมายวันเวลาที่ทางโรงเรียนสะดวก โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานกับครูประจำชั้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการวิจัยให้นักเรียนทราบและให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอเวลาจากครูประจำชั้นให้นักเรียนตอบแบบสอบถามในห้องเรียนใช้เวลาประมาณ 30 นาที และแจ้งให้นักเรียนทราบว่าคำตอบแบบสอบถามไม่มีผลกระทบกับการเรียน หลังทำแบบสอบถามเสร็จตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์เพียร์สันและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ทดสอบข้อตกลง

เบื้องต้น พบว่าการกระจายของข้อมูลด้วย Komogorov Smirnov test พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.527 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 และค่า Variance Inflation Factor อยู่ระหว่าง 1.122-3.425 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity และ สหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Autocorrelation) ในการศึกษครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐานเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ

54.91 มีอายุระหว่าง 10-12 ปี (ร้อยละ 100) อาชีพของผู้ปกครอง คือ ค้าขาย (ร้อยละ 29.1) การศึกษาของผู้ปกครอง คือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 32.9) รายได้ครอบครัวต่อเดือน 15,001-20,000 บาท (ร้อยละ 30.2) และมีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 50.6)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานีโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD = .47) โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษาสุขภาพส่วนบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.95 (SD = .61) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันรักษาตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 3.14 (SD = .34) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี (n = 346)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน (รายด้าน)	M	SD	ระดับพฤติกรรม
การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล	3.95	.61	ดี
การรับประทานอาหาร	3.61	.74	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	3.7	.58	ดี
การพักผ่อนและนันทนาการ	3.72	.42	ดี
การป้องกันรักษาตนเอง	3.14	.34	ปานกลาง
โดยรวม	3.64	.47	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ($r = .25$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ($r = .77$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ($r = .54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปร (n = 346)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยเอื้อ	.77	.01	สูง
ปัจจัยเสริม	.54	.01	ปานกลาง
ปัจจัยนำ	.25	.01	ต่ำ

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มี 3 ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้ ดังนี้ 1) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = 1.063$) 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ($\beta = -.381$) และ 3) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($\beta = .099$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 3 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ได้ร้อยละ 64.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .641$, $R^2_{adj} = .638$, $F = 203.642$, $p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของเด็กวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี (n = 346)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	-.918	.400	-2.296	.022	
ปัจจัยเอื้อ	1.220	.067	1.063	18.127	.000
ปัจจัยเสริม	-.306	.048	-.381	-6.348	.000
ปัจจัยนำ	.571	.198	.099	2.887	.004

$R^2 = .641$, $R^2_{adj} = .638$, $SEE = .28453$, $F = 203.642$, $p < .05$

โดยสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = -.918 + 1.220 (X1) - .306 (X2) + .571 (X3)$$

$\hat{Y}$ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน

X1 หมายถึง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข

X2 หมายถึง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์

X3 หมายถึง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = 1.063 (X1) - .381 (X2) + .099 (X3)$$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนจังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่พัฒนากระบวนการคิดแบบเป็นเหตุเป็นผล จึงสามารถวิเคราะห์ความเหมาะสมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและแก้ปัญหาในทางที่เป็นไปได้ จึงทำให้เด็กวัยเรียนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ดีขึ้น¹⁷ อีกทั้งบิดามารดาจะคอยดูแลและกระตุ้นให้เด็กวัยเรียนปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาคครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษาสุขภาพส่วนบุคคล อยู่ในระดับดี เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน อาจเนื่องมาจากเด็กวัยเรียนสามารถเข้าใจพฤติกรรมที่ให้ผลดีต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น ประกอบกับเด็กวัยเรียนมีความสามารถในการดูแลตนเองดูแลสุขภาพอนามัยโดยการกระทำอย่างตั้งใจ โดยใช้ความรู้และเหตุผลมากขึ้น อีกทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง และนักเรียนได้รับทันตสุขศึกษาจากทันตบุคลากรหรือคุณครูทุกปี ส่งผลให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพของนักเรียนดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายและด้านการพักผ่อนและการนันทนาการอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากเด็กวัยเรียนรับรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง สร้างภูมิคุ้มกันโรค อีกทั้งโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมออกกำลังกายเป็นประจำทุกเข้า มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงและมีความสุข สนุกสนาน และมีชั่วโมงพลศึกษาสอดแทรกสาระเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ส่งเสริมการใช้พลังงานของเด็ก จัดสิ่งแวดล้อมให้อ่านง่ายต่อการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียนที่ยังบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง โซเดียมสูง น้ำตาลสูง และรับประทานผักน้อย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนรายด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ ด้านโภชนาการ¹⁸ ส่วนพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพด้านการป้องกันรักษาตนเอง อยู่ระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากยังขาดความรู้เรื่องการป้องกันรักษาตนเองจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ อย่างถูกต้อง เป็นต้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ สามารถเรียนรู้ มีความคิด หาเหตุผล ใช้ทักษะการตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น¹ และเป็นวัยที่สนใจใฝ่รู้ ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน สามารถรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากหลายช่องทาง เช่น สื่ออินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ทีวี ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข จึงทำให้สามารถตัดสินใจได้ว่าจะแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่ 2 อีกทั้งวิชาที่เรียนที่โรงเรียน เช่น วิชาสุขศึกษา เป็นวิชาที่อธิบายถึงปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อธิบายได้ว่า หากเด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ดี และถ้าเด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10, 19}

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อธิบายได้ว่า เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากบ้านสู่โรงเรียน ร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญาและวุฒิภาวะทุกด้านกำลังพัฒนา สังคมในโรงเรียน ประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัว จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กวัยเรียน โดยประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพที่นักเรียนได้รับจากงานอนามัยโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลที่ออก

หน่วยให้บริการที่โรงเรียน เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันฟันผุ การแปรงฟันที่ถูกต้อง การบริการเคลือบฟลูออไรด์ การบริการฉีดยาวัคซีน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับประสบการณ์ในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁹⁻²⁰

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กรักเรียน อธิบายได้ว่า เด็กรักเรียนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลอนามัยโรงเรียนที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในโรงเรียน และการได้รับคำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายอนามัยโรงเรียนและผู้ปกครอง เช่น การให้คำแนะนำไม่ให้บุตรที่ป่วยมาโรงเรียน เพราะจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคไปยังคนอื่น เป็นต้น ซึ่งบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัว ก็จะนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติและให้คำแนะนำกับบุตรหลานของตนเอง ทำให้นักเรียนได้รับการปลูกฝังทัศนคติ ฝึกทักษะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม²¹ และทำให้เด็กรักเรียนมีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเผชิญได้ และสื่อต่าง ๆ ที่สามารถศึกษาค้นคว้าได้ด้วยตนเอง

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนมากที่สุด คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข ค่า ($\beta = 1.063$) อธิบายได้ว่า โรงเรียนมีโครงการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน คือ งานอนามัยโรงเรียน ถือเป็นระบบบริการสาธารณสุขอย่างหนึ่งที่เป็นโครงการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคการศึกษา และสาธารณสุข รวมทั้งภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี จากการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปสู่ผลลัพธ์ที่ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี งานอนามัยโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับนักเรียนเป็นประจำสม่ำเสมอทุกปี โดยให้บุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์

พยาบาลที่ออกหน่วยให้บริการที่โรงเรียน เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันฟันผุ การแปรงฟันที่ถูกต้อง การบริการเคลือบฟลูออไรด์ การบริการฉีดยาวัคซีน ป้องกันโรคต่าง ๆ การส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นต้น ทำให้ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพและช่วยส่งเสริมให้เด็กรักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดียิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่สนใจใฝ่รู้ ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่ดีให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน¹⁰ และเป็นวัยที่สามารถรับข้อมูลทางสุขภาพจากหลายช่องทาง เช่น สื่อ โทรทัศน์ ครู ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข จึงทำให้เด็กรักเรียนรับรู้ได้ว่าสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ง่าย ใกล้ชิดและทั่วถึง และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸⁻¹⁹

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ ค่า ($\beta = -.381$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมที่เสริมแรงหรือกระตุ้นให้บุคคลทำพฤติกรรม เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ให้อยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น⁹ การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนที่ทำให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การใส่หน้ากากอนามัยให้ถูกต้องเวลาอยู่กับเพื่อนหรือในที่สาธารณะซึ่งทั้งครอบครัวและเพื่อน เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริมสำคัญสำหรับเด็กที่ยังต้องพึ่งพาครอบครัวและเป็นช่วงวัยที่เพื่อนมีอิทธิพลต่อการกระทำต่าง ๆ ซึ่งสนับสนุนตามแนวคิดของ Green & Kreuter⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ได้น้อยที่สุด คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ ($\beta = .099$) อธิบายได้ว่า เด็กรักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากสามารถเรียนรู้ มีความคิด หาเหตุผลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดี² และเป็นวัยที่สนใจ ใฝ่รู้ ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน และสามารถรับข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายช่องทาง เช่น สื่ออินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ ครู ผู้ปกครอง บุคลากรด้านสุขภาพ จึงทำให้สามารถตัดสินใจได้ว่าจะแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่³ และทัศนคติเกี่ยวกับ

การดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อธิบายได้ว่า หากเด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ดี และถ้าเด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ไม่ดีด้วย ซึ่งบางครั้งเด็กวัยเรียนอาจลอกเลียนแบบสิ่งที่เป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากอิทธิพลต่าง ๆ รอบตัว ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีตามมา จึงทำให้ปัจจัยด้านนี้มีอำนาจการทำนายน้อยที่สุด และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยโรงเรียนและคุณครูประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จัดระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในโรงเรียนให้

ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น เพิ่มเติมเนื้อหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะความรู้ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการป้องกันรักษาตนเองที่มีคะแนนน้อยที่สุด และมีการตรวจ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น อีกทั้งครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นผู้สนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักเรียนด้วย และโรงเรียนควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยนำตัวแปรที่ทำนายนได้ดีที่สุด คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไปใช้จัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนต่อไป

References

1. Hockenberry MJ, Wilson D, Wong DL. Wong's nursing care of infants and children. 10th ed. St. Louis: Missouri; 2015.
2. Hockenberry MJ, Rodgers CC, Wilson D, . Wong's essentials of pediatric nursing. 11th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby; 2022.
3. International Obesity Task Force [IOTF] [Internet]. 2004 [cited 2021 January 6]. Available from: <http://www.worldobesity.org/data/aboutobesity/>. (in Thai)
4. Bureau of Nutrition Public Health. Screening guidelines referral and solve the problem of obese at-risk children in educational institutions. Public health facilities and DPAC clinics. 5th ed . Bangkok: Sam Charoen Phanit; 2019. (in Thai)
5. Division of Health Education, Department of Health Service Support. Global school based student health survey Thailand 2021. [Internet]. 2021 [cited 2023 September 5]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/2021-thailand-gshs-fact-sheet.pdf>. (in Thai)
6. Department of Health. Guidelines for health promotion and disease prevention for school-aged children and youth. 5thed. Office of Academic Service: Silpakorn University; 2017. (in Thai)
7. Division of Health Education, Department of Health Service Support. Promoting and assessing health literacy and health behaviors among children and youth (7-14 years old), people aged 15 years and over. [Internet]. 2018 [cited 2021 February 25]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkhed/ file/575>. (in Thai)

8. Bureau of Dental Public Health. Report on the results of the 8th National Oral Health Survey Thailand 2017. [Internet]. 2018 [cited 2021 August 18]. Available from: https://dental.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf. (in Thai)
9. Green LW, Kreuter MW. PRECEDE- PROCEED model of health program planning [Internet]. 2005 [cited 2021 March19]. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Green-and-Kreuters-Green-and-Kreuter-2005-P-RECEDE-P-ROCEED-model-of-health-program_fig1_24253959
10. Muksing W, Tohyusoh N, Punriddum J. Factors related to health care behavior among school children in Nakhon Si Thammarat Municipality. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(3):65-76. (in Thai)
11. Opalinski A. Cultural perspectives of childhood obesity in haitian and hispanic children. The Journal for Nurse Practitioners 2013;9(3):149-54. doi: 10.1016/j.nurpra.2012.10.009
12. Chaiyasung P, Yakasem P, Chuthongrat N. Factors Predicting Food Consumption Behaviors of Overweight Elementary School Students, Grade 4-6.The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2014;20(1):30-43. (in Thai)
13. Nontawee W, Sangthong W, Jaicheun W, Thanopajai S, Nuengnan C, Boonsong T. Desirable Health Behavior of Grade 8 Students at Health Literate School in Ubonratchathani Province. Regional Health Promotion Centre 10 Journal 2022;10(2):17-30. (in Thai)
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
15. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay; 1964
16. Best JW, Kahn JV. Research in education. 9th ed. India: Pearson prentice Hall; 2003
17. Piaget, J. The theory of stages in cognitive development. New York: McGraw-Hill; 1973
18. Nongrak J, Health behaviors and health literacy among school-aged children in the subdistrict model of integrated health promotion and environmental health, Health Region 5. Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi, Department of Health. [Internet]. 2021 [cited 2023 November 2]. Available from: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210716183439_4557/20210716184438_4325.pdf. (in Thai)
19. Chaimongkol N, Pongjaturawit Y, Khwansamran W. Health behaviors among School-agechildren and its associated factors. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2014;22(3):14-28. (in Thai)
20. Yaemsang J, Phumprawaithya A, Sarakshetrin A. Effects of the empowerment program on behavior modification regarding exercise and food consumption among obese students in Suratthani Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2015;2(2): 41-52. (in Thai)
21. Thojsampa S. School Health. (revised edition). 2nd ed. Naresuan University Press; 2022. (in Thai)

บทความวิจัย

The Development of Pain Management Model to Control Acute Postoperative Pain in Acute Pain Service Ranong Hospital

Received: Sep 7, 2023

Revised: Dec 5, 2023

Accepted: Dec 15, 2023

Pinanong Rattanapathumwong, M.N.¹

Jintana Buathongjun, M.N.²

Panudchanard Phoosri, M.N.³

Abstract

Introduction: Postoperative pain management aims to relieve pain and decrease complications from multimodal pain management. However, the current pain management model for acute postoperative pain management of the Ranong Hospital had several limitations, including nurses' adherence to guidelines pain management outcomes, and adverse drug event related to opioids. Moreover, there was no anesthesiologist in the process of guidelines development. As a result, the development of pain management model is crucial for the optimal outcomes and safety of acute post-operative patients.

Research Objectives: 1) To develop a pain management model to control acute postoperative pain and 2) To evaluate the pain management model to control acute postoperative pain in acute pain service, Ranong Hospital.

Research Methodology: A research and development method was used to develop a pain management model to control acute postoperative pain. The participants included 249 postoperative patients who received pain management in the surgery and obstetrics gynecology department. This study applied the purposive sampling method to obtain data. We conducted data using Plan-Do-Check-Act or PDCA cycle. Descriptive statistics were used to analyze percentages, mean, and standard deviation. Chi-square was used to compare the old and the new pain management models.

Results: 1) The Acute pain service (APS) developed the pain management model which included multidisciplinary cooperative pain management, creating options to manage postoperative pain using multimodal approach, doctor's order sheet for managing acute pain after postoperative, monitoring of opioid analgesic adverse effects, applying acute pain nursing diagnosis and care plan following the pain

¹Registered Nurse, Professional Level, Email: pinanong23@hotmail.com

²Corresponding author: Lecturer, Email: jintana.b@bcn.ac.th

³Lecturer, Email: panudchanard.p@bcn.ac.th

¹Ranong Hospital, Ranong, Thailand.

^{2,3}Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand.

management model. 2) There was significant difference in patient's satisfaction between the old pain management method and the new pain management model with a statistical level of .05.

Conclusions: The pain management model was practical offering several benefits to patients which included decreasing pain after postoperative, reducing adverse drug events related to opioids, and improving patient's satisfaction.

Implications: The pain management model might be used in other departments of the hospital as a guideline to control pain in patients after postoperative.

Keywords: pain management, postoperative pain, acute pain service

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน: โรงพยาบาลระนอง

Received: Sep 7, 2023
Revised: Dec 5, 2023
Accepted: Dec 15, 2023

ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ พย.ม.¹

จินตนา บัวทองจันทร์ พย.ม.²

ภาณุชนาถ พุสี พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดภาวะแทรกซ้อนจากวิธีระงับปวดให้น้อยที่สุด การจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลระนอง มีข้อจำกัดในการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาล และบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวด และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระงับปวดชนิดต่าง ๆ ตลอดจนไม่มีวิสัยทัศน์แพทย์ในกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวด การพัฒนาแนวทางการปฏิบัตินี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัยของผู้ป่วยระยะเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันและ 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน โรงพยาบาลระนอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแผนกศัลยกรรมและสูตินรีเวช 249 ราย เลือกด้วยวิธีแบบเจาะจง การดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ วางแผนปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการจัดการความปวดโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย: 1) หน่วยงานมีรูปแบบการจัดการความปวด คือ กำหนดแนวทางการจัดการความปวดร่วมกัน กำหนดทางเลือกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดหลากหลายรูปแบบ โดยใช้ Doctor's order sheet การจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน บันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่ม opioid วินิจฉัยทางการแพทย์ในการจัดการความปวดและการนิเทศติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการความปวด 2) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการจัดการความปวดพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจการจัดการความปวดรูปแบบใหม่มากกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: รูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ สามารถลดความปวดหลังผ่าตัด อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระงับปวดต่าง ๆ ลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมีรูปแบบการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

คำสำคัญ: ความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Email: pinanong23@hotmail.com

²Corresponding author อาจารย์ Email: Jintana.b@bcn.ac.th

³อาจารย์ Email: panudchanard.p@bcn.ac.th

¹โรงพยาบาลระนอง ระนอง ประเทศไทย

^{2,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

ความปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ไปกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก (A delta fibers, C fiber) ไปกระตุ้นการทำงานของ เอสจีเซลล์ (SG cell) ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารพี (substance P) และทีเซลล์ (T cell) ให้ส่งกระแสประสาทไปที่ระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่าระบบลิมบิก (limbic system) ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้น หนึ่งในสามของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องทุกข์ทรมานจากความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งความปวดดังกล่าว มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บโดยตรงจากการทำลายเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain)¹ ในปี พ.ศ. 2560 International Association for the Study of Pain (IASP)² กำหนดให้เป็นปีสากลแห่งการต่อต้านความปวดหลังการผ่าตัด (Global year against pain after surgery) โดยระบุว่า ความปวดหลังผ่าตัดสามารถจัดการได้ และควรมีการวางแผนล่วงหน้าโดยใช้การจัดการความปวดแบบผสมผสาน (Multimodal Pain Management) คือ การจัดการความเจ็บปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และควบคุมความปวดด้วยการใช้ยาหลาย ๆ กลุ่มร่วมกัน (multimodal analgesia) จุดมุ่งหมายหลักคือ เพื่อระงับความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียง² ผลกระทบของความปวดกระตุ้นให้มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการหลั่งสารฮอโมนแห่งความเครียด (stress hormone) ได้แก่ epinephrine, cortisol ส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็ว เลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นและอัตราการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การระบายอากาศลดลง เลือดไปเลี้ยงปอดลดลง อาจทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบและผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ในที่สุด เกิดอาการกลัมน้ำหนักและส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน³ ดังนั้น การควบคุมความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่ดีพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความพิการ คุณภาพชีวิตต่ำลง เพิ่มระยะเวลาการใช้ยากลุ่ม Opioid นานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการรักษาสูงขึ้น ดังนั้นการควบคุมความปวดหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญในการลดความปวด กำจัดความไม่สุขสบาย

เร่งการฟื้นตัวและลดผลข้างเคียงจากยาระงับปวดในผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

โรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง ได้ดำเนินการพัฒนางานระงับปวดเฉียบพลันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยงานวิสัญญีวิทยาได้ทำการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง⁴ และวิจัยพัฒนาต่อเนื่องในเรื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด⁵ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย ส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยให้ได้เร็วที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนจากวิธีระงับปวดที่ใช้อยู่หรือเกิดน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากสถิติการให้บริการหน่วยระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ดังนี้ 839, 877 และ 949 รายตามลำดับ จากการทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่มีใช้ ยังไม่ครอบคลุมในเรื่อง การจัดการความปวดแบบผสมผสาน (Multimodal Pain Management) ที่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของวิสัญญีแพทย์ ไม่มีคณะกรรมการหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันจากสหสาขาวิชาชีพในการติดตามตัวชี้วัดการจัดการความปวด ขาดแบบฟอร์มลงบันทึกความปวดเป็น สัญญาณชีพที่ 5 ที่เป็นมาตรฐาน การรายงานผลตัวชี้วัดการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดและรายงานผลตัวชี้วัดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับปวด ขาดความต่อเนื่อง

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน โรงพยาบาลระนอง เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ⁶ ในหัวข้อกระบวนการดูแลผู้ป่วย เรื่องการจัดการความปวด (Pain management) และสอดคล้องกับนโยบาย Patient and Personnel Safety Goals ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)⁷ โดยมีเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ในการนำเสนอบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานของโรงพยาบาลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพตาม PDCA⁸ ประกอบด้วย การวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันไปสู่การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันโรงพยาบาลระนอง
- 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน โรงพยาบาลระนอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันและเปรียบเทียบแนวทางการจัดการความปวดแบบเดิมกับแนวทางใหม่ โรงพยาบาลระนอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มสุตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และศัลยกรรมทั่วไป ภายหลังผ่าตัดได้เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทางศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสุตินรีเวชกรรม ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2566 จำนวน 249 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดย วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการความปวดแบบเดิม 122 ราย และ 2) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการดูแลรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันแบบใหม่ 127 ราย กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางสุตินรีเวช ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะและการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาอนโรพยาบาลหลังผ่าตัดตั้งแต่ 72 ชั่วโมงขึ้นไป หลังผ่าตัดย้ายไปพักฟื้นต่อในหอผู้ป่วยทางศัลยกรรมและหอผู้ป่วยสุตินรีเวชกรรม มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือเข้าใจภาษาไทย และยินยอมให้ความร่วมมือ

เข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัดในช่วง 72 ชั่วโมงแรก เช่น ภาวะช็อค ภาวะเลือดออกมาก และภาวะติดเชื้อรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการจัดการความปวด หน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย และจากการทบทวนแนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย⁹ คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาที่ใช้ทางวิสัญญีและการระงับปวด โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือดยา สาขาวิสัญญีวิทยาและการระงับปวด¹⁰ และแนวปฏิบัติด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระนอง¹¹ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด หอผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด 2) แบบประเมินคุณภาพการจัดการความปวด ที่พัฒนาโดยกองการพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการจัดการความปวดสำหรับโรงพยาบาล แบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินการปฏิบัติในการจัดการความปวดของพยาบาล ได้แก่ การบันทึกการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด และการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม Opioid ส่วนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวด เป็นมาตราวัด 5 ระดับ (ไม่พอใจ-พอใจมากที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. รูปแบบการจัดการความปวดหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ

.92 และได้ให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ทดลองใช้โดยปรับให้เป็นแบบสอบถามในการนำไปปฏิบัติโดยการเลือกตอบคือ ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้ นำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-Richardson: KR-20 มีค่าเท่ากับ.84

2. แบบประเมินคุณภาพการจัดการความปวดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และหาค่าความเที่ยงโดยใช้ผู้ประเมินร่วมกัน 2 ท่าน (Inter-rater method) ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง (เลขที่โครงการ COA_RNHIRB.001/2566) ผ่านการตรวจสอบเมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2566 จึงดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายการพิทักษ์สิทธิอย่างชัดเจน การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ การรายงานผลการวิจัยเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วงรอบที่ 1 พัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน

ระยะที่ 1 ขึ้นวางแผน (Plan) (1-31 มีนาคม 2566)

- 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบเดิม ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายหลังที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรม
- 2) ประชุมคณะกรรมการการจัดการความปวด
- 3) นำรูปแบบการจัดการความปวดหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)
- 4) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จนเกิดความสมบูรณ์
- 5) ผู้วิจัยชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 6) ทดลองใช้รูปแบบการจัดการความปวดหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน เป็นระยะเวลา 1 เดือน
- 7) เตรียมความพร้อมของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน เพื่อนำเสนอพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและปรึกษาหารือเพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมตามบริบทหน่วยงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 8) จัดทำร่างรูปแบบการ

จัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบ

วงรอบที่ 2 นำรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ขึ้นวางแผนการปฏิบัติ (Do) (1-30 เมษายน 2566)

- 1) ประชุมคณะกรรมการในหน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ สูติรีแพทย์ ศัลยแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ หู คอ จมูก เภสัชกร วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและสูติรีเวช รวม 23 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางศัลยกรรมและหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม 7 หอผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยวิสัญญีแพทย์ เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมิน Numerical rating scale (NRS) การจัดการความปวดตาม Order for acute pain management โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง การบันทึกคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Opioids และการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด
- 3) หอผู้ป่วยนำแนวทางการจัดการความปวดไปใช้ ประเมินการจัดการความปวดหอผู้ป่วยละ 4 ราย รวมจำนวน 30 ราย
- 4) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการจัดการความปวด ทบทวนสาเหตุที่ยังไม่ครอบคลุม ดำเนินการแก้ไข
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งใช้รูปแบบการจัดการความปวดเดิม จำนวน 122 คน หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดการความปวดรูปแบบใหม่ไปใช้จริงกับผู้ป่วยจริงจำนวน 127 ราย เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบ ตามจำนวน และ
- 6) นำข้อมูลไปตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วงรอบที่ 3 ประเมินผลการนำรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันไปใช้

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check) (1-15 พฤษภาคม 2566) ติดตามประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลการนำรูปแบบการจัดการความปวดหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันไปใช้จริง

ระยะที่ 4 ปรับปรุงระบบ (Act) (15-31 พฤษภาคม 2566) ทบทวนสาเหตุของการประเมินและจัดการความปวดที่ไม่ครอบคลุมตามแนวทางของหน่วยระงับปวดแบบ

เจ็บพลัน ดำเนินการแก้ไข เขียนรายงานผล สรุปผลการดำเนินงานเพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการจัดการความปวดโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน (แบบใหม่) พบว่า มีการ

กำหนดรูปแบบของการจัดการความปวดออกเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดแนวทางการจัดการความปวดร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) กำหนดทางเลือกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดหลากหลายรูปแบบ 3) การใช้ Doctor's order sheet สำหรับการจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน 4) บันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่ม opioid 5) วินิจฉัยทางการแพทย์ในการจัดการความปวด และ 6) การนิเทศติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการความปวด โดยสามารถเปรียบเทียบแนวทางการจัดการความปวด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการจัดการความปวดแบบเดิมกับแนวทางแบบใหม่

รูปแบบการจัดการความปวดแบบเดิม	รูปแบบการจัดการความปวดแบบใหม่
1. รายการยาที่ใช้ในการจัดการความปวดมีเฉพาะยากลุ่ม Opioid	1. กำหนดให้มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน (WI-AN-004)
2. การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชาดการประเมินและไม่มีกำหนดเป็นตัวชี้วัด	2. มีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบหลากหลายวิธี โดยมีเทคนิคระงับปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) ร่วมกับการทำหัตถการระงับปวดเฉพาะที่ (Regional analgesia) การใช้ยาระงับปวดด้วยตนเอง โดยใช้เครื่อง Patient-Controlled Analgesia (เครื่อง PCA) และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา
3. การพยาบาลการจัดการความปวด ขาดรายละเอียดในการบันทึกระดับคะแนนทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และขาดการประเมินความปวดซ้ำ	3. มีฟอร์ม DOCTOR'S ORDER SHEET ในรูปแบบ Post op order for Acute pain management และ Post op order for spinal morphine
4. การนิเทศติดตามประเมินผลไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดของการจัดการความปวด	4. บันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม opioid เช่น ภาวะง่วงซึม ผื่นแพ้ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
	5. กำหนดวินิจัยทางการแพทย์ในการจัดการความปวด รวมถึงการประเมินความปวดซ้ำหลังปฏิบัติตามแผนการรักษา
	6. นิเทศติดตามประเมินผล มีการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

ผลการจัดการความปวดตามแนวทางแบบเดิมกับการจัดการความปวดตามรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน (แบบใหม่) พบว่าการจัดการความปวดในเรื่องการบันทึกและการประเมินความปวด

ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ การได้รับการประเมินซ้ำหลังจากการจัดการความปวด และคะแนนความปวดหลังจากได้รับการจัดการความปวด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวทางแบบเดิมและการจัดการความปวดตามรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน (แบบใหม่) (n = 249)

ผลการจัดการความปวด	แบบเดิม (n = 122) n (%)	แบบใหม่ (n = 127) n (%)	P-value
1. ได้รับการประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง			.000*
ใช่	71 (58.20)	107 (84.25)	
ไม่ใช่	51 (41.80)	20 (15.99)	
2. ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ			.000*
ใช่	64 (52.46)	103 (81.10)	
ไม่ใช่	58 (47.54)	24 (18.90)	
3. ได้รับการประเมินซ้ำหลังจากการจัดการความปวด			.002*
ใช่	67 (54.92)	89 (70.08)	
ไม่ใช่	55 (45.08)	38 (29.92)	
4. คะแนนความปวดหลังจากได้รับการจัดการความปวด			.000*
ลดลง	62 (50.82)	103 (81.10)	
คงเดิม	22 (18.03)	13 (10.24)	
เพิ่ม	2 (1.64)	2 (1.57)	
ไม่ระบุ	36 (29.51)	9 (7.09)	

*p < .05

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด
หลังผ่าตัด

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดพบว่า อัตราการบันทึกระดับคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากับร้อยละ 84.25 อัตราผู้ป่วยที่มีระดับ

ความปวด ≥ 4 ได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เท่ากับร้อยละ 81.10 อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ด้านการใช้ยาระงับปวด เท่ากับร้อยละ 1.57 และอัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เท่ากับร้อยละ 85.53 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (n = 127 คน)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ประเมินผล (ร้อยละ)
1. อัตราการบันทึกระดับคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	$\geq$ ร้อยละ 80	84.25
2. อัตราผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ≥ 4 ได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	$\geq$ ร้อยละ 80	81.10
3. อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ด้านการใช้ยาระงับปวด	0	1.57
4. ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	$\geq$ ร้อยละ 80	85.53

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลัน ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันอย่างเป็นระบบ เกิดความร่วมมือกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้บรรลุเป้าหมายที่หน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมวิสัญญีแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (The American Society of Anesthesiologists)¹² ได้กล่าวว่า การระงับปวดถือเป็นเรื่องของมนุษยธรรม การจัดการความปวดหลังผ่าตัด จะต้องวางแผนตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดความปวดรุนแรง วิสัญญีแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในการระงับปวด เพราะมีความชำนาญในการใช้ยาแก้ปวด และเทคนิคพิเศษต่าง ๆ สำหรับการระงับปวด และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ความปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด¹³ ที่ระบุว่า การใช้เทคนิคการระงับปวดแบบผสมผสาน ต่อความปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด เป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับลักษณะอาการของแต่ละบุคคลและประเภทการผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันและรักษาอาการปวดหลังผ่าตัด นอกจากจะลดผลข้างเคียงของยาได้โดยตรงแล้ว ยังลดการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ทั้งนี้การพัฒนาให้มี Doctor's order sheet สำหรับการจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน บันทึกการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่ม opioid กำหนดให้มีวินิจฉัยทางการแพทย์ การจัดการความปวด และการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการความปวด อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะส่งผลดีต่อผู้ป่วย คือ พ้นทุกข์ทรมานและกลับบ้านได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้อง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล 15 คนและพยาบาลวิชาชีพ 11 คน ผู้ป่วย²⁰ คน ผลพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วย ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ (pain scores < 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.5¹⁴

2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับ

ปวดแบบเฉียบพลัน พบว่า อัตราการบันทึกระดับคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด $\geq$ ร้อยละ 80 อัตราการบันทึกระดับคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 84.25 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะเป็นผู้ประเมินระดับความปวด โดยการใช้วิธีการให้คะแนนความปวด NRS ทุก 2-6 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง รวมถึงการบันทึกระดับคะแนนความปวด โดยถือว่าเป็นสัญญาณชีพอย่างหนึ่ง การส่งเสริมให้ความรู้ในการประเมินที่ถูกต้องและมีความแม่นยำ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการระงับปวดได้ดียิ่งขึ้น¹⁵ อัตราผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ≥ 4 ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการความปวดของหน่วยระงับปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด $\geq$ ร้อยละ 80 โดย ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ≥ 4 คะแนน ได้รับการดูแลจัดการความปวดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ตามแนวทางพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดโดยใช้วิธีผสมผสานร่วมกับการตั้งเกณฑ์ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่เท่ากับ ร้อยละ 81.10 พยาบาลเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความปวด และเชื่อว่าความปวดเป็นสิ่งที่จัดการได้ ทั้งนี้รูปแบบการจัดการความปวดรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น จะช่วยพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการจัดการความปวด ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ การลดอาการปวดที่เป็นภาวะคุกคาม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมการศึกษานานาชาติเรื่องความปวด (IASP)² ที่ระบุว่า การจัดการความปวดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดดีที่สุดโดยเร็ว

3. อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ด้านการใช้ยา ระงับปวด เท่ากับ 0 เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ พบว่าอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของยา ระงับปวดเกิดขึ้นมีเพียง 2 ครั้ง คือ อาการผื่นคันและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการที่ไม่รุนแรงและสามารถหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากหยุดยา¹⁶ และสามารถพบได้โดยทั่วไปจากการใช้ยา ระงับปวด ทั้งนี้พบว่า การใช้เทคนิคการระงับปวดแบบผสมผสานในการพัฒนารุ่นนี้ ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาปวดหลายชนิดที่มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ร่วมกับการทำหัตถการระงับปวด

นอกจากจะช่วยลดผลข้างเคียงของยาได้โดยตรงแล้ว ยังลดการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ผลคือ ลดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ด้านการใช้ยาบรรเทาปวดด้วย^{2,13,17} และทีมพยาบาลมีความมั่นใจ และสามารถตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวดได้มากขึ้น ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ตามรูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันรูปแบบใหม่

4. อัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ 85.53 โดยมีการ ประสานงานระหว่างทีมในการดูแลผู้ป่วยในการส่งมอบข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อน ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการติดตามประเมินผลเป็นระยะ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความปวดและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และมีการติดตามอาการข้างเคียงจากการระงับปวดที่ได้รับ ส่งผลให้ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเมื่อมารับบริการอยู่ในระดับสูง¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดแบบใหม่ ไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาลเพื่อให้มีรูปแบบการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การนำผลการวิจัยไปใช้จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อทำความเข้าใจ พิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และเพื่อเกิดความเหมาะสมตามบริบทหน่วยงานนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของแผลผ่าตัดซึ่งมีผลต่อระดับความปวดและรูปแบบการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต่อระดับความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความปวดระดับมากและต้องการได้รับการจัดการความปวดแบบผสมผสานมาก

References

1. Perez AA, Woo FW, TSang DC, Carrillo RG. Transvenous lead extractions: current approaches and future 1.Apkarian, A.V. Definitions of nociception, pain, and chronic pain with implications regarding science and society. Neuroscience letters 2019;702:1-2.
2. International Association for the Study of Pain. The 2017 IASP global year against pain after surgery [Internet]. 2017 [cited 2023 November 10] Available from: [https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/AfterSurgery/](https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/AfterSurgery)
3. Sprouse-Blum, A. S., Smith, G., Sugai, D., & Parsa, F. D. Understanding endorphins and their importance in pain management. Hawaii Medical Journal 2010;69:70-1.
4. Wongsawatdiwat M, Phaiboonworachart S, Srirat W, Wongphankamol L, Simajareuk S, Thienthong S. Institutional Benchmarking: A Tool to Improve Quality of Acute Pain Service. Srinagarind Medical Journal 2008;1:66-73. (in Thai)
5. Rattanapathumwong P, Yooujaiyen M. Development of clinical practice guidelines for pain management among postoperative patients in the post-anesthesia care unit in Ranong hospital. Journal of Health and Nursing Research 2014;1:86-99. (in Thai)

6. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards effective for healthcare accreditation 1st October 2022. 5th. Nonthaburi: Tien Kuang Printing; 2021. (in Thai)
7. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient safety goals of Thailand 2018 patient safety goals: SIMPLE Thailand 2018. Nonthaburi: Famous and Successful; 2018. (in Thai)
8. Deming WE. The new economics for industry, government, education. 2nd ed: The MIT press; 2000.
9. Royal College of Anesthesiologists of Thailand and Thai Association For The Study Of Pain. Clinical guidance for acute postoperative pain management Issue 2. Bangkok: Pimluck; 2019. (in Thai)
10. Subcommittee for Development of Thai National Formulary and National Expert Working Group on Drug Selection, Department of Anesthesiology and Pain Management. Bangkok: Aksorn Graphics and Design; 2016. (in Thai)
11. Kamolwit S, Ratanapathumwong P. Development of clinical practice guidelines for pain management in postoperative patients Ranong Hospital. *Journal of Nursing Division* 2014;2:23-40. (in Thai)
12. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiologists* 2012;2: 248-73.
13. Phankongsub P. Chronic postsurgical pain: review article. *Journal Chulabhorn Royal Academic* 2021;2:60-70. (in Thai)
14. Ammarinpornchai P., Namwongprom A., Phakdeewong N. The effectiveness of nursing system on pain management in patients with acute pain. *Journal of Nursing and Health Care* 2015;1:80-7. (in Thai)
15. Chitsom S., Saenrian B., Tonthong P. Pain management after cesarean section. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022;3:868-81. (in Thai)
16. Saengthao B. The development monitoring and surveillance systems of sedative drugs and paralytic drugs in ICU Police Hospital. *Vajira Nursing Journal* 2021;2:70-81. (in Thai)
17. Kittikornchaichan K. Acute pain management with intravenous paracetamol. *Thai Journal of Anesthesiology* 2019;3:117-23. (in Thai)
18. Kishore K, Agarwal A, Gaur A. Acute pain service. *Saudi Journal of Anesthesia* 2011;5(2): 123-4.

บทความวิจัย

Effects of Using the ABCs Concept Video Teaching in Caring for Patients with Increased Intracranial Pressure on Self-confidence in Nursing Practice for Brain injury and Satisfaction of Nursing Student St Theresa International College.

Received: Jul 27, 2023

Revised: Oct 13, 2023

Accepted: Dec 15, 2023

Kunnika Rukyingchareon, M.N.S.¹

Angkana Somkong, M.N.S.²

Suthat Supanam, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Increase intracranial pressure (IICP) is a complication of brain injury. Nursing students must have an understanding of mechanisms IICP. Therefore, able to provide effective nursing care to patients.

Research Objectives: To compare the self-confidence in nursing practice in the surgical intensive care unit of 3rd year nursing students before and after we used ABCs video media in caring for patients with Increase intracranial pressure.

Research Methodology: A quasi-experimental research, two groups, before and after measurements. The sample consisted of 3rd year nursing students. The samples were selected by simple random sampling. Divided into the experimental group and the control group were 45 people each. Research instrument consisted of: 1. ABCs video media 2. Assessment questionnaire for self-confidence in the nursing practice 3. Satisfaction questionnaire. The content validity index of video media was .88, the questionnaire's self-confidence was .88 and .84, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

Results: In this study the result show that the mean of self-confidence score in nursing practice after the experimental group was significantly higher than before the experiment ($p < .05$). When we used ABCs video media the mean of satisfaction score was significantly at a high level ($p < .05$).

Conclusions: The use of video ABCs in the care of patients with IICP. Helps to increase self-confidence in the nursing practice of brain injury patients.

Recommendation: The ABCs video media for the care of patients with IICP should be used in Prepare nursing students before practical training.

Keywords: ABCs video media, self-confidence in nursing practice, satisfaction with video media

Funding: St.Theresa International College

^{1,3}Lecturer, ¹Email: rukying@gmail.com ³Email: suthat.supanam@gmail.com

²Corresponding author: Lecturer, ²Email: ajtabu@gmail.com

^{1,3}Faculty of Nursing St Theresa International College, Nakhon Nayok, Thailand.

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

Received: Jul 27, 2023

Revised: Oct 13, 2023

Accepted: Dec 15, 2023

กรรณิกา รักยิ่งเจริญ พย.ม.¹

อังคณา สมคง พย.ม.²

สุทัศน์ ศุภนาม พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมอง นักศึกษาพยาบาลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง จึงสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุม 45 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1. สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง 3. แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ .88 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .88 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง อยู่ในระดับมาก

สรุปผล: การใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

ข้อเสนอแนะ: ควรนำสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนฝึกภาคปฏิบัติ

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์ ABCs ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์

บทนำ

คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยได้มีการนำรูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทางพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จากการสะท้อนคิดความรู้สึก (Reflective) ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจ ตื่นเต้น วิตกกังวล ไม่กล้าฝึกภาคปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต กลัวทำไม่ได้ กลัวผิดพลาด กลัวผู้ป่วย กลัวอาจารย์ รู้สึกกดดัน เพราะไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากสถิติพบว่า หอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่นักศึกษาชั้นฝึกภาคปฏิบัติ พบผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางสมองเป็นอันดับที่ 1 ใน 5 ของกลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม นักศึกษาไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมาก่อน ประกอบกับทักษะการดูแลผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมที่จำเป็นในหอผู้ป่วยวิกฤตของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คือ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ต้องประเมิน Glasgow coma scale เพื่อเฝ้าติดตามภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลทุกคนต้องได้รับประสบการณ์ของรายวิชาที่ระบุไว้ ประกอบกับในหัวข้อความดันในกะโหลกศีรษะสูงมีความซับซ้อนส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลต้องมีความเข้าใจในกระบวนการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น จากการเรียนการสอนแบบเดิมเป็นการบรรยายและนำเสนอด้วย Power point เป็นส่วนใหญ่ ทำให้การมองภาพต่าง ๆ ในขณะเรียนไม่ชัดเจน จึงส่งผลต่อความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

ฉะนั้นความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจากแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹ ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) เป็นการประมวลการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จ หากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความอดทน อุทิศหา ไม่ย่อท้อ และจะสามารถ

ทำภารกิจหรือพฤติกรรมที่ตนคาดหวังไว้ประสบผลสำเร็จ โดยกระบวนการหรือกลวิธีที่บุคคลจะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishment) การได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่น (Vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) ดังนั้น ถ้านักศึกษาพยาบาลทุกคนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการชมสื่อวีดิทัศน์ ทำให้มองเห็นภาพที่มีการเคลื่อนไหวกระตุ้นความสนใจจากการได้ยินเสียง ย่อมส่งผลให้มีเจตคติที่ดี มีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่พบผลงานวิจัยที่ใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งหลัก ABCs เป็นหลักการช่วยเตือนความจำ หมายถึง อักษรย่อ A-J โดยตัวอักษรแต่ละตัวจะเน้นย้ำในประเด็นหลักของพยาธิสภาพ อาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีเพียงงานวิจัยสื่อวีดิทัศน์ควบคู่กับการใช้โจทย์สถานการณ์กับการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการทำหัตถการเพิ่มขึ้น² ดังนั้น อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากิจกรรมการสอนในการเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากกรอบแนวคิดของบทความวิชาการเรื่อง การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ของ Rukyingchareon, Thaikla และ Suvarnakuta³ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Hussein, Zettel and Suykens⁴ มาใช้ประกอบการสอนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในรายวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ฉะนั้นถ้ามีหลักในการช่วยจำง่าย ๆ สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการช่วยเตือนความจำถึงการช่วยแก้ปัญหาทางการพยาบาลและอาการที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพียงแค่จำหลัก ABCs ผ่านอักษร A-J ตามหลักอักษรภาษาอังกฤษผ่านการดูสื่อวีดิทัศน์ จะทำให้นักศึกษาพยาบาล

ทุกคนมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมองที่มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้การใช้อัลกอริทึม ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ใช้วิดีโอ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อัลกอริทึม ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มที่ใช้วิดีโอ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง สูงกว่าก่อนใช้วิดีโอ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ใช้วิดีโอ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อัลกอริทึม ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติมีคะแนนตั้งแต่ระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อัลกอริทึม ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดของบทความ

วิชาการเรื่อง การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงของ Rukyingchareon, Thakla และ Suvarnakuta³ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Hussein, Zettel and Suykens⁴ ซึ่งหลัก ABCs เป็นหลักการช่วยเตือนความจำ หมายถึง อักษรย่อ A-J โดยตัวอักษรแต่ละตัวจะเน้นย้ำในประเด็นหลักของพยาธิสภาพ อาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และความเชื่อมั่นในตนเอง ได้พัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura¹ นำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้โดยนำมาใช้บางส่วน จากความเชื่อที่ว่ากลวิธีที่บุคคลจะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางร่างกาย และอารมณ์ ดังนั้นถ้าบุคคลมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ ย่อมส่งผลต่อกระบวนการคิด ทำให้มีเจตคติที่ดี จูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 และได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 45 คน และ กลุ่มทดลอง 45 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งคะแนนนักศึกษา เป็น 3 ช่วงคะแนน คือ สูง กลาง และต่ำ โดยพิจารณาจากค่า T-score จากรายวิชาทฤษฎีการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 นำไปจัดกลุ่มของนักศึกษาเป็น 12 กลุ่มตามรูปแบบของการขึ้นฝึกปฏิบัติทั้ง 6 หอผู้ป่วย ใน 3 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 4 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

2 กลุ่ม และ กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม หลังจากนั้นจึงคัดเลือก นักศึกษาเข้ากลุ่มตามเกณฑ์ช่วงคะแนน โดยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจะมีจำนวนนักศึกษาเท่ากัน กลุ่มละ 7-8 คน/ หอผู้ป่วย ซึ่งคะแนนจะคล้อยตามค่า T-score

2. คัดเลือกกลุ่มทดลองโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 6 กลุ่ม มีนักศึกษา จำนวน 45 คน และจำนวนกลุ่มที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 6 กลุ่ม มีนักศึกษาจำนวน 45 คน

3. การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ช่วงของการฝึก ภาควิชาปฏิบัติแบ่ง 2 ช่วงเวลา ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของ นักศึกษาโดยการปฐมนิเทศก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติการ พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ตามช่วงเวลา: กลุ่มควบคุมขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ 6 สัปดาห์แรก ปฐมนิเทศ ครั้งที่ 1 และ กลุ่มทดลองขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ 6 สัปดาห์หลัง ปฐมนิเทศครั้งที่ 2 (ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการปฐมนิเทศ 1 ครั้ง ควบคู่ช่วงเวลา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดีทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของบทความวิชาการเรื่อง การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ของ Rukyingchareon, Thakla และ Suvarnakuta³ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Hussein, Zettel and Suykens⁴ ทำให้ผู้เรียนส่งผลต่อกระบวนการคิด และ จูงใจให้เกิดความเชื่อมั่น สามารถตัดสินใจ ปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลได้ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Bandura¹ รายละเอียดของวิดีโอเป็นหลักช่วยเตือนความจำในการดูแล ผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงผ่านอักษร ABCs โดยมีความยาวของวิดีโอ 26 นาที ประกอบด้วยพยาธิสภาพ อาการ การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ ของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

1) แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Bandura¹ 22 ข้อ วัดความรู้ 6 ข้อ เจตคติ 4 ข้อ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 12 ข้อ โดยคะแนน สูงสุด 110 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 คะแนนต่ำสุด

22 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 มีลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ ความ มั่นใจน้อยที่สุด ความมั่นใจน้อย ความมั่นใจปานกลาง ความ มั่นใจมาก และ ความมั่นใจมากที่สุด

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้สื่อ วิดีทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษา ตอบบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์รายวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ ของ Wajanawisit⁵ 10 ข้อ โดยคะแนนสูงสุด 50 คะแนน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.00 คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1- 5 ได้แก่ ความพึงพอใจน้อยที่สุด ความพึงพอใจ น้อย ความพึงพอใจปานกลาง ความพึงพอใจมาก และความ พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และนำไปทดลองใช้กับ ผู้ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) ของสื่อวิดีโอ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลก ศีรษะสูง ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ ทางสมอง และความพึงพอใจของการใช้วิดีโอ ABCs ในการ ดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง เท่ากับ .88 .88 และ .83 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความ มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และ แบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้วิดีโอ ABCs ในการ ดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์ เทเรซา หมายเลขการรับรอง STIC 002/2022 ลงวันที่ 12 เมษายน 2565 และได้ขออนุญาตทำการวิจัยจากคณบดีคณะ พยาบาลศาสตร์และกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระใน การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาเพื่อให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้แล้ว นัดหมายวัน-เวลาที่จะดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลโดยทีมผู้ทำวิจัยทั้ง 3 คน เป็นผู้เก็บข้อมูลโดยแยกประจำโรงพยาบาลละ 1 คน/กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และ กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม โดยผู้ทำวิจัยทั้ง 3 คน รับผิดชอบเป็นอาจารย์นิเทศประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของแต่ละโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนใน 6 สัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองใน 6 สัปดาห์หลัง (กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลองทำการฝึกภาคปฏิบัติคนละช่วงเวลา โดยกลุ่มควบคุมฝึกภาคปฏิบัติใน 6 สัปดาห์แรก กลุ่มทดลองทำการฝึกภาคปฏิบัติในช่วง 6 สัปดาห์หลัง) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดของการดำเนินการทดลอง เริ่มดำเนินการทดลองดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

ปฐมนิเทศการฝึกภาคปฏิบัติ ชี้แจงรายวิชาและระเบียบในการฝึกปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย 2 ช่วงเวลา โดยขั้นตอนในการปฐมนิเทศของทั้ง 2 กลุ่ม แบ่งเป็น 2 ครั้ง **กลุ่มควบคุม** เป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกภาคปฏิบัติใน 6 สัปดาห์แรก ได้รับการปฐมนิเทศครั้งที่ 1 จะได้รับการทบทวนทักษะ 4 เรื่อง **กลุ่มทดลอง** ได้รับการฝึกภาคปฏิบัติใน 6 สัปดาห์ต่อมา ได้รับการปฐมนิเทศครั้งที่ 2 ได้รับการทบทวนทักษะ 3 เรื่อง + การชมสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ใช้ระยะเวลา 26 นาที แทนการสอนตามปกติในทักษะเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นการใช้เอกสารนำเสนอ Power point ประกอบการบรรยาย

ขั้นที่ 2 ขณะฝึกปฏิบัติงาน ณ แหล่งฝึก (สัปดาห์ที่ 1-2)

สร้างสัมพันธภาพระหว่างอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษา การเตรียมความพร้อมด้านสภาพแวดล้อมในคลินิก การมอบหมายผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ต่อนักศึกษาให้ดูแล 1:1 โดยรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองอย่างน้อย 1 ราย ในช่วง 3 สัปดาห์ ตลอดการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

แผนกหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 3 สัปดาห์ (กรณีที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีจำนวนไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมอบหมายผู้ป่วย 1 คน/นักศึกษา 2 คน ให้แยกกันเขียนแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล) มีการเขียนแผนการพยาบาลก่อนให้การพยาบาล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีกำหนดส่งงานเป็นไปตามข้อกำหนดการส่งงานของรายวิชา พร้อมเสริมแรงทางบวกให้แก่นักศึกษาที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองทุกคน พร้อมเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองดูวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในการทบทวนได้ตลอดเวลาของการฝึกปฏิบัติงาน

ขั้นที่ 3 ติดตามและประเมินผล

ผู้ทำวิจัยทั้ง 3 คน เป็นผู้ชี้แจงการเก็บแบบประเมินทุกฉบับเอง และเน้นย้ำการดูวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในสัปดาห์ที่ 3 ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และความพึงพอใจของการใช้วีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง หลังจากได้ทำการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองอย่างน้อย 1 ราย ใน 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในขณะที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในสัปดาห์ที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้วีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ใช้วีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับการสอนตามปกติ โดยทดสอบด้วยค่าสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3

ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่าระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หลังทดลอง ($M = 4.01$, $SD = .22$) สูงกว่าก่อนทดลอง

($M = 3.31$, $SD = .53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความมั่นใจในการปฏิบัติการ	M	SD	Paired t-test	p-value
ก่อนทดลอง (n = 45)	3.31	.53	-7.101	.000
หลังทดลอง (n = 45)	4.01	.22		

$p < .05$

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 หลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ($M = 4.01$, $SD = .25$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ($M = 3.61$, $SD = .27$) ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินความพึงพอใจของการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ของกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน อยู่ในระดับมาก ($M = 4.37$, $SD = .48$)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความมั่นใจในการปฏิบัติการ	M	SD	Independent t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 45)	4.01	.25	4.868	.000
กลุ่มควบคุม (n = 45)	3.61	.27		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับสอนปกติพบว่าระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง สูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร่วมกับการสอนปกติ สามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้มากขึ้น เพราะการเรียนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่น่าสนใจ ครอบคลุม การใช้ภาษามีความกระชับ เข้าใจได้ง่าย มองเห็นภาพ เสียงชัดเจน สามารถนำไปทบทวนด้วยตนเอง สะดวก เปิดดูได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับ Jungpanich

และ Srisailaun⁶ ได้ศึกษาผลของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 พบว่าความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยหลังการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวัน ร่วมกับการสอนปกติ มีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับ Buddam et al.⁷ ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการสอนลดปวดในระยะรอคลอดของนักศึกษา ก่อนใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หลังใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ครั้งที่ 1 และหลังการใช้สื่อครั้งที่ 2 โดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการใช้สื่อครั้งที่ 2 สูงกว่าหลังการใช้ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับ Bandura¹ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นใจในการทำงานได้จากการเห็นผู้อื่นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมอย่างที่ได้เห็นได้เช่นกัน ดังนั้น ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล จึงมีผลมาจากการเห็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติจากบทบาทสมมติในวีดิทัศน์ ร่วมกับการสอนตามปกติ เมื่อต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วยจะสร้างความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กลุ่มที่ใช้วีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับการสอนตามปกติ และ กลุ่มควบคุม พบว่า ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองหลังทดลองของกลุ่มทดลอง มีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม สูงกว่า กลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ Jungpanich และ Srisailaun⁶ ศึกษาผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ใช้สื่อวีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันร่วมกับการสอนปกติ กับ กลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ พบว่า ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย กลุ่มที่ใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันร่วมกับการสอนปกติ มีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยสูงกว่า

กลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ สอดคล้อง Homsombut⁸ ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pinar, Akalin และ Abay⁹ ศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อสมรรถนะการตรวจร่างกายทารกของนักศึกษาพยาบาลใหม่ พบว่าคะแนนทักษะการสอบปฏิบัติการตรวจร่างกายทารกโดย OSCE สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ Ponkaew, Thasanoh Elter และ Suwanwaiphatthana¹⁰ ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลเด็กโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่เรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการพยาบาลเด็กโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนใช้สื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wattanachai, Yingrengreun¹¹ ที่พบว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยให้ผู้เรียนลดความผิดพลาดในการสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sanongdej, Wangpitipanit, Chonsin และ Chalernpichai² พบว่าการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทย์สถานการณ์พยาบาลอาชีวอนามัยทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลอาชีวอนามัยได้จริง เนื่องจากเป็นสื่อมีลติมีเดียที่สามารถมองเห็นภาพ และเสียงได้อย่างชัดเจน ช่วยกระตุ้นการรับรู้ที่ดี และนำไปสู่การฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Edgar Dale¹² ที่กล่าวว่าสื่อการสอนทำให้นามธรรมเกิดเป็นรูปธรรม เพราะจินตนาการอย่างเดียวผู้เรียนไม่สามารถทำให้เกิดรูปธรรมได้ สื่อการสอนจะทำให้สิ่งที่ซับซ้อนให้เป็นเรื่องง่ายขึ้น สามารถแก้ปัญหาข้อจำกัดต่าง ๆ ได้ ความรู้ที่ได้รับจากกระบวนการเรียนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในบทเรียนเพิ่มมากขึ้น และ Bloom¹³ กล่าวว่า การให้ผู้เรียนได้รับสิ่งใหม่จะสร้างความสนใจให้กับผู้เรียนได้ดี สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตาม

ปกติ ซึ่งเป็นการได้รับข้อมูลจากการปฐมนิเทศ และทบทวน ความรู้ทักษะปฏิบัติการพยาบาล (refresh) ซึ่งนักศึกษาไม่ได้ มีโอกาสเห็นของจริง ต้องจินตนาการด้วยตนเองทำให้ไม่เข้าใจ เกิดการเรียนรู้ได้ไม่เต็มที่ หรือไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไป สู่ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนผู้ป่วยได้ สรุปได้ ว่าวิธีการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิด ความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้จริง สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อมัลติมีเดียที่สามารถมองเห็นภาพและเสียงได้อย่าง ชัดเจน กระตุ้นการรับรู้ นำไปสู่จินตนาการ การรับรู้ที่ดีจะนำ ไปสู่การฝึกปฏิบัติการพยาบาลได้ดี ช่วยให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ผลการประเมินความพึงพอใจของการใช้วีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูง บนหอ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 อยู่ในระดับมาก การที่นักศึกษากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ มาก เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีภาพประกอบเคลื่อนไหวจาก บทบาทสมมติ และเสียงประกอบที่เหมือนจริง และสื่อความ หมายได้ตรงกับเนื้อหา สามารถกระตุ้นความสนใจได้ดี สอดคล้องกับ Jermworapipat, Demile และ Chunchai¹⁴ ศึกษาผลกาเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ความมั่นใจ และ ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในการวางแผน จำหน่ายก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและ ผู้ดูแล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้อยู่ สื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fiorella, Stull, Kunhlmann, Mayer¹⁵ พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็น เครื่องมือทางการศึกษาต่อการรับรู้ของนักเรียนช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพของแรงจูงใจในการเรียนรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ บทเรียนโดยใช้อักษรย่อถ่ายทอดออกมาเป็นสื่อวีดิทัศน์เป็น เครื่องมือทางการศึกษาที่เข้าใจได้ง่าย สามารถเรียนรู้ด้วย ตนเองและทบทวนได้หลายครั้ง ประกอบกับหลักการช่วย เตือนความจำ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดันในกะโหลก ศีรษะสูงผ่านอักษร A-J ตามหลักอักษรภาษาอังกฤษ ผ่านการ ดูสื่อวีดิทัศน์ทำให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนมีความมั่นใจในการ ให้การพยาบาล และเข้าใจถึงผลกระทบทางสรีรวิทยาของ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมอง โดยให้ความสำคัญในเรื่องของ การสังเกตอาการที่สำคัญ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความ ดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ดังนั้น

ในการเรียนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เนื้อหาที่นำเสนอจะมี ความครอบคลุม การใช้ภาษามีความกระชับ เข้าใจได้ง่าย มองเห็นภาพ เสียงชัดเจน สามารถนำไปทบทวนด้วยตนเอง สะดวก เปิดดูได้ตลอดเวลา และต้องคำนึงถึงประสบการณ์ ของผู้เรียน เวลา และสถานที่ที่ต้องมีความเอื้ออำนวย เพื่อให้การ เรียนการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพและผู้เรียนมี ความพึงพอใจ

จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การใช้สื่อ วีดิทัศน์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยพัฒนาความรู้และ ทักษะของนักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความ มั่นใจต่อความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้จริง ประกอบกับ ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามากขึ้น อาจารย์ผู้สอนควรมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน เพื่อให้ทันยุคสมัยและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป การนำสื่อ วีดิทัศน์มาประยุกต์ในการเรียนการสอนร่วมกับการบรรยาย หรือการสาธิต ถือเป็นการให้อิสระผู้เรียนในการเรียนรู้ด้วย ตนเอง ไม่จำกัดเวลา และขอบเขต เพื่อตอบสนองการเรียนรู้ ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยอาจารย์ผู้สอนอาจคอย ช่วยเหลือชี้แนะ เมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจ ซึ่งถือได้ว่าเป็นประโยชน์ อีกทางหนึ่งในการเรียนในยุคปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดัน ในกะโหลกศีรษะสูงไปใช้เป็นสื่อในการสอนรายบทเรียนหัวข้อ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ร่วมกับการบรรยาย

ควรนำสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแลผู้ป่วยความดัน ในกะโหลกศีรษะสูง ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของ นักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม ในปีการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าสื่อวีดิทัศน์ ABCs ในการดูแล ผู้ป่วยความดันในกะโหลกศีรษะสูงสามารถทำให้นักศึกษา พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก จึงควรมีการผลิตสื่อวีดิทัศน์ในเรื่องอื่น ๆ ที่หลากหลายเพิ่ม มากขึ้น และควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลัก D – METHOD มาใช้ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์นี้ด้วย เพื่อให้ นักศึกษาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมถึง ระยะการพักฟื้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

References

1. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York : W.H. Freeman and Company; 1997.
2. Sanongdej W, Wangpitipanit S, Chonsin P, Chalernpichai T. Development and effect of video media combined with scenario on knowledge and self-confidence in practice of occupational health nursing for nursing students. *Ramathibodi Medical Journal* 2018;24(1): 94-107. (in Thai)
3. Rukyingchareon K, Thaikla A, Suvarnakuta P. Use of the ABCs mnemonic concept in caring for patients with increased intracranial pressure. *Journal of Health Science Research* 2018; 12 (Supplement):12-9. (in Thai)
4. Hussein MTEL, Zettel S, Suykens AM. The ABCs of managing increased intracranial pressure. *Journal of Nursing Education and Practice* 2017;7(4):6-14.
5. Wajanawisit T. Development of e-Learning on Information technology course, Kuakarun Faculty of Nursing. *Kuakarun Journal of Nursing* 2014;21(1):100-13. (in Thai)
6. 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. (in Thai)
7. Buddam M, Suwanpakdee W, Ritmontre O, Noonart T, Tantanokit J. Effectiveness of electronic media usage on pain relief strategy during labor. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2021;24(2): 13-25. (in Thai)
8. Homsombut Y, Khakhuen S, White J, Jittasuttho J, Kerdchuen K, Aunprom 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. (in Thai)
9. Pinar G, Akalin A, Abay H. The effect of video based simulation training on neonatal examination competency among Turkish Nursing Students. *European Scientific* 2016;12(15): 394-405.
10. Ponkaew W, Thasanoh Elter P, Suwanwaiphatthana W. The effects of educational video about nursing care for children with cardiovascular disease on knowledge of bachelor nursing students. *Research and Development Health System Journal* 2020;13(2):521-27. (in Thai)
11. 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. (in Thai)
12. Dale E. Audio-Visual methods in teaching. 3rd ed. New York: Dryden Press; 1996.
13. Bloom, B.S. Taxonomy of education objective: cognitive domain. New York: David McKey; 1964.

14. Jermworapipat S, Demile L, Chunchai S. 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. *Journal of Health and Nursing Research* 2023;39(2):147-60. (in Thai)
15. 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

บทความวิจัย

The Development of Video Media on the Prioritization of Community Diagnosis by Civil Society for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Received: Apr 24, 2023

Revised: Oct 16, 2023

Accepted: Dec 19, 2023

Kleebkaew Janhong, Ph.D.¹

Soopussara Komindr, M.N.S.²

Kultida Panidchakul, Ph.D.³

Abstract

Introduction: The prioritization of community diagnosis is a crucial step to identify community health. There is a lack of knowledge and understanding of nursing students. Moreover, there is no video media to enhance understanding. Thus, the development of video media is necessary for a better understanding of students

Research Objectives: To develop and evaluate effects of video lesson on the prioritization of community problems by civil society.

Research Methodology: A research and development method was used to develop a video media based on ADDIE Model. This research conducted in April 2019 - December 2020 to 143 third year of nursing students. Research instruments included 1) video lesson, 2) knowledge test, and 3) satisfaction test towards video lesson. The quality of video lesson was assessed for content validity. The Index of Item Objective Congruence (IOC) test and Cronbach's alpha coefficient test were 1.00 and 0.88, respectively. Data was analyzed using descriptive statistic and paired t-test.

Results: The efficiency of the video lesson at 81.65/89.30 (E1/E2). The posttest scores of knowledges using the video lesson (M = 18.65, SD = 1.96) was significantly higher than pretest (M = 16.25, SD = 1.31) at level .001. The satisfaction of video lesson was very high (M = 4.78, SD = .39).

Conclusions: The video lesson on the prioritization of community problems by civil society is effective for improving knowledge and understanding, and satisfaction of nursing students.

Implications: Instructors can use a video media as a tool to enhance understanding of the prioritization of community problems in nursing students.

Keywords: VDO media, prioritization of community problems, civil society

การพัฒนาและประเมินสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน โดยวิธีประชาคม สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

Received: Apr 24, 2023

Revised: Oct 16, 2023

Accepted: Dec 19, 2023

กลีบแก้ว จันทร์หงษ์ พร.ด.¹

สุภัทสรุา โคมินทร์ พย.ม.²

กุลธิดา พานิชกุล พร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินสถานการณ์สุขภาพอนามัยของชุมชน พบว่านักศึกษาพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการ รวมถึงขั้นตอนการเรียนการสอน ดังนั้น การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์จึงมีความสำคัญ เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจกับนักศึกษามากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ใช้กระบวนการแบบ ADDIE Model ดำเนินการวิจัย ระหว่าง เมษายน 2562-ธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 143 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) สื่อวีดิทัศน์ 2) แบบวัดความรู้ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ ตรวจสอบคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย: สื่อวีดิทัศน์ มีประสิทธิภาพ (E1/E2) มีค่าเท่ากับ 81.65/89.30 ภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ($M = 18.65$, $SD = 1.96$) เพิ่มขึ้น ($M = 16.25$, $SD = 1.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.78$, $SD = 0.39$)

สรุปผล: สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ

ข้อเสนอแนะ: ผู้สอนสามารถนำสื่อวีดิทัศน์นี้ ไปใช้ประกอบการสอนในการเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของนักศึกษา

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน ประชาคม

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

^{1,3}อาจารย์ ¹Email: kleeekaewj@gmail.com ³Email: kultida.p@bcn.ac.th

²Corresponding author อาจารย์ Email: soopussara.p@bcn.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดทิศทางในการสร้างเด็กยุคไทยแลนด์ 4.0 สร้างเด็กและเยาวชนไทยให้มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการประยุกต์ให้เข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ สร้างความคิดของเด็กและเยาวชนไปสู่ที่ยากขึ้น การพัฒนาเด็กต้องพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะการเรียนรู้ที่ดีที่สุดในศตวรรษที่ 21 เริ่มด้วยการฝึกให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ครูเปลี่ยนจากครูสอนเป็นพี่เลี้ยงครูฝึก (Coach) การเรียนแบบบูรณาการ สหวิชาการ เชื่อมโยงความรู้กับจินตนาการ เปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบให้ผู้เรียนมีทักษะที่ต้องการ เช่น การทำงานร่วมกัน ความคิดสร้างสรรค์ และการสื่อสารที่ดี ซึ่งการจัดการศึกษาต้องสร้างความพอใจให้ผู้เรียนและท้าทายสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนอยากเรียน สามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจากสื่อการสอนทุกรูปแบบ โดยเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะในการสืบค้นและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เนื่องจากข้อมูลในปัจจุบันมีจำนวนมาก ผู้เรียนจึงต้องมีความสามารถในการค้นหาและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล¹

การนำไอซีทีมาใช้ในการศึกษา ทำให้บทบาทของครูเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากการเป็นผู้สอนที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดมาเป็นผู้สร้าง ส่งเสริมทักษะการคิดขั้นสูง ส่งเสริมความสามารถในการใช้สารสนเทศ และปลูกฝังการทำงานและการปฏิบัติงานร่วมกันของผู้เรียน ซึ่งการศึกษาปัจจุบัน มีเทคโนโลยีด้านการศึกษามากมาย เช่น สื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนการสอน โดยบูรณาการเอาข้อมูลรูปแบบต่าง ๆ เช่น ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียง วิดีโอ และข้อความ เข้าไปเป็นองค์ประกอบเพื่อการสื่อสาร และการให้ประสบการณ์ เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ² ทั้งด้านการมองเห็นข้อความภาพได้อินเสียง หรือมีการโต้ตอบกับสื่อ ก่อให้เกิดการรับรู้ที่หลากหลาย³ จากผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทารกและปากในเด็ก พบว่านักศึกษาที่มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลเด็กทารกและปากในเด็กเพิ่มสูงขึ้นภายหลังชมสื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีทักษะการดูแลเด็กทารกและปากในเด็กผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 65) จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.83⁴

สอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในการใช้สื่อการสอนมัลติมีเดีย เรื่อง กลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนความรู้เรื่องกลไกการคลอดของกลุ่มทดลอง หลังชมสื่อมัลติมีเดียสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) คะแนนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)⁵

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ มีแนวทางการศึกษาว่าสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาบุคคลและสังคม ซึ่งการสร้างองค์ความรู้อันเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สื่อการสอนจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนการสอน ช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้เรียน ดังการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิชาหมวดวิชาชีพภาคบังคับของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยมีหัวข้อการเรียนรู้เรื่อง การใช้กระบวนการพยาบาลในการวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวและชุมชน ซึ่งเริ่มต้นด้วยการศึกษาประเมินสภาพปัญหาและการวินิจฉัยชุมชน (community health assessment) การวิเคราะห์ข้อมูล การระบุปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน (community diagnosis and priority setting) คัดเลือกปัญหาที่มีความสำคัญที่สุด นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (webs of causation) จากนั้นวางแผนดำเนินงาน (planning) การดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ (intervention) และประเมินผลการดำเนินงาน (evaluation) จากหัวข้อการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นเนื้อหาค่อนข้างมาก จำนวน 22 ชั่วโมง หัวข้อนี้จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่องและเป็นตามลำดับขั้นตอนที่ไม่สามารถข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งไปได้ โดยเฉพาะการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นขั้นตอนที่สำคัญและมักมีปัญหาในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน โดยการให้ประชาชนหรือชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพูดคุยปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในรูปของกลุ่มหรือเครือข่ายในประเด็นใดประเด็นหนึ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่หรือสุขภาพของประชาชนในชุมชน เป็น

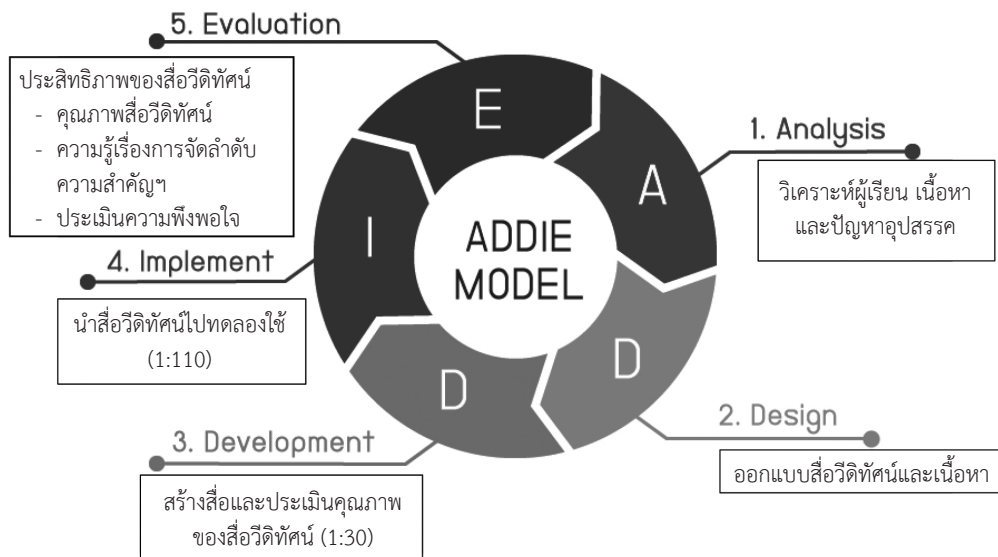
กระบวนการที่มีขั้นตอนต่าง ๆ หลายขั้นตอน จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงานจริง แต่เมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในพื้นที่จริงของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่มีอายุเพียง 21-22 ปียังขาดประสบการณ์ จึงทำให้นักศึกษาไม่เข้าใจการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน และไม่มีสื่อการเรียนการสอนที่ตรงกับเนื้อหาในรายวิชาดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจสร้างและการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน โดยวิธีประชาคมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁶ เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาก เพราะมีองค์ประกอบที่ตัดสินใจและคำนวณออกมาเป็นคะแนนที่ตัดสินใจง่าย ไม่มีความสลับซับซ้อน นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์จะเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้และเลียนแบบในสิ่งที่ถูกต้อง รวมทั้งเป็นสื่อการเรียนที่นักศึกษาสามารถนำไปใช้ในการทบทวนความรู้ สามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองในชุมชน และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบของ ADDIE Model⁷ คือ การวิเคราะห์ (Analysis) วิเคราะห์ผู้เรียนและวิเคราะห์เนื้อหา นำไปสู่การทบทวนวรรณกรรม การออกแบบสื่อวีดิทัศน์ (Design) การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) โดยขั้นตอนต่าง ๆ ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 72 จำนวน 143 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2563

กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยเรียงตามเกรดเฉลี่ยของนักศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มอ่อน ปานกลาง และเก่ง โดยการคละ ซึ่งแบ่งเป็นระยะดังนี้

1) ระยะวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 71 ที่จบปีการศึกษา 2562 จำนวน 12 คน

2) ระยะพัฒนาสื่อการเรียนการสอน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 72 จำนวน 3 ราย

3) ระยะทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 72 จำนวน 30 ราย ไม่ให้ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คนแรกในช่วงพัฒนาสื่อการเรียนการสอน

4) ระยะนำไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 72 จำนวน 110 ราย ตามตารางของ Krejcie & Morgan⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 72 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ในภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2563

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ขาดการศึกษา ดูสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน ไม่ครบถ้วน หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่เคยลงทะเบียนเรียนในวิชานี้หรือมีประสบการณ์ด้านการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนมาก่อน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นสื่อที่ใช้สอนวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 โดยเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์ เริ่มตั้งแต่ นักศึกษาแนะนำตัวและการทำความรู้จัก

กันระหว่างผู้เข้าร่วมประชาคม บอกวัตถุประสงค์ของการจัดประชาคม การเกริ่นนำเข้าสู่ที่มาที่ไปของประเด็นสำหรับการอภิปรายในการประชาคม วางกติกาการประชาคมร่วมกัน นักศึกษานำเสนอข้อมูลและปัญหาที่ได้จากการศึกษาชุมชน อธิบายวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของชุมชน เพื่อคัดเลือกปัญหาของชุมชนที่นำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยการจัดทำโครงการ ด้วยการพิจารณาจากคะแนน ดังนี้ 1) ขนาดของปัญหา 2) ความรุนแรงของปัญหา 3) ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และ 4) ความร่วมมือ/ความสนใจในการแก้ปัญหา จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมประชาคมอภิปรายประเด็นหรือปัญหาเพิ่มเติม ต่อด้วยการให้คะแนนของผู้เข้าร่วมประชาคมในส่วนความร่วมมือ/ความสนใจในการแก้ปัญหานั้น ๆ จากนั้นนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันก็จะได้คะแนนที่มีผลรวมสูงสุด นำมาเป็นข้อสรุปได้ปัญหาของชุมชนที่นำไปสู่การดำเนินการแก้ปัญหาต่อไป และสุดท้ายนำเข้าสู่กระบวนการโยนโยนสาเหตุของปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของชุมชนนั้น

เมื่อกำหนดเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลการพยาบาลอนามัยชุมชน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) แต่ละข้อมีค่ามากกว่า 0.5 แสดงว่าวัดได้ตรงตามจุดประสงค์

หลังจากนั้นนำไปสร้างสื่อวีดิทัศน์ มีภาพเคลื่อนไหว เสียงประกอบการบรรยาย โดยให้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการผลิตสื่อวีดิทัศน์สร้าง หลังจากสร้างเสร็จนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

2. แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ใน มคอ.3 วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านพยาบาลการพยาบาลอนามัยชุมชน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

แบบวัดความรู้นี้ให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรตอบก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้

ก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน นำไปทดลองใช้แบบกลุ่มย่อย (Small group testing) จำนวน 30 คน ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ของแบบวัดความรู้เท่ากับ .84

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้สื่อการเรียนการสอน ในด้านความน่าสนใจ ความเข้าใจง่าย ความเหมาะสมของระยะเวลากับเนื้อหา ความเหมาะสมของ ภาพ เสียง และเนื้อเรื่อง ความเหมาะสมของภาพกับคำบรรยายและความชัดเจน ความเหมาะสมเกี่ยวกับการจัดลำดับภาพ ความชัดเจนของเสียงบรรยาย ความสามารถในการทบทวนได้ด้วยตนเอง ความเหมาะสมของวีดิทัศน์ที่จะนำมาใช้ประกอบการสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนรวม 75 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร เลขที่ BCNB 2563-04 รหัสโครงการวิจัย T-EC-Exp-20/62 60186 เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งข้อมูล ได้เปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ ผู้วิจัยจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Inform consent form) พร้อมแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยและแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ (Pretest) ในห้องเรียน หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชมสื่อวีดิทัศน์ ผ่านเว็บไซต์วิทยาลัยช่วงนอกเวลาเรียน และตอบแบบวัดความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจ (Posttest) หลังจากชมสื่อ ผู้วิจัยให้อาสาสมัครชมสื่อวีดิทัศน์ และตอบแบบสอบถามโดยอิสระ และสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกโอกาสโดยไม่ต้องบอกกล่าวต่อผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลสถานการณ์ และความต้องการสื่อการเรียนการสอนเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนจากการสนทนากลุ่มย่อย ใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ความรู้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม และความพึงพอใจของสื่อวีดิทัศน์ ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบวัดความรู้ก่อนและหลังเรียน (Pretest-Posttest) โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เพื่อการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม

การสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ปัญหาที่พบ คือ “นักศึกษาไม่มีความมั่นใจในการดำเนินงาน เพราะมีขั้นตอนที่ค่อนข้างยุ่งยาก จำขั้นตอนได้ไม่หมด”(1 ใน 12 คน) “เมื่อต้องมาพูดหน้าประชาชนที่มีอายุมากกว่า ขนาดเป็นพ่อแม่เรา ได้ ทำให้เกิดความกลัวว่า ถ้าทำอะไรที่ผิดพลาดไป ทำให้ไม่รู้สึกลำบาก” (3 ใน 12 คน) “การประชาคมเป็นอะไรที่ยุ่งยากมาก นอนไม่หลับ กลัวลืม เครียดมากค่ะ แต่ก็พยายามให้ดีที่สุด ถ้ามีสื่อการเรียนการสอนเรื่องนี้ก็จะเป็นตัวแบบ ทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น สามารถเลียนแบบ ทำตามได้เลย” (6 ใน 12 คน) “การทำสื่อวีดิทัศน์ สามารถช่วยนักศึกษาได้ค่ะ เมื่อลืมหรือไม่เข้าใจก็สามารถมาเปิดดูซ้ำได้บ่อย ๆ จนกว่าจะเข้าใจ เมื่อเข้าใจแล้ว ก็สามารถวางแผนการทำงาน กำหนดหน้าที่ของแต่ละคน ให้ร่วมมือกันได้” (10 ใน 12 คน)

จะเห็นได้ว่าการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในพื้นที่จริงของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่มีอายุเพียง 21-22 ปี ยังขาดประสบการณ์ และขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน ไม่สามารถจินตนาการได้ เมื่อปฏิบัติงานจริงมักมีความวิตกกังวลมากเมื่อต้องการทำประชาคมกับประชาชนที่มีอายุมากกว่า หากมีสื่อการเรียนการสอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคมจะเป็นสิ่งที่ดีสามารถช่วยในการเรียนรู้ได้มาก

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

2.1 ผลการหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร E1/E2 โดยกำหนดให้ E1 คือ ประสิทธิภาพของกระบวนการ (Efficiency of Process) ส่วน E2 คือ ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (Terminal Behavior)⁹ พบว่าประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ได้คะแนนสอบระหว่างเรียนและคะแนนสอบหลังเรียนเรียนมีคะแนนเฉลี่ย (E1/E2) ค่าเท่ากับ 81.65/89.30 เป็นไปตามที่กำหนดไว้ E1/E2 ไม่ต่ำกว่า 80/80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์หาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน โดยวิธีประชาคม (n = 30)

รายการ	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	ประสิทธิภาพ
คะแนนสอบระหว่างเรียน (E1)	20	16.33	81.65
คะแนนสอบหลังเรียน (E2)	20	17.86	89.30

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน โดยวิธีประชาคม ก่อนและหลังการทดลอง (N = 110)

รายการ	M	SD	df	t-test
ก่อนการทดลอง	16.25	1.31	109	-6.92*
หลังการทดลอง	18.65	1.96		

* p < .001

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

3.1 ความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม เพิ่มขึ้นภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ (M = 18.65, SD = 1.96) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง (M = 16.25, SD = 1.31) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคมหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 2

3.2 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม

ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคมหลังเรียนเสร็จแล้ว พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.78$, $SD = .39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบ

ของวีดิทัศน์ในการเรียนรู้ ด้านส่วนประกอบ และด้านการนำไปใช้ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้ง 4 ด้าน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.91$, $SD = .28$) คือ เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสม นำมาใช้ประกอบการสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ สามารถนำไปใช้เพื่อทบทวนความรู้ก่อนฝึกจริง และสามารถนำไปเลียนแบบสู่การปฏิบัติได้จริง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ($N = 110$)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
1. ด้านเนื้อหา			
1.1 เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสม	4.91	.28	มากที่สุด
1.2 การเรียงลำดับเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน	4.72	.49	มากที่สุด
1.3 มีการถ่ายทอดเนื้อหาได้น่าสนใจ	4.74	.44	มากที่สุด
1.4 ช่วยให้เข้าใจเนื้อหาเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม	4.87	.33	มากที่สุด
2. รูปแบบของวีดิทัศน์ในการเรียนรู้			
2.1 มีความน่าสนใจ	4.70	.46	มากที่สุด
2.2 ระยะเวลาในการนำเสนอเหมาะสม	4.42	.54	มากที่สุด
2.3 สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง	4.80	.39	มากที่สุด
3. ส่วนประกอบ			
3.1 การออกแบบหน้าจอมีส่วนเหมาะสม สวยงาม	4.78	.41	มากที่สุด
3.2 ลักษณะของภาพมีความเหมาะสม ชัดเจน สวยงาม	4.76	.40	มากที่สุด
3.3 ลักษณะของขนาด สีของตัวอักษรประกอบ เหมาะสม ชัดเจน สวยงาม	4.74	.44	มากที่สุด
3.4 คุณภาพการใช้เสียงบรรยาย ดนตรีประกอบ เหมาะสม ชัดเจน น่าติดตาม	4.68	.47	มากที่สุด
4. ด้านการนำไปใช้			
4.1 นำมาใช้ประกอบการสอนร่วมกับการสอนแบบปกติ	4.91	.28	มากที่สุด
4.2 สามารถนำไปใช้เพื่อทบทวนความรู้ก่อนฝึกจริง	4.91	.28	มากที่สุด
4.3 ผู้เรียนสามารถใช้เวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ ได้ตามความต้องการ	4.87	.33	มากที่สุด
4.4 สามารถนำไปเลียนแบบสู่การปฏิบัติได้จริง	4.91	.28	มากที่สุด
ภาพรวม	4.78	.39	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของนักศึกษาพยาบาล

จากการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ปัญหาที่พบคือการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง เป็นตามลำดับและหลายขั้นตอนที่ไม่สามารถข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งไปได้ เป็นเรื่องที่ยากลำบากจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินงานจริงเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ปัญหาชุมชนของตนเองให้ลุล่วง แต่เมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในพื้นที่จริงของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ขาดประสบการณ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม และขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน เมื่อปฏิบัติงานจริงมักมีความวิตกกังวลมากเพราะต้องพูดคุย นำการประชาคมกับประชาชนที่มีอายุมากกว่า เมื่อมีสื่อการเรียนการสอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคมจะเป็นสิ่งที่สามารถช่วยในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้มากและสะดวกยิ่งขึ้นทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน

2. ผลการดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

จากผลการประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม อยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.75$ $SD = .43$) เมื่อวิเคราะห์คุณภาพรายด้านประกอบด้วย ด้านเนื้อหาและการลำดับเนื้อหา ด้านรูปแบบวีดิทัศน์ในการเรียนรู้ ด้านส่วนประกอบ ตัวอักษร ภาพ เสียง และด้านการนำไปใช้ มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน จากผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์พบว่า สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม มีค่าประสิทธิภาพ E1/E2 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ E1 เท่ากับ 81.65 และ E2 เท่ากับ 89.30 โดยตามหลักวิชาการกำหนดค่าประสิทธิภาพไว้ ร้อยละ 80-85 โดยกล่าวว่า สื่อหรือชุดการสอนที่ได้รับการออกแบบและพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ ค่า E1 และ E2 ที่คำนวณได้จากการทดสอบประสิทธิภาพจะต้องใกล้เคียงกันหรือต่างกันไม่เกินร้อยละ 5 ซึ่งจะบ่งชี้ว่าผู้เรียนได้มีการ

เปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องตามลำดับชั้น⁹ นั้นหมายความว่าสื่อวีดิทัศน์ นี้มีประสิทธิภาพ ที่มีการพัฒนาตามกระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อรูปแบบ ADDIE Model ที่มีการพัฒนาชัดเจน เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้เรียน ทำให้ได้สื่อการเรียนการสอนที่ตรงตามความต้องการของผู้เรียน มีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านเนื้อหา ทำให้ได้สื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และการตรวจสอบจากคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตและพัฒนาสื่อ ทำให้สื่อวีดิทัศน์ที่มีรูปแบบที่เหมาะสม การลำดับเนื้อหาชัดเจน ภาพ ภาษา และเสียงมีความเหมาะสมสวยงาม น่าสนใจ ตัวอักษรและสีชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้ในการการณ์จริง ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชร วัฒนชัย และศิริธร ยิ่งแรงเริง⁴ ที่ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลสุขภาพจมูกและปากในเด็ก ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 81.25/83.25 สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้จากการทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน/แบบทดสอบหลังเรียน (E1/E2) ที่ตั้งไว้ 80/80

3. ผลการประเมินการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

3.1 ความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม ภายหลังการเรียนรู้ ($M = 16.25$, $SD = 1.31$) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นก่อนการทดลอง ($M = 18.65$, $SD = 1.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.47$, $p < .001$) อธิบายได้ว่าสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม มีประสิทธิภาพเนื้อหาตรงกับจุดประสงค์ของการเรียนรู้ ซึ่งสื่อมีการเรียงลำดับเนื้อหาเป็นขั้นตอนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน เข้าใจง่าย ผู้เรียนสามารถใช้บทวนเนื้อหาด้วยตนเองได้ตามต้องการ เป็นการเรียนรู้ที่อิสระแม้มีหรือไม่มีผู้ช่วยในการเรียนรู้ก็ตาม เมื่อนำสื่อมาใช้ในการเรียนการสอนจึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผลคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มสูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{4,11-13}

3.2 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชนโดยวิธีประชาคม หลังเรียนเสร็จแล้ว พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.78$, $SD = .39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบของวีดิทัศน์ในการเรียนรู้ ด้านส่วนประกอบ และด้านการนำไปใช้ นักศึกษามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้ง 4 ด้าน ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย ผู้เรียนสามารถเลือกเวลาเรียนและสถานที่ได้เอง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง เมื่อไม่เข้าใจก็สามารถหยุดดูหรือดูทวนซ้ำบางขั้นตอนตามที่ต้องการ ขณะดูสื่อ นักศึกษาสามารถหยุดดูและจดเนื้อหาที่สำคัญได้เป็นระยะ ๆ นำมาใช้ประกอบการสอนร่วมกับการสอนแบบปกติเพื่อความเข้าใจมากยิ่งขึ้น สามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและเห็นความต่อเนื่องของการทำงานเป็นลำดับขั้นตอนการปฏิบัติได้

ชัดเจน นำไปใช้เพื่อทบทวนความรู้ก่อนฝึกจริงและสามารถเลียนแบบคำพูดที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ได้ และสามารถนำไปวางแผนการทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่ของสมาชิกในทีม รวมทั้งการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่อการประชุม สำหรับการปฏิบัติจริงในชุมชน ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่หลากหลาย^{4,11-13}

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาพยาบาลนำสื่อวีดิทัศน์นี้ใช้ประกอบการเรียนการสอน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ หรือสื่อประกอบการเรียนการสอนที่มีรูปแบบผสมผสานทั้งภาพนิ่งภาพเคลื่อนไหว กราฟฟิกหรือแอนิเมชัน ตัวอักษรประกอบเสียงบรรยาย ในหัวข้ออื่น ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนต่อไป

References

1. Ponakon C. Thai Education in the Thailand 4.0 Era. Annual General Meeting 2016. Academic conference on "Digital libraries and stepping into the Thailand 4.0 Era" [Internet].2017. [cited 2022 May 23] Available from: <http://km.li.mahidol.ac.th/thai-studies-in-thailand-4-0/>. (in Thai)
2. Yodnoi W. Teacher's role in ICT application in teaching and learning. [Internet] [cited 2022 July 12] Available from: <https://wanussanun.wordpress.com/2012/05/12/>. (in Thai)
3. Songkram N. Design and development for learning. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing: 2010. (in Thai)
4. 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. (in Thai)
5. Komindr S. Sangpitak W. Padklang S. The effectiveness of using blended multimedia in mechanism of delivery for nursing students. Journal of Health and Nursing Research 2021;37(3): 155-69. (in Thai)

6. Aungwattana S. Community Nursing: The Nursing Process. Chiang Mai; Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2020. (in Thai)
7. Vulpen EV. Understanding the ADDIE Model: All You Need to Know. [Internet] [cited 2022 Occtober 12] Available from: <https://wanussanun.wordpress.com/2012/05/12/>.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30 (3): 607-10.
9. Brahmawong C. Developmental testing of media and instructional package. *Silapakorn. Educational Research Journal* 2013;5(1):7-20 [Internet] [cited 2020 January 11] Available from: <http://www.educ.su.ac.th/2013/images/stories/081957-02> (in Thai)
10. Yamkasikorn M. Performance criteria in teaching materials research and development: Differences 90/90 Standard and E1/E2. *Journal of Education Science* 2008;19(1): 1- 16 (in Thai)
11. Nakanakupt M. and Iamchareon T. Development of video media on childbirth for third-year nursing students, Rangsit University. *RSU National Research Conference 2017*. [Internet]. 2019 April 28. [cited 2022 May 23] Available from: <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2017/G5-14.pdf> (in Thai)
12. Buranasak J, Limruangrong P, Pungbangkadee, R. The effect of computer assisted instruction of abdominal examination on knowledge, abdominal examination skills and satisfaction of nursing students. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):361-70. (in Thai)
13. 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. (in Thai)

บทความวิจัย

Lived Experience of Nursing Students in the Project of Producing Nurses for Developing Health of People in Boarder Provinces Followed the Footstep of the Royal Grandmother toward the Integration of Simulated Family System in Extra-curriculum Activities

Received: Jul 3, 2023
Revised: Dec 19, 2023
Accepted: Dec 21, 2023

Waralya Sangpithak, Ph. D¹
Sukjai Charoensuk, Ph. D²
Patcharee Krachangpho, M.Sc.³

Abstract

Introduction: The project of producing nurses for developing health of people in boarder provinces was developed to honor Her Royal Highness Princess Srinagarindra, the Royal Grandmother. The government allocates 500 civil servant positions for nurses who will graduate from the project to work at health centers in the boarder provinces. Thailand Nursing and Midwifery Council has supported the project by set up an orientation using simulated family system extra-curriculum activities to promote humanized health care attitude and deep connection with hometown for the students in the project.

Research Objectives: To explore experiences of nursing students in the project of producing nurses for developing health of people in boarder provinces followed the footstep of the royal grandmother toward the integration of simulated family system in extra-curriculum activities.

Research Methodology: This study was qualitative study. The participants were purposively recruited 47 nursing students in the project of producing nurses for developing health of people in boarder provinces followed the footstep of the royal grandmother. Data were collected using experience record using three baskets reflection technique.

Results: Nursing students reflected their experiences in aspect of self-development. They have developed their listening skills, assertiveness, team-working, creative thinking, and humanized health care attitude. They also expressed their commitment and values to nursing profession, recognized professional network and deep connection with their hometown.

Conclusions: The Integration of simulated family system in extra-curriculum activities could promote nursing students to develop team-working, creative thinking, humanized health care attitude, and family-liked relationship among nursing students in the project.

Implications: Nursing educational institutes could apply a simulated family system in extra-curriculum activities, especially in an orientation period to promote team-working, creative thinking, humanized health care attitude, and family-liked relationship among nursing students.

Keywords: simulated family system, humanized health care, boarder provinces, nursing students

¹Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand. Email: waralya.s@bcn.ac.th

²Lecture, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chonburi, Thailand. Email: sukjai@bcn.ac.th

³Assistant Professor, Police Colonel, Police Nursing College, Bangkok, Thailand. Email: g.godd@hotmail.com

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน ในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตร ระบบครอบครัวเสมือน

Received: Jul 3, 2023
Revised: Dec 19, 2023
Accepted: Dec 21, 2023

วรัญญา แสงพิทักษ์ ปร.ด¹

ศุกรใจ เจริญสุข ปร.ด²

พัชรี กระจำนโพธิ์ วท.ม³

บทคัดย่อ

บทนำ: โครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดน เป็นโครงการที่จัดขึ้นเพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี โดยรัฐบาลจัดสรรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากโครงการ 500 อัตราเพื่อบรรจุเข้าทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ตามจังหวัดชายแดน สภาการพยาบาล จึงได้จัดโครงการปฐมนิเทศนักศึกษาโดยใช้กิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน เพื่อสร้างจิตบริการด้วยหัวใจและความรักผูกพันกับท้องถิ่น ให้แก่นักศึกษาในโครงการ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 47 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกประสบการณ์การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ

ผลการวิจัย: ประสบการณ์การร่วมกิจกรรมโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือนทำให้นักศึกษาเกิดทักษะในการพัฒนาตนเอง ได้แก่ ทักษะการฟัง กล้าแสดงออก การทำงานเป็นทีม การคิดสร้างสรรค์ และจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เมื่อนำกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน รู้สึกมีความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ ตระหนักถึงคุณค่าวิชาชีพ มีเครือข่ายของวิชาชีพ และเกิดจิตสำนึกรักบ้านเกิด

สรุปผล: กิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน ช่วยเสริมสร้างทักษะในการพัฒนาตนเอง การทำงานเป็นทีม จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การคิดอย่างสร้างสรรค์ และสร้างความสัมพันธ์ประดุจครอบครัวเดียวกันของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือนในช่วงปฐมนิเทศในแต่ละสถานศึกษา เพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีม จิตบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การคิดอย่างสร้างสรรค์ และสร้างความสัมพันธ์ประดุจครอบครัวเดียวกัน

คำสำคัญ: ระบบครอบครัวเสมือน จิตบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จังหวัดชายแดน นักศึกษาพยาบาล

¹ Corresponding author อาจารย์ วรัญญา แสงพิทักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: waralya.s@bnc.ac.th

² อาจารย์ วรัญญา แสงพิทักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นครสวรรค์ ประเทศไทย Email: sukjai@bnc.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรัญญา แสงพิทักษ์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Email: patcharee@gmail.com

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่ห่างไกลในถิ่นทุรกันดาร ตามชายแดน ในภาคต่าง ๆ ของประเทศยังประสบปัญหาสุขภาพเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการเพิ่มการผลิตพยาบาลและผดุงครรภ์และให้มีการบรรจุพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และมูลนิธิราชวาล สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้มีโครงการผลิตบุคลากรพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน ในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า ตั้งแต่ปีการศึกษา 2555 ซึ่งโครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดภาครัฐ และเอกชน สนับสนุนค่าเล่าเรียน ค่าหอพัก หรือทุนการศึกษา ทั้งนี้ได้มีการจัดสรรตำแหน่งวิชาชีพพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากโครงการฯ จำนวน 500 อัตรา เพื่อการบรรจุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่อยู่ตามจังหวัดชายแดน โดยทุกปีก่อนเข้ารับการศึกษา นักศึกษาในโครงการฯ จะได้รับการปฐมนิเทศนักศึกษา เรื่อง สร้างจิตสำนึกบริการด้วยใจรักเป็นประจำตั้งแต่เริ่มโครงการผลิตฯ เป็นต้นมา

การจัดการศึกษาบูรณาการกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนานักศึกษาให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของสถาบันการศึกษา คือ ผลิตผู้เรียนที่ดี เก่ง และมีความสุข เพื่อรับใช้สังคม ด้วยการพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้ กระบวนการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างสร้างสรรค์¹ โดยได้รับการบ่มเพาะอย่างต่อเนื่องทั้งกิจกรรมในชั้นเรียนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตามแนวคิด กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนที่สมาชิกภายในกลุ่มกิจกรรม คือ สมาชิกของครอบครัว มีกระบวนการเรียนรู้ 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบเชิงโครงสร้าง ประกอบด้วย อาจารย์ นักศึกษา บุคลากร ผู้อาวุโสในชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องที่เปรียบเสมือนสมาชิกในครอบครัว และรูปแบบเชิงกระบวนการ ประกอบด้วยทักษะสุนทรียสนทนา บรรยายภาคการเรียนรู้ การโค้ช การสะท้อนคิด การใช้พลังคำถาม มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้² ซึ่งผลการนำแนวคิดกระบวนการเรียนรู้จิตบริการ

ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมาใช้ในกิจกรรมเสริมหลักสูตร ก่อให้เกิดการพัฒนานักศึกษาได้ เห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีคุณลักษณะด้านการคิด เป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันและใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ยังแบ่งปันความรักซึ่งกันและกัน เกิดความผูกพันกับชุมชน แหล่งฝึก ภาควิชาในสถาบันการศึกษาและวิชาชีพพยาบาล ดังการติดตามผลการศึกษารูปแบบบูรณาการโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนต่อความคงทนของอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่มีผลสะท้อนของผู้เรียน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน และชุมชนที่ปฏิบัติงานต่างพึงพอใจ ต่อความกตัญญูต่อบุคคลที่เป็นเจ้าของทุนการศึกษา โดยไม่ขอย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนการให้บริการสะท้อนถึงการเป็นผู้เสียสละ มีจิตบริการ มีระบบคิดแก้ปัญหาและทำงานเป็นทีมร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะมีอุปนิสัยอ่อนน้อมและเอื้ออาทรเป็นที่พึงพอใจต่อชุมชน³⁻⁴

นักศึกษาพยาบาลที่เข้าศึกษาโครงการผลิตพยาบาล เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอย สมเด็จพระเจ้าจะเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน ในพื้นที่ชายแดนในอนาคต ดังนั้นการจัดกิจกรรมเสริม หลักสูตรระบบครอบครัวเสมือนเพื่อสร้างจิตบริการด้วยหัวใจ และความรักผูกพันกับท้องถิ่นให้แก่ นักศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล โครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัด ชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริม หลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล โครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัด ชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริม หลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ ผ่านการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรภายใต้โครงการผลิตพยาบาลฯ โดยบูรณาการแนวคิดระบบครอบครัวเสมือน (Simulated

Family) ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ

โดยแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นการช่วยกันเรียนรู้ แต่ละคนต่างรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตน และช่วยให้สมาชิกคนอื่นได้เรียนรู้ด้วย ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้ดี ยังสามารถเรียนรู้ทักษะทางสังคมและการทำงานร่วมกับผู้อื่นซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและมีส่วนรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง⁵⁻⁶ ระบบครอบครัวเสมือนเป็นกิจกรรมของครอบครัวเสมือนที่ให้แต่ละคนในกลุ่มถือเป็นสมาชิกของครอบครัว ร่วมสร้างสภาวะครอบครัวเสมือนจริงอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีความเกี่ยวข้องอย่างเป็นวงจร เพื่อให้ทุกคนในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเปรียบเป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวเผชิญและร่วมแก้ไข⁷ นอกจากนี้แนวทางของกิจกรรมยังมีลักษณะการจัดการเรียนรู้ตามทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองที่เน้นบทบาทผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการคิด การสื่อสาร การเป็นผู้ฟังที่ดี กล้าแสดงความคิดเห็น มีความคิดที่แตกฉาน และได้ฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง โดยมีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเชื่อมโยงสิ่งที่รู้แล้วกับสิ่งที่กำลังเรียนรู้ใหม่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ผู้เรียนสร้างสรรค์ขึ้นเอง สามารถพัฒนาการเรียนรู้และการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาต่างๆได้⁸

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ที่ร่วมกิจกรรมปฐมนิเทศนักศึกษาในโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า เรื่อง สร้างจิตสำนึกบริการด้วยใจรัก จำนวน 61 คน

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ นักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า ร่วมกิจกรรมปฐมนิเทศ นักศึกษาในโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า เรื่อง สร้างจิตสำนึกบริการด้วยใจรัก จัดโดยคณะกรรมการอำนวยการโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนา

สุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า สภากรพยาบาล จำนวน 2 วัน จำนวน 61 คนที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ของสถาบันที่ร่วมผลิตนักศึกษาในโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า จากสถาบันที่ร่วมผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 17 สถาบัน เกณฑ์การคัดออกคือ นักศึกษาในโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าที่ไม่สมัครใจเข้าร่วม จำนวน 14 คน เหลือนักศึกษาร่วมกิจกรรม 47 คน โดยเป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1 ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกประสบการณ์ตรง 3 ใบ เป็นข้อคำถามปลายเปิด 3 ประเด็น คือ 1) รู้สึกอย่างไรต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 2) ได้เรียนรู้อะไรจากกิจกรรม 3) จะนำความรู้และหรือแนวปฏิบัติที่ได้จากการร่วมกิจกรรมไปใช้อย่างไร ในชีวิตประจำวันและหรือการเรียน โดยนำการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงโครงสร้างในประเด็นหลักที่กำหนดไว้ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตรและการสอน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 2 ท่าน ค่า Index of Item objective congruence (IOC) เท่ากับ 1

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ กิจกรรมในโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการให้สมาชิกรู้จักตนเองด้วยกิจกรรมโป่งก้อย เมื่อมีสติ รู้จักตนเองแล้วเริ่มให้แนะนำตนเองให้สมาชิกในกลุ่มและร่วมตั้งชื่อกลุ่มเป็นชื่อดอกไม้ พร้อมให้เหตุผลประกอบดอกไม้ที่เลือกเกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล ภายใต้สุนทรียสนทนา “เมื่อมีผู้พูดต้องมีผู้ฟัง หนึ่งเสียงพูดหลายคนฟัง ฟังทีละเสียง ไม่แทรกแซงเสียง ฟังด้วยความเคารพ แบ่งปันพื้นที่ในการพูดคุย ห้อยแขวนการตัดสินถึงเวลาสะท้อน สะท้อนด้วยความซื่อสัตย์และนุ่มนวล” 2) การพัฒนากระบวนการคิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เริ่มจากการเล่าที่มาของโครงการผลิตเพื่อพัฒนาสุขภาพ

ประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า การชมวิดีโอ ร่นพื้นที่สำเร็จการศึกษา ทำงานที่ถิ่นกำเนิด การชมแอนิเมชัน การอยู่ร่วมกัน เช่น แอนิเมชันมด การฟังเพลงความฝันอันสูงสุด และสถานการณ์ที่กำหนดให้เรียนรู้ซึ่งสมาชิกทุกคนร่วม แสดงความคิดเห็นภายใต้หลักสุนทรียสนทนา และการสะท้อน คิดด้วยตะกร้า 3 ใบ

เครื่องมือในการติดตามผลการวิจัย โดยช่องทางการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อติดตามการนำกระบวนการที่ร่วม กิจกรรมไปใช้ในการดำเนินชีวิตและการเรียนการสอน

การดำเนินการวิจัย

1. เตรียมทีมวิจัย โดยชี้แจงขั้นตอนการดำเนิน กิจกรรม การสังเกตขณะดำเนินกิจกรรมแต่ละกลุ่มของอาสาสมัครแล้วบันทึกข้อมูล และรายละเอียดกิจกรรมฯ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้
2. จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรฯ ตามโครงการผลิตพยาบาลฯ โดยประเมินผลด้วยกระบวนการ แบบบันทึก ประสพการณ์ ตระกร้า 3 ใบ ในเอกสารรายบุคคล และสะท้อน คิดรายกลุ่ม
3. หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ ผู้วิจัยได้สร้างช่องทางการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์แก่อาสาสมัครวิจัยทุกคน เพื่อเรียนรู้การเชื่อมโยงการมีเครือข่าย เพื่อนช่วยเพื่อน แลกเปลี่ยนความรู้ และมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง
4. หลังกิจกรรมเสริมหลักสูตรฯ ในโครงการผลิตพยาบาลฯ 6 เดือน มีการติดตามผลลัพธ์ ในประเด็นสร้างจิตสำนึกด้วยใจรัก จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และทักษะการคิดในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดกิจกรรมเสริมหลักสูตรฯ ในโครงการฯ แต่ละวันที่ดำเนินกิจกรรม โดยแบบบันทึก ประสพการณ์รายบุคคล และติดตามผลหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ 6 เดือน โดยการถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ด้วยสถิติแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และถอดบทเรียน (Content analysis) จากแบบบันทึกประสพการณ์ ด้วยตะกร้า 3 ใบ โดย คณะผู้วิจัยนำแบบบันทึกประสพการณ์ฯ แยกพิจารณาโดย เป็นอิสระจากกันก่อน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการจัดหมวดหมู่ ของแต่ละคน มารวมและวิเคราะห์ตามประเด็นหลักแต่ละด้าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้การรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ BCNB 2563-06

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.9 เพศชาย ร้อยละ 19.1 มีอายุเฉลี่ย 19 ปี (Mean 19.63, SD 2.70) กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 100 ในสถาบันพระบรมราชชนก

2. ประสพการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าต่อการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน

จากการถอดบทเรียนในบันทึกประสพการณ์ พบ ประเด็นการพัฒนาในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ทักษะพัฒนาตนเองและการทำงานร่วมกับผู้อื่น ดังนี้

1.1 ทักษะการฟัง ในกระบวนการดำเนิน กิจกรรมที่ใช้หลักสุนทรียสนทนาที่มีข้อตกลง “หนึ่งเสียงพูดหลายคนฟัง ฟังทีละเสียง ไม่พูดแทรกแข่งเสียง ไม่ด่วนตัดสิน เมื่อจะสะท้อนให้สะท้อนด้วยความซื่อสัตย์” และจากบันทึก ประสพการณ์กลุ่มตัวอย่าง เช่น

“การมีสติและการรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น ได้รับรู้ถึงมุมมองที่แตกต่างและหลากหลายจากคนหลายบุคคล” (N 2)

“รับฟังอย่างตั้งใจโดยใจความอดคิดจะทำให้เราสามารถเข้าถึงปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้” (N 19)

“ฝึกการเป็นผู้ฟังที่ดีเอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่ด่วนตัดสินใจ คิดอย่างรอบคอบ” (N 28)

1.2 ทักษะกล้าแสดงออก กล้าตัดสินใจและแก้ปัญหา ทำให้เกิดกระบวนการคิด อย่างไม่อคติ คิดสร้างสรรค์ และมั่นใจที่กล้าแสดงออกถึงความคิดเห็นของตนเอง และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และกล้าตัดสินใจในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า จากบันทึกประสพการณ์ เช่น

“เรียนรู้การออกความคิด” (N 17)

“ฝึกให้เป็นคนมั่นใจในตัวเอง” (N 15)

“ความกล้าแสดงออก” (N 38)

“ความกล้าตัดสินใจ มีการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ไม่ถือตนเองเป็นใหญ่ รับฟังความคิดเห็นผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ทำให้เรามีความมั่นใจในความคิดมากขึ้นเรากล้าที่จะแสดงความคิดเห็น และสนับสนุนความคิดเห็นของคนอื่น โดยที่เราไม่ได้ถือเอาเสียงของประชาธิปไตยเป็นหลัก แต่ทุกคนมีสิทธิที่จะออกความคิดเห็นและเลือกความคิดของผู้อื่นด้วยเหตุผลของตนเอง” (N 17)

1.3 การทำงานเป็นทีม ได้นำกระบวนการเรียนรู้มาใช้ในการทำงานทั้งการเรียนรู้ของตนเอง ที่ต้องสร้างจิตสำนึกในตนเองในบทบาทหน้าที่ของตน รวมการวางแผนการทำงานและการทำงานเป็นทีมที่เป็นระบบ ประสานงานและมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูล จากบันทึกประสบการณ์ เช่น

“การทำงานวางแผนและแก้ไขเป็นขั้นตอน” (N 6)

“การประสานงานอย่างเป็นระบบ ความร่วมมือและการวางแผนจัดการปัญหา” (N 5)

“ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม ต้องทำงานให้ประสานกัน ช่วยกันคิดช่วยกันลงมืองานที่ได้ออกมาเราก็จะรู้สึกภูมิใจ” (N 27)

1.4 ความคิดสร้างสรรค์ ด้วยการคิดเชิงบวก พร้อมทั้งแบ่งปัน คิดก่อนตัดสินใจ เพื่อประโยชน์ส่วนรวม จากบันทึกประสบการณ์ เช่น

“เรียนรู้การคิด วิเคราะห์ การมองผู้อื่นไม่ตัดสินก่อน” (N 20)

“เรียนรู้กระบวนการคิด การคิดเชิงบวก” (N 13)

“เรียนรู้การแบ่งปันความรู้สึก ความคิดเชิงสร้างสรรค์เพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม” (N 33)

1.5 จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นความรู้สึก เข้าใจ ใส่ใจ เมตตา รักในวิชาชีพพร้อมที่ดูแล ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งวิชาชีพพยาบาล คือ การให้การดูแลผู้รับบริการด้วยความเมตตา แบ่งปันให้แก่ผู้ที่ใกล้ชิด และหรือผู้รับบริการให้มีความสุข จากบันทึกประสบการณ์ เช่น

“ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชน” (N 1)

“การรักในวิชาชีพของตนเอง” (N 7)

“ความมีน้ำใจต่อกันช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน” (N 10)

“การมีจิตบริการดูแลผู้อื่นด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” (N 9)

“ภาคภูมิใจ เป็นส่วนหนึ่งของการได้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชน” (N 11)

“รับฟังปัญหาจากเพื่อนแล้วคอยให้คำปรึกษาเพื่อคลายความกังวลใจ” (N 27)

2. ความรู้สึกต่อกระบวนการเรียนรู้ ระยะติดตามหลังกิจกรรมฯ 6 เดือน สรุปเป็นประเด็น ดังนี้

2.1 ความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ สะท้อนความรู้สึกว่ามีกำลังใจในการศึกษาเล่าเรียน มีความมุ่งมั่นที่เรียนให้สำเร็จ เป็นพยาบาลที่ดี จากบันทึกประสบการณ์ พบการสะท้อน เช่น

“หนูมีกำลังใจในการเรียนมากขึ้น” (N 4)

“หนูอยากเรียนไปจนจบ ทำงาน เป็นพยาบาลที่ดี” (N 32)

“หนูมีกำลังใจในการเรียนต่อไป มีกำลังใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล” (N 24)

“ผมมีแรงผลักดันมากขึ้นในการเรียนวิชาชีพพยาบาล” (N 13)

2.2 ความตระหนักถึงคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล การสะท้อนความรู้สึกการยังคงอยู่ในวิชาชีพ ที่มีความสำคัญช่วยเหลือประชาชน เกิดภาคภูมิใจในวิชาชีพ จากบันทึกประสบการณ์ พบการสะท้อน เช่น

“รักอาชีพมากขึ้น” (N 6)

“ทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น” (N 2)

“เข้าใจวิชาชีพมากยิ่งขึ้น เห็นคุณค่าในวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น” (N 3)

“โครงการนี้เป็นโครงการที่ดีมาก ๆ และส่งเสริมปลูกฝังให้รักในวิชาชีพ และให้โอกาสกับนักเรียนที่อาจจะคะแนนสอบเข้าเรียนปกติอาจจะเข้าไม่ได้ และเป็นโครงการที่ผลิตพยาบาลที่ให้แก่คนที่อยากเป็นพยาบาลจริง ๆ ได้มีโอกาสได้เรียนได้ศึกษา” (N 15)

“โครงการนี้ทำให้เกิดการเข้าใจในวิชาชีพมากขึ้น” (N 28)

2.3 การมีเครือข่ายของวิชาชีพ จากการร่วมกิจกรรมฯ มีการติดต่อ เชื่อมโยงระหว่างสถาบัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการให้คำปรึกษาการเรียนวิชาชีพ อบอุ่น มีความสุขเกิดความผูกพันระหว่างเพื่อนวิชาชีพดูครอบครัวเดียวกัน จากบันทึกประสบการณ์ พบการสะท้อน เช่น

“เกิดการสร้างเครือข่ายระหว่างกันและกัน ดีใจ และ
ซึ่งใจ ในการเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ” (N 5)

“รู้สึกดีใจและรู้สึกอบอุ่น เพราะทุกคนต่างมาจาก
คนละที่ คนละจังหวัด คนละสถาบัน แต่ทุกคนก็มีความรัก
และผูกพันกัน เหมือนคนในครอบครัว ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
ช่วยกันแก้ไขปัญหา และเป็นที่ปรึกษาของกันและกันได้แบบ
เหมือนญาติพี่น้องของตัวเอง” (N 33)

“ได้ถามเพื่อนต่างสถาบันในวิชาที่ไม่เข้าใจ เพื่อน
ช่วยตอบผ่านไลน์”(N 3)

“ทำให้รู้จักเพื่อนที่ทุนเดียวกับเรา เกิดการสร้าง
เครือข่ายระหว่างกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนความรู้กัน” (N 12)

“มีที่ปรึกษาการเรียน ผ่านไลน์” (N 42)

2.4 การเกิดจิตสำนึกรักบ้านเกิดเสมือนครอบครัว
เดียวกัน การเรียนรู้ร่วมกันกับเพื่อนในโครงการทำให้เกิด
ความรัก ความผูกพันต่อเพื่อนและผู้มีพระคุณคุณญาติ และมี
จิตสำนึกรักบ้านเกิด เมื่อสำเร็จการศึกษา ได้ปฏิบัติงานดูแล
ประชาชนในถิ่นกำเนิด จากบันทึกประสบการณ์ พบการ
สะท้อน เช่น

“ได้เข้าใจถึงวิชาชีพของการเป็นพยาบาลมากขึ้น
และได้รับแรงบันดาลใจในการทดแทนบุญคุณด้วยการเป็น
พยาบาลที่ดีและกลับไปพัฒนาชุมชนท้องถิ่นค่ะ” (N 46)

“มีจิตสำนึกที่จะกลับไปเป็นพยาบาลที่ถิ่นกำเนิด
ของตัวเอง” (N 7)

“ภาคภูมิใจ เป็นส่วนหนึ่งของการได้ช่วยเหลือดูแล
สุขภาพของประชาชน” (N 11)

3. การนําสິ่ที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ แบ่งประเด็น
ย่อยดังนี้

3.1 การเรียนและการตั้งเป้าหมายชีวิต การนำ
ความรู้ไปใช้ในการพัฒนาบ้านเกิด จากบันทึกประสบการณ์
พบการสะท้อน เช่น

“ตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเพื่อนำความรู้ไปพัฒนาในเรื่อง
ของสุขภาพในภูมิลำเนาบ้านเกิด ” “พัฒนาตนเองในภาวะ
ความเป็นผู้นำ” (N 26)

3.2 การฝึกงาน จากบันทึกประสบการณ์ พบ
การสะท้อน ดังนี้

“แนวคิดมาใช้ในการเรียนการทำงานการฝึกงาน คือ

การฝึกงานการอยู่กับสังคมใหม่ ๆ การทำงานกับคนหลากหลาย
กับสาขาวิชาต่าง ๆ นักศึกษาได้นำมาใช้ในการส่วนของการ
มีปฏิสัมพันธ์การทำงานเป็นทีม” (นักศึกษาพยาบาลคนที่ 15)

“นำกระบวนการทำงานร่วมกับผู้อื่นมาใช้ได้ในการ
ฝึกปฏิบัติงาน” (นักศึกษาพยาบาลคนที่ 6)

“การฟังไปใช้ในการเรียน การฝึกเวิร์ด และทำงาน
ในอนาคต การรับฟังผู้อื่นทั้งเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการเป็น
สิ่งสำคัญ”(นักศึกษาพยาบาลคนที่ 13)

3.3 การดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม
จากบันทึกประสบการณ์ พบการสะท้อน ดังนี้

“ใช้ในชีวิตประจำวันและสามารถคิดพลิกแพลงได้
เช่น การวางแผนอ่านหนังสือ นำไปใช้ในการซักประวัติที่ต้อง
ใช้การพูดที่ดี ถามให้ครอบคลุมทุกประเด็นแล้วนำมาวิเคราะห์
ปัญหา” (N 4)

การอยู่ร่วมกัน ให้เกียรติกัน” (N 6)

“ปรับใช้ในการเรียนการทำงานกับเพื่อนเป็นกลุ่ม”
(N 27)

“การอยู่ร่วมกับสังคมมากขึ้น ทำให้เข้าอกเข้าใจ
ผู้อื่นมากขึ้น” (N 38)

“การสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคล การสื่อสาร การ
ทำความเข้าใจ การเปิดใจยอมรับ” (N 29)

โดยสรุป นักศึกษาสามารถนำกระบวนการจาก
กิจกรรมเสริมหลักสูตร ไปประยุกต์ใช้ทั้งการสร้างแรงบันดาลใจ
พัฒนาตนเองเกี่ยวกับภาวะผู้นำและการกล้าแสดงออก
นอกจากนี้นำไปใช้ในการเรียน การฝึกงาน ที่มีเป้าหมาย เพื่อ
สำเร็จการศึกษาและนำความรู้พัฒนาสุขภาพในถิ่นกำเนิดและ
ปรับตัวในการดำเนินชีวิตมีทักษะชีวิตที่สามารถอยู่ในสังคม
ที่หลากหลายด้วยสติที่จดจ่อกับสิ่งที่เผชิญตามสถานการณ์
ด้วยการสื่อสารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งไลน์ จดหมาย
อิเล็กทรอนิกส์ และโทรศัพท์ที่มีการแลกเปลี่ยนระหว่างกัน
ร่วมกิจกรรมช่วงปฐมนิเทศ ก่อให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้
เสมือนครอบครัวเดียวกันที่มีเป้าหมายเดียวกัน เมื่อสำเร็จการ
ศึกษาจะนำความรู้ ทักษะการพยาบาลดูแลประชาชนในถิ่น
กำเนิด ทำให้เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นกำลังใจ เป็นที่
ปรึกษาและแลกเปลี่ยนแนวคิด ความคิดเห็นในการดำเนินชีวิต
และการเรียนเสมือนเครือญาติ และครอบครัวเดียวกัน

อภิปรายผล

ประสบการณ์การเรียนรู้ที่บูรณาการกิจกรรมนอกหลักสูตรกับการส่งเสริมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทักษะการคิด และการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทำให้นักศึกษาโครงการนี้ คิดเป็น ทำเป็น คิดอย่างมีเหตุผล สำนึกรักบ้านเกิดและผู้มีพระคุณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะ บุคลิกภาพและความคิดที่เป็นสิ่งที่เป็นคุณลักษณะของศตวรรษที่ 21 ในการคิดแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ภายใต้แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือ

การเรียนรู้แบบร่วมมือ หรือช่วยกันเรียนรู้ เพื่อนช่วยเพื่อน คือ แต่ละคนต่างรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตน และต้องช่วยให้สมาชิกคนอื่นเรียนรู้ด้วย สามารถช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้ดี ยังสามารถเรียนรู้ทักษะทางสังคมและการทำงานร่วมกับผู้อื่นซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและมีส่วนรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง⁵⁻⁶ และยังเป็นการเปิดมุมมองความคิดหลากหลายจากการแลกเปลี่ยน สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ให้มีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินชีวิตสู่เป้าหมายได้⁹ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้จากการร่วมกิจกรรมทั้งกิจกรรมการสะท้อนคิด ผังความคิด การนำเสนอเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมทุกครั้ง แล้วติดตามผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นที่นักศึกษาสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและการเรียนการสอนนั้น เกิดจากความคงทนจากการเรียนรู้ที่สะสมและนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่จะทำให้ผู้เรียนมีความคงทนในการเรียนรู้ต้องให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์เดิม ให้โอกาสผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ตรงกับบุคคลอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นสังคมของการเรียนรู้¹⁰ เช่น การเรียนในชั้นเรียน สภาพการเรียนการสอน การทำงานกลุ่ม การฝึกปฏิบัติงาน การใช้ชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ผู้เรียนสามารถพัฒนาความคงทนในการเรียนรู้ได้สอดคล้องกับการศึกษาความคงทนในการเรียนรู้ของกระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือ พบว่า การให้ผู้เรียนใช้แผนผังความคิดในการสรุปบทเรียนสามารถพัฒนาความคงทนในการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹¹⁻¹² สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนทำให้บัณฑิตมีความคงทนของอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้บริการผู้อื่นด้วยความเอาใจใส่ประดุจญาติมิตร เมตตา เอื้ออาทร ความสามารถในการปรับตัว มีทักษะในการ

ดำเนินชีวิต เกิดประโยชน์ในการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้เรียนรู้ทำงานร่วมกัน รู้สึกรู้ว่าคำแนะนำที่ได้จากการเรียนรู้มีคุณค่า เพราะธรรมชาติการเรียนรู้เป็นแบบที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันที่สามารถเชื่อมโยงความรู้เดิม ส่งเสริมความจำระยะยาวและพัฒนาทักษะการคิดระดับสูงอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้เรียนขึ้นนำตนเองและสามารถคงไว้ซึ่งประสบการณ์หรือความรู้ความเข้าใจในการเรียนที่เคยเรียนรู้ให้คงอยู่เป็นความทรงจำระยะยาว สามารถระลึกได้แม้ว่าทิ้งไว้ระยะเวลาหนึ่ง ยังเกิดความรู้ความคงทนในการเรียนรู้อย่างแท้จริง¹³ ความคงทนที่เกิดขึ้นเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันด้วยการติดต่อสื่อสาร เกิดความผูกพัน ดังครอบครัวที่มีสมาชิกที่มีผูกพันกันตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเกิดความรัก ความผูกพัน ช่วยเหลือเกื้อกูล ช่วยชี้แนะ แนะนำเมื่อเผชิญปัญหาคล้ายคลึงระบบครอบครัวเสมือนที่ใช้สมาชิกเป็นเครือญาติในการร่วมกิจกรรม ร่วมชี้แนะเนื่องจากสมาชิกมีเป้าหมายการดูแลประชาชนในถิ่นกำเนิดเหมือนกัน เมื่อร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดความสนิทสนม การช่วยเหลือเกื้อกูล ให้คำชี้แนะ มีความเป็นเพื่อน เปรียบดังญาติ ครอบครัว สอดคล้องกับการพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่มีความถี่หรือประสบการณ์ในการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁴ เพราะบุคลากรสุขภาพทำงานร่วมกัน ในองค์กรเปรียบดังญาติ ครอบครัวเสมือน มีจุดประสงค์เดียวกันเพื่อดูแลผู้รับบริการให้มีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการจัดการศึกษาบูรณาการทำให้บัณฑิตมีการแสดงออกของพฤติกรรมด้าน ความมุ่งมั่นในการทำงาน มีความรับผิดชอบต่อสังคม มีความเสียสละการทำงานเป็นทีม การสร้างสรรค์นวัตกรรม คิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสาร การใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง จิตอาสา มีความซื่อสัตย์ จิตสำนึกด้วยใจรัก รู้และเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น เข้าใจคุณค่าของชีวิตและวิชาชีพ มีความภาคภูมิใจ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีพฤติกรรมการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้วยลักษณะการตั้งใจฟัง การไม่ตัดสินผู้อื่นเพียงภายนอก การดูแลดุจญาติมิตร การยิ้มและพูดจาสุภาพและมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน¹⁵⁻¹⁸ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะเทคนิคการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ ด้วยตะกร้า 3 ใบ ทำให้เกิดปัญญา เกิดจากการสนทนาเคารพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกันและกัน¹⁷ ภายใต้สุนทรียสนทนาซึ่งประสบการณ์ในการร่วมเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁹ นอกจากการคิดเชิงสร้างสรรค์แล้วยังเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹⁶ ถือได้ว่าการสะท้อนคิดสามารถเสริมสร้างความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ มีการไตร่ตรอง คิดใคร่ครวญด้วยเหตุผลและความรู้สึกอย่างรอบด้าน เกิดประโยชน์ในการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน ลดช่องว่างในการนำความรู้สู่การปฏิบัติก่อให้เกิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์²⁰⁻²¹

กระบวนการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรฯ มีฐานคิดว่า กระบวนการรู้คิด หรือกระบวนการทางปัญญา เป็นกระบวนการรู้คิดของสมองในการปรับ เปลี่ยน ลด ตัด ทอน ขยาย จัดเก็บและใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่รับเข้ามาทางประสาทสัมผัส ซึ่งอาจจะเกิดหรือไม่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอก ดังนั้น การรู้สึก การรับรู้ จินตนาการ การระลึกได้ การจำ การคงอยู่ การแก้ปัญหา การคิด และอื่น ๆ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรู้คิดที่กระบวนการเรียนรู้เป็นกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ทางสมองแล้วยังเป็นกระบวนการทางสังคมด้วย ดังนั้น การสร้างความรู้จึงเป็นกระบวนการทั้งทางด้านสติปัญญาและสังคมควบคู่กัน การวางแผนการเรียนรู้โดยผ่านประสบการณ์ตรงและเรียนรู้จากสถานการณ์จริง เช่น กิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้จากแอนิเมชัน สถานการณ์ บทเพลง กิจกรรม

สร้างสติในปัจจุบันขณะ ช่วยเสริมสร้างการรู้คิดในการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์²²⁻²³

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือน เมื่อนักศึกษานำทักษะที่ได้เรียนรู้ไว้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดทักษะการฟัง การคิดเชิงสร้างสรรค์ การกล้าแสดงออก การทำงานเป็นทีม และจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้การสุนทรียสนทนา การสะท้อนคิดด้วยตะกร้า 3 ใบที่ทบทวนความคิดตนเองอย่าง มีสติตลอดเวลาที่ทำกิจกรรม สามารถอธิบายแยกแยะสาเหตุ และผลของการคิด ทบทวนอย่างใคร่ครวญจากประสบการณ์ ข้อมูลเดิม ข้อมูลใหม่ จนเกิดข้อสรุปใหม่ ที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรระบบครอบครัวเสมือนในช่วงปฐมนิเทศในแต่ละสถานศึกษา เพื่อพัฒนาการทำงานเป็นทีม จิตบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การคิดอย่างสร้างสรรค์ และสร้างความสัมพันธ์ประดุจครอบครัวเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรมีวิจัยบูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตรแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์ให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ คิดเชิงสร้างสรรค์ทางวิชาชีพ

References

1. Education Council Secretariat Ministry of Education. National Education Plan B.E. 2017-2031. 2017. (in Thai)
2. Jutarosaga M. The Learning process of service mind with human heart under the simulated family systems. Bangkok: Denex Inter Corporation. 2010. (in Thai)
3. Sansuk J, Somtua N, Janda S. A follow up research on the results of the integrated study a Simulated Family System on the persistence of human service minded. Graduate of the Community Nurse Production Program for the Community in KhonKaen. KhonKaen: Kaeng Na Witthaya. 2008. (in Thai)
4. Somtua N, Sansuk J, Amornrojanavaravutti W. Learning, Integrating Extra-Curricular Activities (Simulated Family System) to Support Thinking Skills and Creative Problem-solving Skills of Nursing Students. *Journal of Research and Curriculum Development* 2019;9(2):344-61. (in Thai)
5. Khaemmanee T. Science of teaching: Knowledge for effective learning process management. 20th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Printing. 2016. (in Thai)
6. Ligkhasittipan P C. Teaching Based on the Concept of Collaborative Learning to Promote 21st century Learning, skills of lower secondary school students. *Journal of Graduate Studies Review MCU Phrae* 2022;8(1):251-63. (in Thai)
7. Hanpaichaiyakul S, Jutarasaga M and Siliporn L. The Development of Well-being under the Innovation of Simulated Family System (One College One Community). *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014;24(1):67-79. (in Thai)
8. Hungsawanus P, Buranasuk J, Subsomboon K. Efficiency of Teaching and Learning Using Collaborative Learning via Online for Nursing Students. *Nursing Science Journal of Thailand* 2023;41(1):87-99. (in Thai)
9. Methachotimaneekul K. Developing academic achievement through peer-to-peer activities in the knowledge subject about careers for students at the 1st year vocational certificate level at Atthawit Commercial Technology College. Research report. 2017. (in Thai)
10. Gokhale A A. Collaborative Learning Enhances Critical Thinking. *Journal of Technology Education* 1995;7(1):22-30.
11. Denwanich W. Knowledge Retention for Learning of Collaborative Learning with Mind Mapping of Third year Vocational Diploma student, Business Computer major. Research. 2017. (in Thai)
12. Poorananon P. The Teaching and Learning Conditions that Promote Evidence-Based Human Caring of Nursing Students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014;24(1):30-44. (in Thai)
13. Saimat W., Akakul T. and Vongprasert J. An Operation on Development of Proactive Learning for Developing Learning Retention on "Photosynthesis" of Matthayom Suksa 5 Students at Nachluay School under the Secondary Educational Service Area Office 29. Ubon Ratchathani *Journal of Research and Evaluation* 2017;6(2):11-9. (in Thai)

14. Jutarosaga M, Mahaprom T, Somtua N, Komaratat S, Sansuk J, Chanaboon A, Jutarosaga A. Effect of the Humanizes Health Care Development with Simulated Family System on Systematic Creative Thinking Skills with Three Baskets Technique among Health Care Personnel. *Journal of Research and Curriculum Development* 2021;11(1):49-70.
15. Sansuk J, Janda S, Somtua N. The Result of Integrated Education Management Using a Virtual Family System on the Persistence of Identity, Service Mind, with the Heart, Humanity of Graduated Nurse. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health* 2022;8(2):74-88. (in Thai)
16. Weerawatthanodom N, Sirisakulpaisal B, Nitirat P, Tangwongkit T, Kerdmuang S. Development of the Identity of Graduated Nurses “The Humanized Health Care”. *Lampang Rajabhat University Journal* 2019;8(2):167-180. (in Thai)
17. Intawat J, Bundasak T, Jangasem N. The Humanized Care Paradigm: The Chapter of Gilanadhamma Camp. *Journal of MCU Peace Studies* 2017;5(2):376-87. (in Thai)
18. Thiankumsri K, Bundasak T, Rojana S, Pama S. The Humanized Care for Crisis Patients: Perception from Nursing Students, Practicum. *Journal of MCU Peace Studies* 2018;6(4):1320-33. (in Thai)
19. Luccha W, Pratumtin A, Gomaratus S, Pinprasong N, Wannuruk S, Sunato P. Effect of the Humanized Health Care Learning Process Development using a Simulated Family System on Creative Systematic Thinking Process through a Three-Basket Technique of Caring Team Leaders in Chaiphum Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(3):109-21. (in Thai)
20. Patipattarakul P, Dumrongkittikul B, Boonprathum K. Effects of Using Reflective Thinking Skills on Nursing Behavior for Humanized Care among Nursing Students. *Journal of Health Research and Innovation* 2022;5(2):115-123. (in Thai)
21. Plianbumroong D, Utaipan P. The Effects of Using Reflective Learning to Enhance nursing student Critical Thinking. *Research and Development Health System Journal* 2020;13(1):83-92. (in Thai)
22. Kusolsong S. An Approach to Developing a Learning Management Model to Strengthen Cognition for Creative Problem Solving for Students of Rajabhat University. *Phetchabun Rajabhat Journal* 2021;23(2):9-21. (in Thai)
23. Chawiangwat W, Chumnankit P, Lapho J. Development of a Learning Experience Package Based on Group Activities and Torrance,s Creative Problem-Solving Process Affecting The Problem-Solving Thinking Ability,Self-Confidence, and Social Skills of Early Childhood. *Journal of Graduate School Sakon Nakhon Rajabhat University* 2022;19(86):53-66. (in Thai)

บทความวิจัย

Development of a Gait Rehabilitation Device for Stroke Patients

Received: May 8, 2023**Revised:** Dec 17, 2023**Accepted:** Dec 21, 2023Suwanna Vudhironarit, Ph.D.¹Kanokwan Silapakumpises, Ph.D.²Kritsana Uraisripong, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Stroke is an important cause of disability in patients. Gait rehabilitation in stroke patients with leg weakness can prevent complication and disability.

Research Objectives: To develop a gait rehabilitation device for stroke patients with leg weakness.

Research Methodology: This development research was divided into 4 stages as: 1) design device for promoted gait in stroke patients, 2) modifying the device, 3) testing the device, and 4) examining satisfaction in stroke patients.

Results: 1) The gait rehabilitation device for stroke patients with leg weakness can support patient's weight of 80 kilograms. 2) Stroke patients were satisfied with quality of walking of the gait rehabilitation device at a very good level ($M = 4.11$, $SD = .66$). 3) Moreover, stroke patients were very satisfied with equipment of the gait rehabilitation device at a very good level ($M = 4.43$, $SD = .33$).

Conclusions: The gait rehabilitation device for stroke patients helps stroke patients with leg weakness to train by following a gait cycle in a safe and realistic way.

Implications: The caregiver can use the gait rehabilitation device for stroke patients with leg weakness to prevent complications when the clinical of patient is stable.

Keywords: stroke patients, walking practice, walking aids, promoted gait

Funding: Alumni Association of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi

¹Corresponding author: Senior professional level nurse, Email: suwanna@bnc.ac.th

^{2,3}Lecturer, ²Email: kanokwan.sil@kbu.ac.th ³Email: krisana@bnc.ac.th

^{1,3}Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Chonburi, Thailand.

²Faculty of Nursing, Kasame Bundit University, Bangkok, Thailand.

การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Received: May 8, 2023

Revised: Dec 17, 2023

Accepted: Dec 21, 2023

สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ์ ปร.ด.¹

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ ปร.ด.²

กฤษฎณา อุไรศรีพงษ์ศ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพิการ การฟื้นฟูการเดินตามรูปแบบวงจรการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยพัฒนานี้มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาและออกแบบอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดิน 2) ผลิตอุปกรณ์ 3) ทดลองใช้อุปกรณ์ และ 4) ศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินและต่ออุปกรณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย: 1) ได้อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง ที่สามารถรองรับน้ำหนักผู้ป่วยได้ 80 กิโลกรัม 2) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับดีมาก ($M = 4.11$, $SD = .66$) และ 3) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินในระดับดีมาก ($M = 4.43$, $SD = .33$)

สรุปผล: อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงเริ่มฝึกเดินตามวงจรการเดินได้อย่างปลอดภัยและเสมือนจริง

ข้อเสนอแนะ: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการคงที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกการเดิน อุปกรณ์ฝึกเดิน ฟื้นฟูการเดิน

แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) Email: suwanna@bnc.ac.th

^{2,3}อาจารย์ ²Email: kanokwan.sil@kbu.ac.th ³Email: krisana@bnc.ac.th

^{1,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชลบุรี ประเทศไทย

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ แต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่า 12.2 ล้านของประชากรโลก¹ นับเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการ เป็นอันดับ 3 ของโลก สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 2 ของประชากร² มีการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วย 100 คน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้านจะเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 5 มีอาการใกล้เคียงปกติ ร้อยละ 25 พักการ ร้อยละ 70³ ทำให้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาตลอดชีวิต ได้แก่ สูญเสียเคลื่อนไหว เดิน และการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เป็นต้น สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาจากโรคหลอดเลือดสมองรวมต้นทุนเฉลี่ย 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี² ปัญหาการเดิน นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากของผู้ป่วย เพราะเป็นสาเหตุของการพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตตลอดไป³

การสูญเสียความสามารถในการเดิน และการทรงตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการควบคุมการเคลื่อนไหว (motor control) ของขาข้างที่อ่อนแรงผิดปกติ และสูญเสียการควบคุมการถ่ายน้ำหนักที่สมดุลขณะเคลื่อนไหว (dynamic balance) ทำให้ท่าเดินมีความผิดปกติ เช่น เดินไม่สมมาตร เดินก้าวเท้าสั้น ๆ แบบรีบ ๆ และแกว่งแขนไม่สมมาตรกับการก้าวเท้า เดินงอเข่า ทำให้ใช้พลังงานในการเดินมากขึ้น เหนื่อยเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อการทำงานของสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวเริ่มทำงาน แต่กล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่ ร่างกายจึงใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยเคลื่อนไหวแทน ทำให้ร่างกายใช้พลังงานในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีอาการเกร็ง (spastic)⁴ ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้ความทนต่อการเดินลดลง เหนื่อยเร็วขึ้น⁵

การฟื้นฟูการเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้สามารถเดินด้วยตนเองได้เร็ว และมีรูปแบบการเดินที่มีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁶ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่กล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเกร็ง การเกิดภาวะข้อติด⁷ การฟื้นฟูการเดินทันทีที่

ผู้ป่วยมีอาการคงที่เป็นไปได้ยาก เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ผู้ช่วยต้องจับขาให้เคลื่อนไปตามรูปแบบการเดินที่ละก้าว และผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพยุงให้ฝึกเดินทำขึ้นได้ ก็จะฝึกทำนอน ทำให้สมองเกิดการเรียนรู้ที่ไม่ตรงกับการเดินปกติ^{5,7} สำหรับการฟื้นฟูการเดินด้วยหุ่นยนต์ซึ่งถูกออกแบบให้สามารถพยุงน้ำหนักผู้ป่วยในทำขึ้น และค่อย ๆ ฝึกการยกขาทีละข้าง ให้เคลื่อนไปตามวงจรการเดินอย่างเป็นธรรมชาติของการเดิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกและคล่องตัวในการหัดเดินด้วยตนเองตามลำพัง และมีท่าทางการเดินที่เสมือนจริง แต่การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์หุ่นยนต์ช่วยเดิน (robots) มีค่าใช้จ่ายสูงมาก และมีการบริการน้อย

การฟื้นฟูการเดินที่เริ่มต้นทันทีที่สิ้นสุดการรักษาอาการทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยเดินได้ปกติในเวลา 6 เดือน⁴ และการเดินของผู้ป่วยจะมีรูปแบบการเดินเป็นไปตามลักษณะการเดินที่ผู้ป่วยฝึกเดิน⁵ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ฝึกเดินเมื่อการรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีอาการคงที่แล้ว อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีรูปแบบการเดินเสมือนจริง รักษาสมดุลขณะที่มีการเคลื่อนไหวซึ่งจะเป็นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและความพิการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

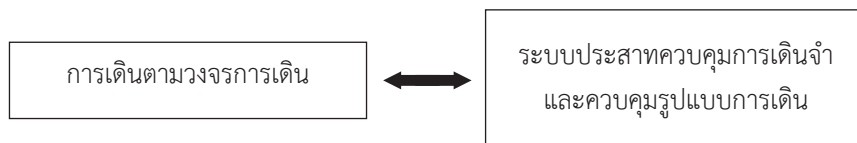
1. เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามวงจรการเดินที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเดินมีกลไกควบคุมโดยระบบประสาทที่ซับซ้อน กระบวนการควบคุมเป็นระบบอัตโนมัติจากก้านสมองไขสันหลัง กล้ามเนื้อขา ซึ่งพยางร่างกาย ควบคุมท่าทางการ

เคลื่อนไหว ให้สามารถจัดการกับจุดศูนย์กลาง (center of gravity: COG) ของร่างกายให้สามารถเคลื่อนที่ในทิศทางที่ต้องการ⁸ ตามวงจรการเดินที่มีคุณภาพ ทำให้การเดินของผู้ป่วยมีคุณภาพ นอกจากนี้การฟื้นฟูต้องปฏิบัติทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่⁵ โดยฝึกการเดินช้า ๆ บ่อย ๆ ด้วยรูปแบบเดิม

ทำให้เซลล์สมองเกิดการเรียนรู้ จัดจำ และสั่งการทดแทนเซลล์สมองที่สูญเสียหน้าที่ ซึ่งการฝึกการเดินตามวงจรการเดินสามารถคงการเคลื่อนไหวตามวงจรการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (research and development) เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดการศึกษาเป็น 4 ระยะตามการพัฒนาวัตกรรมการแพทย์⁹ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและออกแบบอุปกรณ์

ศึกษาและออกแบบอุปกรณ์ โดยการทบทวนวรรณกรรม และประชุมระดมความคิดระหว่างคณะผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมฟื้นฟูจำนวน 2 ท่าน ด้านการออกแบบจำนวน 1 ท่าน และด้านเครื่องกล จำนวน 2 ท่าน

ระยะที่ 2 ผลิตอุปกรณ์

พัฒนาแบบจำลองและผลิตอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแบบที่กำหนด และทดลองการทำงานของอุปกรณ์โดยคณะผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้อุปกรณ์

1) ทดลองใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปรับปรุง ครั้งที่ 1 โดยนำอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทดลองใช้กับอาสาสมัครผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง จำนวน 2 คน เป็นเพศชาย อายุ 50 ปี ขาที่อ่อนแรง motor power grade 3 สื่อสารเข้าใจได้ดี และเป็นเพศหญิง อายุ 56 ปี ขาที่อ่อนแรง motor power grade 3 สื่อสารเข้าใจได้ดีเช่นกัน พบว่าขาข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดที่มีภาวะขาอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไปทางด้านหน้าในรูปวงรีตามวงจรการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ได้ คณะผู้วิจัยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ประชุมปรึกษา พร้อมทั้งดำเนินการแก้ไข โดยปรับลดค่าแรงเสียดทานของแกนหมุนลง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้แรงผลักดันการเคลื่อนไหวของขาข้างที่ปกติน้อยลง และใช้หลักการทำงานของล้อตุ่นกำลัง (fly wheel) เพื่อให้ขาข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนที่

2) ทดลองใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปรับปรุง ครั้งที่ 2 โดยนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง จำนวน 2 คน อีกครั้ง พบว่าการเคลื่อนไหวของขาข้างที่อ่อนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไปทางด้านหน้าในรูปวงรีตามวงจรการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ได้หรือเคลื่อนได้เพียงเล็กน้อย ก็ย้อนกลับที่เดิม คณะผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไข โดยเพิ่มแรงดึงทำให้เคลื่อนไปด้านหน้าผู้ป่วยตามแนวการเดิน และเพิ่มแรงดึงเพื่อดำเนินการเคลื่อนลงของเท้าตามแรงโน้มถ่วง เพื่อลดการกระแทกจากแรงโน้มถ่วง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเท้า

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้งาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในระยะที่ 4

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์จนมีอาการคงที่ และอยู่ในระยะฟื้นฟูการเดินที่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีการ

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคหรือข้อห้ามใด ๆ ในการออกกำลังกาย ขาข้างที่อ่อนแรงแม่กำลังการเคลื่อนไหวในระดับ 4 ลงมา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เพื่อให้สามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)⁴ ไม่เกิน 7 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง มีน้ำหนักตัวไม่เกิน 80 กิโลกรัม (ตามความสามารถในการรองรับน้ำหนัก 80 กิโลกรัม) จำนวน 8 คน ที่มีความพร้อมในการร่วมทดลองใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูการเดิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. อุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับปรึกษาทีมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามขั้นตอนการพัฒนาและทดลองใช้ ที่สามารถรองรับน้ำหนักผู้ป่วยได้ 80 กิโลกรัม

2. แบบประเมินความพึงพอใจอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุมความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดิน ด้านคุณสมบัติของนวัตกรรม ด้านลักษณะรูปแบบของนวัตกรรม ด้านการเลือกวัสดุในการผลิตนวัตกรรม และด้านคุณค่าของนวัตกรรม เป็นแบบสอบถามประเมินค่า 5 ระดับ (likert scales) คือ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = พึงพอใจปานกลาง 2 = พึงพอใจน้อย และ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของมาตราการวัด¹⁰ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงต่อการเดินที่ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ครอบคลุมความพึงพอใจต่อรูปแบบการเคลื่อนไหวของเท้า ท่าทางการเคลื่อนไหวของขา ได้แก่ ด้านการเคลื่อนที่ของเท้า ด้านการเคลื่อนไหวของข้อ ด้านปฏิกิริยาการเคลื่อนไหวต่อแรงที่กระทำ และด้านการทรงตัว เป็นแบบสอบถามประเมินค่า 5 ระดับ (likert scales) คือ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = พึงพอใจปานกลาง 2 = พึงพอใจน้อย และ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของมาตราการวัด¹⁰ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง นำอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงในระยะฟื้นฟู จำนวน 3 ครั้ง และมีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะผู้เชี่ยวชาญตามลำดับ จนได้รับความเห็นชอบให้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง

2. แบบประเมินความพึงพอใจอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) .93 และได้ดำเนินการแก้ไขข้อความรายข้อตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูการเดิน จำนวน 20 คน ได้ค่าเชื่อมั่น .91

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม

(IOC) .90 และได้ดำเนินการแก้ไขข้อความรายข้อตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นและนำแบบประเมินไปและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงที่อยู่ในระยะฟื้นฟูการเดิน จำนวน 20 คน ได้ค่าเชื่อมั่น .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ ชลบุรี เลขที่ BNC REC 13//2563 วันที่รับรอง 9 ตุลาคม 2563 โดยคณะผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง พร้อมสาธิต และดูแลช่วยเหลือในการทดลองตลอดการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าอาสาสมัคร สามารถออกจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทันทีตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ และหากพบความผิดปกติเกิดขึ้นในขณะทดลองสามารถแจ้งขอความช่วยเหลือได้ที่คณะผู้ดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 4 คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง และอยู่ในระหว่างฟื้นฟูการเดิน และยินดีเข้าร่วมการวิจัยทดลองใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดิน และความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ จำนวน 8 คน (ซึ่งน้อยกว่าที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการเดินทาง) ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ผู้ป่วยสะดวก ตามวัน เวลาที่นัดหมาย มีรายละเอียด ดังนี้

1) นาอุปกรณ์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง จำนวน 2 คนที่ทดลอง

ใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินในครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงข้างเดียวสามารถเคลื่อนตามการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินได้ ครบวงจรการเดินทั้ง 2 ขาได้

2) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของความความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน

3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของความความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน

ผลการวิจัย

1) อุปกรณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง ประกอบด้วย เครื่องพยุงตัว เพื่อพยุงตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้อยู่ในแนวตั้ง วัสดุรองรับเท้า เพื่อขับเคลื่อนเท้าและขาให้เคลื่อนไปตามวงจรการเดิน ล้อตุ้มกำลัง เพื่อผลักดันให้เท้าข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไปด้านหน้าและเลื่อนลงตามแรงโน้มถ่วง และแม่เหล็กเพื่อชะลอความเร็วของการเคลื่อนที่ลัดตามแรงโน้มถ่วง ที่สามารถรองรับน้ำหนักผู้ป่วยได้ 80 กิโลกรัม ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง

2) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี ($SD = 7.43$) ทุกคนมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และสามารถทรงตัวด้วยอุปกรณ์พยุงตัวขณะทดลองได้

3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงมีความพึงพอใจคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.11$, $SD = .6$) หากแยกรายด้านทุกด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีด้านการทรงตัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.50$, $SD = .33$) และมีการเคลื่อนที่ของเท้ามีความพึงพอใจน้อยที่สุด ($M = 4.34$, $SD = .33$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของและระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
ความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง			
- ด้านการเคลื่อนที่ของเท้า	3.69	.62	มาก
- ด้านการเคลื่อนไหวของข้อ	4.19	.62	มาก
- ด้านปฏิบัติการเคลื่อนไหวต่อแรงที่กระทำ	4.05	.27	มาก
- ด้านการทรงตัว	4.50	.71	มาก
โดยรวม	4.11	.66	มาก

4) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.43$, $SD = .33$) หากแยกรายด้านทุกด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยด้านการให้คุณค่า

ของนวัตกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.50$, $SD = .33$) และด้านลักษณะรูปแบบของนวัตกรรมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.34$, $SD = .33$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
ความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดิน			
- ด้านคุณสมบัติของนวัตกรรม	4.46	.41	มาก
- ด้านลักษณะรูปแบบของนวัตกรรม	4.34	.33	มาก
- ด้านการเลือกใช้วัสดุในการผลิตนวัตกรรม	4.44	.39	มาก
- ด้านคุณค่าของนวัตกรรม	4.50	.33	มาก
โดยรวม	4.43	.33	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการเดินตามวงจรได้ เนื่องจากการพัฒนาเริ่มต้นจากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการเดินที่มีคุณภาพ อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย เครื่องพยุงตัว เพื่อพยุงตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้อยู่ในท่ายืน ทั้งนี้การฝึกทรงตัวในท่ายืนขณะยกก้าว ทำให้เกิดการรับรู้สัมผัสที่สัมพันธ์กันในการทำงานของข้อต่อและกล้ามเนื้อ^{7,11-12} มีวัสดุรองรับเท้า เพื่อขับเคลื่อนเท้าและขาให้เคลื่อนไปตามวงจรการเดิน ล้อตุ่นกำลัง เพื่อผลักดันให้เท้าข้างที่อ่อนแรงเคลื่อนไปด้านหน้าและเลื่อนลงตามแรงโน้มถ่วง ซึ่งเป็นการเดินที่เป็นธรรมชาติ สอดคล้องกับการฝึกเดินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงที่เดินได้อย่างปลอดภัยในชุมชนในเวลา 6 เดือน จำเป็นต้องจับขาผู้ป่วยเคลื่อนไปข้างหน้าตามจังหวะก้าว⁷ และมีแม่เหล็กเพื่อชะลอความเร็วของการเคลื่อนเท้าลดตามแรงโน้มถ่วงของโลก เพราะการเริ่มฝึกการเคลื่อนไหวก้ามเนื้อในระยะแรกถ้ามีความเร็วอย่างเหมาะสม จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ¹² เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดิน ข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้เคลื่อนไหวตามองศา

การเคลื่อนไหว และก้าวเท้าอย่างสมดุลกับแรงที่กระทำ ในขณะที่ผู้ป่วยทรงตัวที่สมดุลในท่ายืน¹¹⁻¹² โดยอุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินทำหน้าที่ พยุงเท้าให้เคลื่อนไปตามวงจรการเดิน พยุงขาให้เคลื่อนไปตามองศาการเคลื่อนไหว การเพิ่มแรงดึงและแรงผลักดันแรงโน้มถ่วงที่กระทำต่อเท้า และ พยุงตัวผู้ป่วยให้อยู่ในแนวตั้ง เพื่อให้ทรงตัวอย่างสมดุล¹¹

ผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการเดินด้วยอุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินในระดับมาก ทั้งนี้เพราะขณะเดินผู้ป่วยรู้สึกว่าการก้าวเท้าของตนเองมีลักษณะการก้าวที่เสมือนการเดินปกติ ในขณะที่การฝึกเดินของตนเองก่อนหน้านี้การก้าวแต่ละก้าวมีความลำบากในการยกขา ต้องมีการโยกสะโพกเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง จะใช้กล้ามเนื้อมัดตรง (synergistic group) แทนกล้ามเนื้อมัดหลักในการในการยกเท้าเพื่อก้าวไปข้างหน้า ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการถ่ายน้ำหนักลงบนขาข้างที่อ่อนแรงขณะก้าวเดิน⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่พบว่าการฝึกการทรงตัวขณะยืนและเดินร่วมกับเครื่องเสริมสร้างการก้าวย่างไปประยุกต์ใช้ในการฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฟื้นฟูการควบคุมการทรงตัว

ร่วมกับควบคุมความเร็วที่เหมาะสมของการเดิน¹³ เช่นเดียวกับการฝึกเดินด้วยหุ่นยนต์ฝึกเดิน (Robotic-Assisted Gait Training) ที่สามารถควบคุมระยะการก้าวเดิน จังหวะการก้าวเดิน ท่าทางการเดิน การทรงตัว ได้เช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจ¹⁴ อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้ก้าวเดินบ่อย ๆ ทำให้เกิดการกระตุ้นขาที่อ่อนแรง ให้เกิดการเคลื่อนไหว กระตุ้นระบบรับรู้สัมผัสของระบบต่าง ๆ (multisensory stimulation) และยังส่งผลต่อการฟื้นฟูสมอง โดยเกิดการกระตุ้นประสาท (neural plasticity) ส่งผลต่อการทำงานของสมอง sensorimotor cortex เกิดการเรียนรู้การเคลื่อนไหว¹³ นอกจากนี้ยังพบว่า การฝึกการทรงตัวในท่ายืนและเดินร่วมกับการก้าวอย่างของขาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังสามารถฟื้นฟูการทรงตัวในการเดินได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย¹³

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงมีความพึงพอใจต่ออุปกรณ์ฟื้นฟูการเดินในระดับมาก โดยพบว่าด้านการให้คุณค่าของนวัตกรรมประกอบด้วยประโยชน์การใช้งาน ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ความคุ้มค่าต่อการลงทุน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการฝึกเดินอย่างไร เมื่อเดินได้แข็งแรงแล้วจะมีรูปแบบการเดินเช่นนั้น⁵ ซึ่งเวลาที่ผู้ป่วยฝึกเองจะรู้สึกว่ายากเกินไป มีความยากและต้องเอนตัวไปอีกด้านหนึ่ง และเหวี่ยงขาออกไป แต่เมื่อมาฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดิน ผู้ป่วยสามารถก้าวเท้าได้ปกติโดยไม่ต้องออกแรงเกร็ง ประกอบกับอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินมีอุปกรณ์พยางค์เท้าให้ก้าวไปตามวงจรการเดินได้เอง และมีอุปกรณ์พยางค์น้ำหนักตัวไว้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลการพยางค์น้ำหนักตัว จึงก้าวเท้าไปพร้อมกับอุปกรณ์พยางค์เท้าอย่างมั่นใจ เกิดการเดินเหมือนท่าทางปกติ¹³ จึงเห็นว่าอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินนี้มีประสิทธิภาพในการฝึกเดิน ซึ่งเมื่อฝึกเดินบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะจดจำการเดิน และสามารถเดินได้เอง และเกิดการจดจำถ่ายโอนไปสู่ความชำนาญในการเคลื่อนไหว (associative phase) เมื่อมีความชำนาญแล้วก็จะเข้าสู่ระยะการเดินที่เป็นไปตามเหตุการณ์ (automatic phase) เมื่อถึงระยะนี้การเดินจะเป็นไปตามรูปแบบที่ได้ฝึกมา⁵ อีกทั้งพบว่าความผิดปกติของการเดินเกิดขึ้น มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองตบตบต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 32 มีความผิดปกติการเดิน เช่น ความถี่ก้าว และความสม่ำเสมอของการเดิน แตกต่างจากการเดินปกติ เดินเอียงตัว และต้องการการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน¹⁵ และร้อยละ 14.8 ต้องเคลื่อนที่ด้วยรถเข็นนั่ง (wheel chair) และร้อยละ 3.7 ไม่สามารถเคลื่อนที่ด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตที่เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุมากขึ้น รูปแบบการเดินที่ผิดปกติจะมีความรุนแรงขึ้น นับเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมา¹⁶ เพราะถ้าผู้ป่วยมีท่าเดินที่ผิดปกติ มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำด้วยตนเองลดลง¹⁷ ดังนั้น การฟื้นฟูการเดินที่มีคุณภาพมีผลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตอย่างมาก แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดิน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถทำให้ผู้ที่ฟื้นฟูการเดินด้วยอุปกรณ์สามารถเดินได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษาค้นครั้งนี้ไม่สามารถทำการทดสอบประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์กับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีอุปกรณ์เพียงชิ้นเดียว มีขนาดใหญ่ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาขาอ่อนแรงไม่สะดวกในการเดินทางด้วยตนเอง และเป็นช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการฟื้นฟูการเดินที่มีคุณภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรงได้
2. สามารถแนะนำผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของอุปกรณ์ฟื้นฟูการเดิน ดังนี้
1. ศึกษาประสิทธิภาพของอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดิน

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีขาอ่อนแรง ถึงความเป็นไปได้ที่ทำให้การเดินของผู้ป่วยมีคุณภาพต่อไป

2. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรง หลังการฟื้นฟูด้วย

อุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูการเดินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับการฟื้นฟูการเดินตามปกติ

3. พัฒนารูปแบบของอุปกรณ์ให้มีขนาดเล็กและเคลื่อนไหวเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะขาอ่อนแรงใช้งานได้ง่าย

References

1. World Stroke Organization (2022). Global stroke fact sheet 2022. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. Utharot W, Puthakamin N. Quality of Life of stroke patients with cognitive impairment. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2021;15(4):34-45. (in Thai)
3. Sikanjananun S. Post stroke ambulation level after intermediate care rehabilitation at Singburi Hospital. Singburi Hospital Journal 2020;29(2):1-12. (in Thai)
4. Kooncumchoo P. Gait training and stroke. Thammasat Medical Journal 2012;12(2):370-5. (in Thai)
5. Srisuppaphon D, Saipan P, Pantong P, Worraridthanon C. The Effectiveness of walking training by using rhythm control in patients with Hemiplegia from stroke. Journal of The Department of Medical Services 2016;41(1):94-103. (in Thai)
6. Wattanapan P. The rehabilitation of stroke patients and the prevention of complications. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2017;12(1):1-4. (in Thai)
7. Kubo K, Miyoshi T, Kanai A, Terashima K. Gait rehabilitation device in central nervous system disease: a review [internet]. Rehabilitation Robotics. 2011. Available from: <https://doi.org/10.1155/2011/348207>
8. Neurological institute of Thailand. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. 3rd ed. Bangkok: Tana Press & Graphic. 2016. (in Thai)
9. Edlund JE, Nichols AL. Advanced research methods for the social and behavioral sciences. New York: Cambridge University Press. 2019.
10. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice hall. 1977.
11. Khunjan P, Singweratham N, Nawsuwan K. Effects of standing balance and walking with a gait training machine to improve balance control and safely community walking speed among patients with strokes at Sadao hospital. Thai Journal of Physics Therapy 2022 44(2):149-58. (in Thai)
12. Mizuta N, Hasui N, Nakatani T, Takamura Y, Fujii S, Tsutsumi M, et al. Walking characteristics including mild motor paralysis and slow walking speed in post-stroke patients [internet]. 2020 [cited 2021 Feb 27]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-68905-3>

13. Nedergård H, Arumugam A, Sandlund M, Bråndal A, Häger CK. Effect of robotic-assisted gait training on objective biomechanical measures of gait in persons post-stroke: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neuroengineering Rehabilitation* 2021;18(1):1–22.
14. Chanubol R, Wongphaet P, Panichareon L, Chavanich N. Gait rehabilitation in subacute hemiparetic stroke: robot-assisted gait training versus conventional physical therapy. *Journal of the Neurological Science* 2013;22(2):42-50. (in Thai)
15. Panmung N, Yulertlob A, Jaepor A. The world stroke campaign issues of world stroke day in 2018. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control Annual Report in 2018. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing. 2018. (in Thai)
16. Auvinet B, Touzard C, Montestruc F, Delafond A, Goeb V. Gait disorders in the elderly and dual task gait analysis: a new approach for identifying motor phenotypes [internet]. *Journal of Neuroengineering Rehabilitation* 2017;14(7):1–15.
17. Jaisan T, JamChat R. Development of gait training program at home in stroke patients with assistive devices. *Medicaal Journal of Srisaket Surin Buriram hospitals* 2019 34(3):349-57. (in Thai)

บทความวิจัย

A Path Analysis of Mental Health Factors Affecting to Emotional Quotient of Students Faculty of Nursing Kasem Bundit University in Academic year 2023

Received: Jul 26, 2023

Revised: Dec 17, 2023

Accepted: Dec 19, 2023

Tieanthong Harabuttra, M.N.S.¹Asanee Tongsilp, Ph.D.²

Abstract

Introduction: The Nursing Council and The Nurses Association of Thailand in the year 1985 set the standards and norms for ensuring that the nursing profession is held to the higher standards. However, there are many key factors affecting nurses' professional proficiency. Mental health is one of them which is brought to this study.

Research Objectives: This study aims to investigate the factors that affect the emotional intelligence of nursing students at Kasem Bundit University focusing on mental health factors.

Research Methodology: This applied research utilized a stratified sampling to select a sample of 176 nursing students at Kasem Bundit University who were studying in the academic year 2023. Data was collected by questionnaire with a 5-Likert Scale based on Best's concept. Data were analyzed using mean, standard deviation and Partial Least Squares Structural Equation Modelling Method (PLS-SEM).

Results: The resilience quotient had a direct effect on the emotional intelligence of individuals statistically significant at the .05 level. In addition, the COVID-19 mental health impact had no direct effect on the emotional intelligence. The indirect effect of the stress found that the stress was not correlation with the resilience quotient and the emotional intelligence. The resilience quotient had a direct effect on the stress statistically significant at the .05 level, and the stress had no direct effect on emotional intelligence. The stress was not correlation with the COVID-19 mental health impact and the emotional intelligence. The COVID-19 mental health impact had a direct effect on the stress statistically significant at the .05 level.

Conclusions: The resilience quotient had a direct effect on the emotional intelligence of individuals and the stress statistically significant at the .05 level.

Implications: The Academic Affairs Office should consider organizing activities to promote the resilience quotient and the stress management for nursing students to help them adapt to their roles and studies.

Keywords: emotional intelligence, mental health factor, resilience quotient

Funding: Kasem Bundit University

¹Lecturer, Email: tieanthong.har@kbu.ac.th

²Corresponding Author: Assistant professor, Email: asanee.ton@kbu.ac.th

^{1,2}Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Bangkok, Thailand.

เส้นทางปัจจัยทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2566

Received: Apr 24, 2023
Revised: Oct 16, 2023
Accepted: Dec 19, 2023

เทียนทอง หาระบุตร พย.ม.¹

อัศนีย์ ทองศิลป์ ปรี.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2528 ได้กำหนดมาตรฐานและบรรทัดฐานเพื่อให้วิชาชีพพยาบาลมีมาตรฐานสูงขึ้น อย่างไรก็ตามมีปัจจัยสำคัญหลายประการที่ส่งผลต่อความสามารถทางวิชาชีพของพยาบาล โดยเฉพาะสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่ถูกนำมาศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2566

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 จำนวน 176 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Best วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์สมการโครงสร้างกำลังสองน้อยที่สุดบางส่วน

ผลการวิจัย: พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับอิทธิพลทางอ้อมผ่านความเครียดพบว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความฉลาดทางอารมณ์ ในขณะที่พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเครียดไม่มีอิทธิพลทางตรงกับความฉลาดทางอารมณ์ และความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 มีอิทธิพลทางตรงกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความฉลาดทางอารมณ์ และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ: ฝ่ายจัดการศึกษาควรพิจารณาจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และการจัดการกับความเครียดให้กับนักศึกษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีปรับตัวได้ตามบทบาทและปรับตัวในการเรียนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยทางสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต

ได้รับทุนสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

¹อาจารย์ Email: tieanthong.har@kbu.ac.th

²Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: asanee.ton@kbu.ac.th

¹⁻² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพมหานคร

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถสูง ต้องมีความรับผิดชอบ เสียสละอดทน สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลชีวิตของผู้รับบริการ สถานศึกษาที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพต้องพัฒนาหลักสูตรให้ผู้เรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างเข้มงวด เพื่อหล่อหลอมให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาศักยภาพตนเองในทุกด้าน นักศึกษาพยาบาลจึงต้องทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ และสติปัญญาอย่างมากเพื่อให้มีความพร้อมต่อการเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ทั้งนี้พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีผลให้เกิด ดี เก่ง สุข ทำให้สามารถปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดันได้^{1,2}

การจัดการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ยังไม่สามารถทำให้ผู้เรียนบรรลุตามเป้าหมายการเรียนรู้ของหลักสูตรได้ อันเนื่องมาจากการได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ถึงแม้ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดได้เริ่มเบาบางลง แต่ไวรัสสามารถพัฒนาสายพันธุ์อยู่ตลอดเวลาจึงทำให้ยังมีการแพร่ระบาดจนถึงปัจจุบัน การแพร่ระบาดนี้ส่งผลรุนแรงต่อการศึกษาเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้เรียนเกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น³ จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นพบว่า นักศึกษากลุ่มเป้าหมายมีความเครียดซึ่งอาจเป็นเพราะนักศึกษาได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ วิถีชีวิต ปัญหาสุขภาพ และวิธีการเรียนการสอนที่เป็นแบบออนไลน์ ซึ่งการเรียนออนไลน์ทำให้นักศึกษาไม่เข้าใจบทเรียน โดยเฉพาะภาคปฏิบัติไม่เท่าที่ควร อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลเป็นช่วงวัยที่เปลี่ยนผ่านจากรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ ที่ต้องปรับตัวให้พร้อมกับเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติจึงอาจส่งผลให้มีความยุ่งยากใจที่จะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีความกดดันเกิดขึ้น ส่งผลต่อตนเองในด้านลบทั้งด้านการศึกษา การดำเนินชีวิต และสังคมจนก่อให้เกิดความเครียด⁴ หากการเรียนที่มีแต่ความเครียดมากเกินไปจะทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่ายและบั่นทอนสุขภาพจิตโดยรวมได้⁵

พลังสุขภาพจิต (resilience quotient) เป็นศักยภาพของมนุษย์ในการเผชิญปัญหาด้วยความมั่นคงในอารมณ์ มีพลังใจที่ดี และสามารถแก้ไขปัญหาและสามารถผ่าน

พ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ จนทำให้เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็ง โดยพัฒนาผ่านประสบการณ์จากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต จากการศึกษาหลังสุขภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 64.66 อย่างไรก็ตามความเครียดเป็นภาวะของบุคคลที่ใช้ความพยายามทางปัญญา และความพยายามทางพฤติกรรมหาเหตุผลที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกที่ถูกกดดันจากภายในและภายนอก ทั้งในภาวะปกติและวิกฤต⁷ ทั้งนี้ความเครียด สุขภาพจิต ความวิตกกังวลจากเหตุการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 เป็นปัจจัยทางจิตที่พบได้ทั่วไปในนักศึกษาทุกชั้นปี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และบุคลิกภาพส่วนตัวของนักศึกษา^{8,9} นอกจากนี้ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองสามารถส่งผลให้ผู้นั้นอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมพร้อมที่จะพัฒนาตนเอง มีแรงจูงใจ กล้าพูด กล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวและตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความตระหนัก ยอมรับข้อดีข้อเสียของตนเอง และผู้อื่น สามารถเรียนรู้ได้เร็ว มีความสุขและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล¹⁰

จากความสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลทางตรง และทางอ้อมของปัจจัยทางสุขภาพจิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนสามารถป้องกันและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ อีกทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษารายบุคคลให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความเครียด กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
2. เพื่อวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของปัจจัย

ทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบ ทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความเครียดที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

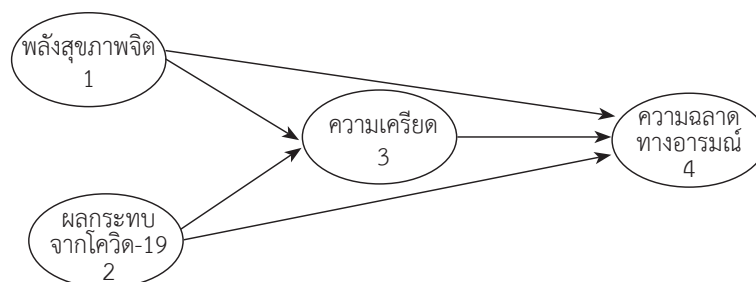
สมมติฐานการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลต่อความฉลาดทางอารมณ์
2. ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางอารมณ์
3. ความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความฉลาดทางอารมณ์
4. ความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 กับความฉลาดทางอารมณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยทางสุขภาพจิต เป็นสาเหตุต่าง ๆ ที่ส่งผลต่ออาการทางจิตใจ ต่อความรู้สึนึกคิด และอารมณ์ ของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัจจัยทางสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบจากการ

แพร่ระบาดของโควิด-19 และความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้พบว่าส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสุขภาพจิตต่อความฉลาดทางอารมณ์พบว่า ภาวะทางสุขภาพจิตที่แตกต่างส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์แตกต่างกันของนักเรียน¹² ความเข้มแข็งทางจิตใจที่ดีสามารถรับรู้ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาสถานการณ์ได้ดี¹³ ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล¹⁴ นอกจากนี้พบว่า พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความเครียด⁸ และภาวะทางจิตใจ ปัจจัยจากโรคโควิด-19 ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19^{8,15} ทั้งนี้ภาวะความเหนื่อยล้าจากโรคระบาดโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในนักศึกษามหาวิทยาลัย และมีผลต่อสุขภาพจิต^{16,17} จากผลการทบทวนวรรณกรรมขั้นต้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาอิทธิพลทางตรงของพลังสุขภาพจิต และผลกระทบจากโควิด-19 ต่อความฉลาดทางอารมณ์ โดยมีความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลาง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 และความเครียดที่ส่งผลต่อความฉลาด ทางอารมณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2566 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 100 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 88 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 75 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 89 คน รวมจำนวน 352 คน โดยอ้างอิงตามกฎของ Rules of Thumb ของ Hair¹⁸ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้นภูมิ โดยกำหนดให้ชั้นภูมิ (Stratum) เป็นชั้นปีที่กำลังศึกษา เนื่องจากในแต่ละชั้นปี นักศึกษามีเนื้อหาวิชาเรียนที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างวิจัย เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 50 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 44 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 38 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 44 คน รวมจำนวน 176 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สร้างแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม ภูมิลำเนา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนที่ 2 แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 พลังสุขภาพจิต มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 20 ข้อ แบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตอนที่ 2 ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 มี 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านการศึกษา และปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต จำนวน 18 ข้อ แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตอนที่ 3 ความเครียด จำนวน 20 ข้อ และตอนที่ 4 ความฉลาดทางอารมณ์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข จำนวน 52 ข้อ แบบมาตรประมาณ 4 ระดับ ทั้งนี้แบบสอบถาม ในตอนที่ 1, 3 และ 4 พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ตอนที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Best¹⁹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ มีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิต มีค่าเท่ากับ .892

แบบสอบถามผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 มีค่าเท่ากับ .838 แบบวัดความเครียด มีค่าเท่ากับ .933 และแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าเท่ากับ .843 ซึ่งทุกฉบับมีค่ามากกว่า .60 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้²⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์และติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล แล้วนัดหมายหัวหน้าห้องแต่ละชั้นปีดำเนินการเก็บข้อมูลในชั้นเรียน โดยผู้เข้าร่วมต้องเต็มใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยคัดเลือกแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมเลขที่ R012/66P จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต คณะผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อคะแนน ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการโครงสร้างกำลังสองน้อยที่สุดบางส่วน

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความเครียด กับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 จำนวน 132 คน คิดเป็น ร้อยละ 75 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 107 คน ร้อยละ 60.80 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย จำนวน 127 คน ร้อยละ 72.20

ผลการศึกษาปัจจัยทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความเครียด ซึ่งผลการศึกษาพลังสุขภาพจิต พบว่า นักศึกษา

มีพลังสุขภาพจิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.87, SD = .32) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตด้านกำลังใจอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ และด้านการจัดการปัญหา อยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.22, 2.00, 1.73 และ SD = .66, .80, .77 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 พบว่า นักศึกษาได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.16, SD = .67) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาได้แก่ ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาด้านการศึกษาอยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.34, 3.06, 2.93, 2.36 และ SD = 1.27, 1.12, 1.15, 1.11 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 จากการถูกล้อเลียน/รังเกียจจากเพื่อนเมื่อติดโรค สุขภาพแยลงหลังติดโควิด-19 และวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.01, 4.00, 3.73 และ SD = .88, .86, .92 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามีความเครียดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 68.75 รองลงมา มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 18.75 และ 12.50 ตามลำดับ และผลการศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า ด้านดีส่วนใหญ่นักศึกษาสามารถ

ควบคุมตนเองได้ รองลงมาเป็นความรับผิดชอบ และความเห็นใจผู้อื่น ร้อยละ 69.32, 50.56 และ 39.20 ตามลำดับ ด้านเก่ง ส่วนใหญ่นักศึกษามีแรงจูงใจให้ตนเอง รองลงมาได้แก่ ความมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ร้อยละ 79.55, 75 และ 51.70 ตามลำดับ ด้านสุข ส่วนใหญ่นักศึกษามีความพึงพอใจในชีวิต รองลงมาได้แก่ ภูมิใจในตนเอง และมีความสุขสงบทางใจ ร้อยละ 81.25, 80.68 และ 77.84 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของปัจจัยทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความเครียดที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์

การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ใช้วิธีการวิเคราะห์สมการโครงสร้างกำลังสองน้อยที่สุดบางส่วน (Partial Least Squares Structural Equation Modelling Method: PLS) ผลการทดสอบสมมติฐาน แสดงดังนี้

2.1 การคำนวณขนาดอิทธิพลของผลกระทบ

การคำนวณความแม่นยำของรูปแบบเส้นทาง (Cross-Validated Redundancy, Q^2) เพื่อ วิเคราะห์คุณภาพรวมของโมเดลวัดจากค่า Q^2 พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีค่าอยู่ที่ .029 และความเครียดอยู่ที่ .260 ซึ่งมีค่ามากกว่าศูนย์ การวัดค่าขนาดของผลกระทบ (Effect size, f^2) พบว่า ค่าขนาดของผล มีระดับน้อยถึงปานกลาง²¹ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงขนาดอิทธิพลของผลกระทบ (Effect size, f^2)

	Effect size, f^2
ความเครียด -> ความฉลาดทางอารมณ์	.001
ผลกระทบจากโควิด-19 -> ความฉลาดทางอารมณ์	.010
ผลกระทบจากโควิด-19 -> ความเครียด	.155
พลังสุขภาพจิต -> ความฉลาดทางอารมณ์	.073
พลังสุขภาพจิต -> ความเครียด	.348

ตารางที่ 2 เส้นทางพลังสุขภาพจิต ผลกระทบโควิด-19 และความเครียดต่อความฉลาดทางอารมณ์

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation	T statistics	P values
ความเครียด -> ความฉลาดทางอารมณ์	.037	.058	.189	.195	.845
ผลกระทบโควิด-19 -> ความฉลาดทางอารมณ์	.102	.104	.096	1.065	.287
ผลกระทบโควิด-19 -> ความเครียด	.318	.324	.066	4.841	.001**
ผลกระทบโควิด-19 -> ความเครียด -> ความฉลาดทางอารมณ์	.099	.010	.109	.913	.361
พลังสุขภาพจิต -> ความฉลาดทางอารมณ์	.301	.283	.154	1.951	.050*
พลังสุขภาพจิต -> ความเครียด	-.477	-.486	.055	8.705	.001**
พลังสุขภาพจิต -> ความเครียด -> ความฉลาดทางอารมณ์	-.023	-.044	.103	.219	.827

2.2 เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีเส้นทางความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 3 คู่ ได้แก่ ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 กับความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 พลังสุขภาพจิตกับความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และพลังสุขภาพจิตกับความเครียดมีความสัมพันธ์ในเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 นอกนั้นไม่พบเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอื่น ๆ ดังตารางที่ 2

2.3 การวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อม

การวิเคราะห์ค่าอิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) และอิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect: IE) และอิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ด้วย Bootstrapping แสดงผลดังนี้

ผลการวิเคราะห์พลังสุขภาพจิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ โดยมีความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลาง ผลการวิเคราะห์ พบว่า พลังสุขภาพจิตต่อความฉลาดทางอารมณ์มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .303 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t\text{-value} = 2.253$, $\text{sig} = .024$) พลังสุขภาพจิตต่อความฉลาดทางอารมณ์ผ่านความเครียดมีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .017

มีอิทธิพลรวม เท่ากับ .320 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t\text{-value} = .219$, $\text{sig} = .827$) มีค่า VAF (Variance Account For) เท่ากับ .053 ซึ่งน้อยกว่า .20 แสดงว่าไม่ต้องมีตัวแปรคั่นกลาง²¹ แต่พบว่าพลังสุขภาพจิตมีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ -.477 ต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 ต่อความฉลาดทางอารมณ์ โดยมีความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลาง พบว่า ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความฉลาดทางอารมณ์ ($t\text{-value} = 1.462$, $\text{sig} = .144$) สำหรับผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางอ้อมของผลกระทบ ทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 ต่อความฉลาดทางอารมณ์ผ่านความเครียดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .098 มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .265 ($t\text{-value} = .913$, $\text{sig} = .361$) มีค่า VAF (Variance Account For) เท่ากับ .369 ซึ่งมากกว่า .20 แต่ไม่เกิน .80 แสดงว่าต้องมีตัวแปรคั่นกลางและต้องมีตัวอื่นอีกเพราะตัวแปรคั่นกลางที่พบนี้เป็นเพียงบางส่วน (partial mediation)²¹ แต่พบว่าผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .318 ต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม

รูปแบบ	วิธีวิเคราะห์	เส้นทางความสัมพันธ์	ค่า น้ำหนัก	Indirect Effect	STDEV	Total Effect	VAF	t - value	sig
Res → Str → EQ	Step1: DE	Res → EQ	.303*	-	.135	-	-	2.253	.024
	Step2: IE	Res → EQ	.301	.017	.159	.320	.053	.219	.827
		Res → Str	-.477*						
		Str → EQ	.037						
COVID → Str → EQ	Step1: DE	COVID →EQ	.167	-	.103	-	-	1.462	.144
	Step2: IE	COVID →EQ	.102	.098	.130	.265	.369	.913	.361
		COVID →Str	.318*						
		Str → EQ	.037						

* มีนัยสำคัญ 0.05 Res = พลังสุขภาพจิต, Str = ความเครียด, EQ = ความฉลาดทางอารมณ์, COVID = ผลกระทบจากโควิด-19

2.4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐาน ยอมรับสมมติฐานที่ 1 คือ พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($\beta = .303$, $\text{sig} = .024$) ปฏิเสธสมมติฐานที่ 2 คือ ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด 19 ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .167$, $p\text{-value} = .144$) ปฏิเสธสมมติฐานที่ 3 คือ ความเครียดเป็น

ตัวแปรคั่นกลางไม่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านพลังสุขภาพจิตกับความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .017$, $\text{sig} = .827$) และปฏิเสธสมมติฐานที่ 4 คือ ความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลางไม่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด 19 กับความฉลาดทางอารมณ์ ($\beta = .098$, $p\text{-value} = .361$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	β	sig	ผลการทดสอบ
พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลต่อความฉลาดทางอารมณ์	.303	.024	ยอมรับสมมติฐานที่ 1
ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางอารมณ์	.167	.144	ปฏิเสธสมมติฐานที่ 2
ความเครียดเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความฉลาดทางอารมณ์	.017	.827	ปฏิเสธสมมติฐานที่ 3
ความเครียดเป็นตัวแปรกลางความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 กับความฉลาดทางอารมณ์	.098	.361	ปฏิเสธสมมติฐานที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยทางสุขภาพจิต ได้แก่ พลังสุขภาพจิต ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 และความเครียด กับผลทางอารมณ์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต พบว่า นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ที่เข้ามาศึกษาในมหาวิทยาลัยเป็นนักศึกษาที่มีลักษณะเป็นปกติ ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลให้การประเมินพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางซึ่งถือว่าเป็นระดับปกติ สำหรับพลังสุขภาพจิตที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีมากที่สุดคือ ด้านกำลังใจอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะนักศึกษามาจากครอบครัวที่มีลักษณะทางกายภาพที่ไม่แตกต่างกันมากนักกล่าวคือ มาจากครอบครัวฐานะปานกลางค่อนข้างมีเงินสนับสนุนทางการศึกษาจึงส่งผลต่อด้านกำลังใจมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ และด้านการจัดการปัญหาอยู่ในระดับน้อย สำหรับสองด้านนี้นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตน้อยเนื่องมาจากอาจได้รับผลกระทบมาจากวิกฤตของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลโดยตรงต่อนักศึกษา ทั้งด้านฐานะทางเศรษฐกิจ การอยู่ร่วมในสังคม ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต พิจารณารายข้อพบว่า นักศึกษามีพลังสุขภาพจิตเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ทำให้มั่นใจแก้ปัญหาต่าง ๆ มากที่สุด รองลงมาได้แก่ มีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ และการไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะ

ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 พบว่า นักศึกษาได้รับผลกระทบโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รองลงมาได้แก่ ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และปัญหาด้านการศึกษาอยู่ในระดับน้อย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการถูกล้อเลียน/รังเกียจจากเพื่อนเมื่อติดโรค รองลงมาได้แก่ สุขภาพแย่ลงหลังติดโควิด-19 และวิตกกังวลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาเป็นบุคคลที่เกิดในยุคเจนเออร์แซน Z พบว่าหลังจากการระบาดของโควิด-19 ร้อยละ 78 ของกลุ่มคน Gen Z รู้สึกว่าชีวิตลำบากและรายได้ลดลงอย่างมากในช่วงโรคระบาด ผลการศึกษาความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษามีความเครียดสูงกว่าปกติ²²

สำหรับผลการศึกษาความฉลาดทางอารมณ์พบว่า 1) ด้านดี ส่วนใหญ่นักศึกษาสามารถควบคุมตนเองได้ รองลงมาเป็นความรับผิดชอบ และความเห็นใจผู้อื่น 2) ด้านเก่ง ส่วนใหญ่นักศึกษามีแรงจูงใจให้ตนเอง รองลงมาได้แก่ ความมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และ 3) ด้านสุข ส่วนใหญ่นักศึกษา มีความพึงพอใจในชีวิต รองลงมาได้แก่ ภูมิใจในตนเอง และมีความสุขสงบทางใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ระดับปกติ มีความเครียดอยู่ระดับปานกลาง⁹ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีความเข้มแข็งทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 รวมทุกด้านอยู่ในระดับดี และความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกขนาดปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ซึ่งนักศึกษามีความเข้มแข็งทางจิตใจที่ดีสามารถรับรู้ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาสถานการณ์ได้ดี¹³ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ด้านเก่งและด้านสุขมีความสัมพันธ์กับความฉลาด ทางอารมณ์²⁴

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า พลังสุขภาพจิตส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าพลังสุขภาพจิตมีผลกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผลกระทบทางสุขภาพจิตจากโควิด-19 ส่งผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05²³ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี มีความเครียดที่ส่งผลต่อผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 สำหรับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ไม่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์²⁵ ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา และปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต นักศึกษาพยาบาลได้รับผลกระทบในระดับปานกลางถึงระดับน้อย ซึ่งเป็นระดับปัญหาที่ไม่รุนแรงจึงทำให้ไม่สามารถส่งผลถึงความฉลาดทางอารมณ์ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ฝ่ายจัดการศึกษาควรพิจารณาจัดกิจกรรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และการจัดการ กับความเครียดให้กับ

นักศึกษาพยาบาล และการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้เพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถปรับตัวพฤติกรรมตามบทบาทและการเรียนของนักศึกษาได้อย่างเหมาะสม

2. สถานศึกษาควรจัดกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และกิจกรรมลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์ และมีความพร้อมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการรับรู้พลังสุขภาพจิต การจัดการความเครียด พฤติกรรมและความต้องการในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมจากผลกระทบหลังเกิดภาวะวิกฤต เช่น การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตามปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

References

1. Department of Mental Health, Academic Office. Communication manual for strengthening the mind, toughness, and fighting, volume 1. Bangkok: Beyond publishing company limited. 2020. (in Thai)
2. Inthasit S, Joonkeeree S. Change bad to good. Mental health power. 4th ed. Bangkok: Beyond publishing company limited. 2020. (in Thai)
3. Thongkaew T. Design based new normal: Impact from the COVID-19 outbreak. Journal of Teachers Professional Development 2020;1(2),1-10. (in Thai)
4. Nithachan P, Saengon S, Wittayasuporn J. Strength in life distressing events and mental health of university students. Journal of Nursing and Health Sciences 2013;7(2),150-67. (in Thai)
5. Choisuwan W. Health literacy: concepts and applications to nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017; 44(3),183-97. (in Thai)
6. Aoithip P, Pichamon k, Natthaphon P, Thepthai C. A study of the mental health status of first-year nursing students. Journal of Regional Health Promotion Center 7 KhonKaen 2023; 15(1),92 -115. (in Thai)
7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
8. Ounlam T, Panpoklang S. Resilience and stress of students in the Faculty of Nursing Rangsit University. Journal of Health and Nursing Research 2021;37(1),241-51. (in Thai)
9. Vatanasin D, Chupan S. Factors predicting social intelligence of nursing students. Journal Nursing and Education 2019; 12(1),72-87. (in Thai)
10. Jordan PJ, Troth AC. Emotional intelligence and conflict resolution in nursing. Contemporary Nurse, 2002; 13(1),94 – 100.
11. Phato T, Daengprasert N, Chomphon K. Study of stress and stress management of students. Sakon Nakhon Rajabhat University, 1st year, regular semester. Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. 2015; 15(3),105-18. (in Thai)

12. Hannarong P, Thirakothai P, Sribunkrong Y, Phonlabut S, Homon S, Suwanthong P. Factors related to emotional intelligence aspects of lower secondary school students in Ang Sila subdistrict Chonburi Province. *Journal of Health Systems Research* 2020;13(1),136-44. (in Thai)
13. Thoin P, Sriond P, Khoyun S, Potchana R. Relationship between mental strength and behavior to prevent COVID-19 infection among nursing students Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2022; 25(3),110-20. (in Thai)
14. Thongied K, Chaiyaprom D. The emotional intelligence and stress of nursing students. *Suratthani Rajabhat Journal* 2018;5(2).213-32. (in Thai)
15. Kerdcharoen N, Kalakitkowi W, Thaworn J. Mental health power effects on the mind and factors from COVID 19 that affect the mental health of medical students. *Vajira medical journal: Journal of Urban Medical* 2021;65:101-16. (in Thai)
16. Chotipitayasunon W, Thampira P. Study of the impact of pandemic fatigue on mental health problems under the COVID-19 outbreak situation in student university. [internet]. 2023[cited 2023 October 8]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/527>. (in Thai)
17. Rattanabankit O. Mental health impact of the emerging epidemic crisis COVID-19. The Academic Office. [Internet]. 2021 [cited 2023 October 12]. Available from: <http://library.senate.go.th/elibrary/web/main.jsp?HMS=1582257832967>. (in Thai)
18. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis* (8th ed.). 2019; Hamshire, UK: Cengage.
19. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc. 1977.
20. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*. 1977.
21. Wong KK. *Mastering partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) with Smart PLS in 38 hours*. Bloomington: iUniverse. 2019.
22. Leepila R. Values expectations for work and workplaces of Gen Z people. [Internet]. 2023 [cited 2023 October 18]. Available from: <https://blog.happily.ai/th/gen-z-workforce-values-and-expectations-towards-work-and-the-workplace-th/> (in Thai)
23. Nakrapanich S, Puengsema R. The power of mental health, emotional intelligence and stress among nursing students Thai Red Cross Nursing College. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2021;35(1),128-45. (in Thai)
24. Sritawan K, Chinkhaokham D, Kitnopkiat K. Relationship of selected factors with emotional intelligence of Boromarajonani nursing students at Ratchaburi. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2023, 24(1);109-15. (in Thai)
25. Thanawatana M, Duangchinda A, Thanawatana W. Impact of the COVID-19 crisis. towards stress and stress management of the people working age group Si Prachan District Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health* 2022,4(1);23-37. (in Thai)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2534-8241 ต่อ 3405

e-mail: journalbcn@bcn.ac.th

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