

วารสาร

ISSN 2697-5041 [Online]

วิจัยสุขภาพและการพยาบาล

Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

Vol.40 No.1 January - April 2024



<http://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

Vol. 40 No. 1 January - April 2024

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, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
	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	Thailand Nursing and Midwifery Council
	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. Natawan Khumsaen	Boromarajonani College of Nursing, Sanpsithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, 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, Praboromarajchanok Institute, Thailand
	Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian	The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand Thailand Nursing and Midwifery Council, 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

Owner: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand

Office & Publisher:

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

Journal Management Department

Sasiwimon Booranarek
Rungkanda Phummara
Suwinan Inwised
Phinyaphat Pichayatadapat



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

Vol. 40 No. 1 January - April 2024

ที่ปรึกษา	ดร.พนารัตน์ วิสวเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
	ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

Prof. Dr. Henrik Eriksson

Department of Health Sciences,
Section for Health Promotion and Care Sciences,
University West, Trollhattan, Sweden.

Prof. Dr. Hsing-Mei Chen

Department of Nursing, College of Medicine
National Cheng Kung University, Taiwan

รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์

สภากาการพยาบาล

รศ.ดร.สุภาพ อาธิเอื้อ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

รศ.ดร.อาภาพร เฒ่าวัฒนา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

ผศ.ดร.ณัฐวรรณ คำแสน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย

ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ผศ.ดร.ละอียด แจ่มจันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร

กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
แห่งประเทศไทย สภากาการพยาบาล ประเทศไทย

ดร.ธนาภา ฤทธิวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ

สำนักงาน ผู้จัดพิมพ์ : 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

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข

นางสาวรุ่งกานดา ภูมิรา

นางสาวสุนันท์ อินทร์วิเศษ

นางสาวภิญญาพัชญ์ พิษณุธาดาพัฒน์

-
- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 2. รศ.ดร.วิริณธ์ กิตติพิชัย | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 4. รศ.ดร.สุภาพ อาลีเอื้อ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 6. ผศ.ดร.กรวรรณ ยอดไม้ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 9. ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 10. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 11. ผศ.ดร.ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 12. ผศ.ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 13. ผศ.ดร.รุ่งนภา เขียวชะอำ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 14. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก | นักวิชาการอิสระ |
| 15. ผศ.ดร.ศุภาวดี แฉวเพี้ย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 16. ผศ.ดร.สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 17. ผศ.ดร.อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 18. ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 19. ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ อัครราชกุมารีราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ |
| 20. ดร.กนกวรรณ เวทศิลป์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 21. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 22. ดร.งามนิษฐ์ รัตนานุกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| 23. ดร.จิราพร สุระมาตย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |

24. ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25. ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
26. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
27. ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
28. ดร.ปรีศนีย์ ศรีกัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
29. ดร.ปลื้มจิต โชติกะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
30. ดร.พรพรรณ มนัสจกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
31. ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
32. ดร.พุทธิราภรณ์ หังสนัส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
33. ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
34. ดร.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
35. ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
36. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
37. ดร.รุ่งตะวันรณ ข่อยจ่อหอ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
38. ดร.ลักขณา ศิริธิกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
39. ดร.วิราวรรณ คำหวาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
40. ดร.วิสิษฐ์ศรี เพ็งนุ่ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
41. ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
42. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
43. ดร.สุชีวา วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
44. ดร.อดิพร สำราญบัว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
45. ดร.อรินดา ลาตลาด	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทความวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมือง	1
พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร สุทธนันท์ กัลละ เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล นิภาพร อภิสิทธิ์วิสาสนา พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา กัลป์หา โซสิวสกุล นิตกุล ทองน่วม ฐิตินันท์ นาคผู้ ภาณุสิทธิ์ หวันมะหมุด	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธ ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	12
ธิดาชล อ้นยวราธร อรุมา แก้วเกิด ไพรวลัย โคตรตะ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี	22
จุฑาทิพย์ เอมเปีย อรรถัน หวังประดิษฐ์ โนรพิรเดาห์ สีสตางค์ ประภัสสร ไทยนอก ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อลูกหมากโต	35
ดุสิต สกุลปิยะเทวัญ ศิริรัตน์ ปานอุทัย จิตตวดี เจริญทอง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังหายป่วยเป็นโควิด-19 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี	47
สุปราณี พรหมสุพันธ์ นภาพิณ จันทขัมมา ปิยะธิดา นาคะเกษียร ปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น	61
มณีนรัตน์ เทียมหมอก พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ต่อภาวะแทรกซ้อน ของมารดาและทารกในระยะคลอด	73
เกษร โตแสง ปณัชชิตา ขุนบุญยัง ประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19)	87
อัจฉรา ชัยชาญ ชนกวร ศรีประสาร การพัฒนาหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บสำหรับนักศึกษาพยาบาล	101
จงลักษณ์ ทวีแก้ว มนชยา กังยาง จินวัตร จันครา ผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่อศักยภาพและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ	113
ชนิดาภา ขอสุวรรณกุล ทัดติยา นครไชย พุทธิพร พิธานธนากุล จารินดา ศุภวัชรสาร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร	127
ภูเบศร์ แสงสว่าง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	138
นิภาพร พรหมมีเนตร ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ จรรจา สันตยากร การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง	151
พิรลักษณ์ ลาภหลาย รุ่งรัตน์ ตรีภาภา ดาราณี นงเยาว์ ทิพวรรณ นัยทรัพย์ ศศิ ศิริโชติ มารศรี ปันสุวรรณ ปฐมพงศ์ อัครพัฒนากุล	

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า ต่อความวิตกกังวลและความรู้ในสตรีตั้งครรภ์	166
พวงเพชร ปานเถื่อน รุ่งทวรรณ ช้อยจอหอ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	178
ประภัสสร จันดี ญัฐธิดา ปัญญาธนาคุณ พัชราภรณ์ อนุพันธ์ ศิริินภา แก้วพวง	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	191
ศรินันท์ ฉลวยแสง จินดารัตน์ ชัยอาจ ชมพูนุท ศรีรัตน์	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย	205
นงค์นุช โสมหงษ์ ศศิวิมล รักษาราช จีระวดี พุทธาสมศรี เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ ศิริวรรณ สิงห์ศิริ	
การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดหนองคาย	220
ภาคพร ตูจินดา ธีรรัตน์ พูนภัสสร ภรกด สุฝน เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์	
บทความวิชาการ	
The PEN-3 Model: การประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	232
พนิตนันท์ พรหมดำ นิรันดา ไชยพาน นิขารีย์ พิริยจรัสชัย ธีรพล ผังดี นันทน์ภัส เกตนโกศลย์	
จักรกฤษณ์ พลราช	
การวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้แบบจำลอง CDCynergy	244
นิรันดา ไชยพาน นิขารีย์ พิริยจรัสชัย พนิตนันท์ พรหมดำ ธีรพล ผังดี จักรกฤษณ์ พลราช	
นันทน์ภัส เกตนโกศลย์	

Content

Volume 40 Number 1 January – April 2024

Research Articles

The Effects of the Cognitive Training Model by Using Multidisciplinary Team among Older Persons with Mild Cognitive Impairment in the Urban Day Care Facility for Older Person	1
Pananut Wisawatapnimit Suthanan Kunlaka Jeamjai Srichairattanakul	
Nipaporn Apisitwasana Pimrat Thammaraksa Kullapungpha Chosivasakul Nitikul Thongnuam	
Thitinan Nakphu Panusit Vanmamut	
The Effect of a Buddhist Spiritual Well-being Promote Programs on the Spiritual Well-being among Caregivers of Stroke Patients in the Community	12
Thisachon Thanyawarathorn Onuma Kaewkerd Paiwan Kotta	
The Predictive Factors Related to Food Consumption Behavior of Patients with Hypertension in Ban Puek Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province	22
Juthathip Empia Orarat Wangpradit Norfirdaus Seesatang Prapatsorn Thainok	
Health Literacy and Self-Management among Older Persons with Benign Prostatic Hyperplasia	35
Dusit Sakulpiyatewan Sirirat Panuthai Jittawadee Rhiantong	
Effects of Self-management Support Program on Post-COVID-19 Conditions Prevention at Banlad District, Phetchaburi Province	47
Supranee Promsukhan Napaphen Jantacumma Piyatida Nakagasian	
Factors Predicting the Relationship between Health Literacy and Prevention of Sexual Risk Behaviors of Adolescents	61
Maneerat Thiammok Pimrat Thammaraksa	
Relationship between Pre-Pregnancy Maternal BMI and Gestational Weight Gain on Perinatal Complication	73
Kasorn Tosaeng Panuttita Khoonboonyung	
Experience of Anxiety Coping among Pregnant Women during Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic	87
Atchara Chaichan Chanokporn Sriprasarn	
Development of a Training Manikin for Episiotomy Repair for Nursing Students	101
Chonglak Taveekaew Monchaya Kangyang Chinnawat Chinnawat	
Effects of Using a Model to Integrate Psychosocial Theories of Aging with Local Wisdom on Active Aging and The Quality of Life of the Elderly in Sisaket Province	113
Chanidapa Khorsukworakul Tattiya Nakornchai Puttiporn Pitantanakul	
Jarinta Suppawatcharasarn	
Factors Association with Health Status in Elderly after COVID-19 Pandemic at Yothi Medical Innovation District, Bangkok	127
Phubet Saengsawang	
The Relationship Between Transition Conditions and Outcome Indicators in Transitioning to the Position of Head Nurse at University Hospital	138
Nipaporn Prommenate Phattharamanat Pongrangsarn Chanjarn Suntayakorn	

Content

Volume 40 Number 1 January – April 2024

Development of a Nursing Care Model for Patients with Chronic Venous Leg Ulcers Piraluk Laplai Rungrat Trerape Daranee Nongyow Thippawan Naichap Sasee Srichote Marasri Pinsuwa Patompong Akkarapattanakool	151
The Effects of Pre-operative Preparation for Elective Caesarean Section VDO Media on Anxiety and Knowledge in Pregnant Women Puangphet Panthuen Rungtawan Chojjorhor	166
Factors Influencing Partner Involvement in Taking Care of Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension Prapatsorn Jandee Nattida Panyatanakun Patcharaporn Anuphan Sirinapa Kaewpoung	178
Effects of the Individual and Family Self-Management Program on Food Consumption Behaviors and Nutritional Status Among Patients with End-Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis Sirinan Chaluisaeng Jindarat Chaiard Chompoonut Srirat	191
Development of End-Stage Chronic Kidney Disease Patient Care Model at Home in Phon Phi Sai District, Nong Khai Province Nongnuch Homehong Sasiwimon Raksarach Jeerawadee Puttasomsree Penjan Homehong Siriwan Singhasiri	205
The Development of Neonatal Early Onset Sepsis Guideline in Phonphisai Hospital, Nong Khai Province Pakaporn Toojinda Thirarat Poonpussorn Porakot Soofon Penjan Homehong	220
Articles	
The PEN-3 Model: Application for Health Behavior Development Planning Panidnun Promdum Niranta Chaiyaparn Nicharee Piriya Jaratchai Theerapon Phungdee Nannapat Ketkosan Chakkrit Ponrachom	232
Health Risk Communication Planning: CDCynergy Model Niranta Chaiyaparn Nicharee Piriya Jaratchai Panidnun Promdum Theerapon Phungdee Chakkrit Ponrachom Nannapat Ketkosan	244

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับอย่างต่อเนื่อง วารสารฉบับนี้ครบรอบปีที่ 40 และออกฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ในโอกาสครบรอบปีที่ 40 กองบรรณาธิการวารสารได้เปลี่ยนแปลงและรูปแบบการนำเสนอในวารสารให้สวยงาม ทันสมัยและน่าสนใจมากขึ้น วารสารฯ ยังคงมุ่งมั่นในการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจากหลากหลายสถาบัน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านทุกท่านได้รับความรู้ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน กองบรรณาธิการวารสารยังคงมุ่งเน้นการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของบทความตามเกณฑ์การตอบรับการตีพิมพ์โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ประเมิน ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยหรือผู้เขียนบทความจะถูกปกปิดจากกันและกัน (Double-blind peer review)

ฉบับนี้มีบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง บทความวิจัยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข และต้องการการพัฒนาคุณภาพการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ได้แก่ รูปแบบในการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุ รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลพิษทางอากาศ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โปรแกรมส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน และโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย วารสารมีบทความที่มีการศึกษาในกลุ่มแม่และเด็ก ได้แก่ การศึกษาดัชนีมวลกายและน้ำหนักตัวต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อของทารกแรกเกิดและความรอบรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ The PEN-3 Model: เพื่อการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้แบบจำลอง CDCynergy จึงขอเชิญชวนท่านผู้อ่านพิจารณารายละเอียดเนื้อหาทั้งหมดในวารสารฉบับนี้

ขอเรียนเชิญผู้สนใจสามารถส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับที่ website <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/information/authors> ค่าธรรมเนียมสำหรับบทความภาษาไทยเรื่องละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) และบทความภาษาอังกฤษเรื่องละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) ผู้สนใจสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร. 02-354-2320 ต่อ 411 หรือทาง E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

ดร.ยุพภรณ์ ตีรไพรวงศ์

บรรณาธิการ

บทความวิจัย

The Effects of the Cognitive Training Model by Using Multidisciplinary Team among Older Persons with Mild Cognitive Impairment in the Urban Day Care Facility for Older Persons

Panarut Wisawatapnimit Ph.D.¹ Suthanan Kunlaka M.N.S^{2*}Jeamjai Srichairattanakull Dr.PH³ Nipaporn Apisitwasana Ph.D.PH⁴Pimrat Thammaraksa Dr.PH⁵ Kullapungha Chosivasakul Dip. ACNP⁶Nitikul Thongnuam MS⁷ Thitinan Nakphu M.D. Dr.P.H.⁸Panusit Vanmamut B.A.⁹

Received: Sep 25, 2023

Revised: Jan 2, 2024

Accepted: Mar 27, 2024

Abstract

Introduction: Mild cognitive impairment (MCI) may lead to dementia. The delayed onset of dementia can be achieved by stimulating cognition.

Research objectives: To examine the effects of the cognitive training model using a multidisciplinary team approach on cognition, daily living activities, anxiety, and depression among older persons with MCI in an urban day care facility for older persons.

Research methodology: This was a quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design with a follow-up of one month. The samples were divided into two groups by purposive sampling. The experimental group comprised of 13 older people with MCI in a day care facility for older persons who participated in the six-session cognitive training model, with each session lasting three hours and two weeks apart. The control group consisted of 14 older adults with MCI who received the usual care. Data were collected using assessments of cognition, ability to perform daily activities, anxiety, and depression. Data were analyzed using descriptive statistics, Friedman test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U-test.

Results: In the experimental group, the mean cognitive performance scores during the post-experiment period and at the 1-month follow-up were significantly higher than in the pre-experiment period.

Funding: National Science, Research and Innovation Fund (NSRP)

¹Director ¹Email: Panarut.w@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer ²Email: Suthanan.k@bcn.ac.th

³⁻⁶Lecturer ³Email: Jeamjai.s@bcn.ac.th ⁴Email: Nipaporn.a@bcn.ac.th ⁵Email: Pimrat.t@bcn.ac.th ⁶Email: Kullapungha.c@bcn.ac.th

¹⁻⁶Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Bangkok, Thailand.

⁷Public Health Technical Officer, Senior Professional Level of Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Thailand.

⁷Email: Fasai7sky@yahoo.com

⁸Senior Medical Physician, Bueng Yitho Medical and Rehabilitation Center, Pathumthani, Thailand. ⁸Email: Nephertiti@hotmail.com

⁹Psychologist, Public Health Service Center 53, Thung Song Hong, Bangkok, Thailand. ⁹Email: Panusit_ryo@hotmail.com

When comparing the groups during the post-experiment period and at the 1-month follow-up, the mean scores of cognitive performances were significantly higher, and anxiety and depression scores were significantly lower than those of the control group. However, the mean score for daily living activities of the experimental group was significantly lower than that of the control group.

Conclusions: For older persons with MCI, the cognitive training model improved cognition and reduced anxiety and depression.

Implications: Administrators, nurses, and multidisciplinary teams in urban day care facilities should continuously organize cognitive training activities for older persons with MCI.

Keywords: cognitive training model, mild cognitive impairment, multidisciplinary team, older persons, elderly day care facility

ผลของการใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมือง

พนารัตน์ วิวเทพนิมิตร ปร.ด.¹ สุทธนันท์ กัลละ พย.ม.^{2*}เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล ส.ด.³ นิภาพร อภิสิทธิ์วาสนา ส.ด.⁴พิมพัรัตน์ ธรรมรักษา ส.ด.⁵ กัลปิงหา โซสิวสกุล พว. อพย.⁶นิติกุล ทองน่วม วท.ม.⁷ รุตินันท์ นาคผู้ พ.บ. ส.ด.⁸ภาณุสิทธิ์ หวันมะหุด ศศ.บ.⁹

Received: Sep 25, 2023

Revised: Jan 2, 2024

Accepted: Mar 27, 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ การชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมทำได้โดยการกระตุ้นการรู้คิด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพต่อการรู้คิด การดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม และประเมินผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองจำนวน 13 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันและได้รับรูปแบบพัฒนาศักยภาพสมองจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจำนวน 14 คนได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะการรู้คิด การดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Friedman test, Wilcoxon signed rank test, และ Mann-Whitney U-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะการรู้คิดหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะการรู้คิดดีขึ้น และมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าเฉลี่ยการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยช่วยให้ภาวะการรู้คิดดีขึ้น และความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามลดลง

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหาร พยาบาล และทีมสหวิชาชีพในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมืองควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพสมองให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพสมอง ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน

แหล่งทุน: กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

¹ผู้อำนวยการ ¹Email: Panarut.w@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ ²Email: Suthanan.k@bcn.ac.th

³⁻⁶อาจารย์ ³Email: Jeamjai.s@bcn.ac.th ⁴Email: Nipaprn.a@bcn.ac.th ⁵Email: Pimrat.t@bcn.ac.th ⁶Email: Kullapungha.c@bcn.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

⁷นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Email: Fasai7sky@yahoo.com

⁸นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูปียังโย ปทุมธานี ประเทศไทย ⁸Email: Nephertiti@hotmail.com

⁹นักจิตวิทยาคลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง กรุงเทพฯ ประเทศไทย ⁹Email: Panusit_ryo@hotmail.com

บทนำ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) เป็นการเสื่อมถอยของการรู้คิดที่พบได้ในผู้สูงอายุ อาจพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะแรก¹ จากการศึกษาแบบ Meta-analysis พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในผู้ที่มีอายุ 75 – 79 ปี 80 – 84 ปี และตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 22.5, 40.9 และ 60.1 ต่อพันประชากร ตามลำดับ² ผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้จะมีความสามารถทางการรู้คิดลดลงจากระดับเดิมตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ได้แก่ ความใส่ใจ การคิดตัดสินใจและการบริหารจัดการ ความจำ ภาษา และมิติสัมพันธ์³ ในระยะนี้ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการคัดกรองหรือการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่ความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้น การชะลอภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางหนึ่งที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ

การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองช่วยป้องกันและชะลอกระบวนการบกพร่องของการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้⁴ องค์การอนามัยโลกแนะนำการฝึกการรับรู้ของสมอง (Cognitive training)⁵ โดยเน้นการฝึกสมรรถนะของสมองเฉพาะด้านหรือหลายด้าน โดยใช้กระบวนการทำงานของสมองที่มีรูปแบบชัดเจนผ่านการปฏิบัติกิจกรรมที่หลากหลาย เพิ่มความยากและการท้าทายความสามารถ และฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง⁶ ในประเทศไทย โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองส่วนใหญ่มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การออกกำลังกาย การกระตุ้นรู้คิดตามความเป็นจริง⁷ เป็นต้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรม TEAMV (Training of Executive function, Attention, Memory and Visuospatial function)⁸ มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งเป็นการฝึกการรับรู้ของสมองที่เฉพาะเจาะจง 4 ด้าน คือ ด้านการคิด ตัดสินใจ และการบริหารจัดการ ด้านความใส่ใจ ด้านความจำ และด้านมิติสัมพันธ์ ตามกระบวนการรับรู้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกการรับรู้สมองดังกล่าวช่วยเพิ่มการรู้คิดในภาพรวมของผู้สูงอายุ⁹⁻¹⁰ ลดความวิตกกังวลได้¹¹ และมีการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น⁸ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรม TEAMV ช่วยให้การทำหน้าที่ของสมองในบางด้านไม่คงที่ อาจดีขึ้น คงที่ หรือลดลงในบางช่วงเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม¹² ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ ระยะเวลาของการเกิดโรค ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาผลของโปรแกรมนี้เพิ่มเติม นอกจากนี้ การวิจัยที่ผ่านมาศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน¹² คลินิกความจำหรือคลินิกผู้สูงอายุ¹⁰⁻¹¹ แต่ยังไม่พบการนำโปรแกรมนี้มาศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในเขตเมือง เนื่องจากญาติหรือครอบครัวมีภารกิจหรือการทำงาน จึงให้ผู้สูงอายุมารับบริการในสถานดูแลเฉพาะกลางวันในวันจันทร์ถึงศุกร์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การจัดรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาการรู้คิดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ

ศูนย์สนทนากาและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี เปิดสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ญาติหรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแลระหว่างวัน ที่ผ่านมารูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น แพทย์ทำหน้าที่ประเมินสภาพ วินิจฉัยและรักษา นักจิตวิทยาประเมินภาวะรู้คิดและสุขภาพจิตรวมทั้งทำกิจกรรมบำบัด พยาบาลวิชาชีพทำกิจกรรมกลุ่มและดูแลด้านร่างกายและสุขภาพโดยทั่วไป ทั้งนี้ ยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาศักยภาพสมองมีคุณภาพมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบ

การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะการบกพร่องการรู้คิดเล็กน้อย โดยประยุกต์หลักการพัฒนาสมองตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁴⁻⁵ และตามโปรแกรม TEAMV^{8,12} สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในเขตเมือง มาใช้ร่วมกับการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมโดยทีมสหวิชาชีพของศูนย์สันตินาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ เพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพของสมองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ และอาจขยายผลไปยังเขตเมืองอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยเหลือภาวะสมองเสื่อมและลดภาระการพึ่งพาของผู้สูงอายุ รวมทั้งลดภาวะเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นของประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

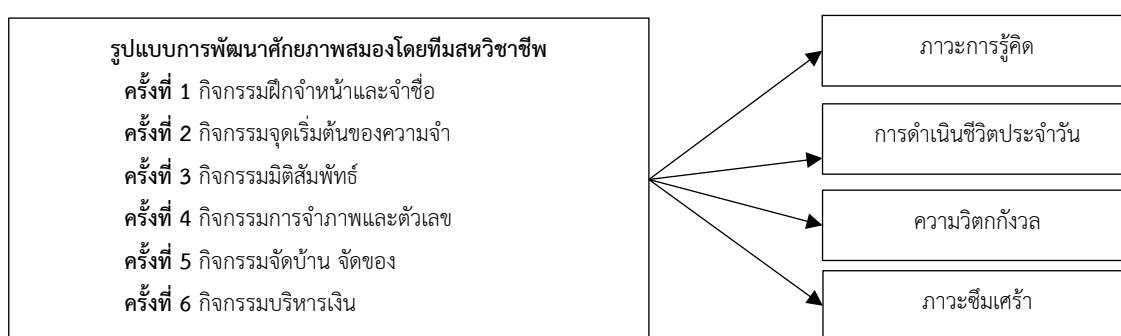
เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพต่อภาวะการรู้คิด การดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมือง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิด การดำเนินชีวิตประจำวัน หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิดการสูงอายุแบบสุขภาพดี⁴ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะภายในของผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการบูรณาการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ⁵ และโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง (TEAM-V)^{8,12} มาใช้ในการกระตุ้นสมองและการรู้คิดโดยทีมสหวิชาชีพ ดังแสดงในแผนภูมิ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองยี่โถ จำนวน 83 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ 1) ผลการประเมิน MMSE Thai และ MoCA อยู่ในภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 2) ผลการประเมิน ADL, IADL และ Thai HADS อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน การมองเห็น และการเคลื่อนไหว และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ภาวะสุขภาพไม่เอื้ออำนวยในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มารับบริการที่สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันของศูนย์สันถนาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ เนื่องจากขณะดำเนินการวิจัยเป็นช่วงหลังจากที่มีการระบาดของสถานการณ์โควิด 19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมาใช้บริการมีจำนวนลดลงจาก 25 คนต่อวัน เป็น 15 คนต่อวัน ซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์จำนวน 13 คน เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวน 2 คนไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่ไม่ได้มารับบริการที่สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน และได้รับการดูแลตามปกติจากบุคลากรด้านสุขภาพของศูนย์สันถนาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ของการวิจัยครั้งนี้ ได้จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพ พัฒนาตามกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับการประชุมกับทีมสหวิชาชีพของศูนย์สันถนาการและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โถ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพและบริบทของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมฝึกจำหน้าและจำชื่อ เพื่อฝึกการเชื่อมโยงใบหน้ากับชื่อ 2) กิจกรรมจุดเริ่มต้นของความจำ และความจำระยะยาว เพื่อกระตุ้นความจำ และฝึกเทคนิคการจำ 3) กิจกรรมมิติสัมพันธ์ ฝึกให้ผู้สูงอายุนับวงกลมจากภาพ ต่อบล็อกไม้และหาตำแหน่งของสถานที่ในแผนที่ เพื่อฝึกการรับรู้มิติสัมพันธ์ 4) กิจกรรมการจำภาพ และตัวเลข ฝึกให้จินตนาการสร้างภาพทายสีจากภาพ เพื่อฝึกความจำจากการมองเห็น 5) กิจกรรมการจัดบ้าน - จัดของ ให้ตกแต่งบ้านจากโมเดลบ้านจำลอง และคำนวณเงินในการซื้อของเข้าบ้านตามวงเงินที่ให้ เพื่อฝึกการคิดเชิงบริหาร และ 6) กิจกรรมการบริหารเงิน ให้อ้างแผนคิดราคาและเลือกอุปกรณ์ที่จัดเตรียมไว้เพื่อนำมาทำอาหาร เป็นการฝึกคิดเชิงบริหาร ดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยคณะผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 3 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ รวมจำนวน 12 สัปดาห์ ทุกกิจกรรมดำเนินการในห้องทำกิจกรรมของสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน โดยทุกครั้งจะเริ่มต้นด้วยการสวดมนต์และการเคลื่อนไหว 30 นาที ในครั้งที่ 2 ถึง 6 มีการสรุปทบทวนกิจกรรมของครั้งที่ผ่านมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และผู้ดูแลหลัก

2) แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (Montreal Cognitive Assessment: MoCA)¹³ เป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างเร็วสำหรับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 11 ข้อ การแปลผล คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย (instrumental activity of daily living-IADL)¹⁴ ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 8 ข้อ

คะแนนเต็ม 8 คะแนน การแปลผล 0 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันต่ำที่สุด และ 8 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงที่สุด

4) แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)¹⁵ มีทั้งหมด 14 ข้อ วัดด้านละ 7 ข้อโดยข้อวัดภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อวัดความวิตกกังวล คะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติในกลุ่มอาการนั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .84 และความชัดเจนของเนื้อหา เท่ากับ .95 หลังจากนั้นนำมาปรับตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินมาตรฐาน คณะผู้วิจัยทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือ และนำเครื่องมือมาใช้ตามต้นฉบับทั้งชุดกับกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด เท่ากับ .75 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เท่ากับ .77 แบบประเมินความวิตกกังวล เท่ากับ .83 และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ เลขที่ ERB 29/64 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2566 การเก็บข้อมูลคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย มีการชี้แจงอาสาสมัครวิจัย และเก็บข้อมูลหลังได้รับความยินยอมโดยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเป็นความลับ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการและการรักษา มีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 22 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 16 สิงหาคม 2566 โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยคณะผู้วิจัย และทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินผลหลังการทดลองและการติดตามผล 1 เดือน การประเมินผลใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะการรู้คิด การดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน แบบสถิติ Non-Parametric Statistics ได้แก่ Wilcoxon signed-rank Test, Mann-Whitney U Test และ Friedman test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 71.4 ตามลำดับ

มีอายุระหว่าง 71 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.9 และ 51.7 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับน้อยกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 84.7 และ 92.9 ตามลำดับ และบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 57.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการรู้คิดหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทั้ง 3 ระยะ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลัง การทดลองและการติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะการรู้คิดดีขึ้น และมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าเฉลี่ยการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะการรู้คิด การดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 13)	กลุ่มควบคุม(n = 14)	Z*	p-value
	M (SD)	M (SD)		
ภาวะการรู้คิด โดยใช้แบบประเมิน MOCA				
ก่อนการทดลอง	19.15 (3.82)	18.64 (3.31)	-0.31	.751
หลังการทดลอง	21.85 (4.50)	18.64 (3.91)	-1.99	.046*
ติดตามผล 1 เดือน	23.00 (3.46)	19.21 (5.08)	-2.04	.041*
Z**/ P-value	20.348/ .000**	.275/ .872		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (IADL)				
ก่อนการทดลอง	4.92 (16.05)	7.71 (.72)	-4.23	.001***
หลังการทดลอง	5.08 (1.75)	7.93 (.26)	-4.36	.001***
ติดตามผล 1 เดือน	5.15 (1.72)	7.79 (.42)	-4.14	.001***
Z**/P-value	2.333/ .311	1.077/ .459		
ความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมิน HADS				
ก่อนการทดลอง	0.92 (1.70)	3.79 (3.42)	-2.61	.009**
หลังการทดลอง	0.62 (1.04)	4.57 (3.08)	-3.60	.001***
ติดตามผล 1 เดือน	0.85 (.89)	4.64 (3.29)	-3.08	.002**
Z**/P-value	.824/ .662	.776/ .679		
ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน HADS				
ก่อนการทดลอง	1.77 (2.80)	3.93 (3.07)	-1.55	.120
หลังการทดลอง	1.23 (1.42)	2.43 (2.10)	-2.44	.015***
ติดตามผล 1 เดือน	1.23 (2.08)	3.71 (3.68)	-2.58/	.010**
Z **/P-value	2.000/ .368	6.040/ .490		

* p - value < 0.05, ** p - value < 0.01, *** p - value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีภาวะการรู้คิดดีขึ้นตามลำดับจากระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นการกระตุ้นสมองซ้ำ ๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ช่วยกระตุ้นการคิด ตัดสินใจ และการบริหารจัดการ รวมทั้งความจำ ความใส่ใจ และมิติสัมพันธ์ของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีแบบแผน มีความสนุกสนาน และสอดคล้องกับชีวิตประจำวันทำให้เซลล์สมองมีการตื่นตัว มีแตกแขนงของเดนไดรส์ (dendrite) ส่งผลให้สมองเกิดการจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการฝึกสมองได้ผลดีในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และเมื่อมีการฝึกติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง จะช่วยชะลอการเกิดโรคอัลไซเมอร์ให้ช้าลงได้¹⁰ นอกจากนี้ ทำให้สมองหลั่งสารนิวโรโทรฟิน (neurotrophins) ส่งผลให้ เดนไดรส์ ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาทมีการทำงานดีขึ้น และเปลือกสมอง (cerebral cortex) มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้การรู้คิดเพิ่มขึ้น¹⁶

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองของการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตของกลุ่มทดลอง และมีค่าลดลงในระยะหลังการทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และการศึกษาการกระตุ้นการรู้คิดช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น¹⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง และมีระดับคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตั้งแต่ก่อนการทดลอง โดยลักษณะของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีปัญหาด้านความจำ แต่ความสามารถในด้านการรู้คิดอื่น ๆ ยังคงปกติ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ¹⁸⁻¹⁹

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองของการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย แต่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองไม่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ก่อนการทดลอง และเป็นผลจากกิจกรรมของสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันและกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการฝึกสมองมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสและระบบลิมบิกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์²⁰ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูภาวะการรู้คิดช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้²⁰

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กเนื่องจากหลังสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทำให้มีผู้สูงอายุมาใช้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันจำนวนลดลง ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในบริบทอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหาร พยาบาล และทีมสหวิชาชีพควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมือง โดยพิจารณาปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับภาวะการรู้คิดของผู้สูงอายุและบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการพัฒนาแบบแผนพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Line official Zoom หรือ แอปพลิเคชัน เพื่อให้เข้ากับวิถีของผู้สูงอายุ และครอบครัวในเขตเมือง และสามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องแม้ในภาวะที่มีการระบาดของโรค

References

1. Knopman DS, Peterson RC. Mild cognitive impairment and mild dementia: A clinical perspective. *Mayo Clinic Proceedings* 2014;89(10):1452–59. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.06.019.
2. Gillis C, Mirzaei F, Potashman M, Ikram MA, Maserejian N. The incidence of mild cognitive impairment: A systematic review and data synthesis. *Alzheimer's & Dementia (Amsterdam, Netherlands)* 2019 Mar 8;11:248-56. doi: 10.1016/j.dadm.2019.01.004.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. p.591-644.
4. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva, World Health Organization; 2015.
5. World Health Organization. *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centered assessment and pathways in primary care* [Internet]. 2018 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1->
6. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AMY, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019 Mar 25;3(3):CD013069.
7. Wongjan J, Leethong-in M, Piyawattanpong. Impact of brain exercise program on older adults' cognition. *Journal of Thailand and Midwifery Council* 2020;30(2):70-84. (in Thai)
8. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Dementia Caregiver Association and Thai Health Promotion Foundation. *Cognitive stimulation in people with mild cognitive impairment*. Bangkok: Cyberprint; 2016. (in Thai)
9. Apichanakit S, Narenpitak A, Mudkong U, Awayra P, Pholprasert P, Pichaipusit A. Effectiveness of a cognitive functions improvement program in elderly MCI patients of Primary Care Unit Network of Udonthani Hospital. *Udon Thani Hospital Medical Journal* 2019;27(2):138–49. (in Thai)
10. Nakawiro D, Chansirikarn S, Srisuwan P, Aebthaisong O, Sudsakorn P, Vidhyachak C. et.al. Group-based training of executive function, attention, memory and visuospatial function (Team-V) in patients with mild neurocognitive. *Journal of the Psychiatry Association of Thailand* 2017;62(4):337-48. (in Thai)

11. Srisuwan P, Nakawiro D, Chansirikarnjana S, Kuha O, Chaikongthong P, Suwannagoot T. Effects of a group-based 8-week multicomponent cognitive training on cognition, mood and activities of daily living among healthy older adults: a one-year follow-up of a randomized controlled trial. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease* 2020;7(2):112-21. doi: 10.14283/jpad.2019.42.
12. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. Hand book of cognitive training in older persons with mild cognitive impairment for health care personnel. Bangkok: Sinthawee Printing; 2020. (in Thai)
13. Nasreddine, Z. S, Phillips, N. A, Bédirian, V, Charbonneau, S, Whitehead, V, Collin, I, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(4):695-99.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
15. Nilchaikovit, T Lortrakul, M, Phisansuthideth, U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in Cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996;41(1):18-30. (in Thai)
16. Duangkaew J, Saset S. The effect of cognitive program on cognitive function in mild cognitive impairment older people in governmental welfare home for the aged. *Journal of The Police Nurse* 2018;10(1):12-20. (in Thai)
17. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Systematic Review* 2012 Feb 15;(2):CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
18. Praiso P, Chuajedto P. Factors related to mild cognitive impairments in elderly people in Chiang Rai Province. *The Journal of The Nursing and Midwifery Council* 2018;32(1):64-80. (in Thai)
19. Petersen RC, Negash S. Mild cognitive impairment: An overview. *CNS Spectrums* 2008;13(1):45-53.
20. Kansri J, Soonthornchaiya R, Somprasert C. The effect of the cognitive rehabilitation program on depression among older adults with cognitive impairment. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(1):35-46. (in Thai)

The Effect of a Buddhist Spiritual Well-being Promote Programs on the Spiritual Well-being among Caregivers of Stroke Patients in the Community

Received: Oct 18, 2023

Revised: Dec 4, 2023

Accepted: Jan 26, 2024

Thisachon Thanyawarathorn, M.N.S¹

Onuma Kaewkerd, Ph.D^{2*}

Paiwan Kotta, Ph.D³

Abstracts

Introduction: Spiritual well-being (SWB) is an important goal of holistic health care and affects the health of caregivers of stroke patients in the community.

Research objectives: To examine the effects of a Buddhist SWB promotion program on the SWB among caregivers of stroke patients in the community.

Research methodology: The study used a quasi-experimental design (one group pre-posttest). The sample consisted of caregivers taking care of stroke patients in the community, aged 25-59 years with 31 samples. The measurements included a personal information questionnaire, a Buddhist SWB questionnaire, and Buddhist SWB promotion programs. Content validity values (IOC) were .67 - 1.00. The Cronbach's alpha coefficient for the SWB questionnaire was .93. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation. The Dependent t-test was used to compare the SWB scores.

Results: When comparing mean scores of SWB among caregivers, the mean scores of SWB after participating in the Buddhist SWB program ($M = 4.54$, $SD = .32$) were statistically significantly higher than before participating in the program ($M = 2.23$, $SD = .52$) ($t = 30.48$, 95% CI 2.09 - 2.40, $p < .001$).

Conclusion: The Buddhist SWB promotion program can promote SWB among caregivers of stroke patients in the community.

Implications: Nurses should engage in activities that help promote the SWB of caregivers, including engaging in activities, finding role models, meditation, prayer, worship, practicing religious routines, and sharing knowledge.

Keywords: spiritual well-being promote programs, caregivers, stroke disease

¹Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner. Email: thisachon9456@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecture Email: onumakaewkerd@gmail.com

³Assistant Professor Email: Paiwankotta@yahoo.com

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.

³Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธ ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

Received: Oct 18, 2023

Revised: Dec 4, 2023

Accepted: Jan 26, 2024

อิสาชล ฉันทารารธร พย.บ.¹อรอุมา แก้วเกิด ปร.ด.^{2*}ไพรวลัย โคตรตะ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และมีผลต่อสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อายุ 25 - 59 ปี จำนวน 31 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธ ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย: เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธ ($M = 4.54, SD = .32$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 2.23, SD = .52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.48, 95\% CI 2.09 - 2.40, p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธสามารถส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เช่น การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ การร่วมพิธีกรรมทางศาสนา การหาต้นแบบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คำสำคัญ: โปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน Email: thisachon9456@gmail.com

^{2*} Corresponding author อาจารย์ Email: onumakaewkerd@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Paiwankotta@yahoo.com

¹⁻² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย

บทนำ

กระแสสังคมนิยมวัฒนธรรมตะวันตกโลกาภิวัตน์ ทำให้พฤติกรรมผู้คนเปลี่ยนไป ซึ่งมาพร้อมกับการมีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคสำคัญที่พบ ได้ 2 ใน 3 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ร้อยละ 66.67 เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เปลี่ยนไป และองค์การอนามัยโลกพบแนวโน้มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นทุกปี เฉลี่ยปีละ 15 ล้านคน ทั่วโลก¹ เป็นอันดับที่ 2 ของโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่คนที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ อายุมากกว่า 60 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 15 - 59 ปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 5 ในประชากรกลุ่มวัยแรงงาน สถิติจากทั่วโลกพบว่ามี ผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ต่อปี ประเทศไทยมีผู้ป่วยและอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจาก 38.60 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 43.50 ต่อประชากรแสนคนในปี 2560² จังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดนครพนม 3 - 5 ปีย้อนหลังปี 2559 - 2561 พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดนครพนม .21, .19 และ .26 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ หรือปัญหาสาธารณสุขจากการศึกษาอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดนครพนม ตั้งแต่ปี 2559 - 2561 พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดนครพนม .30, .25 และ .25 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ² โรคความดันโลหิตสูงและภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้มีความสำคัญโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมทางด้านร่างกาย มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงหากมีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงเป็นระยะเวลานานโดยที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติ อาจเกิดการแตก ตีบ ตัน และอันตรายจนส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่ต้องมาดูแลผู้สูงอายุที่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง³ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว รู้สึกเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ติดต่อและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และอีกทั้งยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย อาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้⁴ ในปีพ.ศ. 2573 คาดว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน⁵ ซึ่งมีผลต่อผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัว ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะไม่มีเวลาทำกิจกรรมทางศาสนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ผ่านมา ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นจำนวนมากในงานวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ เพศ การสนับสนุนทางสังคม การใส่บาตร การศึกษาด้านปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁶ แรงสนับสนุนทางด้านสังคม การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ⁶⁻⁷

โดยเฉพาะบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยวิถีพุทธ และผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการพยาบาลทำงานในเขตอำเภอเมือง ตำบลอาจสามารถ ดูแลบริการเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ มีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน รพ.สต. อาจสามารถ ปี 2564 จำนวน 30 คน พบว่าเป็นช่วงอายุ 20 - 70 ปี โดยแต่ละคนมีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ซึ่งผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวพบปัญหาที่มีความเปราะบาง

และต้องการกำลังใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธ เชื่อในพระพุทธศาสนา การทำสมาธิ การสวดมนต์ การฟังธรรมะสอนใจ ต้องการความสงบสุขทางสุขภาพ ทางกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะสภาวะทางจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีงานวิจัยโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และพบว่าการศึกษาลำดับใหญ่ทำในโรงพยาบาลแต่ในชุมชนตามทฤษฎีของ O'Brien ที่ใช้ในงานวิจัยยังมีการศึกษาอย่างจำกัด โดยเฉพาะบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยวิถีพุทธ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีเป้าหมาย มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien^๑ ในการช่วยพัฒนา ด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 6 ด้าน คือ 1) ความเชื่อศรัทธาในศาสนาพุทธ (Personal faith) 2) ความพอใจทางจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) 3) การปฏิบัติทางด้านศาสนา (Religious practice) 4) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Severity of illness) และ 6) เหตุการณ์กดดันชีวิต (Stressful life events) ดังภาพที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 25 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก $G * power^๑$ คำนวณ โดยใช้สถิติ t-test ค่า effect size จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน ได้เท่ากับ .50 (เนื่องจากหางานวิจัยใกล้เคียงไม่พบจึงใช้ค่ากลางในโปรแกรม) power .85 ตำแหน่งนัยสำคัญ .05 ได้ประชากรกลุ่มทดลอง 31 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มเดียว (One group pre-test post-test design) เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลหลัก (Informal caregivers) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ได้แก่ ญาติพี่น้อง สามี ภรรยา บุตร มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปี พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลไม่สามารถให้ข้อมูลได้จากการป่วยร้ายแรง เช่น โรคไตระยะสุดท้าย โรคเมเร็ง โรคจิตกำเริบ ย้ายถิ่นที่อยู่ไปที่อื่น และร่วมกิจกรรม น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาทั้งหมด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธในสภาวะเจ็บป่วย (O' Brien, 2011)⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเขียนตอบคำถาม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น
2. แบบสอบถามระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien^{8,10} โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ตอนที่ 2 คู่มือโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม หาด้นแบบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ปฏิบัติกิจวัตรทางศาสนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมภายใน 12 สัปดาห์ มีดังนี้ วางเป้าหมาย กิจกรรมนั่งสมาธิ ฝึกสมาธิ บันทึกผลการเรียนรู้ นิยามความสุขตามแนวพุทธ ตอบคำถามทางศาสนา เขียนเป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิต สะท้อนคิด ให้กำลังใจคนที่ทำกิจวัตรทางศาสนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่องการก้าวข้ามอุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม มีพระบิณฑบาตในชุมชนทุกเช้า ตอนเย็น

มีการสวดมนต์ทำวัตรเย็นทุกวันทั่ววัด แนะนำการดูแลด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นำต้นแบบผู้ดูแลที่เคยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เมื่อเจอปัญหาร้ายแรงในชีวิตและก้าวข้ามอุปสรรคมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคู่มือโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พระสงฆ์เปรียญโท 1 รูป อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยความผาสุกทางจิตวิญญาณ 1 ท่าน โดยการคำนวณหาค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ และบ้านผู้ป่วย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการวิจัยผู้วิจัยวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และดูแลผู้ร่วมวิจัย ให้ได้รับการบริการจากหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ โดยนัดมา 12 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ติดตามการทำกิจวัตรทางศาสนาโดยการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ ตามสิทธิการรักษา และสามารถโทรหาผู้วิจัยได้ ตลอด 24 ชั่วโมง และแจ้งให้รับทราบเกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้เก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับ ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยนครพนม ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขหนังสือรับรอง 117/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ สถิติเชิงอนุมานใช้ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test) การทดสอบข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงโค้งปกติ ข้อมูลระดับมาตราส่วนขึ้นไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 31 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 30 ราย (ร้อยละ 96.78) มีอายุระหว่าง 37 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 51.38 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

16 ราย (ร้อยละ 51.61) รองลงมาคือ ประถมศึกษา 11 ราย ปริญญาตรี 3 ราย และสูงกว่าปริญญาตรี 1 ราย (ร้อยละ 35.48, 9.68 และ 3.22) ตามลำดับ สถานภาพส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่ 22 ราย (ร้อยละ 70.96) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ 5 ราย (ร้อยละ 16.13) และโสด 4 ราย (ร้อยละ 12.91) ส่วนใหญ่มีอาชีพ ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป 16 ราย (ร้อยละ 51.61) ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน 7 ราย (ร้อยละ 22.58) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 6 ราย (ร้อยละ 19.35) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ 1 ราย (ร้อยละ 3.22) และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 ราย (ร้อยละ 3.22) ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,000 - 10,000 บาท 23 ราย (ร้อยละ 74.19) มีรายได้ 10,001 - 20,000 3 ราย (ร้อยละ 9.68) รายได้ 20,001 - 30,000 1 ราย (ร้อยละ 3.22) คิดเป็นรายได้เฉลี่ย 7,475 บาท/เดือน รายได้ 600 บาท 4 ราย (ร้อยละ 12.90) ความเพียงพอทางเศรษฐกิจพบว่าส่วนใหญ่ มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ 16 ราย (ร้อยละ 51.61) ไม่พอใช้และมีหนี้สิน 6 ราย (ร้อยละ 19.35) ไม่พอใช้ 5 ราย (ร้อยละ 16.13) และพอใช้ มีเหลือเก็บ 4 ราย (ร้อยละ 12.90) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 19 ราย (ร้อยละ 61.29) มีโรคประจำตัว ไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน โรคอ้วน 12 ราย (ร้อยละ 38.70) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 1 - 15 ปี เฉลี่ย 5.29 ปี และความรู้สึกด้านสุขภาพในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบว่า รู้สึกดี 18 ราย (ร้อยละ 58.06) ค่อนข้างดี 7 ราย (ร้อยละ 22.58) ค่อนข้างไม่ดี 3 ราย (ร้อยละ 9.67) ดีมาก 2 ราย (ร้อยละ 6.45) และรู้สึกไม่ดี 1 ราย (ร้อยละ 3.22) ส่วนด้านศาสนาหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคน นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีกิจวัตรตักบาตรเฉลี่ย 3 ครั้ง/ สัปดาห์ สวดมนต์และนั่งสมาธิ เฉลี่ย 3 ครั้ง/ สัปดาห์

แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนและหลังได้รับโปรแกรมรายด้าน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม 2.23 (SD = .52) อยู่ในระดับน้อยทุกด้าน ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือเหตุการณ์กีดกันชีวิต และด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยรวม 4.54 (SD = .32) อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดหลังเข้าร่วมโปรแกรมคือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความพึงพอใจทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจำแนกตามรายด้าน (N = 31)

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม		
	M	SD	การแปลผล	M	SD	การแปลผล
มิติที่ 1 ความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล	2.46	.45	น้อย	4.65	3.29	มากที่สุด
มิติที่ 2 ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	2.40	.52	น้อย	4.58	.26	มากที่สุด
มิติที่ 3 การปฏิบัติทางด้านศาสนา	2.29	.51	น้อย	4.59	.28	มากที่สุด
มิติที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	2.24	.43	น้อย	4.52	.41	มากที่สุด
มิติที่ 5 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	2.21	.57	น้อย	4.48	.33	มากที่สุด
มิติที่ 6 เหตุการณ์กีดกันชีวิต	2.01	.55	น้อย	4.51	.32	มากที่สุด
รวม	2.23	.52	น้อย	4.54	.32	มากที่สุด

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.23 (SD = .52) ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 4.54 (SD = .32) พบค่าทดสอบสถิติที่ เท่ากับ 30.48, $p < 0.001$ จึงสรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.48$, 95% CI 2.09 - 2.40, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (N = 31)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	Mean Diff.	df	p-value	95%CI	
	M	SD	M	SD					lower	upper
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	2.23	.52	4.54	.32	30.48	2.31	30	<.001	2.09	2.40

อภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นจาก 2.32 (SD = .52) เป็น 4.54 (SD = .32) โดยมีค่าทดสอบทางสถิติ t เท่ากับ 30.48, $p < .001$ โดยพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังได้รับโปรแกรมรายด้าน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม 2.23 (SD = .52) อยู่ในระดับน้อยทุกด้าน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และกิจวัตรทางศาสนาที่ชัดเจน ได้แก่ ตักบาตร ฟังธรรม สวดมนต์ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมจัดกิจกรรมให้ ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายด้านทั้ง 6 มิติ พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนด้านความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคลสูงสุด โดยเฉพาะความรู้สึกมั่นใจว่าศาสนาพุทธมีคำสอนในทางที่ดีที่ควรยึดถือปฏิบัติและมีคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.74 และ 4.71 ตามลำดับ) อันเป็นลักษณะเด่นของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมโดยหาต้นแบบ นั้สมานธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ปฏิบัติกิจวัตรทางศาสนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เยี่ยมบ้านโดยเฉพาะมีการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพ นำหลักการทางพุทธศาสนาเข้ามาช่วยกล่อมเกล่า ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธจากชุมชนหรือสังคมบ่อยครั้ง เกิดทัศนคติที่ดี การมองเห็นแก่นแท้ของความเปลี่ยนแปลงทำให้สามารถรับมือต่อความทุกข์ยากลำบากได้ นำมาซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ O' Brien^๑ โดยเฉพาะในมิติด้านความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล กล่าวว่าการผาสุกทางจิตวิญญาณมีการให้ทำกิจวัตรทางศาสนาและให้คู่มือไปทำพร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านให้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และนัดมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อทำกิจกรรมทางศาสนา ประกอบด้วยความเชื่อศรัทธาในศาสนา การเข้าใจในตนเอง และมีความต้องการค้นหาความหมายของชีวิต ค้นหาคุณค่าและการมีความหวังที่ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกแล้วมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธ มีประสิทธิผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวพุทธจิตวิทยา ซึ่งวัดผลก่อนและหลังใช้โปรแกรม ในประชากร 60 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมผลการทดลอง พบว่าผลทดลองก่อนใช้โปรแกรมโดยรวมและรายด้านของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹¹ และการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้ญาติวางแผนระยะสุดท้าย มีกิจกรรมทางพุทธศาสนา ได้แก่ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ามีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹² นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยหลักพุทธธรรม โดยการใช้พรหมวิหารสี่ และมีการฝึกสมาธิให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ทำให้สัมพันธภาพครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยมีคุณค่าขึ้น โดยทดลองกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรม 20 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า กิจกรรมสวดมนต์ที่ทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และกิจกรรมอื่น ๆ เช่น หาด้านแบบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ปฏิบัติกิจวัตรทางศาสนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ได้รับการปลูกฝังเรื่องศาสนาพุทธมาตั้งแต่วัยเด็ก ให้เชื่อเรื่องหลักศาสนา สอนให้รู้จักทำความดี ดูแลผู้อื่นจึงมีผลต่อคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น และโปรแกรมนี้นี้มีการให้กิจกรรมเป็นระยะ ๆ จึงทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรทำกิจกรรมช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียด ความเหนื่อยยากในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ กิจกรรม หาด้านแบบ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ปฏิบัติกิจวัตรทางศาสนา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาดูการติดตามระยะยาว 1 - 6 เดือน เพื่อดูความต่อเนื่องของความผาสุกทางจิตวิญญาณวิถีพุทธของผู้ดูแลและควรพัฒนาทำวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Saitree R, Chaimay B, Woradet S. Activities of daily living among stroke patients . Academic Journal of Community Public Health [Internet] 2019 [cited 2023 Jan 5];5(2):1-13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247053/167908>. (in Thai)
2. Division of Non - Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Annual report NCDs 2022. Bangkok: Augsorn Graphic Design; 2022. (in Thai)
3. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: silence killer should be aware. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2017;28(1):100-11. (in Thai)
4. Mitapaam K. Development of a care model for acute stroke patients. Bueng Kan: emergency accident department Seka Hospital [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://shorturl.asia/7vPHC>. (in Thai)
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Stroke [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/disease.php>. (in Thai)
6. Kenthongdee V, Kaewkerd O, Chayasit Y, Chaitonthueg T, Armartpundit T, Sanrang P, et al. Factors affecting the spiritual well-being of the elderly. Journal of Environmental and Community Health 2022;7(1):1-8. (in Thai)
7. Nimu N, Balthip K, Buapetch A. Predicting factors of spiritual well-being in Muslim patients with chronic diseases in the comeback stage of chronic trajectory illness model. Songklanagarind Journal of Nursing 2021;41(1):88-103. (in Thai)
8. O'Brien ME. The need for spiritual integrity. In: Yura H, Walsh M, editors. Human needs and the nursing process. Norwalk: Appleton; 2011. p. 82-115.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
10. Sangthongdee J. A spiritual well-being care-taking program of relatives of end-stage cancer patient base on buddhist psychology. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology 2020;5(4):336-50. (in Thai)
11. Rattanal P, Ketsapichayawattana J. Effects of Buddhist spiritual care on the spiritual well-being of elderly patients with end-stage cancer. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016;28(3):31-43. (in Thai)
12. Junma S, Tipwareerom W, Juntarawijit Y. Effects of the social support program on stress and spiritual well – being among care givers of end stage cancer patient [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
13. Panpadung S, Nilmanat K, Kitrungraj L. Impact of a buddhism-based spiritual wellbeing promotion programme on the spiritual wellbeing of family caretakers responsible for hospitalized advanced gynaecological cancer patients. Thai Journal of Nursing Thailand 2015;30(1):16-28. (in Thai)

The Predictive Factors Related to Food Consumption Behavior of Patients with Hypertension in Ban Puek Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province

Juthathip Empia, Ph.D.^{1*}Orarat Wangpradit, Ph.D.²Norfirdaus Seesatang, B.P.H.³Prapatsorn Thainok, B.P.H.⁴

Received: Aug 4, 2023

Revised: Jan 28, 2024

Accepted: Feb 2, 2024

Abstract

Introduction: Patients suffering from hypertension often exhibit inappropriate dietary behaviors, which leads to difficulty in managing their blood pressure levels. Hence, it is imperative to investigate the factors that influence dietary behaviors in hypertensive patients.

Research objectives: This study aimed to examine the predictive factors related to dietary behaviors among hypertensive patients living in the Ban Puek subdistrict, Mueang district, Chonburi province.

Research methodology: A predictive correlation survey study was conducted, involving a total of 213 hypertensive patients from the Ban Puek subdistrict. Participants were selected using a purposive sampling technique. Data were collected in February 2023 through the utilization of a Health Belief Model-based questionnaire and a behavioral assessment tool for dietary consumption in hypertensive patients. Reliability coefficients obtained for the questionnaire and assessment tool were .79 and .71, respectively; while the knowledge questionnaire yielded a Kuder-Richardson20 reliability of .58 Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple linear regression analysis.

Results: Findings revealed that 99.50% of hypertensive patients demonstrated a moderate level of dietary behavior. Notably, several predictors were found to be statistically significant ($p < .05$) in relation to dietary behaviors in hypertensive patients. These predictors included knowledge pertaining to dietary intake, perceived susceptibility to complications, perceived severity of high blood pressure, perceived barriers in managing blood pressure, and awareness of the benefits related to a specific dietary regimen for hypertensive patients. Collectively, these factors accounted for 23.50% of the variance observed in dietary behaviors among hypertensive patients ($R^2 = .235, p < .001$).

^{1*}Corresponding author: Lecturer ¹Email: juthathip@scphc.ac.th

²Lecturer ²Email: Orarat@scphc.ac.th

³⁻⁴Student, Bachelor of Public Health Program ³Email: 63201302024@scphc.ac.th ⁴Email: 63201302027@scphc.ac.th

¹⁻⁴Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Chonburi, Thailand.

Conclusion: Results of this study suggest that health perception factors, as guided by the Health Belief Model, can effectively predict dietary behaviors in hypertensive patients.

Implications: Health professionals and community leaders should apply health perception factors and develop initiatives aimed at promoting health awareness and dietary behaviors among hypertensive patients.

Keywords: food consumption behavior, hypertension, health belief model

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

จุฑาทิพย์ เอมเปีย ปร.ด.^{1*}อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์ ปร.ด.²โนรฟิรเดาะห์ สีสตางค์ วท.บ.³ประภัสสร ไทยนอก วท.บ.⁴

Received: Aug 4, 2023

Revised: Jan 28, 2024

Accepted: Feb 2, 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เป็นการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลบ้านปึก จำนวน 213 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ .79 และ .71 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้ที่มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ด (KR-20) เท่ากับ .58 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple linear regression

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 99.50 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค โดยทุกปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 23.50 ($R^2 = .235, p < .001$)

สรุปผล: ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยการรับรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ: เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ

^{1*}Corresponding author: อาจารย์ ¹Email: juthathip@scphc.ac.th

²อาจารย์ ²Email: Orarat@scphc.ac.th

³นักศึกษาลัทธิศาสตร์สาธารณสุขบัณฑิต ³Email: 63201302024@scphc.ac.th ⁴Email: 63201302027@scphc.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชลบุรี ประเทศไทย

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชาชนวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2568 ประชาชนทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน¹ โดยในพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ปี 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 805 คน 821 คน และ 878 คน ตามลำดับ² ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้³

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท และต้องได้รับยาเพื่อรักษาภายใน 2 เดือนเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงระหว่าง 130 - 139/85 - 89 มิลลิเมตรปรอท จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้าหรือประมาณ 1.5 - 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท⁴ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่มีผลมาจากปัจจัยร่วมต่าง ๆ ได้แก่ ความเครียด ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งภายหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้คนในหลายด้าน จากมาตรการสกัดการแพร่ระบาดของโรค อาทิ การรักษาระยะห่างทางสังคม และส่งเสริมรูปแบบการบริการที่ใช้เทคโนโลยี และระบบออนไลน์ ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงสินค้าและบริการได้สะดวกสบายมากขึ้น⁵ จึงอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นจากรูปแบบการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนเขตเมือง และการท่องเที่ยว อย่างเช่น อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม ในด้านการบริการ สินค้าและบริการโภชนาการ จนนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁶ เชื่อว่าพฤติกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรม และมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อตามการรับรู้ต่าง ๆ โดยมีการศึกษาที่อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร⁷ รวมไปถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย⁸ ด้วยเหตุนี้ บุคคลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของโรค และการรับรู้ประโยชน์จากการบริโภคอาหาร ตลอดจนการมีความรู้เรื่องที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อาจช่วยสนับสนุนให้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางบวกและทางลบ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านปึกยังพบได้น้อย ประกอบกับบริบทของพื้นที่ตำบลบ้านปึกเป็นชุมชนเขตเมือง และใกล้กับแหล่งท่องเที่ยวของจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงอาหารและมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

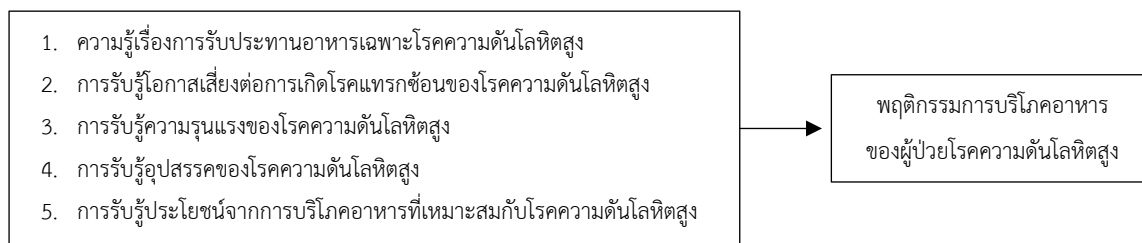
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยการรับรู้ทางสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model ของ Becker)⁶ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องการรับรู้และความเชื่อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่ออุปสรรค และการรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นองค์ประกอบตามแนวคิดของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลและการศึกษาครั้งนี้ ได้นำปัจจัยด้านความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถาม

การรับรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 428 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองชลบุรี จากการคัดเลือกประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และต้องได้รับยาเพื่อรักษาภายใน 2 เดือน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน Mini Cog คือต้องตอบคำถามถูกต้องทุกข้อจึงสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น ภาวะหลอดเลือดสมอง และผู้ที่ขอยุติการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel⁹ กำหนดให้ Power $(1-\beta) = .8$, $\alpha = .05$ และระดับความเชื่อมั่น 95% และบวกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนทั้งสิ้น 213 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ให้ค่าคะแนนคำตอบที่ถูกต้องเท่ากับ 1 และคำตอบที่ผิดเท่ากับ 0 คะแนนเต็ม 6 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับตามทฤษฎีของ Bloom¹⁰ คือ มีความรู้ระดับสูง (5 - 6 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง (3 - 4 คะแนน) และมีความรู้ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค จำนวน 5 ข้อ คำตอบมีลักษณะแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มีการรับรู้ระดับสูง (21.80 - 30 คะแนน) มีการรับรู้ระดับปานกลาง (13.40 - 21.70 คะแนน) และมีการรับรู้ระดับต่ำ (5 - 13.30 คะแนน) และส่วนที่ 2 ถึง 4 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับคือ มีการรับรู้ระดับสูง (18.40 - 25 คะแนน) มีการรับรู้ระดับปานกลาง (11.70 - 18.30 คะแนน) และมีการรับรู้ระดับต่ำ (5 - 11.60 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความจำเพาะตามแนวทางการบริโภคอาหารลดความดันโลหิตสูงของกรมอนามัย (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet, DASH)¹¹ จำนวน 10 ข้อ ย้อนหลัง 1 สัปดาห์ โดยใช้การเลือกตอบตามความถี่ที่ปฏิบัติ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ คือ ไม่ได้บริโภคอาหารนั้น ๆ ตลอด 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปฏิบัติน้อย คือ บริโภค 1 - 2 วัน/ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ บริโภค 3 - 4 วัน/ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นประจำ คือ บริโภค 5 - 6 วัน/ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติทุกวัน คือ บริโภคทุกวัน คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการบริโภคดี (36.80 - 50 คะแนน) มีพฤติกรรมการบริโภคปานกลาง (23.40 - 36.70 คะแนน) และมีพฤติกรรมการบริโภคต่ำ (10 - 23.30 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านสุขศึกษา อาจารย์ด้านโภชนาการ และอาจารย์พยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยค่าวิเคราะห์ความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์การวิจัย (Item Objective Congruence index: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนของความรู้ตามวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .58 ซึ่งมีค่าจำแนกความยากง่ายอยู่ในระดับปานกลาง¹² และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเท่ากับ .71 และแบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรีแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์จากพื้นที่ตำบลบ้านปึก อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา และจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าการวิจัยด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัย และสื่อสารกับผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนออกจากพื้นที่ และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมด้วยวิธี double entry ตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดไว้ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ผล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตามเอกสารรับรองหมายเลข COA.NO. 2023/S06 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 โดยก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอผลในภาพรวมตามข้อเท็จจริงทุกประการโดยปราศจากความลำเอียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบการกระจายแบบปกติ (Normality Test) เพื่อตรวจสอบเงื่อนไขก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) และวิเคราะห์ทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยวิธีนำเข้าตัวแปรทั้งหมด (enter regression) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์สถิติดังกล่าว¹³ ได้แก่ ความอิสระของความคลาดเคลื่อน (error) ของข้อมูลไม่สัมพันธ์กัน (ไม่มี Auto-Correlation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่า 1.59 และตัวแปรต้นที่ศึกษาแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน (ไม่เกิด multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า tolerance ของตัวแปรต้นมีค่า .86, .83, .89, .76 และ .79 ร่วมกับพิจารณาค่า variance inflation factor ของตัวแปรต้นมีค่า 1.16, 1.21, 1.13, 1.31 และ 1.26 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรต้นซึ่งเป็นตัวแปรอิสระไม่มีระดับความสัมพันธ์กัน และไม่เกิดปัญหา multicollinearity

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 213 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.30 มีอายุเฉลี่ย 60.80 ปี (SD = 7.97) เป็นผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.90 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 61 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38 นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 154.26 มม.ปรอท (SD = 10.68) ค่าความดันโลหิตตัวล่าง 84.46 มม.ปรอท (SD = 3.90) และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.05 กก./ม² (SD = 3.59) โดยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 42.60 มีระดับความเครียด จากการทดสอบด้วยการประเมินความเครียด (ST-5) อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 98.10 มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 2.75 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.29

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 4.85 (SD = 1.18) และมีระดับการรับรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทุกองค์ประกอบ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเท่ากับ 24.38 (SD = 2.25) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 18.76 (SD = 30.30) การรับรู้ต่ออุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 19.66 (SD = 2.96) และการรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 19.37 (SD = 3.40)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 30.02 (SD = 2.61) อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง โดยพบว่า ข้อคำถามเชิงบวกที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นทุกวัน คือ การรับประทานผักจำพวกผักใบเขียว ร้อยละ 44.60 และข้อคำถามเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับปฏิบัติน้อย คือ การรับประทานอาหารประเภทของทอด ร้อยละ 33.30 การรับประทานของหมักดอง ร้อยละ 51.60 การปรุงรส

เพิ่มก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 46 การรับประทานขนมหวาน ร้อยละ 33.80 การรับประทานอาหาร
ปรุงสำเร็จ (ร้อยละ 54) และการรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป ร้อยละ 46.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง (N = 213)

	ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม				
	ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่เคยปฏิบัติ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ท่านรับประทานผัก จำพวกผักใบเขียว	44.60	44.10	11.30	0	0
2. ท่านรับประทานผลไม้ไม่มีเส้นใยสูง เช่น ส้ม ชมพู เป็นต้น	20.20	69.50	10.30	0	0
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทของทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ปลาทอด กุ้งทอด เป็นต้น	0	8.50	37.60	33.30	20.70
4. ท่านใช้น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมัน รำข้าว ประกอบอาหาร	25.40	47.40	26.30	0.90	0
5. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา ไช้ขาว และเต้าหู้ขาว	18.30	55.40	21.60	4.70	0
6. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น ปลาร้า ผักผลไม้ดอง เป็นต้น	2.80	12.20	25.40	51.60	8.00
7. ท่านปรุงรสเพิ่มก่อนรับประทานอาหารด้วย น้ำปลา ซอส หรือซีอิ๊ว	0	8.00	31.90	46.00	14.10
8. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง	2.80	4.70	31.90	33.80	26.80
9. ท่านรับประทานอาหารปรุงสำเร็จ จำพวก แกงถุง กับข้าวถุง เป็นต้น	0.90	1.40	32.40	54.00	11.30
10. ท่านรับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป หรือ สำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหาร กระป๋อง อาหารแช่แข็ง เป็นต้น	1.90	5.60	17.80	46.90	27.70

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง
เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง
และการรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรม
การบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 23.50 อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($R^2 = .235$, $F = 12.721$, $p < .001$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเป็นปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด
($\beta = .463$, $p < .001$) รองลงมาคือการรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง
($\beta = .208$, $p = .003$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสามารถในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (N = 213)

	B	SeB	β	t	p-value
ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	.525	.197	.174	2.665	.008
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน	.731	.106	.463	6.924	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	-.153	.076	-.130	-2.017	.045
การรับรู้ต่ออุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง	-.233	.084	-.194	-2.779	.006
การรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	.218	.072	.208	.208	.003

F = 12.721 (p<.001), R = .485, R² = .235

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 213 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นบางครั้ง อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารดี ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีด้วย¹⁴ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง หรือบริโภคอาหารตามสั่งคม จะส่งผลให้เกิดภาวะ การได้รับอาหารมากเกินไป ทั้งความหวาน ความเค็ม ความมัน อาจจะทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสม¹⁵ และเกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมาได้ แสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้บุคคลมีการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานอาหาร การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง อาทิ ความจำเป็นในการต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น หรืออาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีรสชาติจัด เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทาง

ของอาหารลดระดับความดันโลหิต (DASH diet) คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นประโยชน์กับโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำ ได้แก่ ผักใบเขียว ผลไม้มีเส้นใยสูง เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ และใช้น้ำมันพืช น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าวประกอบอาหาร ทั้งยังหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาหารประเภทของทอด อาหารหมักดอง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีการปรุงรสเพิ่มก่อนรับประทาน รับประทานขนมหวาน อาหารปรุงสำเร็จและอาหารกึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 23.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย หากปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และรับรู้อันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคสูง ก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และความรู้เรื่องการบริโภคอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้⁷ นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ผลยังพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ การรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและการเจ็บป่วย มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁷ ผลการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการสนับสนุนการรับรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker⁶ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านการรับรู้ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ (modifying factors) ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างได้ จึงควรกระตุ้นจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน จัดทำกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเน้นตัวแปร ด้านการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ถึงประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ประยุกต์การรับรู้ตามแนวคิดความเชื่อ ด้านสุขภาพ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นผลชัดเจนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เฉพาะโรคความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยต่อไป

References

1. World Health Organization. A global brief on hypertension, silent killer, global public health crisis [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 14]. Available from: <http://www.thaiheartfound.org/category/details/food/272>
2. The Chonburi Provincial Health Office. Morbidity rate hypertension. Chonburi province [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 14]. Available from: <http://www.cbo.moph.go.th>.
3. Puengsema R. Hypertension: the important role of nurses. Thai Red Cross Nursing Journal 2022;15(1):40-9. (in Thai)
4. Somjainuk J, Suwanno J. Relationships between age with elevated blood pressure and hypertension in the transitional aged of late-adolescent to early adulthood. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2020;13(2):63-78. (in Thai)
5. Yingyong N, Yongphet P, Somkong K, Virojrut T. Behaviors that are related to customers purchasing decisions and new trends of business after the COVID-19 crisis in the next normal marketing context. Management Sciences Valaya Alongkorn Review 2022;3(2):64-76. (in Thai)
6. Becker MH. The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):354-85.
7. Hanarong A, Toonsiri C, Rattanaagreeethakul S. Factors affecting eating behaviors among hypertensive patients. Nursing Science Journal of Thailand 2017;25(3):52-65. (in Thai)
8. Luenam A, Ngamkham N, Sangsawang D., Pengpanich W., Rattanasuwannachai K., Wacharadon S., et al. Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertension among population group at risk. HCU Journal Health Science 2019;23(1):93-105. (in Thai)
9. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. John Wiley & Sons ; 2005.
10. Bloom B, Engelhart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I, cognitive domain. New York: Longmans; 1956.

11. The Heart Foundation of Thailand Office. DASH diet (dietary approaches to stop Hypertension diet). [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <http://www.thaiheartfound.org/category/details/food/272> (in Thai)
12. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(1):9-15. (in Thai)
13. Hair FJ, Black CW, Babin JB, Anderson ER. Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2010.
14. Duangpratoom N. Personal perception in patients with hypertension, a sub - district in Bang Pa in district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of MCU Nakhondhat* 2021;8(3):188-99. (in Thai)
15. Nimkhuntod P, Ungarporn N, Thongdee P, Kaewpitoon S, Benjaoran F, Kaewpitoon N. Correlation between eating salty diet behavior with hypertension and cardiovascular disease [Internet]. 2017. [cited 2022 Aug 12]. Available from: <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/7421/2/Fulltext.pdf> (in Thai)
16. Saetia Y. Factors predicting hypertension preventive behaviors among persons at risk to hypertension. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2019;29(1):136-48. (in Thai)
17. Rasamejam P, Akaratanapol P, Limteerayos P, Khungtumneam K. Factors predicting health promoting behaviors among Thai muslim with hypertension. *Journal of Nursing Siam University* 2018;19(37):56-67. (in Thai)

บทความวิจัย

Health Literacy and Self-Management among Older Persons
with Benign Prostatic Hyperplasia

Received: Oct 17, 2023

Revised: Nov 13, 2023

Accepted: Nov 20, 2023

Dusit Sakulpiyatewan, M.N.S.^{1*}Sirirat Panuthai, Ph.D.²Jittawadee Rhiantong, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Appropriate self-management and the promotion of health literacy will assist elderly individuals with benign prostatic hyperplasia (BPH) in carrying out their daily activities normally.

Research objectives: This study aimed to investigate health literacy and self-management, and examine the association between health literacy and self-management among elderly individuals with BPH.

Research methodology: This study employed a descriptive correlation design. The sample consisted of 84 males over the age of 60 who had been diagnosed with mild to moderately severe BPH but had not yet undergone surgery. Instruments included a demographic and health data interview form, a health literacy questionnaire, and a self-management behavior scale for elderly individuals with BPH. Data were analyzed using descriptive and Pearson's correlation statistics.

Results: Findings indicated that elderly individuals with BPH had moderate levels of health literacy and self-management. Furthermore, there was a significant positive correlation between health literacy and self-management in elderly individuals with BPH at a moderate level ($r = .422, p < .001$).

Conclusion: The participants displayed moderate overall health literacy; however, their critical health literacy may be insufficient in terms of lacking the ability to think critically about reliable information and make informed decisions regarding their self-care.

Implications: Health professionals can utilize the findings of this study as preliminary data for planning and promoting self-management among elderly individuals with BPH through the enhancement of health literacy.

Keywords: health literacy, self-management, elderly with benign prostatic hyperplasia

^{1*} Corresponding Author: Graduate Student of Nursing Science program ¹Email: sakulgolf@gmail.com

²⁻³ Assistant Professor ²Email: siriratpanuthai@hotmail.com ³Email: jittawadee.r@cmu.ac.th

¹⁻³ Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

Received: Oct 17, 2023

Revised: Nov 13, 2023

Accepted: Nov 20, 2023

ดุสิต สกุลปิยะเทวัญ พย.ม.^{1*}

ศิริรัตน์ ปานอุทัย ปร.ด.²

จิตตวดี เจริญทอง ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการตนเองที่เหมาะสมในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตจะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับโรคเรื้อรังได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นผ่านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 84 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นต่อมลูกหมากโตระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงรุนแรงปานกลาง และยังไม่ได้รับการผ่าตัดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต ในระดับปานกลาง ($r = .422$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผล: กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณอาจยังไม่เพียงพอ ขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลรวมถึงทักษะในการตัดสินใจในการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตผ่านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

^{1*}Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: sakulgo1@gmail.com

²⁻³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ²Email: siriratpanuthai@hotmail.com ³Email: jittawadee.r@cmu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย

บทนำ

ต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia: BPH) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพศชาย พบมากถึงร้อยละ 25 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ชายสูงอายุทั่วโลก¹ ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น จากรายงานพบว่าต่อมลูกหมากโตจะเกิดกับผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปี สูงกว่าผู้ชายที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ถึงร้อยละ 50² ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 ที่ป่วยเป็นต่อมลูกหมากโต จากการสำรวจความชุกของต่อมลูกหมากโตในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิดต่อมลูกหมากโตร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี³ สำหรับในประเทศไทยรายงานสถิติของต่อมลูกหมากโตพบว่ามีความเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 221.73 ส่วนในกรุงเทพมหานคร ความชุกของต่อมลูกหมากโต เท่ากับ 331.03 ต่อประชากร 100,000 คน⁴

ต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (dihydrotestosterone [DHT]) โดยจะกระตุ้นการเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนของเซลล์ต่อมลูกหมากจนเกิดเป็นก้อน (fibroadematous nodule) ซึ่งจะไปเบียดบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะทำให้ท่อปัสสาวะแคบลง ทางเดินปัสสาวะอุดตันทำให้เกิดภาวะผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract obstruction) โดยแสดงอาการที่สร้างความรบกวนแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะบ่อย ปวดขณะปัสสาวะ อาการดังกล่าวนำมาซึ่งผลกระทบ เช่น รูปแบบการนอนหลับ กิจกรรมทางเพศลดลง เครียดและวิตกกังวล และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในที่สุดอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้เช่นกัน การที่ผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จำเป็นต้องมีการจัดการความเจ็บป่วยได้ การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้ และการปฏิบัติทักษะที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังครอบคลุมการจัดการ 3 ด้าน⁵ ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา ประกอบด้วย 1) การปรับแบบการดำเนินชีวิต 2) การจัดการด้านพฤติกรรม 3) การดูแลสายสวนปัสสาวะ และ 4) การรับประทานยา ส่วนการจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยต้องมีการปรับบทบาทของการเป็นผู้ป่วยให้เข้ากับบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และความท้อแท้ที่เกิดจากการเจ็บป่วย⁶

การจัดการโรคเรื้อรังเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ประกอบด้วยการปฏิบัติทั้งด้านที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ และบทบาทผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องต้องมีทักษะประกอบอื่น ๆ เพื่อช่วยให้การจัดการความเจ็บป่วยมีประสิทธิภาพ ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่สำคัญคือความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็น สำหรับในยุคปัจจุบันซึ่งเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่กำหนดเป็นแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ระดับพื้นฐาน คือ ทักษะทางปัญญาขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอ่านและการเขียน ระดับที่ 2 ระดับการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะทางสังคมพื้นฐานในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับบุคคลอื่น ระดับที่ 3 ระดับวิจารณ์ญาณ คือ การวิเคราะห์ ตัดสินความถูกต้องและเลือกใช้ข้อมูลประกอบการจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ⁷ การที่บุคคลมีทักษะ

หรือความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จะนำไปสู่การประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้ที่พบจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ดังนั้นองค์ความรู้ที่พบจากการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถนำมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตที่ไม่ได้รับการผ่าตัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตให้มีประสิทธิภาพ และจะนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัดของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต
2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ต่อมลูกหมากโตส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน และความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมีเป้าหมาย เพื่อการควบคุมอาการเจ็บป่วยซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน และ 3) การจัดการด้านอารมณ์⁸ ที่ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม⁹ ประกอบด้วย 3 ระดับที่ 1) ระดับพื้นฐาน คือ ทักษะทางปัญญาขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอ่านและการเขียน ระดับที่ 2) ระดับการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะทางสังคมพื้นฐานในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับบุคคลอื่น ระดับที่ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ คือ การวิเคราะห์และตัดสินใจถูกต้องและเลือกใช้ข้อมูลประกอบการจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ข้อเท็จจริงของข้อมูลจนนำมาสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตในทุกด้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโต และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ เพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นต่อมลูกหมากโต ระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงรุนแรงปานกลาง และยังไม่ได้รับการผ่าตัด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่มีปัญหาทางการมองเห็น และการได้ยิน 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยการพูดและการฟังได้ 3) ระดับการรู้คิดปกติ 4) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันเองได้ และ 5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการ Power analysis กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้ในการคำนวณเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ .30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลางตามข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น พัฒนาโดย Pfeiffer¹⁰ ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹¹

1.3 แบบประเมินอาการต่อมลูกหมากโตฉบับนานาชาติ (International Prostate Symptom Score [IPSS])¹²⁻¹³

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงปัจจุบัน การเข้ารับรักษาภาวะต่อมลูกหมากโต การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2¹⁴ โดยปรับคำถามตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง และการแบ่งระดับโดยรวมและรายด้านโดยการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง

14.00 - 56.00 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน 14.00 - 28.00 หมายถึง ระดับต่ำ 28.01 - 42.00 หมายถึง ระดับปานกลาง 42.01 - 56.00 หมายถึง ระดับสูง

2.3 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ คำถามด้านบวก 16 ข้อ ด้านลบ 2 ข้อ วัดพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท การดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านอารมณ์ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบ 5 ระดับ คือ ปฏิบัติ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 18.00 - 42.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ คะแนน 43.00 - 67.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง และคะแนน 68.00 - 90.00 หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต¹⁵ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .94 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2¹⁴ ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาในส่วนของเบาหวานให้เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะต่อมลูกหมากโต และได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .97

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการพร้อมทั้งจะนำประโยชน์ไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งหรืออธิบายเหตุผล การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 103/2565 เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 077/2565 เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย รวมถึงการขอความร่วมมือในการแจกโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครผู้สูงอายุเพศชายที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครสนใจเข้าร่วมโครงการสามารถสอบถามรายละเอียดโดยตรงที่ผู้วิจัยหรือพยาบาลประจำคลินิก เมื่อได้รายชื่ออาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยทำการคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยการนัดหมายก่อนล่วงหน้า การสัมภาษณ์เริ่มจากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรม การจัดการตนเอง และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามโดยไม่อธิบายเพิ่มเติมแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แต่ละฉบับ จะทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์ต่อ ถ้ากลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีกรรมการนัดหมายสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15 นาที และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 65.82 ปี (SD = 3.28) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 35.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.30 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.80 มีแหล่งรายได้มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.40 มีสิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 89.30 ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต 1-5 ปี ร้อยละ 85.71 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตด้วยยา ร้อยละ 85.70 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36.90 ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน ร้อยละ 56.00 และได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากโทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 56.00 และ 59.50 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 40.43 คะแนน (SD = 6.61) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของการจัดการตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวม เท่ากับ 60.02 (SD = 8.34) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้านพบว่าการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวันและด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ จำนวนและร้อยละ
ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง (N = 84)

ตัวแปร	คะแนน แบบ สัมภาษณ์	ช่วงคะแนน	M (SD)	ระดับ	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
ระดับพื้นฐาน	5.00-20.00	5.00-20.00	13.52 (3.87)	ปานกลาง	18 (21.50)	39 (46.40)	27 (32.10)
ระดับปฏิสัมพันธ์	5.00-20.00	9.00-20.00	15.67 (2.81)	สูง	1 (1.20)	42 (50.00)	41 (48.80)
ระดับวิจารณ์ญาณ	4.00-16.00	4.00-16.00	11.24 (2.48)	ปานกลาง	12 (14.30)	46 (54.75)	26 (30.95)
ความรอบรู้ด้าน สุขภาพโดยรวม	16.00-56.00	20.00-54.00	40.43 (6.61)	ปานกลาง	3 (3.55)	47 (55.95)	34 (40.50)
การจัดการตนเอง							
ด้านการรักษา	14.00-70.00	25.00-55.00	43.32 (7.13)	ปานกลาง	7 (8.30)	67 (79.80)	10 (11.90)
ด้านบทบาท การดำรงชีวิต ประจำวัน	2.00-10.00	6.00-10.00	8.84 (1.36)	สูง	-	13 (15.50)	71 (84.50)
ด้านอารมณ์	2.00-10.00	4.00-10.00	7.86 (1.77)	สูง	5 (6.00)	26 (31.00)	53 (63.00)
การจัดการตนเอง โดยรวม	18.00-90.00	39.00-74.00	60.02 (8.34)	ปานกลาง	5 (6.00)	62 (73.80)	17 (20.20)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ ต่อมลูกหมากโต
ในภาพรวม จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต
ด้วยสถิติเพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (M = 40.43, SD = 6.61) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต (M = 60.02, SD = 8.34) ($r = .422$, $p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

ผลการวิจัยพบว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุ
ต่อมลูกหมากโตมีทักษะทางสติปัญญาและทักษะทางสังคมระดับพื้นฐาน และระดับปฏิสัมพันธ์ คือความสามารถ

ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ หรือเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณอาจยังไม่เพียงพอขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการตัดสินใจ ในการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.70 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งทักษะทางปัญญายังไม่ลดลงมากนัก ยังมีทักษะทางปัญญาพื้นฐาน คือ ความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ เข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ รวมถึงทักษะทางสังคมขั้นพื้นฐานคือความสามารถในการสื่อสาร การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุ โรคหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 42.39$, $SD = 7.10$)¹⁶

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.10 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย สามารถอ่านออก เขียนได้ทำให้เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ เช่น อ่านฉลากยา เอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค แต่ไม่สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นได้ เช่น คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ รวมถึงการคิดวิเคราะห์ หรือแยกแยะข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.453$, $p < .001$)¹⁷ และสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าการศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁸

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจจะเป็นเนื่องจากร่างกายที่เกิดความเสื่อมถอย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ส่งผลให้ฐานะทางการเงินของกลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยดีมากนัก เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง¹⁹

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

จากผลการวิจัยพบว่าการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นั้นเป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 85.70 ซึ่งยังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย เนื่องจากมีความเสื่อมของร่างกายไม่มาก ร่างกายยังแข็งแรง และยังคงมีสุขภาพที่ดีที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 65 ปี มีระดับการดูแลตนเองที่ดีที่สุด²⁰

การจัดการด้านการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มิมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ซึ่งเป็นระยะในการเจ็บป่วยที่ไม่นาน ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลา ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($r = .393$, $p < .001$)²¹

การจัดการด้านอารมณ์ มีคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.00 ซึ่งบุคคลในครอบครัวอยู่เคียงข้างสามารถเป็นที่ปรึกษา และช่วยเป็นกำลังใจให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีคะแนนการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกันจะมีการจัดการตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดสมรสแต่แยกกันอยู่ และสถานภาพหม้าย²²

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโต

ผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .422, p < .01$) ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการจัดการตนเองให้ได้นั้น ก็ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสติปัญญา และทักษะทางสังคม ตั้งแต่ระดับพื้นฐาน จนถึงระดับสูงในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ โดยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเป็นทักษะทางสติปัญญาที่เป็นความสามารถในการอ่านเอกสาร จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้น ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และระดับวิจารณ์ญาณต้องใช้ทักษะทางสติปัญญาระดับสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยด้านการรักษา เป็นการนำแผนการรักษามาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยการจัดการยา การปรับเปลี่ยนแบบการขับถ่ายปัสสาวะ และการปรับแผนการดำเนินชีวิตอื่น ๆ การจัดการด้านบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน โดยการปรับบทบาทในชีวิตประจำวันหรือสร้างบทบาทใหม่ และการจัดการด้านอารมณ์ เป็นการจัดการกับอารมณ์ผิดปกติที่ต้องเผชิญภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง²³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ไม่สามารถอ้างถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
2. เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ อาจไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุต่อมลูกหมากโตที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือปฐมภูมิ

References

1. Park S, Ryu JM, Lee M. Quality of life in older adults with benign prostatic hyperplasia. *Healthcare* 2020;8(2):158.
2. Nickel JC, Méndez-Probst CE, Whelan TF, Paterson RF, Razvi H. Update: guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. *Canadian Urological Association Journal* 2010;4(5):310-6
3. Pietrzyk B, Olszanecka-Glinianowicz M, Owczarek A, Gabryelewicz T, Almgren-Rachtan A, Prajsner A, et.al. Depressive symptoms in patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia. *International Urology and Nephrology* 2015;47(3):431-40.
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health (Thailand). Public health statistics A.D. 2015. Bangkok: strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
5. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
6. Prajuab A, Chintanawat R, Sucamvang K. Factors predicting self-management among older persons with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Journal* 2021;48(2):146-15. (in Thai)
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2072-8.
8. Park S, Ryu JM, Lee M. Quality of life in older adults with benign prostatic hyperplasia. *Healthcare* 2020;8(2):158.
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):259-67.
10. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society* 1975;23(10):433-41.
11. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Screening guideline/assessing the elderly. Bangkok: The Printing Office to Assist Veterans Organization; 2015. (in Thai)
12. Akarasakul D. Benign Prostatic Hyperplasia. In Poomsawat et al., editors. Guidelines for establishment and operation elderly clinic. Bangkok: Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai; 2005. pp. 170-84. (in Thai)
13. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The measurement committee of the American Urological Association. *The Journal of Urology* 1992;148(5):1549-64.
14. Noppakraw J, Chintanawat R, Khampolsiri T. Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal* 2020;47(2): 251-61. (in Thai)
15. Klinklom S, Panuthai S, Nanasilp P. Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Journal* 2017;44(3):52-64. (in Thai)
16. Jandaeng S, Panuthai S, Chintanawat R. Health literacy and self-management among older persons with tuberculosis. *Nursing Journal* 2023;50(2):129-43. (in Thai)

17. Thangkratok P, Palacheewa N, Tongtham A, Dechakul M, Kaewprasong A, Madsong C. Effectiveness of fidelity simulation based learning in primary medical care practicum course among nursing students. *Thai Journal of Nursing* 2022;71(2):64-71. (in Thai)
18. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Wanwacha C. Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan region. *Journal of Demography* 2020;36(2):40-57. (in Thai)
19. Thummaphol P, Piaseu N, Jarupatmaruo S. Health literacy and clinical outcomes in people with hypertension, dyslipidemia and type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(3):176-82. (in Thai) <https://rapidsurgery.files.wordpress.com/2018/07/ipss.pdf>
20. Sawangsri B, Tangngam S. Self-healthcare of the elderly in Samchuk District, Suphanburi Province. *RMUTSB Academic Journal* 2013;1(2):128-37. (in Thai)
21. Sangkhiaw W, Chintanawat R, Juntasopeepun P. Health literacy and self-management among older persons with uncontrolled hypertension. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2023;34(1):17-29. (in Thai)
22. Chen YC, Hung M, Wang Y. The effect of mandatory CSR disclosure on firm profitability and social externalities: evidence from China. *Journal of Accounting and Economics* 2018;65(1):169-90.
23. Daemayu A, Panuthai S, Juntasopeepun P. Correlation between health literacy and self management amongst older Thai muslims with hypertension. *The Journal of Thailand and Midwifery Nursing Council* 2020;35(3):87-107. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of Self-management Support Program on Post-COVID-19 Conditions
Prevention at Banlad District, Phetchaburi Province

Received: Oct 31, 2023

Revised: Dec 23, 2023

Accepted: Jan 29, 2024

Supranee Promsukhan, M.N.S.¹Napaphen Jantacumma, DrPH^{2*}Piyatida Nakagasian, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Supporting patients for pulmonary and physical rehabilitation has proven effective in reducing complications that arise after contracting Covid-19.

Research objectives: To compare the differences between self-management behaviors to prevent post-COVID-19 conditions and post-Covid functional status (PCFS) among individuals who had contracted Covid-19.

Research methodology: A quasi-experimental design was used. Sample consisted of individuals who had contracted Covid-19 in the Raisathorn subdistrict and had been isolated for a minimum of 10 days but no more than 28 days. These individuals were chosen based on their Modified Medical Research Council (mMRC) fatigue scores, with a minimum of 2 or higher. The participants were then divided into two groups: the experimental group and the control group, with each group consisting of 30 individuals. To collect data, a self-management support program was developed in collaboration with the Line Official Account (OA) mobile application based on the self-management concept. Data were collected using a set of questionnaires, including a general information questionnaire on self-management for preventing post-COVID-19 conditions, and a PCFS questionnaire. The study was conducted over a period of eight weeks and consisted of four activities: goal setting, self-monitoring, self-evaluation, and self-reinforcement. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

Results: Among the participants in the experimental group, self-management behavior to prevent post-COVID-19 conditions were found to be significantly improved between baseline and follow-up. At follow-up, between-group significant differences were found on self-management behavior to prevent post-COVID-19 conditions. Among the participants in the experimental group, PCFS scores were found to be significantly improved between baseline and follow-up. At follow-up, between-group significant differences were found on PCFS scores. $p < .05$

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner. ¹Email: tymphet78@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor ²Email: napaphen_ja@hotmail.com

³Associate Professor ³Email: piyatida.nak@mahidol.ac.th

¹⁻²School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

³Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Conclusions: Findings of this study demonstrated that the implementation of self-management support programs can enhance prevention behaviors in post-COVID-19 patients, which ultimately aids in the prevention of post-COVID conditions.

Implications: Healthcare providers can utilize this program to assist preventing and managing potential complications arising from Covid-19.

Keywords: self-management, post COVID-19 conditions, post-COVID functional status

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังหายป่วยเป็นโควิด-19 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

Received: Oct 31, 2023

Revised: Dec 23, 2023

Accepted: Jan 29, 2024

สุปราณี พรหมสุพันธ์ พย.ม¹นภาพิณ จันทขัมมา สด.^{2*}ปิยะธิดา นาคะเกษียร ปร.ด³

บทคัดย่อ

บทนำ: การสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถนะปอดและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยตนเองหลังหายป่วยด้วยโควิด-19 จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยด้วยโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยด้วยโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ของตำบลไร่สะท้อน ที่มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 หลังกักตัวครบ 10 วันและไม่เกิน 28 วัน มีคะแนนความเหนื่อยล้า 2 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 ใช้ผ่านแอปพลิเคชัน Line OA โดยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และแบบประเมินสถานะสุขภาพหลังป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS) ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การกำกับตนเอง 3) การประเมินตนเอง และ 4) การเสริมแรงตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซอลซายน์แรงค์ และสถิติทดสอบแมนนิตนีย์ยู

ผลการวิจัย: พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีสถานะสุขภาพหลังป่วยโควิด-19 ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผล: โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 สามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 ให้ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังป่วยเป็นโควิด-19 ได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยโควิด-19 สถานะสุขภาพหลังการป่วยโควิด-19

¹นักศึกษาลัทธิสุขภาพศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ¹Email: tymphet78@gmail.com

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ²Email: napaphen.jan@stou.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ³Email: piyatida.nak@mahidol.ac.th

¹⁻²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศ ด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อกว่า 240 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 4.9 ล้านคนทั่วโลก¹ ส่วนประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเป็นอันดับที่ 24 และมีผู้เสียชีวิตเป็นอันดับที่ 35 ของโลก² หลังเกิดการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถฟื้นตัวได้เต็มที่หลังจากหายป่วย โดยผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ร้อยละ 10 - 20 มักมีอาการหลงเหลือหลังหายป่วย³ องค์การอนามัยโลก (WHO)³ ได้นิยามภาวะนี้ว่าเป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มักพบโดยมาก 3 เดือนหลังจากช่วงการติดเชื้อระยะเฉียบพลันและต้องแสดงอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน กลุ่มอาการดังกล่าวอาจเป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังหายจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้วหรือเป็นอาการหลงเหลืออยู่เดิมแม้ผ่านช่วงฟื้นตัวจากการติดเชื้อมาแล้ว โดยร้อยละ 49 ของผู้ติดเชื้อสามารถมีอาการคงเหลืออยู่มากกว่า 1 ปี⁴ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย/อ่อนล้า (fatigue) หายใจติดขัด (shortness of breath) ภาวะถดถอยของสมองปัญหาด้านความจำหรือปรีชา (cognitive dysfunction) และอาจพบร่วมกับอาการระบบอื่น เช่น ปวดตามข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอ ไม่ได้กลิ่น เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ระบบย่อยอาหารแปรปรวน อาการทางระบบประสาท อาการทางระบบผิวหนัง และเยื่อหู จากการประเมินตนเองของผู้ป่วยพบกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย ร้อยละ 47 นอนไม่หลับ ร้อยละ 36 หลงลืม ร้อยละ 24 วิดกกังวล ร้อยละ 23 หอบเหนื่อย ร้อยละ 22 และผมร่วง ร้อยละ 22⁵ นอกจากนี้จากการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นโควิด-19⁶ พบว่า ผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ส่วนใหญ่ที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง ซึ่งพบได้หลายอาการและมักมีอาการภายหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ อาการที่พบอาจดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปหรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ และคุณภาพชีวิตมักจะลดลงจากก่อนป่วย ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันและสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสมก่อนในการป้องกันภาวะดังกล่าวก่อนเกิดอาการแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ได้ จะส่งผลให้สถานะทางสุขภาพหลังการป่วยโควิด-19 ดีขึ้น

จังหวัดเพชรบุรี⁷ อุบัติการณ์การเกิดโรคในปี พ.ศ.2564 พบ 5,896 ต่อแสนประชากรและมีอัตราการตาย 379 ต่อแสนประชากร อำเภอบ้านลาดเป็นอำเภอที่พบการระบาดของโควิด-19 จำนวนมาก มีอุบัติการณ์การเกิดโรค 4,177 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 583 ต่อแสนประชากร โดยตำบลไร่สะทอนเป็นตำบลที่พบการระบาดและผู้ป่วยมากที่สุด มีอุบัติการณ์เกิดโรค 5,113 ต่อแสนประชากร อัตราการตาย 100 ต่อแสนประชากร ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามหรือโรงพยาบาล และจำหน่ายกลับบ้านเมื่อรักษาหาย จากการติดตามเยี่ยม 1 เดือนหลังหายป่วย พบว่า ร้อยละ 80 ผู้ที่หายป่วยมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย อ่อนล้า ร้อยละ 78.4 รู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น และไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

การสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองหรือเกิดความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองจะเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลและควบคุมภาวะป่วยได้ดี โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ถ่ายทอดความรู้ ทักษะนำไปสู่เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเกิดการจัดการตนเองได้⁸ ช่วยลดการเกิดอาการต่าง ๆ หลังหายป่วยได้และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหลงเหลือหลังหายป่วยโรคโควิด-19 ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการให้คำแนะนำที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล ซึ่งในสถานการณ์

การระบาดของโควิด-19 การให้คำแนะนำหรือการสอนทักษะการจัดการตนเองแบบตัวต่อตัวหรือแบบเผชิญหน้า เป็นด้วยความยากลำบาก

จากการทบทวนช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตในปัจจุบันที่มีการใช้สื่อสารดิจิทัล เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน โดย LINE Official Account เป็นแอปพลิเคชันที่ผู้ส่งสารสามารถส่งสารไปยังผู้รับสารในรูปแบบที่หลากหลาย และเกิดการรับสารตามวัตถุประสงค์ของผู้ส่ง อีกทั้งผู้รับสารสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นไปยังผู้ส่งสารได้ทันที⁹ ซึ่งถือว่าเป็นช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและปฏิบัติตัวได้เหมาะสม โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Kanfer¹⁰ ที่มีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสีย มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer¹⁰ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกายดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)¹¹ ซึ่งอาการหลังหายป่วยที่เกิดขึ้นได้บ่อยในพื้นที่ตำบลไร่สะท้อน ได้แก่ อาการในระบบทางเดินหายใจ อาการเหนื่อยง่ายหายใจไม่เต็มอิ่ม และอาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer¹⁰ โดยศึกษาในผู้ที่หายจากโควิดแล้วจากการกักตัวครบ 10 วัน และไม่เกิน 28 วัน และศึกษาในผู้ที่มีอายุ 18 - 59 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อมากที่สุดในจังหวัด โดยกิจกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็น ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA “ไร่สะท้อนสะท้อนโรค” ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์จริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่อง มีการเสริมแรงและติดตามผลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังหายป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานในการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer¹⁰ ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมจัดการต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับตน เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น ต้องมีกระบวนการในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิจัยนี้จึงเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ได้ดีนั้นต้องมีการจัดการตนเองที่ดี จึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 ประกอบด้วย

การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยให้ความรู้ผ่านการบรรยายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 ฝึกทักษะการประเมินตนเอง ฝึกการออกกำลังกายและการฝึกหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

การกำกับตนเอง (Self-monitoring) ฝึกการใช้แอปพลิเคชัน LINE OA “ไร้สะท้อนสะท้อนโรค” เพื่อลงบันทึกการกำกับตนเองในการออกกำลังกายและการหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบข้อมูลที่ถูกบันทึก ประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อยล้าหลังการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ให้กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงตนเอง ชื่นชม และเสริมกำลังใจให้กับตนเอง

- พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19
- สถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research design) แบบ pretest-posttest design with nonequivalent groups

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 18 – 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีประวัติป่วยเป็นโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* Power คำนวณค่า effect size = .8 ค่าความคลาดเคลื่อน = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ = .85 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน¹² โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 กักตัวครบ 10 วัน และไม่เกิน 28 วัน เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังป่วยเป็นโควิด-19 2) คะแนน Modified Medical Research Council (mMRC) 2 คะแนนขึ้นไป และ 3) สามารถใช้งาน LINE OA ได้ และเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีอาการกำเริบของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องได้ และ 2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ วันที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่ป่วย สถานที่เข้ารับการรักษาทันที ประวัติการได้รับ ยาด้านไวรัสโควิด-19 โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ และน้ำหนักส่วนสูง โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการกับอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก 2) การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย 3) การจัดการกับอาการเจ็บป่วยและความเครียด และ 4) การรับประทานอาหาร การฟื้นฟู การรับรสและกลิ่น ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนรวม 0 - 100 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม ระดับสูง หมายถึง คะแนน 60 คะแนนขึ้นไป ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน

1.2 แบบประเมินสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS scale) ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยจากการศึกษาของ Klok และคณะ¹³ โดยเป็นข้อคำถาม คือ ปัจจุบันคุณได้รับผลกระทบ ในชีวิตประจำวันมากเพียงใด และเลือกตอบระดับผลกระทบที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด โดยมีระดับ 0 - 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 0 = ไม่มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน ระดับ 1 = มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวันเล็กน้อยแต่ยังสามารถทำงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ระดับ 2 = มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน บางครั้งต้องการหลีกเลี่ยง กิจกรรมแต่ยังสามารถดำเนินกิจวัตรโดยไม่มีความช่วยเหลือใด ๆ ระดับ 3 = มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามปกติได้ทั้งหมด แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ และระดับ 4 = มีความยากลำบากอย่างรุนแรงในการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer¹⁰ โดยมี 4 ขั้นตอน ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้ 1) ขั้นตอนเป้าหมาย (Goal setting) โดยให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 การฝึกการออกกำลังกาย การฝึกหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยตนเอง และการตั้งเป้าหมายในการหายใจฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกาย รวมทั้งการเพิ่มขึ้นในการออกกำลังกาย (Phase of exercise) 2) ขั้นตอนการกำกับตนเอง (Self-monitoring) ในการออกกำลังกาย และการหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด บันทึกลงในแอปพลิเคชัน LINE OA “ไร้สะท้อนสะท้อนโรค” 3) ขั้นตอนประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อยล้าหลังการปฏิบัติกิจกรรม และ 4) ขั้นตอนเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองแต่ละด้านแล้ว พบว่า

มีการจัดการตนเองได้ดี ให้กลุ่มตัวอย่างกล่าวชื่นชมและเสริมกำลังใจให้กับตนเอง และผู้วิจัยส่งเสริมและจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจเพื่อทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และแบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS scale) ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .98 และ .85 ตามลำดับ และนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach' alpha coefficient) โดยมีค่าเท่ากับ .80 และ .73 ในส่วนของโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตามเอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ 17/2565 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2565 ก่อนการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา การเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้วจึงเริ่มดำเนินโปรแกรมตามกิจกรรมในกลุ่มทดลอง นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วกลุ่มควบคุมจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยได้รับคู่มือและคำแนะนำตามโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองโดยแบบสอบถามก่อนเริ่มโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 ดำเนินโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) โดยการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินอาการ Post COVID syndrome ด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 หรือที่เรียกว่าภาวะ Post COVID syndrome ให้ความรู้และฝึกการออกกำลังกาย และฝึกการหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยตนเองและตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการหายใจเพื่อฟื้นฟูสภาพปอด และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเพิ่มขึ้นในการออกกำลังกาย (Phase of exercise)

ขั้นตอนที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 - 7) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการหรือกำกับตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย และการหายใจเพื่อฟื้นฟูสภาพปอด โดยก่อนจะปฏิบัติกิจกรรมกำกับตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำการใช้ application LINE Official Account “ไร่สะท้อนสะท้อนโรค” และบันทึกวิธีการจัดการตนเองลงใน application ดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3, 5, 7) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้ในแบบบันทึกการจัดการตนเองถึงความถูกต้อง ครบถ้วนในการฟื้นฟูร่างกาย และประเมิน

ระดับความรู้สึกเหนื่อยล้าหลังการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจะร่วมกับกลุ่มตัวอย่างค้นหาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรค และปรับการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยจะมีการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชัน Line OA “ไร้สะท้อนสะท้อนโรค”

ขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 และ 8) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองแต่ละด้านแล้วพบว่ามีการจัดการตนเองได้ดี ปฏิบัติกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ให้กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงตนเอง ชื่นชมและเสริมกำลังใจให้กับตนเอง และเมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้ครบต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับสติ๊กเกอร์สะสมแต้มจากผู้วิจัยผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA “ไร้สะท้อนสะท้อนโรค” เป็นการส่งเสริมและจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมน้อยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และประเมินสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS) ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังที่ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างการศึกษาจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ และเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 และได้รับคำแนะนำตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลทั่วไป โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย Chi-Squares (χ^2) และจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann - Whitney U Test และ Wilcoxon Signed Ranks Test และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.0 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 44.03 ปี (SD = 10.752) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 44.3 ปี (SD = 10.713) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 18 - 50 ปี ร้อยละ 53.3 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 46.6 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 66.33 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ การศึกษามีการศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.0 และกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและมีโรคร่วม ร้อยละ 20 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม การได้รับยาด้านเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50.0 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.6 และดัชนีมวลกายทั้งสองกลุ่มมีค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 25.00 - 29.99 ร้อยละ 66.6 และร้อยละ 53.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา ซึ่งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

เปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 เท่ากับ 88.0 และ 63.5 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

พฤติกรรมจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม(n = 30)		Z	P
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
ก่อนการทดลอง (0 - 100 คะแนน)	54.0	2.0	53.75	3.0	.746	.215
หลังการทดลอง (0 - 100 คะแนน)	88.0	2.5	63.5	9.5	6.683	.001*

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง(n=30)		หลังการทดลอง(n=30)		Z	P
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
กลุ่มทดลอง	54.00	2.0	88.0	2.5	4.787	.001*
กลุ่มควบคุม	53.75	3.0	63.5	9.5	1.633	.102

*p < .05

เปรียบเทียบสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 เท่ากับระดับ 0 และระดับ 2 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 เท่ากับระดับ 2 และระดับ 0 ตามลำดับ พบว่าคะแนนสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS scale) ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

สถานะสุขภาพหลังป่วยโควิด-19	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม(n = 30)		Z	P
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
ก่อนการทดลอง (ระดับ 0 - 4)	2.0	0.5	2.0	1	1.795	.073
หลังการทดลอง (ระดับ 0 - 4)	0.0	1	2.0	1	6.336	.001*

*p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS scale) ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง (n = 30)		หลังการทดลอง(n = 30)		Z	P
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
สถานะสุขภาพหลังป่วยโควิด-19	2.0	0.5	0.0	1	4.802	.001*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ความสามารถในการเรียนรู้ในด้านระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน และโปรแกรมมีความเหมาะสมในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งนี้ในการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ยอมรับพฤติกรรมบางอย่าง ไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยผู้อื่นนอกจากตัวผู้ป่วยเองและมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคคลเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจากกิจกรรมการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลภาวะ Post-COVID-19 conditions หรือภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยจากโควิด-19 ให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ถึงปัญหาสุขภาพหลังจากหายป่วยจาก COVID-19 ประเมินสถานะสุขภาพหลังป่วยโควิด-19 (Post-COVID Functional Status: PCFS) และวิธีดูแลตนเองและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น แล้วตั้งเป้าหมายที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วย ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงตนเองตั้งแต่เริ่มต้นและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงตนเองจากการทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมการกำกับตนเอง (Self-monitoring) กลุ่มตัวอย่างประเมินความเหนื่อยล้าของตนเอง และเลือกออกกำลังกายตามระดับความเหนื่อยล้า ทำให้เกิดการกำกับตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จ ทั้งในด้านการจัดการอาการหอบเหนื่อย ด้วยการควบคุมการหายใจ การหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สอดคล้องกับการศึกษาอาการหลังจากป่วยเป็นโควิด-19 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดรายบุคคล พบว่าค่าเฉลี่ยของการทำ 6MWT เพิ่มขึ้น 69.9 เมตร (± 48.2 , $p < .001$) ค่า PCFS scale ดีขึ้น 1 ระดับ อาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย/อ่อนล้า และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁴

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19 และสถานะสุขภาพหลังหายป่วยโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง เมื่อปฏิบัติเสร็จได้มีการบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมลงในแอปพลิเคชัน LINE OA “ไร้สะท้อนสะท้อนโรค” ทำให้กลุ่มทดลองสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้และมีการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นขั้นตอนหลังจากที่กลุ่มตัวอย่าง ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองแต่ละด้านแล้วพบว่า มีการจัดการตนเองได้ดี สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ละบุคคลได้เกิดการสะท้อนตัวเองและกล่าวถึงตนเอง ชื่นชมและเสริมกำลังใจให้กับตนเอง และเมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้ครบต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างจะได้รับสติ๊กเกอร์สะสมแต้มจากผู้วิจัย ผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA “ไร้สะท้อนสะท้อนโรค” เป็นการส่งเสริมและจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อย ๆ จากการติดตามของผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการให้กำลังใจตนเองในการปฏิบัติตัว รวมถึงมีเป้าหมายในการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยจากภาวะโควิด-19 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคโควิด -19 โดยผลพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อมีการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมทำให้สถานะทางสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 ไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีการจัดการตนเองที่ดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วย
2. บุคลากรด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการป่วยเป็นโควิด-19

ข้อเสนอแนะเพื่อการทบทวนวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 4 และ 6 เดือน เพื่อติดตามผลของความเหนื่อยล้าของร่างกาย สถานะสุขภาพหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาความแตกต่างของสถานะสุขภาพหลังหายป่วยเป็นโควิด-19 ของช่วงระยะเวลาในการเริ่มโปรแกรมและนำผลการศึกษาดังกล่าวไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโควิดต่อไป

References

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases* 2020;20(5),533–4.
2. National Research Council of Thailand. Situation report Coronavirus Disease 2019, [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://covid19.nrct.go.th/>
3. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi Consensus [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 (2021, October 6).
4. Huang L, Yao Q, Gu X, Wang Q, Ren L, Wang Y, et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2021;398(10302):747–58.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID- 19 rapid guideline: managing the long-term effect of COVID- 19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567261/pdf/Bookshelf_NBK567261.pdf; 2020.
6. Department of Disease Control, Ministry of public health. Manual for prevention and control of Coronavirus disease 2019. Bangkok: Thaidbs; 2019. (in Thai)
7. Phetchaburi Provincial Public Health Office. Situation report Coronavirus disease 2019 Phetchaburi Province [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <http://pbio.moph.go.th/pbroSection.php?section=COVID-19&page=7> (in Thai)
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Self management support for NCDs: Thai style. Bangkok: Thaidbs; 2017. (in Thai)
9. Karnboon W. The factors of Line official account that effect to healthcare professional information exposure perception [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2017.
10. Kanfer, FH. Helping people change. 2nd ed. New York: Pergamon; 1980.
11. Pipopsuthipaiboonl S, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Chuaychoo B. The effectiveness of a self- management program for pulmonary rehabilitation of patients with Chronic Obstructive pulmonary disease. *Journal of Public Health* 2017;(47)2:200-11. (in Thai)
12. Likitkulthanaporn S, Wattanakul B, and Leardrungchaisakul R. Development of self-management Support for self-management behaviors in the post-COVID 19 patients on residual symptoms in Covid-19 patients Healed. *Journal of The Department of Medical Services* 2022;47(3):104-12. (in Thai)
13. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S, et al. The post-COVID- 19 functional status (PCFS) scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *European Respiratory* 2020; *The European respiratory journal* 2020;56(1): 2001494.

14. Nopp S, Moik F, Klok FA, Gattinger D, Petrovic M, Vonbank K, et al. Outpatient pulmonary rehabilitation in patients with long COVID improves exercise capacity, functional status, dyspnea, fatigue, and Quality of Life. *Respiration* 2022;101(6):593-601.
15. Krajangpho S. Effectiveness of program for improving self-care behaviors to prevent COVID-19 of communities among village health volunteers in Pathumthani Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(3):479-87. (in Thai)

บทความวิจัย

Factors Predicting the Relationship between Health Literacy
and Prevention of Sexual Risk Behaviors of Adolescents

Received: Aug 19, 2023

Revised: Dec 1, 2023

Accepted: Mar 5, 2024

Maneerat Thiammok, M.S.N.¹Pimrat Thammaraksa, Dr.Ph.^{2*}

Abstract

Introduction: Adolescence is the pivotal stage between childhood and adulthood, enabling easy access to various media. Thai public health prioritizes the health literacy of populations, a crucial indicator of health behavior.

Research objectives: This study aimed to explore factors predicting the relationship between health literacy and preventive behaviors pertaining to sexual risk among adolescents.

Research methodology: Using a predictive correlation model, data was collected from 275 high school students in Samut Prakan Province from December 2021 to March 2022. An adapted health literacy assessment questionnaire was used to collect data. Data were analyze using descriptive statistics, Chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient, and Multiple Logistic regression analysis.

Result: Findings revealed a relatively high level of health literacy (62.90%) and a moderate level of preventive behaviors against sexual risk (50.50%). Significant correlations were found between preventive behaviors and sexual risk ($p < .05$). Five factors were identified as predictors of adolescent sexual risk prevention ($p < .001$), accounting for 16.10% of the variance at statistical significance at the .001 level.

Conclusion: The covariates influencing adolescent sexual risk prevention were sex, substance and drug use, awareness of physical and mental health, access to health information and services, and the provision of information and activities for health.

Implication: This study suggests the application of media development to promote health information and activities for adolescents, aiming to decrease the impact of risky sexual behaviors.

Keywords: health literacy, prevention of sexual risk behaviors, adolescents, factor predicting

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

¹Lecturer ¹Email: manerat.t@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer ²Email: pimrat.t@bcn.ac.th

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Prabormrajchanok institute, Bangkok, Thailand.

ปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

Received: Aug 19, 2023

Revised: Dec 1, 2023

Accepted: Mar 5, 2024

มนีรัตน์ เทียมหมอก พย.ม.¹

พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา ส.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ สามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ง่าย ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขของไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงคาดการณ์ โดยมีความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยง เก็บข้อมูลจากนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 275 คน เก็บข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2564 – มีนาคม 2565 โดยใช้แบบประเมินที่ปรับจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัย: พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (ร้อยละ 62.90) มีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ร้อยละ 50.50) ซึ่งความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ตัวแปรร่วมทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นมี 5 ตัวแปร ที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 16.10

สรุปผล: ตัวแปรร่วมทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ การใช้สาร และสิ่งเสพติด การรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยนำไปขยายผล เช่น การส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อลดผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่น ปัจจัยทำนาย

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

¹อาจารย์ ¹Email: manerat.t@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ ²Email: pimrat.t@bcn.ac.th

¹⁻²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม ค่านิยม สื่อ และ สังคมในปัจจุบัน มีการพัฒนาเทคโนโลยีตามกระแสโลกาภิวัตน์ วัยรุ่นจึงสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ง่าย มีผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงในด้านต่าง ๆ นำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การตายของวัยรุ่น ซึ่งจากข้อมูลที่มีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่ การตายจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท การติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การทำแท้งโดยไม่ปลอดภัย การติดยาและสารเสพติด รวมถึงมีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งในปัจจุบันและส่งผลกระทบต่อไปถึงวัยผู้ใหญ่ในอนาคต¹ จากการสำรวจสถิติสำคัญทางสาธารณสุข ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2561 พบอัตราการเกิดในมารดาวัยรุ่นอายุ 15 - 59 ปี คิดเป็น 51 คนต่อพันประชากร บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.40 สูบบุหรี่ในกลุ่มประเทศอาเซียน ร้อยละ 19.08 อัตราการอ่านออกเขียนได้ ในปี 2561 ร้อยละ 92.90 ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2560² และยังพบว่าจากสถิติถึงแม้วัยรุ่นจะมีอัตราการใช้อย่างอนารมัยที่สูงขึ้น แต่พบว่ายังขาดความสม่ำเสมอ ส่งผลให้โรคทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น การติดเชื้อ HIV ในช่วงอายุ 15 - 24 ปี ติดเชื้อเพิ่มจาก 93 คนต่อประชากรแสนคน มาเป็น 161 คนต่อประชากรแสนคน หรือเพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 70 ในช่วงเวลา 5 ปี³

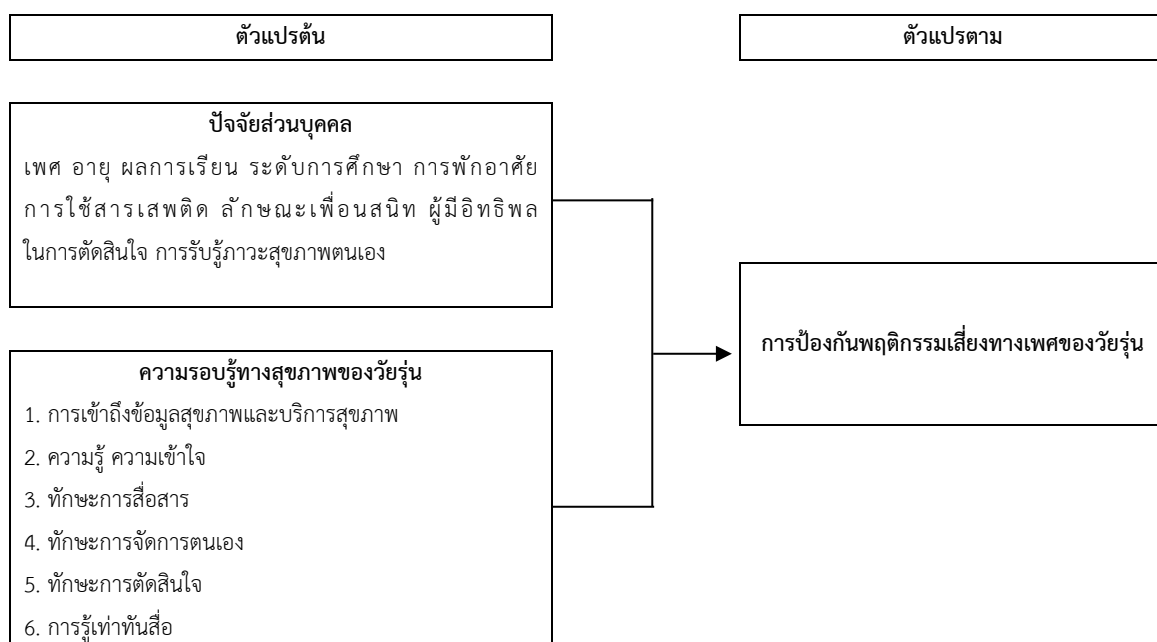
กระทรวงสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (health literacy) มากขึ้น จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.40 ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา⁴ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและผิดปกติ เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่าบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำกว่า⁵ ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น⁶ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคซิฟิลิสของวัยรุ่น⁷

จากผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียน อายุ 7 - 14 ปี และกลุ่มวัยทำงาน อยู่ในระดับพอใช้ จำแนกรายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้ คือ พฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการอารมณ์/ ความเครียด และพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ หรือยาเส้น ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดีมาก คือ พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁸ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง และสังคมได้⁹ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพของตนเองและรวมถึงการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีในเด็กและวัยรุ่น จะสะท้อนให้เห็นในสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่¹⁰ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมประชาชนโดยเฉพาะวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำมาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยน แก้ไขพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น¹¹

ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นเพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพของวัยรุ่น และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น รวมถึงศึกษาปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และลดปัญหาการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในอนาคตต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam¹² ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับความรู้ทางสุขภาพของวัยรุ่น
2. การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
3. ปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ทางสุขภาพ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
2. ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
3. ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น
4. ระดับความรู้ทางสุขภาพสามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation studies) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบกลับด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 4 - 6 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา ประเภทสหศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรปราการ เขต 2 จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 3,188 คน¹³ กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹⁴

$$N = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq} = \frac{3188 (1.96)^2 (0.202) (0.798)}{(0.05)^2 (4625-1) + (1.96)^2 (0.202) (0.798)} = 210.9 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด 211 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงคำนวณเพิ่มร้อยละ 30 (64 คน) จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 275 คน เลือกโรงเรียนในเขต สพท. เขต 2 จังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากมีอาณาเขตพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานคร สามารถทำให้เห็นภาพรวมของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของวัยรุ่นได้ครอบคลุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ใช้ขนาดสถานศึกษาเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง เลือกโรงเรียนจำนวน 4 แห่งตามขนาดแล้วคำนวณตามสัดส่วนนักเรียนในแต่ละโรงเรียน ตามสูตร (Sample size for proportion allocation) จากนั้นจับสลากสุ่มเป็นห้องเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 2) นักเรียนให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอม 3) ผู้ปกครองให้ความร่วมมือ และลงนามในเอกสารยินยอม 4) นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ปรับมาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพวัยรุ่นไทยอายุ 12 - 19 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 แบ่งตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามการรับรู้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert rating scale) 4 ระดับ คือ น้อย = 1, ค่อนข้างน้อย = 2, ค่อนข้างมาก = 3 และมาก = 4

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวกและด้านลบจำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความถี่การปฏิบัติพฤติกรรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Rating scale) 4 ระดับ สำหรับข้อคำถามเชิงบวกคือ ไม่เคยทำเลย = 1, บางครั้ง = 2, บ่อยครั้ง = 3 และเป็นประจำ = 4 ทั้งนี้กรณีเป็นข้อคำถามเชิงลบ มีการให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำเลย = 4, บางครั้ง = 3, บ่อยครั้ง = 2 และเป็นประจำ = 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ผู้เชี่ยวชาญแนวความคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67 -1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักเรียนมัธยมศึกษาที่เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้ตอบแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัย ทำเอกสารชี้แจงข้อมูลเป็น Google form กรณีที่สมัครใจ ให้กดเลือก “ยอมรับ” และเริ่มทำแบบสอบถาม แต่ถ้าไม่สมัครใจเข้าร่วมให้เลือก “ไม่ยอมรับ”

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ (IRB No. BCNB-2563-09) เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2563 อธิบายการพิทักษ์สิทธิ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงข้อมูลมาที่ตัวนักเรียน แบบสอบถามบางข้อเป็นเรื่องส่วนตัว ถ้ามีความรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ สามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในข้อนั้น หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้อง นำมาวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression analysis) โดยนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยวิธีถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression)¹⁶

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสอบถามออนไลน์กลับมาทั้งสิ้น 275 ชุดคำตอบ คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 275 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 เพศหญิง ร้อยละ 48 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 15 – 18 ปี ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 37.50 มีผลการเรียนอยู่ระหว่าง 2.50 - 2.99 ร้อยละ 31.30 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 70.90 เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 51.60 โดยเป็นการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.20 ลักษณะของเพื่อนสนิท มีอารมณ์ดี ร่าเริง สนุกสนาน ร้อยละ 35.50 อิทธิพลในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างคือตนเอง ร้อยละ 60 และสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวมใน 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.10

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเมื่อนำมาจำแนกเป็น 4 ระดับ วิจัยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ร้อยละ 62.90 รองลงมา อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ร้อยละ 20.00 และระดับมาก ร้อยละ 15.60 ($M = 114.6$ $SD = 18.05$ $Min = 56$ $Max = 160$)

2. การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า วิจัยมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากที่สุดในเรื่อง ไม่ออกจากบ้านไปเที่ยวกับเพื่อนเมื่อหยุดหยุดการงานเสียกับครอบครัว ร้อยละ 72.7 และเมื่อจำแนกเป็นระดับ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า วิจัยส่วนใหญ่มีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับค่อนข้างดี ร้อยละ 50.50 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 25.80 และ ระดับดีมาก ร้อยละ 22.50 ($M = 25.31$ $SD = 4.7$ $Min = 12$ $Max = 36$)

3. ปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวิจัย

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ทางสุขภาพ พบว่า วิจัยที่ผลการเรียนดี (3.00 - 4.00) มีโอกาสที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก - ค่อนข้างมาก เป็น 2.64 เท่า (95%CI = 1.428 - 4.889) ของกลุ่มที่มีต่ำ ถึงปานกลาง (<2.00 - 2.99) นอกจากนี้วิจัยที่มีภาวะสุขภาพร่างกาย และจิตใจในช่วง 1 เดือน ดีมาก - ดี มีโอกาสที่จะมีระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก - ค่อนข้างมาก เป็น 3.84 เท่า (95%CI = 2.033 - 7.237) ของระดับปานกลาง - ไม่ดี ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ทางสุขภาพ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับความรู้ทางสุขภาพของวิจัย (N = 275)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้ทางสุขภาพ (คะแนนเต็ม 160)				Crude OR	95%CI	χ ²	P -value
	มาก - ค่อนข้างมาก		ค่อนข้างน้อย - น้อย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ผลการเรียน								
<2.00 - 2.99	100	70.90	41	29.10	2.642	1.428 - 4.889	9.980	.002*
3.00 - 4.00	116	86.60	18	13.40				
ภาวะสุขภาพฯ								
ปานกลาง - ไม่ดี	89	67.40	43	32.60	3.835	2.033 – 7.237	18.631	<.001*
ดีมาก - ดี	127	88.80	16	11.20				

$p < .001$.

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า วิจัยเพศหญิง มีโอกาสที่จะมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับดีมาก - ค่อนข้างดี เป็น 1.76 เท่า (95%CI = 1.021-3.038) ของวิจัยเพศชาย วิจัยที่ไม่เคยใช้สารเสพติดมีโอกาที่จะมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับดีมาก - ค่อนข้างดี เป็น 0.41 เท่า (95%CI = .231-.709) ของวิจัยที่เคยใช้สารเสพติด ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (N = 275)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง				Crude OR	95%CI	χ2	p -value
	ทางเพศ (คะแนนเต็ม 36)							
	ดีมาก - ค่อนข้างดี		พอใช้ - ไม่ดี					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								
ชาย	97	67.80	46	32.20	1.761	1.021 - 3.038	4.189	.041*
หญิง	104	78.80	28	21.20				
การใช้สารเสพติด								
ไม่เคยใช้	109	82.00	24	28.00	.405	.231-.709	10.289	.001**
ใช้	92	64.80	50	35.20				

p < .001.

3.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ ถ้ามีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการรู้เท่าทันสื่อ จะส่งผลให้มีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดีขึ้น

3.4 ปัจจัยทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression ด้วยวิธีการถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise) พบตัวแปรทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ ทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ เพศ การใช้สารเสพติด การรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .401 ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 16.1 โดยมีความคาดเคลื่อนในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 1.833 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวประชากร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องการใช้สารเสพติด และความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ สามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น .347 กับ .258 และ 1.606 กับ .254 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (N = 275)

ปัจจัยทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ	1.050	.530	.112	1.980	.049*
การใช้สารและสิ่งเสพติด	.347	.076	.258	4.586	.000**
สุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวม ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	-1.170	.359	-.189	-3.262	.001*
ความรอบรู้ทางสุขภาพ					
การเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	-1.479	.508	-.198	-2.913	.004*
การรู้เท่าทันสื่อ	1.606	.424	.254	3.792	.000**
Constant 24.483; SE _{est} =±1.833					
R=.401; R ² =.161; F=10.312; p-value=.000					

p < .001.

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสมุทรปราการ ทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ เพศ การใช้สารเสพติด การรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

เพศ จากการศึกษา พบว่า เพศหญิง มีโอกาสที่จะมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับดีมาก - ค่อนข้างดี เป็น 1.76 เท่าของวัยรุ่นเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศที่ต่างกันจะมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่างกัน โดยเพศชายจะมีพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศมากกว่าเพศหญิง¹⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาระดับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ตามปัจจัยนำ เพศชายมีประสบการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง¹⁸ และการศึกษาที่พบว่าเพศชายมีโอกาที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากความอยากรู้อยากลอง และชอบความท้าทายมากกว่าเพศหญิง แสดงถึงการที่เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดีกว่าเพศชาย¹⁹

การใช้สารเสพติด พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยวัยรุ่นที่ไม่เคยใช้สารเสพติดมีโอกาที่จะมีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับดีมาก - ค่อนข้างดี เป็น 0.41 เท่า ของวัยรุ่นที่เคยใช้สารเสพติด (OR =.405, CI = .231-.709) ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาวัยรุ่นที่มีการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์²⁰ นอกจากนี้พบว่า การใช้สารเคมีกระตุ้นอารมณ์ทางเพศและดื่มของมึนเมา มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการใช้¹⁸

ภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจในช่วง 1 เดือน มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจในช่วง 1 เดือน ดีมาก - ดี มีโอกาที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก - ค่อนข้างมาก เป็น 3.84 เท่าระดับปานกลาง - ไม่ดี พบการศึกษาภาวะจิตใจและความเครียด มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²¹ และพบว่าการรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก

การจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, และ .001²² และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ($r = .128, p < .05$) แปลว่า เมื่อกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพมาก จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากขึ้นด้วย²³

ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การรู้เท่าทันสื่อสามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ ถ้ามีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการรู้เท่าทันสื่อจะส่งผลให้มีการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดีขึ้น มีการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴ และการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องในประเด็นความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้านของการศึกษานี้ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ อาจเนื่องมาจากการเป็นนักศึกษาในวัยรุ่นหญิงเท่านั้น⁶ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจสามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพได้¹¹ และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵ จึงควรส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้มีการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานทางสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อเพื่อส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น หรือแก้ปัญหาในกรณีที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติด เพื่อให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น และนำไปออกแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยรุ่น
2. หน่วยงานทางการศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น เพื่อป้องกันปัญหาในโรงเรียนอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ในการเข้าศึกษาเชิงลึกกับวัยรุ่นที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย หรือมีระดับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับไม่ดี เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือนวัตกรรมที่ช่วยยกระดับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นำไปสู่การป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง

References

1. Areekul W. Future direction for adolescent health care. In: Areemit R, In-iw S, Manaboriboon B, Hongsanguansri S, and Jaruratanasirikul S, editors. Textbook of adolescent medicine. Bangkok: The Royal College of Pediatric of Thailand; 2016. p. 85–96. (in Thai)
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistic A.D. 2018. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
3. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Thai health 2019: online social media—a double edged sword Thai health in the context of a socially-connected world. Bangkok: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2019. (in Thai)
4. Health education Division, Ministry of Public Health. Health literacy. Bangkok: New Thammada press; 2011. (in Thai)
5. Health education Division, Ministry of Public Health. Strategies for enhancing and assessing health literacy and health behaviors. Bangkok: Samchareon Phanich; 2018. (in Thai)
6. Tangnorakul P, Sananreangsak S, Teerarungsikul N. The relationship between sexual health literacy and sexual behavior among middle school female students. Royal Thai Navy Medical Journal 2019;46(3):607–20. (in Thai)
7. Phonsakkwa C, Suwannaphant K, Wanthae N, Kansin S. Health literacy and factors related to risk behaviours of Syphilis infection among male high school students in Udon Thani province. Journal of the office of DPC 7 KhonKaen 2021;28(1):77-89. (in Thai)
8. Health education Division, Ministry of Public Health. Health literacy assessment report and health behaviors of the target group. Bangkok: Health education Division Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
9. Choeisuan V. Health literacy: concept and application for nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):183-97. (in Thai)
10. Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. Health literacy and women's reproductive health: a systematic review. Journal of Women's Health, 2016;25(12),1237-55.
11. Thongthep S, Jutiyon B. Behaviors of the people aged 15 years and over in Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Si Thammarat province. Journal of Health Education and Communication 2019;5(1):42-52. (in Thai)
12. 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;15:259-67.
13. The Secondary Educational Service Area Office Samut Prakan. Student data [Internet]. 2020. Available from: https://www.sesaosp.go.th/website/?page_id=627. (in Thai)

14. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. USA: John Wiley & Sons; 2005.
15. Health education Division, Ministry of Public Health. A health literacy assessment form to reduce health risk behaviors among Thai adolescents aged 12-19 years. Bangkok: Health education, Division Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
16. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advance in Health Sciences Education* 2010;15(5):625-32.
17. Pupunhong W, Wuttisin K, Traitip T. Factors related to sexual behavior of teenagers in Amphoe Meuang Kalasin province. *Prae-wa Kalasin Journal Kalasin University* 2016;3(2):54–72. (in Thai)
18. Pangsang W, Saranrittichai W. Predictive Fators of sexual risk behaviors among early adolescents. *Journal of The Office of DPC 7 Khon Kaen* 2022;29(3):77–86. (in Thai)
19. Hoyrat P, Wongsawat P. Factors influencing sexual intercourse behaviors among secondary school students. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36(1):149-63. (in Thai)
20. Donghong S, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors related to health literacy among military conscripts in Chon-Buri province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;29(2):13-23. (in Thai)
21. Plianbumroong D. Health perceptions and health behaviors of pre-hypertension client. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(1):83-92. (in Thai)
22. Tanak L, Koshakri R, Jewpattanakul Y. Factors related to health literacy among high-risk hypertension population in Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;21(3): 140–50. (in Thai)
23. Seedaket S, Chotchai T. Health literacy of school-age pregnancy prevention and sexual intercourse among high school students in Khon Kaen province. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(1):99-111. (in Thai)
24. Khampisut J. Health literacy and health promotion behaviors of students in Naresuan university. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University* 2018; 24(1): 67-78. (in Thai)
25. Somjaipeng W. The relationship between sexual health literacy and sexual behaviors of teenage in a district of Suphanburi province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2022;5(2):101-16. (in Thai)

บทความวิจัย

Relationship between Pre-Pregnancy Maternal BMI
and Gestational Weight Gain on Perinatal Complication

Received: Oct 12, 2023

Revised: Feb 9, 2024

Accepted: Mar 5, 2024

Kasorn tosaeng, B.N.S.¹Panuttita Khoonboonyung, M.S.N.^{2*}

Abstract

Introduction: Pregnant women, with a body mass index before pregnancy (pre-pregnancy body mass index; pre- BMI) and weight gain during pregnancy outside the Institute of Medicine (IOM) ecommendation, have an increased risk of perinatal complications.

Research objectives: This study aimed to investigate the associations between pre-pregnancy body mass index (pre-BMI), gestational weight gain (GWG), and maternal and neonatal complications.

Research methodology: This retrospective analytic study collected data from the medical records of the singleton pregnant women with no complications 3,614 women. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared test, Spearman's rank correlation test, and multivariate analysis. Statistical significance was set at p-value < .05.

Results: Pre-BMI was positively related to gestational age and birth weight, and an abnormal pre-BMI was associated with cesarean section delivery. Pre-BMI exceeding the threshold, and obesity were related to the GDMA1 status. Obesity was associated with GDMA2, gestational hypertension, Postpartum hemorrhage (PPH), and newborn death. Also, GWG was positively correlated to birth weight and gestational age, except for GWG in a group of pre-BMI exceeding the threshold. GWG not achieving the IOM recommendations was associated with cesarean section delivery. GWG exceeding the threshold was associated with severe preeclampsia and cephalopelvic disproportion (CPD). GWG lower than the threshold was associated with fetal hypoxia.

Conclusions: Among pregnant women, two out of four had an abnormal pre-BMI and two-thirds had a GWG that did not achieve the IOM recommendations; and were associated with maternal and perinatal complications.

Implications: Nurses, midwives and multidisciplinary professionals should set a cooperative planning to prepare women before pregnancy to reach an appropriate pre-BMI and determine GWG appropriately for individual.

Keywords: Perinatal complication, body mass index, Gestational weight gain

Funding: Rajavithi hospital

¹Registered Nurse, Professional Level Rajavithi hospital, Bangkok, Thailand. ¹Email: Kasorn.to@gmail.com

^{2*}Corresponding author. Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand. ²Email: Panuttita.k@bcn.ac.th

ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอด

Received: Oct 12, 2023

Revised: Feb 9, 2024

Accepted: Mar 5, 2024

เกษร โตแสง พย.บ.¹

ปณัฏฐิตา ขุนบุญยัง พย.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้คลอดที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (pre-BMI) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (GWG) ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Institute of Medicine (IOM) อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) ศึกษา pre-BMI และ GWG 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของ pre-BMI และ GWG ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาแบบย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิของผู้คลอดครรภ์เดียวที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์ จำนวน 3,614 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนและการวิเคราะห์พหุตัวแปร กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย: BMI มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดย pre-BMI ที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดบุตร pre-BMI เกินเกณฑ์และภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะ GDMA1 โดยกลุ่มภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะ GDMA2 ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด นอกจากนี้พบว่า GWG มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดและอายุครรภ์ยกเว้น GWG ในกลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ โดย GWG ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ IOM มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดบุตร GWG เกินกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและภาวะครรภ์ระยะไม่ได้สัดส่วนกับอู้งเชิงกราน ส่วน GWG ต่ำกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องออกซิเจนในครรภ์

สรุปผล: ผู้คลอดมี pre-BMI ผิดปกติ 2 ใน 4 และมี GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ IOM กำหนด 2 ใน 3 และพบมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอด

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลผดุงครรภ์และสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันวางแผนในการเตรียมความพร้อมสตรีก่อนตั้งครรภ์ให้มี BMI ที่เหมาะสมและกำหนด GWG ให้เหมาะสมในแต่ละราย

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

ได้ทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลราชวิถี

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ ประเทศไทย ¹Email: Kasorn.to@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย ²Email: Panuttita.k@bcn.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันพบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยประเทศอังกฤษในปี 1989 จากร้อยละ 7.60 เป็นร้อยละ 15.60 และ 22.20 ในปี 2017 และ 2018 ตามลำดับ¹ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 45 มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนก่อนคลอด² และพบว่าร้อยละ 48 มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าที่สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (IOM) กำหนด³ ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียพบมีภาวะน้ำหนักเกินขณะตั้งครรภ์และภาวะอ้วนร้อยละ 34⁴ สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น⁵ พบร้อยละ 21.52 ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.53 และ 25.36 ในปี พ.ศ. 2557 - 2558 ตามลำดับ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี⁵ ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 พบร้อยละ 22.92, 26.20 และ 27.74 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนจำนวนมากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกได้

ภาวะน้ำหนักเกินขณะตั้งครรภ์ คือ ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (pre-BMI) มากกว่าเกณฑ์ที่ IOM กำหนด ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกับสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ แบ่งเป็น pre-BMI เท่ากับ 25 - 29.99 kg/m² หมายถึง มีภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และ ≥ 30 kg/m² หมายถึง มีภาวะอ้วน (Obesity) โดยแบ่งเป็น อ้วนระดับที่ 1 (BMI ≥ 30 - 34.99 kg/m²) และระดับที่ 2-3 (BMI 35.00 - 39.00, BMI ≥ 40 kg/m² ตามลำดับ)⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า pre-BMI มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกโดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes mellitus; GDM) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertensive disorder in pregnancy; HPD) ทารกตัวโต (macrosomia) ทารกน้ำหนักน้อย (LBW) ความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดคลอดบุตรและการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรวมทั้งทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด^{7,8} โดยการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนระดับที่ 1 - 3 มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.9, 3.5, 5 และ 6.6 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักปกติ⁹ และพบว่าการเปลี่ยนแปลงของ pre-BMI ระหว่างการตั้งครรภ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 kg/m² ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด 1.33 เท่า¹⁰ เช่นเดียวกับมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนระดับที่ 1 - 3 เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดเป็นกรดในทารกเท่ากับ 1.35, 1.46 และ 1.75 เท่า ตามลำดับ¹¹ จากข้อมูลดังกล่าวมาไม่เพียงแต่ BMI ของมารดาเท่านั้น ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกอีกด้วย

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (GWG) หมายถึง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ โดยนับจากน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ถึงน้ำหนักก่อนคลอดซึ่ง GWG เกิดจากการสะสมของไขมันระหว่างการตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รก และขนาดมดลูกที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ GWG ที่เหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับ pre-BMI ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตามคำแนะนำของ IOM กล่าวคือกลุ่มดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ (BMI < 18.5 kg/m²) ดัชนีมวลกายปกติ (18.5 - 24.9 kg/m²) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และภาวะอ้วน ควรมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ คือ 12.50 - 18, 11.50 - 16, 7 - 11.50 และ 5 - 9.10 kg. ตามลำดับ⁶ ซึ่งการมี GWG ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มี GWG สูงกว่าเกณฑ์ที่ IOM กำหนด มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะ

HPD, GDM ทารกทารกตัวโตและมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด และยังพบอีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 3 ร่วมกับมี GWG ที่เพิ่มมากกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรักษาของทารกที่หน่วยทารกวิกฤติมากกว่า 7 วัน¹² จะเห็นได้ว่า pre-BMI และ GWG ที่ผิดปกติถือเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

การเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขและเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย โดยแผนยุทธศาสตร์กรมอนามัยได้กำหนดตัวชี้วัด¹³ อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราตายปริกำเนิดไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดมีชีพจากสถานการณ์ภาพรวมทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบอัตราส่วนการตายมารดาไทย 17.33, 19.98, 23.10 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราส่วนทารกแรกเกิดไร้ชีพ 4.28, 4.47, 4.40 ต่อพันการเกิดมีชีพ โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า ในสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งมีขนาดใหญ่ที่สุดของกระทรวงสาธารณสุขจากสถิติการคลอดบุตรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึงปี พ.ศ. 2563 เป็นจำนวน 5,330 4,540 และ 4,414 ราย ตามลำดับเป็นการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ (Obstetric complication) ถึงร้อยละ 68.99, 69.07 และ 67.06 รวมทั้งมีหลายตัวชี้วัดที่สูงกว่าเป้าหมายและภาพรวมของประเทศ เช่น อัตราการพร่องออกซิเจนแรกเกิดที่ 1 นาที 92.87, 95.41 และ 119.35 ต่อพันการเกิดมีชีพ อัตราตายปริกำเนิด 10.30, 11.70 และ 10.65 ต่อพันการเกิดมีชีพ และมีอัตราทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 gm ร้อยละ 16.67, 15.39 และ 15.26 ตามลำดับ¹⁴ ในขณะที่เดียวกันก็พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.48, 63.39 และ 64.59 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าควรมีการสำรวจความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนเพื่อช่วยให้มารดา และทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดมีสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับ IOM ได้แนะนำว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์นั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดที่ดีของมารดาและทารกแรกเกิด⁶

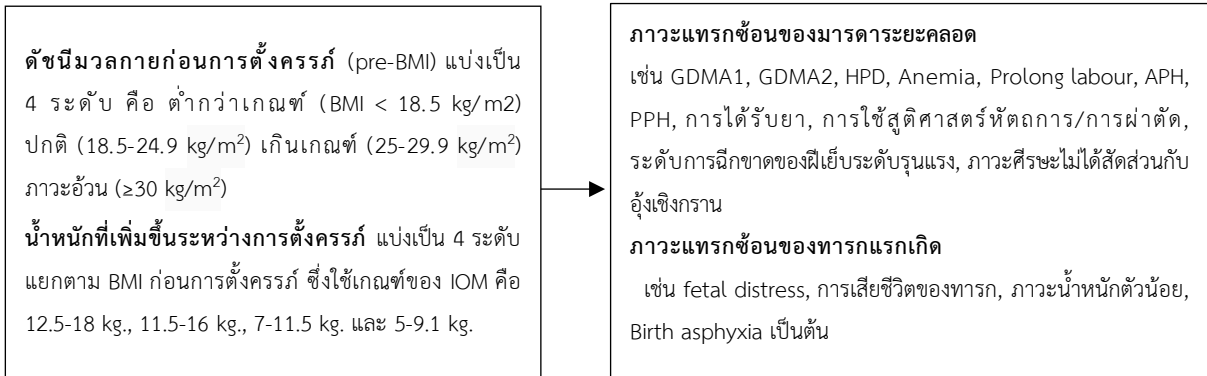
แนวทางของห้องฝากครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วนที่ผ่านมา ได้ให้การดูแลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ปกติตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ pre-BMI และการมี GWG ตลอดการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายยังไม่ชัดเจน อีกทั้งไม่ได้เน้นย้ำถึงภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดจากการมี pre-BMI และ GWG ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งจากการสอบถามผู้คลอดไม่ทราบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ของตนเองที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด บางรายบอกว่า “การมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก ๆ จะทำให้ทารกน่ารักและสุขภาพแข็งแรง” ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง pre-BMI และ GWG ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอดของโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ผิดปกติ ให้มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพต่อมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective analytical research) จากชุดข้อมูลทุติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้คลอดครรภ์เดียวที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2565 จำนวน 7,108 ราย (ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 4,041 และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3,067 ราย)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบกับค่าสัดส่วน 2 กลุ่มของ Bernard R¹⁵

$$n = \frac{[Z_{\alpha/2}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบร้อยละ 80 คือ .842

อ้างอิงจากการศึกษาของ Senbanjo และคณะ¹² เมื่อปี 2021 พบว่า ดัชนีมวลกายของหญิงก่อนตั้งครรภ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertensive pregnancy disorder : HPD)

P_1 = ดัชนีมวลกายระดับ Normal มีความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.84

p_1 = .1484

P_2 = ดัชนีมวลกายระดับ Overweight มีความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 20.16

p_2 = .2016

$\bar{P}$ = ค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ของดัชนีมวลกายทั้ง 2 ระดับ = $\frac{(P_1 + P_2)}{2} = .35$

ดังนั้นสามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

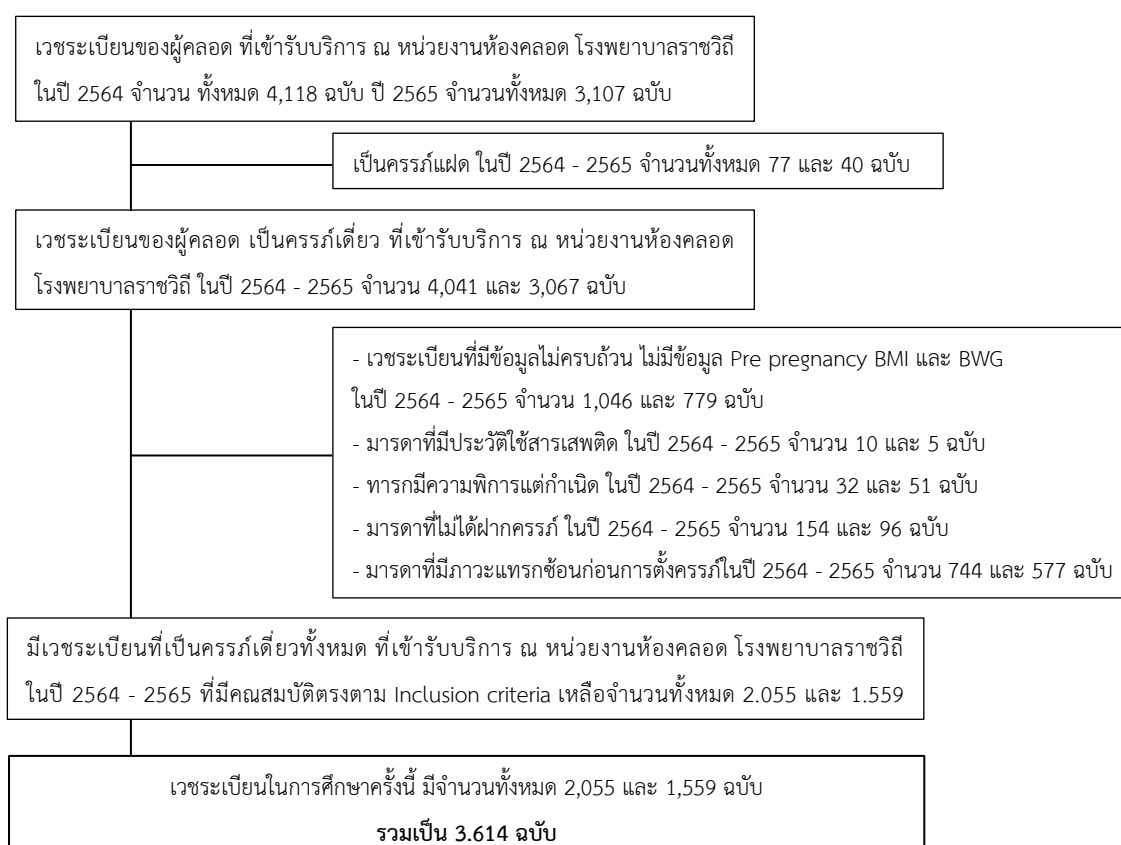
$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.35)(1-0.35)} + 0.842\sqrt{0.1(1-0.1484) + 0.2016(1-0.2016)}]^2}{(0.1484-0.2016)^2}$$

$n = 800$ ราย

ผลจากการคำนวณพบว่าผู้วิจัยต้องเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น อย่างน้อยกลุ่มละ 800 ราย จำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่ม pre-BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$) ปกติ ($18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) เกินเกณฑ์ ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$) และมีภาวะอ้วน ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) รวมเป็น 3,200 ราย ขึ้นไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 3,614 ราย ตามแผนภาพแสดงลำดับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย ผู้คลอดที่เป็นครรภ์เดียว เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2565 และเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย ผู้คลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด ผู้คลอดที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์และทารกมีความพิการแต่กำเนิด



ภาพที่ 2 ลำดับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนมีลักษณะคำถาม คำตอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย 9 คำถาม คือ อายุ สัญชาติ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลำดับการตั้งครรภ์ สถานที่และคุณภาพการฝากครรภ์ ส่วนที่มีลักษณะเติมคำสั้น ๆ คือ ข้อมูลอายุครรภ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระหว่างการคลอดมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด การได้รับยาขณะคลอด วิธีการคลอด ระดับการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยโดยสูติแพทย์และบันทึกไว้ในเวชระเบียน ส่วนที่มีลักษณะเติมคำสั้น ๆ คือ ข้อมูลน้ำหนักทารกและคะแนน APGAR

ส่วนที่ 3 ข้อมูล pre-BMI และ GWG มีลักษณะเติมคำสั้น ๆ ได้มาจากการคัดลอกข้อมูลที่บ้านทีกอยู่ในเวชระเบียน โดย pre-BMI คำนวณจากโปรแกรมอัตโนมัติ ส่วน GWG คำนวณจากพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โดยนำน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (kg.) ลบด้วยน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ (kg.)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสตรีในระยะคลอดและอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มเติมปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ประกอบด้วย การได้รับยาเร่งคลอดและการได้รับยาแก้ปวดก่อนคลอดลงในข้อคำถามด้านการได้รับยาขณะคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลราชวิถี ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูลโดยได้รับการอนุมัติเลขที่ COA NO 130/2566 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถีแล้ว ได้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษา โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่บ้านทีกอยู่คอมพิวเตอร์ของห้องคลอด หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลและในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เขียนรายงานผล อภิปรายผลและสรุปรายงานผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ โดยใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับ GWG และ pre-BMI โดยใช้สถิติไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอดตามลักษณะของข้อมูล โดยใช้สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation test) มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate Analysis) รายงานผลเป็นค่า Adjusted Odds Ratio (adj OR) และ 95% confidence interval (CI)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่าผู้คลอดจำนวนทั้งหมด จำนวน 3,614 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19 - 35 ปี ร้อยละ 82.50 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 57.20 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.30 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 82.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.50 เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 63.50 ฝากครรภ์ครบคุณภาพที่ รพ.ราชวิถี ร้อยละ 95.80 และร้อยละ 85.60 ตามลำดับ และมีผู้คลอดในกลุ่ม pre-BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติ เกินเกณฑ์ และมีภาวะอ้วนร้อยละ 11.80, 63.50, 18.40 และ 6.30 ตามลำดับ และมี GWG แบ่งเป็น ต่ำ เป็นไปตามเกณฑ์และเกินเกณฑ์ที่ IOM กำหนดร้อยละ 35.90, 32.90 และ 31.20 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับ pre-BMI พบว่า อายุ สัญชาติ อาชีพ การศึกษาและลำดับการตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยพบว่าทั้ง pre-BMI และ GWG ทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19 - 35 ปี สัญชาติไทย ประกอบอาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ยังพบว่าในทุกกลุ่ม pre-BMI เป็นครรภ์หลัง ส่วนด้านการศึกษาพบว่ากลุ่ม pre-BMI น้อยกว่าเกณฑ์มีการศึกษาระดับมัธยมต้นหรือเทียบเท่ามากที่สุด กลุ่ม pre-BMI ปกติ เกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วนมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ในขณะที่กลุ่ม GWG ต่ำกว่าเกณฑ์และกลุ่ม GWG เกินเกณฑ์มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมต้นหรือเทียบเท่ามากที่สุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง pre-BMI ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า pre-BMI มีความสัมพันธ์กับภาวะ GDMA1 ภาวะ GDMA2 ภาวะ Gestational HT วิธีการคลอด การได้รับยา Pethidine การตัดฝีเย็บ ภาวะ PPH และการเสียชีวิตของทารก หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์พหุตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มโอกาส C/S เช่นเดียวกับกลุ่มที่มี BMI เกินเกณฑ์และกลุ่มภาวะอ้วน นอกจากนี้สองกลุ่มหลังยังเพิ่มโอกาสเกิดภาวะ GDMA1 และกลุ่มที่มีภาวะอ้วนยังเพิ่มโอกาสเป็น GDMA2, Gestational HT, ภาวะ PPH และทารกเสียชีวิตแรกเกิด ดังตารางที่ 1

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง GWG ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า GWG มีความสัมพันธ์กับภาวะ GDMA2 ภาวะ Gestational HT ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง วิธีการคลอด ระดับการฉีกขาดฝีเย็บ ภาวะ CPD ภาวะ fetal distress และคะแนน Apgar นาทีที่ 5 หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์พหุตัวแปรผลการศึกษา พบว่าทั้งกลุ่มที่มี GWG ต่ำกว่าเกณฑ์และกลุ่มเกินเกณฑ์ที่ IOM กำหนดเพิ่มโอกาสการ C/S นอกจากนี้ GWG ต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มโอกาสเกิดภาวะ fetal distress แต่ช่วยลดการเกิดภาวะ GDMA2 และกลุ่มที่มี GWG เกินเกณฑ์เพิ่มโอกาสเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและภาวะ CPD ดังตารางที่ 2

5. ความสัมพันธ์ของ pre-BMI และ GWG กับอายุครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า pre-BMI มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด เช่นเดียวกับ GWG ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด และอายุครรภ์ยกเว้นกลุ่ม BMI เกินเกณฑ์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง pre-BMI ต่อวิธีการคลอด ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด (N = 3,614)

ภาวะแทรกซ้อน	ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์					
	<18.50 vs 18.50 - 24.90		25 - 29.90 vs 18.5 - 24.90		≥30 vs 18.50-24.90	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
วิธีการคลอด						
C/S	1.37 (1.11-1.7)	.003*	1.3 (1.1-1.54)	.002*	2.13 (1.62-2.8)	< .001*
V/E	4.86 (.65-36.12)	.122	.50 (.15-1.69)	.267	.64 (.09-4.79)	.663
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด						
GDMA1	1.27 (.8-2.02)	.303	1.51 (1.11-2.05)	.009*	2.08 (1.36-3.17)	.001*
GDMA2	1.76 (.84-3.68)	.101	1.16 (.73-1.83)	.534	1.92 (1.07-3.46)	.029*
Gestational HT	1.3 (.39-4.38)	.671	.99 (.4-2.46)	.978	3.41 (1.43-8.11)	.005*
PPH	6.19 (.84-45.38)	.073	1.48 (.79-2.77)	.227	2.48 (1.13-5.43)	.023*
ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด						
การเสียชีวิตของทารก	>.001 (<.001->999.9)	.999	.99 (.2-4.76)	.987	4.31 (1.11-16.88)	.034*

*p-value <.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง GWG ต่อวิธีการคลอด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด (N = 3,614)

ภาวะแทรกซ้อน	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์			
	ต่ำกว่าเกณฑ์ vs ตามเกณฑ์		เกินกว่าเกณฑ์ vs ตามเกณฑ์	
	OR	p-value	OR	p-value
วิธีการคลอด				
C/S	1.41 (1.2-1.66)	< .01*	1.36 (1.15-1.59)	< .001*
V/E	1.25 (0.56-2.8)	.586	0.41 (0.13-5.7)	.121
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาในระยะคลอด				
GDMA2	.6 (.4-.92)	.019*	0.75 (0.45-1.26)	.275
Gestational HT	3.12 (1.22-7.93)	.017*	0.87 (0.42-1.77)	.697
Preeclampsia with severe feature	1.61 (.27-1.39)	.238	2.61 (1.2-5.69)	.016*
fetal distress	3.3 (1.19-9.1)	.021*	.35 (0.13-0.96)	.052
CPD	1.39 (.95-2.02)	.088	1.45 (1.04-2.03)	.029*

*p-value <.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของ pre-BMI และ GWG กับอายุครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด (N = 3,614)

ความสัมพันธ์	Correlation* (r)	P-value
pre-BMI กับ อายุครรภ์	.038	.018*
pre-BMI กับ น้ำหนักทารกแรกเกิด	.193	< .001*
GWG กับ อายุครรภ์		
กลุ่ม pre-BMI <18.5	.179	< .001*
กลุ่ม pre-BMI 18.5 - 24.9	.104	< .001*
กลุ่ม pre-BMI 25 - 29.9	-.003	.934
กลุ่ม pre-BMI > 30	.162	.012*
GWG กับน้ำหนักทารกแรกเกิด		
กลุ่ม pre-BMI <18.5	.379	< .001*
กลุ่ม pre-BMI 18.5 - 24.9	.258	< .001*
กลุ่ม pre-BMI 25 - 29.9	.174	< .001*
กลุ่ม pre-BMI > 30	.216	.001*

* ค่าสหสัมพันธ์ของ Spearman's rank correlation test

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่า ผู้คลอดมี pre-BMI อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ 2 ใน 4 โดยพบกลุ่มเกินเกณฑ์มากที่สุดร้อยละ 18.40 รองลงมาเป็นกลุ่มต่ำกว่าเกณฑ์และมีภาวะอ้วน ในส่วน GWG พบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ IOM กำหนด 2 ใน 3 โดยพบกลุ่มที่มี GWG ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุดร้อยละ 35.90 ซึ่งสอดคล้องกับการสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศที่กำลังพัฒนาที่พบหญิงวัยเจริญพันธุ์มีภาวะน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อตั้งครรภ์จึงเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ pre-BMI เกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วนโดยพบถึงร้อยละ 15 - 20 นอกจากนี้ยังมี GWG ไม่เป็นไปตามที่ IOM กำหนดถึงร้อยละ 20 - 40¹⁶ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความเชื่อในการบริโภครูปแบบต่าง ๆ การบริโภคอาหารแบบตะวันตกมากขึ้นและการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ที่ลดลง ซึ่งจากการศึกษานี้ก็พบว่าผู้คลอดที่มี pre-BMI ผิดปกติและมี GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์นั้นมีอายุอยู่ในช่วง 19 - 35 ปี และประกอบอาชีพรับจ้าง โดยพบว่ากลุ่ม pre-BMI ผิดปกติเป็นครรภ์หลังและมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่ ยกเว้นกลุ่ม pre-BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมต้นหรือเทียบเท่า ส่วนกลุ่ม GWG เกินเกณฑ์มีการศึกษาชั้นมัธยมต้นหรือเทียบเท่า ในขณะที่กลุ่ม GWG ต่ำกว่าเกณฑ์มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Çalik และคณะ พบว่า กลุ่ม pre-BMI ผิดปกติมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและเป็นครรภ์หลังเป็นส่วนใหญ่¹⁶

2. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในระยะคลอด พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ที่เกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วนทำให้เกิดภาวะ GDMA1 1.5 เท่า และ 2 เท่า ตามลำดับ และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเป็น GDMA2 1.9 เท่า อาจเนื่องมาจากภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนเกิดจากการบริโภคอาหาร

และพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ไม่สมดุลกัน เกิดการสะสมเนื้อเยื่อไขมันและเซลล์ไขมันสูงกว่าปกติ ดังกล่าวทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) บวกกับการเปลี่ยนแปลงระบบการเผาผลาญขณะตั้งครรภ์ ยิ่งสนับสนุนให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าสู่เซลล์เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงหรือภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลังที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 14.4 เท่า ภาวะ HPD 2.2 เท่า¹² ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ก็พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนสามารถทำนายการเกิดภาวะ Gestational HT ถึง 3 เท่า อาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนนั้น มีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีความผิดปกติของหลอดเลือดตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในกลุ่ม Pre existing risk นำไปสู่ความการฝังตัวของรกที่ผิดปกติ เกิดการหลั่งสารทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์แถบเอเชียพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนระดับ I – III มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.9, 3.5, 5 และ 6.6 เท่า ตามลำดับ⁹ จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เมื่อสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด จึงมีโอกาสได้รับการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดตามมา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดภาวะ PPH ประมาณ 2 เท่า และทั้งผู้คลอดที่มี pre-BMI เกินเกณฑ์และมีภาวะอ้วนมีโอกาส C/S เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า และ 2.1 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลังที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนระดับที่ I, II มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะ C/S 1.7 เท่า และ 2.31 เท่า ตามลำดับ และพบว่าภาวะอ้วนระดับที่ II - III มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเจาะถุงน้ำคร่ำ 1.42 เท่า การใช้ยา Oxytocin เพื่อเร่งคลอด 1.54 เท่า และภาวะตกเลือดหลังคลอด 2.20 เท่า¹⁷

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด กล่าวได้ว่า หากผู้คลอดมี pre-BMI น้อยจะยังทำให้คลอดก่อนกำหนด ทำให้มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากภาวะโภชนาการของมารดา ก่อนการตั้งครรภ์ส่งผลต่อสารอาหารที่จะไปยังทารก หากมีสารอาหารที่ไม่เพียงพออาจทำให้มีสารอาหารไปยังทารกน้อย ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักทารกและอายุครรภ์ขณะคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi และคณะ¹⁸ ที่พบว่า pre-BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับภาวะ SGA และจากภาวะทุพโภชนาการของมารดา ก่อนการตั้งครรภ์ในช่วงต้นจึงพบว่าเพิ่มโอกาส C/S 1.3 เท่า อาจเนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกในครรภ์ไม่สามารถทนต่อการถูกกดเบียดสายสะดือที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ จึงทำให้เพิ่มโอกาส C/S สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่มี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผน (Elective C/S) เนื่องจากมีความกังวลเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดและสุขภาพของทารก¹⁹

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง อาจเนื่องมาจากภาวะ GWG เกินเกณฑ์นั้น แสดงถึงความล้มเหลวในการจัดเก็บมวลไขมันและการเกิดเผาผลาญที่ผิดปกติ เกิดภาวะต้านอินซูลิน เกิดความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและเกิดแรงต้านในหลอดเลือดบริเวณรก (uteroplacental vascular resistance) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ตามมา อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสที่ทารกมีภาวะน้ำหนักตัวมากขึ้นได้จากการที่มีปริมาณน้ำตาลถูกส่งผ่านไปที่รกและทารกมากผิดปกติ เกิดการสะสมบริเวณร่างกายของทารก ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะ CPD 1.45 เท่า

และเพิ่มโอกาส C/S 1.36 เท่า สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า GWG เกินเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับ C/S ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะทารกตัวโต²⁰

ภาวะอ้วนยังทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนได้ โดยพบว่าทำให้ทารกเสียชีวิตแรกเกิดเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า อาจเนื่องมาจากภาวะดื้อต่ออินซูลินของมารดาที่มีภาวะอ้วนจะมีความเข้มข้นของสารชีวเคมีในน้ำคร่ำ (amniotic fluid erythropoietin; AF EPO) สูงขึ้น ซึ่งสารดังกล่าวช่วยบ่งชี้ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด¹⁶ การเข้ารับดูแลในหน่วยวิกฤติและมีภาวะทารกตัวโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์ กล่าวได้ว่าหากผู้คลอดมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยโดยเฉพาะในกลุ่มที่ pre-BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติและมีภาวะอ้วน จะยังทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และพบว่า GWG ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด กล่าวได้ว่าหากผู้คลอดมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยในทุกกลุ่ม pre-BMI จะยังทำให้มีน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยด้วย อาจเนื่องมาจากภาวะโภชนาการของมารดาส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และสารอาหารที่ไปยังทารกทำให้มีสารอาหารไปยังทารกน้อย ส่งผลต่อน้ำหนักทารกในครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า GWG ต่ำกว่าที่ IOM กำหนดมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ภาวะ SGA และลดการเกิดภาวะทารกตัวโตและภาวะ LGA²⁰ และพบว่า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด LBW และจากภาวะทุพโภชนาการของมารดาตามที่กล่าวข้างต้น ทำให้การส่งสารอาหารไปยังทารกไม่เพียงพอ²¹ จากการศึกษาพบภาวะ fetal distress 3.3 เท่า และ C/S 1.41 เท่า อาจเนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมีการหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นในระยะคลอดอาจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในครรภ์นำมาสู่การผ่าตัดคลอดบุตรในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า GWG ต่ำกว่าเกณฑ์มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน²² อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้คลอดที่มี GWG ต่ำกว่าเกณฑ์ช่วยลดการเกิดภาวะ GDMA2 ได้ร้อยละ 40 เนื่องจากภายหลังหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ GDM แล้วนั้น ทางหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจะมีแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ทำให้หญิงตั้งครรภ์พยายามควบคุมการรับประทานอาหาร ส่งผลให้มี GWG ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปที่ IOM กำหนด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมี GWG ต่ำกว่าเกณฑ์เกิดผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มี GWG เป็นไปตามเกณฑ์²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์และผู้ที่เกี่ยวข้องควรจัดระบบและมีแนวทางการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ (Preconception care) เพื่อส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนตั้งครรภ์สามารถควบคุม BMI ก่อนการตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ รวมทั้งควรเฝ้าระวังและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี pre-BMI เกินเกณฑ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และต่อเนื่องถึงระยะคลอด

2. ควรมีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่น หน่วยโภชนาการ พยาบาลเวชกรรมสังคม ในการกำหนดน้ำหนักที่ควรเพิ่มสำหรับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายอย่างเหมาะสมของแต่ละคน รวมถึงการติดตาม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นต่อสัปดาห์อย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาหาความสัมพันธ์ของ pre-BMI และ GWG โดยใช้เกณฑ์ตาม WHO สำหรับประชากรเอเชีย
2. ศึกษาเกณฑ์ GWG ที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
3. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนตั้งครรภ์สามารถควบคุม pre-BMI ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนการตั้งครรภ์
4. ศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ให้สามารถควบคุม GWG ให้เหมาะสม

References

1. NHS Digital. NHS maternity statistics 2018– 2019 [Internet]. 2019 [cited October, 2021] Available from: <https://files.digital.nhs.uk/D0/C26F84/hosp-epis-stat-mat-summary-report-2018-19.pdf>.
2. Stang J, Huffman LG. Position of the academy of nutrition and dietetics: obesity, reproduction, and pregnancy outcomes. The Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2016;116:677–91.
3. Branum AM, Sharma AJ, Deputy NP. Gestational weight gain among women with full-term, singleton births, compared with recommendations – 48 states and the District of Columbia, 2015. The Morbidity and Mortality Weekly Report 2016;65:1121.
4. Callaway LK, Prins JB, Chang AM, McIntyre HD. The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. The Medical Journal of Australia 2006;184:56-9.
5. Gettong N, Rujirapraser N. The relationships between knowledge about overweight during pregnancy, Perceived self-efficacy and health behaviors among pregnant women with overweight. Srinagarind Medical Journal 2018;33:1-7. (in Thai)
6. Institute of Medicine and National Research Council Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamine the guideline. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington(DC): National Academies Press(US); 2009.
7. Zhao R, Xu L, Wu ML, Huang SH, Cao XJ. Maternal pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain influence birth weight. Women Birth 2018;31:e20-5.
8. Lutsiv O, Mah J, Beyene J, McDonald SD. The effects of morbid obesity on maternal and neonatal health outcomes: a systematic review and meta-analyses. Obesity Reviews 2015;16:531-46.
9. Lim WY, Kwek K, Chong YS, Lee YS, Yab F, Chan YH, et al. Maternal adiposity and blood pressure in pregnancy: Vary relations by ethnicity and gestational diabetes mellitus. Journal of Hypertension 2014;32:857-64.

10. Persson M, Johansson S, Cnattingius S. Inter-pregnancy weight change and risks of severe birth asphyxia related outcomes in singletons born at term: a nationwide Swedish cohort study. *PLoS Medicine* 2016;13(6):e1002033.
11. Johansson S, Sandström A, Cnattingius S. Maternal overweight and obesity increase the risk of fetal acidosis during labor. *Journal of Perinatology* 2018;38:1144–50.
12. Senbanjo OC, Akinlusi FM, Ottun TA. Early pregnancy body mass index, gestational weight gain and perinatal outcome in an obstetric population in Lagos, Nigeria. *The Pan African Medical Journal* 2021;17:136.
13. National Institute of Child Health Development. Meeting to summarize the results of the development screening campaign for the year [Internet]. 2020. [cited October, 2021]. Available from: https://nich.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/nich/n819_57c086f83458c45371180494cb01030c_DS_03.pdf (in Thai)
14. Rajavithi Hospital. Delivery room, Rajavithi Hospital annual maternity statistics report 2018. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2018. (in Thai)
15. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed: Duxbury Press; 2000.
16. Çalik KY, Yildiz NK, Erkaya R. Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome. *Saudi Journal of Biological Sciences* 2018;25:1085-9.
17. Dalbye R, Gunnes N, Blix E, Zhang J, Eggebø T, Nistov Tokheim L, et al. Maternal body mass index and risk of obstetric, maternal and neonatal outcomes: A cohort study of nulliparous women with spontaneous onset of labor. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2021;100:521-30.
18. Choi H, Lim JY, Lim NK, Ryu HM, Kwak DW, Chung JH, et al. Impact of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on the risk of maternal and infant pregnancy complications in Korean women. *International journal of obesity* 2022;46(1):59-67.
19. Pettersen-Dahl A, Murzakanova G, Sandvik L, Laine K. Maternal body mass index as a predictor for delivery method. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2018;97:212–8.
20. Shi P, Liu A, Yin X. Association between gestational weight gain in women with gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BioMed Central Pregnancy Childbirth* 2021;21:508.
21. Waleetorncheepsawat N, Phattanchindakun B, Boriboonhirunsarn D. Association between gestational weight gain and small for gestational age in underweight pregnant women. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology* 2022;30:376-84. (in Thai)
22. Zhao RF, Zhang WY, Zhou L. Relationship between the risk of emergency cesarean section for nullipara with the prepregnancy body mass index or gestational weight gain. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2017;52:757-64.

บทความวิจัย

Experience of Anxiety Coping among Pregnant Women
during Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic

Received: Sep 7, 2023

Revised: Feb 10, 2024

Accepted: Mar 11, 2024

Atchara Chaichan, Ph.D.¹Chanokporn Sriprasarn, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Pregnant women's anxiety during the COVID-19 pandemic has influenced both their health and fetuses. Understanding how pregnant women cope with anxiety during the COVID-19 pandemic would be important.

Research objectives: This qualitative study explored the experiences of pregnant women who experienced anxiety during the COVID-19 pandemic.

Research methodology: Edmund Husserl's phenomenology was employed as a research approach. Seventeen pregnant women who visited an antenatal care hospital clinic in Mahasarakham Province, Thailand were recruited using purposive sampling. Data were collected using in-depth interviews from December 2022 to May 2023. Each interview lasted 45–60 minutes. Data were analyzed using the Colaizzi method.

Results: Five themes emerged: 1) coping with anxiety during the COVID-19 pandemic meant decreasing anxiety; 2) seeking knowledge consisted of four subthemes: (1) searching for information on the internet, (2) using social media, (3) asking the obstetrician, (4) asking friends, 3) Following Thailand's Ministry of Public Health guidelines, D-M-H-T-T-A to protect against COVID-19 disease; 4) relieving anxiety consisted of four subthemes: (1) avoiding overthinking, (2) talking about their anxiety with families, (3) performing Buddhist rituals, and (4) listening to music; 5) outcomes of appropriate anxiety coping–decreasing anxiety.

Conclusions: Coping with anxiety during the COVID-19 pandemic among pregnant women meant decreasing their anxiety by seeking knowledge from others, following Thailand's Ministry of Public Health guidelines, D-M-H-T-T-A to protect against COVID-19 disease, relieving anxiety, outcomes of appropriate anxiety coping–decreasing anxiety.

Funding : Faculty of Nursing, Mahasarakham University

¹Assistant professor ¹Email: atchara.ch@msu.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecture ²Email: chanokporn.s@msu.ac.th

¹⁻²Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand.

Implications: The research results elicited primary information that could help nurses to understand the experience of anxiety coping among pregnant women during the COVID-19 pandemic, provide knowledge among pregnant women, and encourage the participation of family and health care providers in supporting pregnant women to cope appropriately with anxiety.

Keywords: experience, anxiety coping, pregnant women, COVID-19

ประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19)

Received: Sep 7, 2023

Revised: Feb 10, 2024

Accepted: Mar 11, 2024

อัจฉรา ชัยชาญ ปร.ด.¹ชนกพร ศรีประสาร ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นการทำความเข้าใจโดยการศึกษาเชิงลึกถึงประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลจึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: วิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 17 ราย เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 ใช้เวลาสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 - 60 นาที นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามหลักการของ Colaizzi

ผลการวิจัย: พบประเด็นหลัก 5 ประเด็น คือ 1) ความหมายของการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การลดความวิตกกังวล 2) การแสวงหาความรู้ มี 4 ประเด็นย่อย คือ (1) ค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต (2) ใช้สื่อสังคมออนไลน์ (3) สอบถามสูติแพทย์ (4) สอบถามเพื่อน 3) ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-A เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 4) ผ่อนคลายความวิตกกังวล มี 4 ประเด็นย่อย คือ (1) พยายามไม่คิดมาก (2) ระบายความวิตกกังวลกับครอบครัว (3) ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ (4) ฟังเพลง และ 5) ผลของการใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสมทำให้ความวิตกกังวลลดลง

สรุปผล: การเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การลดความวิตกกังวลโดยการแสวงหาความรู้ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 และผ่อนคลายความวิตกกังวล ผลของการใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสมทำให้ความวิตกกังวลลดลง

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำข้อมูลไปให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ร่วมกับสนับสนุนให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความวิตกกังวลได้

คำสำคัญ: ประสบการณ์ การเผชิญความวิตกกังวล สตรีตั้งครรภ์ โควิด-19

แหล่งทุน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ¹Email: atchara.ch@msu.ac.th

^{2*}Corresponding author: อาจารย์ ²Email: chanokporn.s@msu.ac.th

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย

บทนำ

โรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ในปัจจุบันเชื้อ Coronavirus SARS-CoV-2 ได้มีการกลายพันธุ์มาแล้วหลายสายพันธุ์ ทำให้ความรุนแรงและการแพร่ระบาดของโรคยังคงต้องเฝ้าระวังและหาแนวทางรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต¹ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 10 ของการติดเชื้อ² สตรีตั้งครรภ์จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์อีกด้วย เช่น ความวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น พัฒนาการของทารกในครรภ์³ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สตรีที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับมาก⁴ ความวิตกกังวลในระดับสูงจะส่งผลต่อการดูแลตนเองและสุขภาพของทารกในครรภ์⁵ ความวิตกกังวลยังแปรผกผันตามความสามารถหรือสมรรถนะของสตรีตั้งครรภ์อีกด้วย⁶

จากที่กล่าวมาข้างต้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 นี้ สตรีตั้งครรภ์ต้องมีการปรับตัว มีแนวทางในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้⁷ เพื่อลดความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และลดความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาแนวทางช่วยเหลือ สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีวิธีการเผชิญความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม⁸ แต่การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 นั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเชิงลึก เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่² ดังนั้นในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยจึงได้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl เนื่องจากวิธีการศึกษานี้จะทำให้เข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างแท้จริงจากการบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำข้อมูลไปให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl ที่เชื่อว่าประสบการณ์ของปรากฏการณ์ที่สนใจตามการรับรู้ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์มีคุณค่าเพื่อศึกษาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จะต้องไม่นำสิ่งที่ได้รับรู้หรือมีความรู้มาก่อนใส่เข้าไป (bracketing) นักวิจัยทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา นำเสนอผ่านจิตสำนึกว่า ปรากฏการณ์ที่ศึกษามีทั้งสิ่งที่เห็นและมองไม่เห็นรวมอยู่ในปรากฏการณ์ที่นำเสนอออกมาเป็นภาพปัจจุบัน⁹ การวิจัยนี้ผู้วิจัยจะไม่นำความรู้หรือความเชื่อเดิมของผู้วิจัยที่มีอยู่เกี่ยวกับการเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

มาใช้ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อที่แสวงหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาจริงตามการรับรู้ผ่านจิตสำนึกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการลอคคิตในการสัมภาษณ์ โดยทำการบันทึกความคิด ความรู้สึกของตนเองหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อเตือนตนเองในการคิดเบื้องต้นขณะดำเนินการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) มีคะแนนความวิตกกังวลตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ประเมินโดยใช้ 100-Visual analog scale (100-VAS)¹⁰ 2) มีประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 หมายถึง มีความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 แล้วทำอย่างไร 3) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และยินดีที่จะแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้หลักการตามแนวคิดของ Streubert & Carpenter¹¹ ในการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยวางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัย มีการถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ และผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้อง (member checking) โดยคำนึงถึงความสามารถในการอ่านของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และนำข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง ส่วนการถ่ายโอนผลการวิจัยนั้น (transferability) ไม่สามารถบอกได้ว่าประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 ของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้จะเหมือนกับคนอื่นในช่วงเวลาที่ศึกษานี้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สามารถนำไปทำซ้ำได้ นอกจากนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมมาเกี่ยวข้อง และการยืนยันผล (conformability) ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลอคคิตของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติเกี่ยวกับเรื่องการเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 และพยายามไม่นำความคิดนั้นมาตัดสินคำสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว ดำเนินการทำตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึงพฤษภาคม 2566 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย (recruitment process) เก็บข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ครั้งที่ตั้งครรภ์ อายุ ประวัติการแท้ง ไตรมาสที่ตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์ รายได้ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความวิตกกังวลและสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัว (face to face interview) โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตัวอย่างคำถามเช่น “ท่านมีการเผชิญความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 อย่างไรบ้าง”

“หลังจากท่านใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลแล้ว สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง” และใช้การบันทึกเทปเสียง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตพฤติกรรม ลักษณะ กิริยา ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ขณะสัมภาษณ์ และจดบันทึกภาคสนาม ใช้เวลาสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 - 60 นาที สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล คนละ 2 ครั้ง หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 17 ราย ผู้วิจัยพบว่า ข้อมูลอ้อมตัว คือ ได้ข้อมูลที่ซ้ำ ๆ กัน ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น และมีความเพียงพอของข้อมูล ข้อมูลมีจำนวนมากพอที่จะสรุปข้อมูลที่นำเสนอใจของการศึกษา ประสพการณ์การเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ได้”

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 282-279/2565 รับรอง วันที่ 22 สิงหาคม 2565 - 21 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขณะสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูล รู้สึกสะเทือนใจ ร้องให้ผู้วิจัยจะหยุดตามคำถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดระบายความรู้สึก หากผู้ให้ข้อมูลต้องการแหล่งช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อและยินดียุติการสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจ ร้องให้ ขณะเล่าประสบการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสะท้อนคิด ข้อมูล โดยไม่นำความรู้เรื่องการเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่ตนเองมีอยู่ก่อนแล้วมาใช้ในการอธิบาย ประสพการณ์ที่ศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) มีการสร้างความเชื่อถือได้ให้กับงานวิจัย (trustworthiness) ด้วยการตรวจสอบ ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ตลอดกระบวนการวิจัย ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi^{9,12} 7 ขั้นตอน คือ 1) อ่านและอ่านซ้ำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเพื่อให้เข้าถึงความรู้สึกของทุกคน 2) ทบทวนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายและสกัดเนื้อความที่สำคัญ (significant statement) ที่เกี่ยวข้องกับการปรากฏการณ์ที่ศึกษา 3) อธิบายความหมายของเนื้อความที่สำคัญออกเป็นทีละเรื่องและกำหนด ความหมาย (formulating meanings) เป็นความหมายที่ซ่อนอยู่ในหลากหลายบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษา 4) จัดระเบียบเนื้อความที่ได้กำหนดความหมายเป็นกลุ่ม/หมวดหมู่ของสาระสำคัญ/ประเด็น (clustering themes) กลุ่มเนื้อความที่มีความหมายเดียวกันจัดไว้ในกลุ่มเดียวกัน จากนั้นนำกลุ่มเนื้อความที่สรุปได้กลับไปตรวจสอบ กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง 5) รวมผลการศึกษาที่ได้จากการจัดกลุ่มเนื้อความให้เป็นประเด็น เดียวกันที่อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา 6) สร้างคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้มีเนื้อความชัดเจนที่สามารถ บ่งบอกถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ นำผลการศึกษาไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล และ 7) รวมข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลมาเขียนเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาสุดท้ายที่แสดงถึงแก่นสาระของ ปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีครรภ์แรกและครรภ์ที่สองจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 41.20 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 34 ปี ร้อยละ 76.40 เคยมีประวัติการแท้ง 4 คน ร้อยละ 23.50 เป็นสตรีตั้งครรภ์

ในไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 41.20 มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 76.50 และมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 88.20 มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.90 และมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.20 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.60 ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 35.30 มีความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.90 และระดับสูง ร้อยละ 11.80

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ วิตกกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 ทารกในครรภ์จะมีพัฒนาการไม่สมบูรณ์แข็งแรง และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเผชิญความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 สามารถอธิบายตามการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูล พบประเด็นหลัก 5 ประเด็น คือ 1) ความหมายของการเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 คือ การลดความกังวล 2) การแสวงหาความรู้ มี 4 ประเด็นย่อย คือ 1. ค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต 2. ใช้สื่อสังคมออนไลน์ 3. สอบถามสูติแพทย์ 4. สอบถามเพื่อน 3) ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-A เพื่อป้องกันโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข 4) ผ่อนคลายความวิตกกังวล มี 4 ประเด็นย่อย คือ 1. พยายามไม่คิดมาก 2. ระบายความวิตกกังวลกับครอบครัว 3. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ 4. ฟังเพลง และ 5) ผลของการใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสมทำให้ความวิตกกังวลลดลง

ประเด็นหลัก 1: ความหมายของการเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 หมายถึง การลดความกังวล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของการเผชิญความวิตกกังวล หมายถึง การลดความกังวลโดยทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและหาแนวทางป้องกันและปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างตั้งครรภ์ ดังคำกล่าว

“การลดความกังวล ทำความเข้าใจ หาแนวทางป้องกันและปฏิบัติเพื่อไม่ให้ติดเชื้อ” (P8)

“การหาทางทำให้ความกังวลลดลง หาความรู้ การป้องกันไม่ให้ติดเชื้อโควิด” (P1)

ประเด็นหลัก 2: การแสวงหาความรู้

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เหมือนกันคือ มีการแสวงหาความรู้โดยค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต ใช้สื่อสังคมออนไลน์ สอบถามสูติแพทย์ สอบถามเพื่อน ประกอบด้วยประเด็นย่อย 4 ประเด็น ดังนี้

2.1 ค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการค้นหาความรู้จากเว็บไซต์ โดยเริ่มต้นพิมพ์คำที่ต้องการรู้ใน google.com เช่น “แม่และเด็ก” “ป้องกันโควิดขณะท้อง” “ติดโควิดขณะท้อง” “การดูแลตนเอง” แล้วกด enter ก็จะปรากฏเว็บไซต์ที่มีข้อมูลเกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เลือกเข้าไปค้นหาความรู้จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เช่น sikarin.com และ เว็บไซต์ pantip.com ดังคำกล่าว

“ก็เข้าไปใน google เน้นคำว่า แม่และเด็ก ติดตามเว็บไซต์ของโรงพยาบาล มีแนะนำว่า คุณแม่ต้องดูแลตัวเองอย่างไรในช่วงโควิด นอกจากสุขภาพลูก ก็มีให้พักผ่อนมากขึ้น ดื่มน้ำสะอาด” (P13)

“ใช้ค้นหาความรู้ในอินเทอร์เน็ต ใน google พิมพ์คำว่า “ป้องกันโควิดขณะท้อง” “ติดโควิดขณะท้อง” ยิ่งก็ขึ้นมาเยอะเลย” (P2)

“แสวงหาความรู้โดยการดู google โดยพิมพ์คำที่ต้องการรู้ เช่น การกิน พักผ่อน การดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ตัวเองสุขภาพดีขึ้น ส่วนใหญ่ดูแต่ใน google” (P10)

“ส่วนใหญ่เป็นเว็บไซต์พันทิป ข้อมูลใช้ได้ และสามารถสอบถามได้ มีปัญหาอะไรก็โพสต์ส่งข้อความ สอบถามไว้ได้ แล้วจะมีคนมาตอบ เราก็อ่านดูว่าน่าเชื่อถือไหม” (P1)

2.2 ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการแสวงหาความรู้โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, YouTube, TikTok, Line และ Smart phone application ดังคำกล่าว

“ดูตาม กลุ่มคนท้องใน Facebook ชื่อว่า คนท้องคุยกัน มีมาแชร์ประสบการณ์ ใครมีประสบการณ์ จะได้ถามคุยกัน มีอาการแบบไหน ความรู้ที่ได้จาก Facebook ค่อนข้างมั่นใจเพราะว่า บางคนเป็นอาการใกล้เคียงกับเรา เหมือนกับเราเลย” (P1)

“YouTube ดู ของ หมอกับพยาบาลค่ะ ที่เขาทำคลิปนะคะ น่าเชื่อถือสุด” (P4)

“หาข้อมูลว่าลัปดาห์นี้ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ดูใน TikTok ติดตามพวกที่เป็นพยาบาล หมอเค้าก็จะพูดเรื่อง คุณแม่ตั้งครรภ์ ลัปดาห์นี้ควรทำอย่างไรบ้าง ควรปฏิบัติตัวอย่างไร” (P8)

“แอด line ไว้ของโรงพยาบาล... ถามเรื่องมือชา ทั้งสองข้าง คุณหมอน่าจะเป็นจากอาการที่เราเริ่มบวม พอหลังคลอดก็จะหาย กล้ามเนื้ออ่อน” (P13)

“โหลด app mali, โหลดในโทรศัพท์ ที่เพื่อนแนะนำ จะมีให้เราลงข้อมูลของเรา app นี้ค่อนข้างทันสมัย” (P2)

“แอป Meet you มีแอปเดียว ที่ละเอียดหน่อยก็แอปนี้จะค่ะ เค้าจะบอกเป็นวันเลย เป็นทั้งอาการของเรา ทั้งการเจริญเติบโตของลูก มีอาการผิดปกติ” (P9)

2.3 สอบถามสูติแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 โดยการสอบถามสูติแพทย์ ดังคำกล่าว

“สอบถามคุณหมอทางโทรศัพท์ หมอบอกว่าให้สังเกตอาการตัวเองดี ๆ และบอกว่าถ้าไม่มีอาการหนัก ก็ไม่แนะนำให้ทานยา เราถามหมอว่า โควิดมันจะเข้าไปถึงลูกหนูไหม หมอบอกว่าเราอายุครรภ์เยอะแล้วไม่ค่อยมีผลต่อลูก ถ้าอายุครรภ์ 3 - 4 เดือนขึ้นไปความเสี่ยงก็จะน้อยลง ก็เชื่อตามที่คุณหมอบอก” (P2)

2.4 สอบถามเพื่อน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 โดยการสอบถามเพื่อนที่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ ดังคำกล่าว

“ส่วนใหญ่เป็นเพื่อนที่ทำงานรุ่นเดียวกัน มีประสบการณ์มาก่อน ที่แนะนำเราได้ มีลูกก่อนเรา” (P2)

“ถามคนที่เคยท้องมาก่อน เช่น เพื่อนสนิทค่ะ เพิ่งคลอดไปค่ะ” (P4)

ประเด็นหลัก 3: ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อป้องกันโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเว้นระยะระหว่างบุคคล (D: Distancing) การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา (M: Mask wearing) การล้างมือบ่อยๆ (H: Hand washing) การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ

(T: Temperature) ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (T: Testing) และใช้แอปพลิเคชันหมอชนะ ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง (A: Application) ดังคำกล่าว

“ป้องกันตัวให้เยอะที่สุด หลีกเสี่ยงไปในที่คนแออัดเยอะ ๆ เว้นระยะห่าง ไม่ค่อยกินข้าวร่วมกัน กับเพื่อนร่วมงาน เราจะมีอาหารส่วนตัวของเรา ออกไปไหนก็ใส่แมสตลอด” (P1)

“เราก็ป้องกันตัวเอง ล้างมือบ่อย ๆ เพราะเราเป็นคุณแม่ตั้งครรภ์คิดเชื่อง่าย” (P13)

“สแกนอุณหภูมิก่อนเข้าร้านค้า ตรวจ ATK ก่อนมาหาหมอ ผลปกติ” (P3)

“อาทิตย์นึงตรวจหาเชื้อประมาณ 2 ครั้ง ทั้งที่ไม่มีอาการก็ตรวจ เพราะว่าเราอยู่บ้าน แต่สามีเราออกไปข้างนอก เค้าเจอคนเยอะ เราก็ไม่รู้ว่าจะไปเจอใครบ้าง” (P12)

“ทำตามมาตรการของรัฐบาล เวลาไปห้างสรรพสินค้า จะสแกนแอป หมอชนะ” (P10)

ประเด็นหลัก 4: ผ่อนคลายความวิตกกังวล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการผ่อนคลายความวิตกกังวล ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 พยายามไม่คิดมาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ พยายามไม่คิดมาก เพื่อลดความวิตกกังวล ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ดังคำกล่าว

“พยายามไม่คิดเรื่องอะไรมากมาย ให้สุขภาพจิตและกาย พร้อมก็พอ” (P3)

“หากเราเริ่มรู้ว่าเราเริ่มกังวล เราจะปวดหัว เลยไม่อยากคิด และเราก็จะรีบตัดออกไปเลย จะไม่คิดมาก เพื่อไม่ให้ปวดหัว ป้องกันไว้ กังวลขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อลูกด้วย เลยจะไม่ทำแบบนั้น” (P10)

4.2 ระบายความวิตกกังวลกับครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการระบายความวิตกกังวล กับครอบครัว เช่น คุณแม่ และสามี ดังคำกล่าว

“คุณแม่ของตัวเองช่วยได้เยอะเลย เนื่องจากว่าช่วงที่ท้อง โทรหากันวันเว้นวัน โทรถามอาการ เป็นไงบ้าง แม่เป็นห่วงเรา รู้สึกลดความกังวล ส่วนใหญ่จะเป็นเราโทรไประบายความรู้สึก” (P2)

“คุยกับสามีมากกว่า ได้คลายความกังวล ช่วยได้เยอะอยู่ค่ะ มีคนฟัง” (P9)

4.3 ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ และใส่บาตรทำบุญ ดังคำกล่าว

“สวดมนต์ สวดคาถามหาจักรพรรดิ สวดทุกวันพระ คิดว่า ได้ผลนะค่ะ สวด 19 จบก็สบายใจนะค่ะ ทุกวันนี้ก็ยังสวดทุกวันพระ” (P2)

“สวดมนต์ นั่งสมาธิ ใช้มากที่สุด นั่งหลับตา ผ่อนคลายใจ ผีก็หายใจ ทุกครั้งที่นั่งสมาธิ มันก็ดีขึ้น” (P16)

“ส่วนมากเปิดฟังตอนกลางคืน เพื่อให้ตัวเองหลับ ฟังธรรมะก่อนนอน ฟังแล้ว ให้ตัวเองหลับ ชักนิดนึง ไหว้พระ อดะหังสัมา อธิษฐานขอให้คล่องตัว ๆ ลูกแข็งแรง ขอให้ตัวเองปลอดภัย ใส่บาตรทำบุญ พระที่บ้าน รูปเดียวประมาณ 2 ครั้งต่ออาทิตย์” (P6)

4.4 ฟังเพลง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยวิธีการฟังเพลงจาก YouTube และ Application Jook ดังคำกล่าว

“ฟังเพลงโมสาร์ท ฟังจาก Jook เขาจะให้เราเลือกว่าอยากฟังแบบไหน ฟังเพลงสบายเราชอบ pop เราเปิดให้ลูกฟังเราก็ฟังด้วย” (P2)

“ฟังเพลงจาก YouTube แบบว่ารวมเพลง หรือไมเกิ้ล ฟิมพ์ว่าเพลงฟังสบาย ๆ มีเพลงไทย ฝรั่งเศส เกาหลี แล้วแต่วัน จังหวะสบาย ๆ ชิว ๆ” (P4)

ประเด็นหลัก 5: ผลของการใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสมทำให้ความวิตกกังวลลดลง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ความวิตกกังวลลดลง จากการใช้วิธีเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสม คือ การแสวงหาความรู้โดยการค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสอบถามญาติแพทย์ การสอบถามเพื่อนที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ การปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข และการผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยพยายามไม่คิดมาก ระบายความวิตกกังวลกับครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ และฟังเพลง ดังคำกล่าว

“สบายใจขึ้น คลายกังวลลง หลังใช้วิธีเผชิญความวิตกกังวลที่เล่ามา คิดว่าเหมาะสม” (P6)

“คิดว่าเราใช้วิธีเผชิญความวิตกกังวลได้เหมาะสม ความวิตกกังวลเลยลดลง” (P8)

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นหลัก 1: ความหมายของการเผชิญความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 หมายถึง การลดความกังวล โดยผู้ให้ข้อมูลทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และหาแนวทางป้องกันและปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างตั้งครรภ์ สะท้อนให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความวิตกกังวลตามการรับรู้และมุมมองของสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การลดความกังวล โดยมีการเริ่มต้นทำความเข้าใจกับสถานการณ์แพร่ระบาดว่าเป็นอย่างไร เมื่อเข้าใจสถานการณ์แล้ว จึงหาแนวทางป้องกันและปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างตั้งครรภ์ สอดคล้องกับขั้นตอนการเผชิญกับปัญหา หรือการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสม เป็นการลดความกังวลลง¹³

ประเด็นหลัก 2: การแสวงหาความรู้

2.1 ค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในปัจจุบันมีการเข้าถึงได้ง่าย และมีการเผยแพร่ความรู้ในเว็บไซต์อย่างแพร่หลาย การค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต สามารถค้นหาได้ด้วยตนเอง สะดวกรวดเร็ว และไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อสอบถามปัญหาที่ทำให้วิตกกังวล เป็นการลดความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 จากการเดินทางด้วย จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์แสวงหาความรู้ โดยการค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต เพื่อลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและอุปสรรคในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตของสตรีตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตได้¹⁴ การแสวงหาความรู้ เป็นหนึ่งในวิธีการดูแลตนเองที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19¹⁵

2.2 ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลแสวงหาความรู้โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในปัจจุบันมีการเข้าถึงได้ง่าย สามารถตอบสนองความต้องการในการแสวงหาความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ทุกคนมีประสบการณ์การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น การรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์ อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์และการแก้ไข ภาวะเสี่ยงหรือฉุกเฉินขณะตั้งครรภ์ การเพิ่มของน้ำหนักตัว และพัฒนาการของทารกในครรภ์¹⁶

2.3 สอบถามสติแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลมีการแสวงหาความรู้ด้วยการสอบถามสติแพทย์ เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อมีความวิตกกังวลว่าอาจจะติดเชื้อโควิด-19 จึงแสวงหาความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลโดยสอบถามสติแพทย์ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีความน่าเชื่อถือได้ และสตรีตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำให้ปรึกษาสติแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการแสวงหาความรู้โดยสอบถามและขอคำแนะนำจากสติแพทย์ เรื่องอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ในระดับดี¹⁷

2.4 สอบถามเพื่อน ผู้ให้ข้อมูลมีการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการสอบถามเพื่อนที่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และคลอดบุตรแล้ว เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ สะท้อนให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความวิตกกังวลโดยการสอบถามผู้มีประสบการณ์การตั้งครรภ์และคลอดบุตรมาก่อน เพื่อน คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากการสอบถามคนรอบข้าง¹⁸

ประเด็นหลัก 3: ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อป้องกันโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเว้นระยะระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การล้างมือบ่อยๆ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (T: Testing) และใช้แอปพลิเคชันหมอชนะ ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง (A: Application) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ มีการเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่างทางสังคม ไม่เข้าไปในที่ชุมชนแออัด และมีการล้างมือบ่อยๆ โดยใช้แอลกอฮอล์^{18,19}

ประเด็นหลัก 4: ผ่อนคลายความวิตกกังวล

4.1 พยายามไม่คิดมาก ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการเผชิญความวิตกกังวลโดยการพยายามไม่คิดมาก กล่าวว่าการคิดมาก อาจส่งผลกระทบต่อตนเองและสุขภาพของทารกในครรภ์ เกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ สะท้อนให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องผลกระทบของความวิตกกังวลที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีความห่วงใยสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ จึงพยายามไม่คิดมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 มีการเผชิญความวิตกกังวลโดยการไม่คิดมากเกินไป²⁰

4.2 ระบายความวิตกกังวลกับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะแม่ และสามี มีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้น เมื่อเกิดความวิตกกังวล สตรีตั้งครรภ์จึงเผชิญความวิตกกังวลด้วยการเล่าระบายความวิตกกังวลให้กับแม่หรือสามีฟัง สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 สตรีตั้งครรภ์เผชิญปัญหาโดยการพูดคุยระบายเพื่อผ่อนคลายกับครอบครัวมากถึง ร้อยละ 77²¹

4.3 ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เมื่อมีความวิตกกังวล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเผชิญความวิตกกังวลด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ และสวดมนต์ทำบุญ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย

ที่ผ่านมา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ผิวดำ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยการสวดมนต์อ้อนวอนต่อพระเจ้า²²

4.4 ฟังเพลง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเผชิญความวิตกกังวลด้วยการฟังเพลงผ่าน YouTube และ Jook ซึ่งเป็นสื่อและแอปพลิเคชันที่เข้าถึงได้ง่าย การฟังเพลงที่มีจังหวะฟังแล้วรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้ความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ลดลง และมีความเชื่อว่าการฟังเพลงจะส่งผลดีต่อสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ผ่อนคลายด้วยวิธีการฟังเพลง ในระดับดี¹⁷

ประเด็นหลัก 5: ผลของการใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสมทำให้ความวิตกกังวลลดลง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีความวิตกกังวลลดลงหลังจากเผชิญปัญหาด้วยวิธีการแสวงหาความรู้ โดยการค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสอบถามสูติแพทย์ และการสอบถามเพื่อนที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ การปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข และการผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยพยายามไม่คิดมาก ระบายความวิตกกังวลกับครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ และฟังเพลง สะท้อนให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์ มีการใช้วิธีการเผชิญความวิตกกังวลที่เหมาะสม จึงทำให้มีความวิตกกังวลลดลง¹³

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ที่เหมาะสม ร่วมกับสนับสนุนให้ครอบครัวและหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยพัฒนาการวางแผนการดูแลและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ มีการเผชิญความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ที่เหมาะสมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพ

References

1. Manmana S, Iamsirithaworn S, Uttayamakul S. Coronavirus disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2020;14(2):124-33. (in Thai)
2. Wirifai S, Luddangam P. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: challenges for midwifery. Journal of Nursing, Siam University 2021;22(43):89-102. (in Thai)
3. Khumphan S, Meepring S, Damchuti I. The mental health status among pregnant women. Journal of Nursing and Health Sciences 2020;14(1):135-44. (in Thai)
4. Punyavachira P, Wattanapisit K. Anxiety and depression in pregnancy women with preterm labor in Ramathibodi Hospital. Mahidol R2R e-Journal [internet]. 2015 [cited 2023 May 31]; 2(1):79-91. Available from: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/54061>.

5. Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, O'Connor TG. Pregnancy-related anxiety: evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2016;197:251-8.
6. Jiramanee A, Baosoung C, Sansiriphun N. Anxiety, childbirth experience and childbirth self-efficacy of pregnant women. *Nursing Journal* 2021;48(1):245-56. (in Thai)
7. Kamfoo K, Singhachotsukpat L, Sillapasuwat J, Wonglappanich R, Suntudngan S. The guidelines for assist teenage pregnancy manage stress during the pandemic of coronavirus. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2023;37(2):80-93. (in Thai)
8. Khoury JE, Atkinson L, Bennett T, Jack SM, Gonzalez A. Coping strategies mediate the associations between COVID-19 experiences and mental health outcomes in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health* 2021;24(6):1007-17.
9. Arpanantikul M. Phenomenology: an application in nursing research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
10. Gabriele S, Alessia F, Federica A, Roberta V, Maria CDA, Mariavittoria L, et al. Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2020;223(2):293-5.
11. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
12. Morrow R, Rodriguez A, King N. Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist* 2015;28(8):643-4.
13. Jampawal. State anxiety. *Journal of Buddhist Psychology* 2018;3(1):13-20.
14. Jankrajank S, Tachasuksri T, Suppaseemanont W. Factors influencing health information seeking behavior using the internet among pregnant women. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;26(4),1-9. (in Thai)
15. Panngam N, Nuntaboot K, Senahad N, Klungklang R. Health literacy and factors related to preventive and control behaviors of COVID-19 among pregnant women in the new normal era in a secondary hospital, Khon Kaen. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2023;16(1):97-114. (in Thai)
16. Nuampa S, Tangsuksan P, Chunpia C, Wanasathit W. Experiences of antenatal care attendance and health information seeking among working pregnant women in the large industry plants: descriptive qualitative study. *Nursing Science Journal of Thailand* 2020;38(4):44-61. (in Thai)
17. Maitreejorn P, Suthithanakorn Y, Juthin C. Perceived risks of pregnancy, health behaviors, and demand for holistic health services among women of advanced maternal age in Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy* 2023;3(2):1-15. (in Thai)

18. Thongwon T, Lumpo W, Saenthaweesuk A, Plodrit L, Meechaichana P, Khunkumhaeng N, et al. Challenging role of nurse-midwives during the pandemic of the coronavirus 2019. *Nursing Journal* 2022;49(4):383-02. (in Thai)
19. Shorey S, Chan V. Lessons from past epidemics and pandemics and a way forward for pregnant women, midwives and nurses during COVID-19 and beyond: a meta-synthesis. *Midwifery* 2020;90:1-11.
20. Rosyada SR, Satriyandarib Y, Sharma S. The pregnant women's experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Journal of Health Technology Assessment In Midwifery* 2021;4(2):105-16.
21. Badon SE, Croen LA, Ferrara A, Ames JL, Hedderson MM, Young-Wolff KC, et al. Coping strategies for COVID-19 pandemic-related stress and mental health during pregnancy. *Journal of Affective Disorders* 2022;309:309-13.
22. Wheeler JM, Misra DP, Giurgescu C. Stress and coping among pregnant black women during the COVID-19 pandemic. *Public Health Nursing* 2021;38(4):596-602.

บทความวิจัย

Development of a Training Manikin for Episiotomy Repair for Nursing Students

Received: Aug 2, 2023

Revised: Apr 5, 2024

Accepted: Mar 29, 2024

Chonglak Taveekaew, M.N.S.¹Monchaya Kangyang, M.N.S.^{2*}Chinnawat Chankra, M.N.S.³

Abstracts

Introduction: In the course of Maternal, Infant, and Midwifery Nursing Practice, students are provided with the opportunity to practice stitching episiotomy wounds before they start working in real situations. This is to help students gain confidence and to ensure the safety of patients from potential complications. However, there is still a lack of equipment for practicing realistic episiotomy repair stitching skills.

Research objectives: 1) To develop an innovative training manikin for episiotomy repair to train episiotomy repair skills for nursing students, 2) To evaluate the quality of the innovative training manikin for episiotomy repair, and 3) To evaluate the satisfaction of using the innovative training manikin for episiotomy repair.

Research methodology: Research and development method included 1) Analyze and identify the problem, 2) Study the concepts, principles, and feasibility, 3) Design and create the innovation, 4) Evaluate the use of the innovation, 5) Experiment and improve the innovation, and 6) Summarize and disseminate. The participants consisted of 30 nursing students in the third and fourth year. The tools used include equipment for developing episiotomy repair innovations, equipment for practicing suturing, a 5-item innovation quality assessment form, and a 6-item innovation satisfaction assessment form, which were validated by five experts. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation statistics.

Results: The mannequin for episiotomy repair has been created, featuring a rubber-based core and a silicone outer surface. It can be used to practice real-world stitching skills. The overall quality and satisfaction levels were high ($M = 3.95$, $SD = .62$, $M = 4.16$, $SD = .61$, respectively).

Conclusions: The innovative training manikin for episiotomy repair can be used in laboratory practice and pre-employment training in the delivery room to develop skills and confidence in students.

Implications: It can be further developed to create other training manikins for nursing students.

Keywords: episiotomy innovation, repair manikin, rubber manikin

Funding: Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

¹Lecturer Email: chonglak@bcnsp.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer Email: monchaya@bcnsp.ac.th

³Lecturer Email: chinnawat@bcnsp.ac.th

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Prabromrajchanok institute, Ubonratchatani, Thailand.

การพัฒนาหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Received: Aug 2, 2023

Revised: Apr 5, 2024

Accepted: Mar 29, 2024

จงลักษณ์ ทวีแก้ว พย.ม.¹

มนชยา ก้างยาง พย.ม.^{2*}

จิณวัตร จันครา พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ มีการจัดให้นักศึกษาได้ฝึกเย็บแผลฝีเย็บก่อนขึ้นปฏิบัติงานจริงเพื่อช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจและให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแต่ยังขาดอุปกรณ์สำหรับฝึกทักษะเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บที่มีความสมจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อพัฒนานวัตกรรมแผลฝีเย็บ สำหรับฝึกทักษะการซ่อมแซมฝีเย็บสำหรับนักศึกษาพยาบาล 2) เพื่อประเมินคุณภาพนวัตกรรมแผลฝีเย็บ และ 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมแผลฝีเย็บ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา 6 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา 2) ศึกษาแนวคิดหลักการและความเป็นไปได้ 3) ออกแบบและสร้างนวัตกรรม 4) ประเมินผลใช้นวัตกรรม 5) ทดลองใช้และปรับปรุงนวัตกรรม 6) สรุปผลและเผยแพร่ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ อุปกรณ์ในการพัฒนานวัตกรรมแผลฝีเย็บ อุปกรณ์สำหรับฝึกเย็บแผล แบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมจำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมจำนวน 6 ข้อ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: ได้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บซึ่งใช้ยางพาราเป็นโครงสร้างหลักและใช้ซิลิโคนเป็นส่วนประกอบของพื้นผิวด้านนอกสามารถใช้ในการฝึกทักษะการเย็บได้จริง ค่าเฉลี่ยคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = .62$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.16$, $SD = .61$)

สรุปผล: นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บสามารถนำไปใช้ประกอบการฝึกทักษะในภาคทดลองและฝึกทักษะก่อนขึ้นปฏิบัติงานในห้องคลอดเพื่อสร้างความชำนาญและเสริมสร้างความมั่นใจให้นักศึกษา

ข้อเสนอแนะ: นำไปพัฒนาต่อยอดในการสร้างหุ่นฝึกทักษะอื่นสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ : นวัตกรรมหุ่นแผลฝีเย็บ ซ่อมแซมแผลฝีเย็บ หุ่นยางพารา

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

¹อาจารย์ ¹Email: chonglak@bcnsp.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ ²Email: monchaya@bcnsp.ac.th

³อาจารย์ ³Email: chinawat@bcnsp.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุบลราชธานี ประเทศไทย

บทนำ

การเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บเป็นทักษะสำคัญสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ เนื่องจากการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บโดยขาดความชำนาญ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการได้ เช่น การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ การเกิดเลือดคั่งใต้ผิวหนังบริเวณฝีเย็บ (Hematoma) จากการศึกษาของนันท์วัฒน์ ทองทิพย์ อังสุมาลิน ศรีหาล้า และจิรพร เหลืองเมตตากุล พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อในระหว่างการดูแล¹ และสภาการพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ได้กำหนดให้บัณฑิตที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป และสามารถเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บอย่างเหมาะสม¹ ดังนั้น ทักษะการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลต้องได้รับการฝึกปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้รับบริการและนักศึกษาพยาบาลผู้ทำการฝึกปฏิบัติ

การฝึกทักษะเป็นวิธีการเรียนรู้แบบหนึ่งของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติ²⁻³ การเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บเป็นทักษะทางด้านหัตถการ (psychomotor skill) ซึ่งจะเกิดความชำนาญขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อมีแบบแผนการฝึกปฏิบัติอย่างถูกวิธี ต่อเนื่องและสมจริง⁴

การฝึกทักษะการเย็บแผลฝีเย็บของนักศึกษาพยาบาลในห้องฝึกปฏิบัติการ เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีข้อจำกัดในการจัดหาหุ่นสำหรับฝึกเย็บแผลฝีเย็บ จากที่ผ่านมาได้มีการจัดการให้ฝึกทักษะโดยใช้วัสดุและวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละปีการศึกษาที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 - 2563 มีจำนวนนักศึกษาในแต่ละปีการศึกษาที่เข้ามาฝึก จำนวน 150 - 160 คน ซึ่งได้มีการใช้การฝึกทักษะเย็บแผลฝีเย็บโดยใช้วัสดุที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การใช้ฟองน้ำจำลองเป็นแผลฝีเย็บ การใช้หมอนผ้าจำลองเป็นแผลฝีเย็บ และการใช้เนื้อหมู แต่พบว่าการใช้วัสดุดังที่กล่าวมา ไม่ได้มีความคล้ายคลึงกับอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง เช่น บริเวณปากช่องคลอด และแผลฝีเย็บ โดยมีความแตกต่างกันทั้งในด้านขนาด ผิวสัมผัส และความหนา ทำให้จับไม่ถนัดมือ อีกทั้งฟองน้ำ และเนื้อสัตว์มีลักษณะที่นุ่ม หรือแข็งเกินไป ทำให้นักศึกษาที่ฝึกทักษะเย็บแผลฝีเย็บได้รับประสบการณ์ที่ยังไม่สมจริง และเมื่อนักศึกษาพยาบาลขึ้นไปปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในห้องคลอด พบว่านักศึกษาพยาบาลใช้เวลาในการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บค่อนข้างนาน โดยเฉลี่ยตั้งแต่ 45 - 60 นาที โดยทางหน่วยงานที่เป็นแหล่งฝึกได้กำหนดเวลาในการเย็บแผลไม่ควรเกิน 30 นาที ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์กับมารดาในระยะหลังคลอด

สถาบันการศึกษาด้านพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติให้กับนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษามีความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง แต่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ยังไม่มีหุ่นจำลองแผลฝีเย็บสำหรับให้นักศึกษาใช้ฝึกเย็บ และหากต้องจัดซื้อหุ่นจำลองแผลฝีเย็บซึ่งมีราคาโดยประมาณตั้งแต่ 19,000 - 30,000 บาท ต่อชุด ต้องจัดซื้อและต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก จึงจะเพียงพอต่อการเข้าฝึกของนักศึกษา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บขึ้น เพื่อให้นักศึกษาได้มีการใช้ฝึกเย็บแผลฝีเย็บได้อย่างถูกต้อง เสริมสร้างทักษะและความมั่นใจก่อนไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

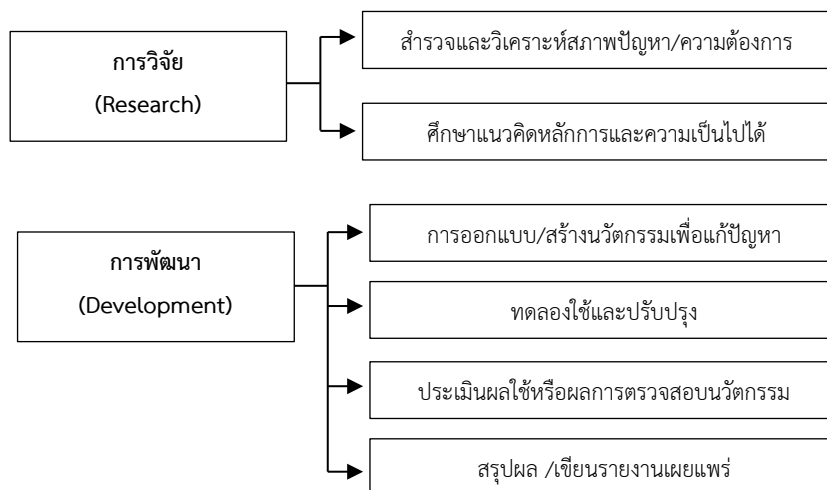
และเมื่อสำเร็จการศึกษาก็จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ เป็นสำคัญซึ่งเป็นสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมแผ่นฝึบสำหรับฝึกทักษะการซ่อมแซมฝึบสำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อประเมินคุณภาพของนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผ่นฝึบ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผ่นฝึบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา⁵ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัย มี 2 ขั้นตอน และระยะที่ 2 การพัฒนา มี 6 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (ประยุกต์จาก ศิริชัย กาญจนวาสี, 2559)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผ่นฝึบ แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา
2. ศึกษาแนวคิดหลักการและความเป็นไปได้
3. ออกแบบและสร้างนวัตกรรม
4. ประเมินผลใช้หรือผลการตรวจสอบนวัตกรรม
5. ทดลองใช้และปรับปรุงนวัตกรรม
6. สรุปผล /เขียนรายงานเผยแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 355 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (β) .8 ความเชื่อมั่น (α) = .05⁶ และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) .5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง⁷ จากการทบทวนการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีลักษณะการพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบที่คล้ายคลึงกันได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล .5⁸ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ โดยมีเกณฑ์ในการออก คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และเข้าฝึกทักษะการซ่อมแซมแผลเย็บไม่ครบตามเวลาที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 19/2565 โดยผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตผู้บริหารสถาบันก่อนเข้าทำการเก็บข้อมูล แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาข้อมูลที่เป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอข้อมูลที่เป็นภาพรวมและเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยไม่มีผลต่อไม่มีผลกระทบต่อการเรียน และในการขออนุญาตออกจากงานวิจัยสามารถกระทำได้ทุกเมื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งประกอบด้วย ปูนพลาสติกสำหรับสร้างแม่พิมพ์แผลเย็บยางพาราและสารเคมีในการนํานํายางไปหล่อขึ้นรูปเป็นแผลเย็บ ซิลิโคนเหลวสำหรับขึ้นรูปเป็นส่วนประกอบด้านนอกของแผลเย็บ และอุปกรณ์ในการเย็บแผล ได้แก่ เข็มเย็บ ไหมสำหรับเย็บ และ Needle Holder
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยทบทวนจากงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างหุ่นจำลองที่ผ่านมาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการประเมินในการวิจัยครั้งนี้ โดยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลเย็บ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ และส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลเย็บ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยได้เสนอแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลเย็บ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลเย็บ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนานวัตกรรม 2 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) ของแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ เท่ากับ .92 และ 1.0 ตามลำดับ และได้มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความสัมพันธ์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach Alpha's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ .89 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหา จากนักศึกษาพยาบาล จำนวน 10 คน อาจารย์ จำนวน 5 คน และสรุปประเด็นที่น่าจะเป็นไปได้ของนวัตกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยได้มีการสอบถามหาข้อมูล ปัญหาในการสอนภาคปฏิบัติของอาจารย์พยาบาลในห้องคลอด ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเย็บแผลฝีเย็บ ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า นักศึกษายังขาดความมั่นใจในการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ใช้เวลาในการซ่อมแซมแผลฝีเย็บมากกว่า 30 นาที และในบางแหล่งฝึกกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านเวลาในการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บไม่เกิน 30 นาที ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ต่อมารดา และจากการทบทวนการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการสาธิตและฝึกการซ่อมแซมฝีเย็บในห้องปฏิบัติการ ซึ่งวัสดุที่ใช้ ได้แก่ ฟองน้ำ ตัดเป็นรูปฝีเย็บ หมอนผ้าจำลองเป็นแผลฝีเย็บ เนื้อหุนำมาตัดเป็นชิ้นจำลองเป็นแผลฝีเย็บ ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากนักศึกษาที่เข้าฝึกในห้องปฏิบัติการ พบว่าวัสดุเหล่านั้นขาดความสมจริง ทั้งทางด้านรูปลักษณ์และเนื้อสัมผัส ซึ่งมีความต่างจากลักษณะแผลฝีเย็บจริง ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกทักษะซ่อมแซมฝีเย็บ ซึ่งพบว่าการใช้หุนจำลองฝีเย็บเสมือนจริงที่ผลิตจากยางซิลิโคน การใช้แผ่นยางพาราแบบนิ่ม ซึ่งมีราคาค่อนข้างสูง จึงได้กำหนดลักษณะและรูปแบบของหุนจำลองแผลฝีเย็บจากวัสดุที่มีราคาต้นทุนต่ำ ที่สามารถหาวัสดุได้จากในพื้นที่ โดยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีการปลูกต้นยางพาราที่มีผลผลิตออกมาจำหน่ายอยู่แล้ว จึงได้กำหนดคุณสมบัติว่านวัตกรรมการหั่นฝักการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ มีความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาจากยางพารา

ขั้นที่ 2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบของ PICO เพื่อกำหนดคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น P (Population) ได้แก่ แผลฝีเย็บ นวัตกรรมพยาบาล หุนจำลองยางพารา I (Intervention) ได้แก่ การซ่อมแซมแผลฝีเย็บ C (Comparison) ได้แก่ ฟองน้ำ และเนื้อสัตว์ O (Outcome) ได้แก่ ผลการฝึกทักษะการฝึกซ่อมแซมฝีเย็บ สืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Thaijo, Google scholar โดยสืบค้นในช่วงปี 2554 ถึง ปี 2564 พบงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 6 เรื่อง ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบัน Joanna Briggs Institute (2014)⁹ พบรายงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่สามารถนำมาใช้สร้างนวัตกรรมได้จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วยระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 1 เรื่อง และระดับ 4 จำนวน 3 เรื่อง

ขั้นที่ 3 ออกแบบและสร้างนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

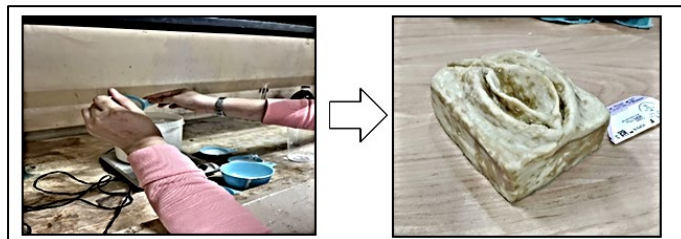
3.1) ออกแบบนวัตกรรมแผลฝีเย็บจำลอง ให้เป็นรูปร่างตามแบบโดยใช้ดินน้ำมันขึ้นรูปอวัยวะเพศหญิงและแผลฝีเย็บ ให้มีขนาดและส่วนโค้งเว้าตามสรีระแม่แบบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การขึ้นรูปแผลฝีเย็บจำลองโดยใช้ดินน้ำมัน

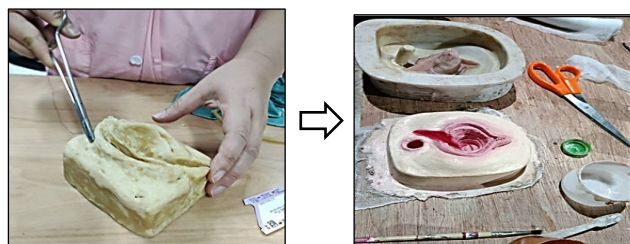
3.2) นำแม่แบบทำเป็นพิมพ์หล่อปูนพลาสเตอร์ จากนั้นนำไปอบจนแห้งสนิท

3.3) นำน้ำยารพารามาผสมสารเคมีที่ทำให้มีการละลายตัวและสามารถจับเป็นรูปร่างได้ เมื่อน้ำยารพารามาผสมสารเคมีที่ทำให้มีการละลายตัวและสามารถจับเป็นรูปร่างได้ เมื่อน้ำยารพารามาผสมสารเคมีที่ทำให้มีการละลายตัวและสามารถจับเป็นรูปร่างได้ เมื่อน้ำยารพารามาผสมสารเคมีที่ทำให้มีการละลายตัวและสามารถจับเป็นรูปร่างได้



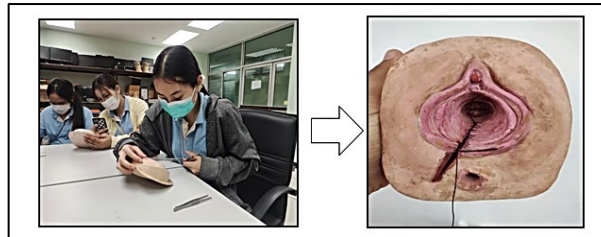
ภาพที่ 3 นำน้ำยารพาราที่ผสมสารเคมีหล่อขึ้นรูปเป็นหุ่นแผลฝีเย็บ

ขั้นที่ 4 ตรวจสอบประสิทธิภาพ ความสมจริงของหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บตามหลักกายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในสาขาการผดุงครรภ์ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างและพัฒนานวัตกรรม โดยในด้านความยืดหยุ่น การคืนตัวหลังการทดลองใช้วัสดุเย็บ และความคงทนต่อการฉีกขาด ซึ่งในขั้นตอนนี้หลังจากที่มีการทดสอบการเย็บแล้วพบว่าลักษณะของวัสดุมีการฉีกขาดง่าย ซึ่งได้มีการปรับปรุงการขึ้นรูปพื้นผิวด้านนอกโดยให้ซิลิโคนเป็นวัสดุรวมครอบทับจนได้หุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บที่มีลักษณะอ่อนนุ่มยืดหยุ่น คืนตัวได้ และทนต่อการฉีกขาดจากการปักเข็มเวลาฝึกเย็บ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การตรวจสอบประสิทธิภาพโดยผู้เชี่ยวชาญและการปรับปรุงวัสดุตามข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 5 ทดสอบการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บโดยใช้นวัตกรรมกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน โดยมีการนัดหมายนักศึกษาในวันที่ไม่มีการเรียนการสอน และจัดนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าฝึกครั้งละ 6 คน จัดเวลาเข้าฝึกครั้งละ 1 ชั่วโมง กับหุ่นต้นแบบ โดยใช้อุปกรณ์เย็บแผลฝีเย็บที่ใช้ในการปฏิบัติจริง เข้าทดสอบในช่วงเวลาเดียวกันในรอบในห้องปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ที่เป็นห้องปรับอากาศ หลังจากการทดสอบใช้หุ่นฝึกการซ่อมแซมฝีเย็บ ให้นักศึกษาพยาบาลประเมินเกี่ยวกับคุณภาพและความพึงพอใจการใช้งาน ต่อนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บหลังการใช้งานทันที ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การทดสอบเย็บซ่อมแซมฝีเย็บโดยนักศึกษาพยาบาล

ขั้นที่ 6 ภายหลังการให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างทดลองใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ทั้งลักษณะภายนอก ลักษณะภายใน เพื่อประสิทธิภาพต่อการใช้งานและความสมจริงของนวัตกรรมตามข้อเสนอแนะ และสรุปผลการพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บเพื่อนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ
2. แบบประเมินคุณภาพและความพึงพอใจต่อการทดลองใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. จากผลวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินแนวทางการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาสำหรับการฝึกทักษะการซ่อมแซมแผลฝีเย็บในนักศึกษาพยาบาล โดยการสร้างและพัฒนาหุ่นจำลองเพื่อให้เพียงพอต่อการฝึกทักษะ โดยต้องมีต้นทุนต่ำและสามารถสร้างได้จากวัสดุที่หาได้ในพื้นที่ ซึ่งจากการทบทวนพบว่า มีการสร้างหุ่นจำลองจากใช้น้ำยางพาราที่สามารถขึ้นรูปได้ง่ายและหาน้ำยางพาราที่เป็นวัตถุดิบในพื้นที่ได้ง่าย
2. การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมโดยการกำหนดคำถามตามกรอบ PICO ทำให้นำมาออกแบบเป็นขั้นตอนการสร้างนวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ จากน้ำยางพาราเป็นวัสดุหลัก
3. การออกแบบแม่แบบที่เป็นพิมพ์โดยใช้ดินน้ำมันขึ้นรูปแผลฝีเย็บจำลอง หลังจากมีการหล่อปูนปลาสเตอร์เป็นแม่แบบในการใช้ขึ้นรูปแผลฝีเย็บจากน้ำยางพารา โดยมีการทดสอบส่วนผสมในการขึ้นรูปให้มีลักษณะตามกายวิภาคและคุณสมบัติตามที่ต้องการ

4. การนำนวัตกรรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทดสอบประสิทธิภาพและคุณสมบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะในด้านความยืดหยุ่นที่ยังไม่เพียงพอ การคืนรูปและความทนต่อการฉีกขาดน้อย จึงได้มีการสร้างพื้นผิวภายนอกของส่วนที่เป็นฝึบโดยใช้ซิลิโคนเหลวมาขึ้นรูป เป็นส่วนของพื้นผิวด้านนอกครอบกับแม่แบบที่เป็นยางพาราอีกชั้น เพื่อให้สามารถซ่อมแซมคืนรูปเดิมได้โดยใช้ความร้อนเมื่อมีการฉีกขาด และได้หุ่นฝึกการซ่อมแซมฝึบที่มีคุณสมบัติและประสิทธิภาพตามที่ต้องการเป็นต้นแบบ โดยมีราคาต้นทุนประมาณ 2,500-3,000 บาทต่อชิ้น และเมื่อใช้งานแล้วมีการฉีกขาดจากการทดลองใช้ สามารถนำไปซ่อมแซมโดยใช้ความร้อนให้คืนรูปทรงเดิมได้

5. ผลการทดลองใช้หุ่นฝึกการซ่อมแซมฝึบ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเคยฝึกการซ่อมแซมฝึบจากหุ่นจำลองชนิดอื่น 2 ครั้ง ร้อยละ 90 และมีเพียงร้อยละ 10 ที่เคยฝึกการซ่อมแซมฝึบจากหุ่นจำลองชนิดอื่นมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ในด้านการฝึกปฏิบัติ ส่วนใหญ่เคยฝึกปฏิบัติเย็บซ่อมแซมฝึบในสถานการณ์จริง 1 ครั้ง ร้อยละ 60 และฝึกปฏิบัติเย็บซ่อมแซมฝึบในสถานการณ์จริงมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 40

การประเมินคุณภาพจากการทดลองใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝึบ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (SD = .62) และเมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่าด้านประสิทธิภาพในการใช้ทดแทนหุ่นจำลอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.17 (SD = .65) รองลงมาคือด้านตำแหน่งของแผลฝึบถูกต้องตามกายวิภาคและสรีระวิทยาของมนุษย์ 4.10 (SD = .66) ความคุ้มค่าคุ้มทุนของแผลฝึบจำลอง 4.03 (SD = .62) ความสามารถในการใช้งานได้จริง 3.87 (SD = .63) และความสมจริงของรายละเอียด ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.60 (SD = .56) การประเมินระดับความพึงพอใจต่อการทดลองใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝึบ สอดคล้องต่อความต้องการของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 (SD = .61) และเมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่า ความสะดวกในการใช้งาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.40 (SD = .56) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวม 4.37 (SD = .67) ความสะดวกในการเคลื่อนย้าย 4.33 (SD = .61) ความสอดคล้องต่อความต้องการของนักศึกษาพยาบาล 4.03 (SD = .62) การเพิ่มความมั่นใจในการทำหัตถการมากขึ้นเมื่อใช้นวัตกรรม 3.93 (SD = .62) และด้านความสมจริงเมื่อใช้ฝึกเย็บ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.87 (SD = .63)

6. การสรุปผลถึงขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝึบ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้าน หลังจากนั้นได้ทำการทดลองใช้และให้ผู้ทดลองประเมินผล สรุปผลจากการทดลองใช้ในด้านประสิทธิภาพ และความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้ สรุปข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการพัฒนาต่อยอดนวัตกรรม วางแผนการนำนวัตกรรมไปทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผล และจัดทำเป็นรายงานสรุปผลการวิจัยเพื่อเผยแพร่ต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองทางการพยาบาล มีเหตุผลสำคัญคือเพื่อลดต้นทุนในการจัดซื้อหุ่นจำลอง ซึ่งส่วนใหญ่ผลิตจากสารสังเคราะห์เช่น โฟมเบอร์กลาส และซิลิโคน ต้องมีการนำเข้าจากต่างประเทศ ราคาที่จำหน่ายในท้องตลาดจึงค่อนข้างสูง¹⁰ การเลือกใช้ยางพารามาใช้ในการสร้างหุ่นจำลองในครั้งนี้ จึงเป็นการช่วยลดต้นทุนในการสร้างหุ่นจำลอง เพื่อให้มีหุ่นฝึกการซ่อมแซมฝึบที่เพียงพอ ส่งเสริมการใช้วัสดุที่หาได้ในพื้นที่ ซึ่งเมื่อคำนวณจากราคาต้นทุนต่อชิ้น ยังมีราคาต้นทุนที่ต่ำกว่าการซื้อหุ่นจำลองที่นำเข้าจากต่างประเทศ โดยการพัฒนารุ่นฝึกการซ่อมแซมฝึบในระยะแรกที่ใชยางพาราเป็นวัสดุหลักขึ้นรูป

จากการที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ทดสอบการใช้งานพบว่า มีพื้นผิวมีความกระด้าง ไม่ยืดหยุ่น สีของวัสดุไม่เหมือนจริง และเกิดความเสียหายมีการฉีกขาดของพื้นผิวเมื่อใช้เข็มเย็บทำให้การใช้งานได้เพียง 1 - 2 ครั้ง ผู้วิจัยจึงได้มีการปรับพื้นผิวด้านนอกของหุ่นเป็นซิลิโคนขึ้นรูปตามแบบของหุ่นด้านในตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเคมี ได้หุ่นจำลองที่มีลักษณะของพื้นผิวเรียบ มีความยืดหยุ่น และได้เติมสีเข้าไปในระหว่างการขึ้นรูปให้มีความเหมือนจริงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาหุ่นจำลองในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้ซิลิโคนมาเป็นส่วนประกอบเพื่อให้มีความยืดหยุ่นเหมือนจริงมากขึ้น² ทั้งนี้หัตถการซ่อมแซมแผลเย็บในสถานการณ์จริง ลักษณะรูปร่างของแผลเย็บที่เกิดขึ้นอาจจะมีความแตกต่างกันไปจากการตัดหรือการฉีกขาดเพิ่มเติม ซึ่งทำให้การประเมินแผลและการเย็บซ่อมแซมแผลอาจจะเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นการฝึกประเมินและเย็บซ่อมแซมจากหุ่นจำลองจะทำให้นักศึกษาได้ฝึกตั้งแต่การประเมินลักษณะแผลเย็บ ฝึกจับอุปกรณ์ในการเย็บจริงเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเกิดความมั่นใจมากขึ้นก่อนไปฝึกในสถานการณ์จริง

การทดลองใช้นวัตกรรมแผลเย็บมีผลการประเมินคุณภาพของหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลเย็บ โดยรวมการประเมินคุณภาพนวัตกรรมแผลเย็บจำลองอยู่ในระดับมาก และด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพมากที่สุด ใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ ประสิทธิภาพโดยรวมของนวัตกรรม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการฝึกทักษะการซ่อมแซมแผลเย็บที่ผ่านมา มีการฝึกกับวัสดุที่เป็นหมอนผ้าที่จำลองเป็นรูปแผลเย็บ ฟองน้ำที่ตัดจำลองเป็นแผลเย็บ ที่ลักษณะของวัสดุไม่มีความใกล้เคียงกับเนื้อของมนุษย์ วัสดุที่กล่าวมา มีความผิดและขาดความยืดหยุ่น ทำให้การฝึกทักษะไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการ Suction ต่อความสามารถของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของด้านประโยชน์การใช้งานอยู่ในระดับมากเมื่อมีการใช้หุ่น Suction เหมือนจริง¹¹ ตำแหน่งของแผลเย็บถูกต้องตามกายวิภาคและสรีระวิทยาของมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการเทียบเคียงขนาดและสัดส่วนของหุ่นจำลองให้ใกล้เคียงกับสรีระและกายวิภาคของมนุษย์ และสร้างแม่พิมพ์ขึ้นมาเพื่อหล่อแบบจากยางพารา มีการปรับปรุงลักษณะให้ถูกต้องตามลักษณะกายวิภาคของมนุษย์ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ลักษณะภายนอกที่ถูกต้อง และด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนของแผลเย็บจำลอง ทั้งนี้จากการเปรียบเทียบต้นทุนของการสร้างนวัตกรรมนี้กับหุ่นจำลองที่ต้องสั่งซื้อมีราคาต้นทุนที่ต่ำกว่ามาก แม้จะแพงกว่าการใช้แผลเย็บที่จำลองจากผ้า หรือฟองน้ำ แต่จำนวนครั้งของการใช้งานมากกว่า และเมื่อเกิดการฉีกขาดชำรุดสามารถซ่อมแซมกลับมาใช้ใหม่ได้อีก ส่วนคุณภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ความสมจริงของรายละเอียดแผลเย็บจำลอง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลักษณะของรายละเอียดด้านสีที่ไม่สามารถเติมสีได้ตามที่ต้องการ เพราะต้องใช้ส่วนผสมลงไปในขั้นตอนการหล่อขึ้นรูปแล้วจึงนำไปอบที่ไม่สามารถเติมสีตามต้องการได้อีก และลักษณะเนื้อเยื่อที่ทำจากส่วนผสมของยางพาราและซิลิโคนยังมีความกระด้างไม่อ่อนนุ่มเหมือนเนื้อเยื่อของมนุษย์ เช่นเดียวกับการพัฒนาหุ่นฝึกทักษะกลไกการคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยการประเมินความเหมือนจริงทั้งรูปร่างและลักษณะสี มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น เนื่องจากวัสดุที่ใช้เป็นวัสดุที่หาได้จากร้านค้าทั่วไปจึงทำให้ไม่ได้หุ่นที่เหมือนจริงเทียบเท่าหุ่นที่ผลิตจากบริษัทที่ผลิตหุ่นจำลองทางการแพทย์¹² ในด้านการทดลองใช้งานมีผลการประเมินความพึงพอใจ โดยรวมค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจใน 3 ลำดับแรก ความสะดวกในการใช้งาน ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวม และความสะดวกในการเคลื่อนย้าย ทั้งนี้ตัวนวัตกรรมสามารถใช้งานได้สะดวก มีขนาดที่กะทัดรัดเคลื่อนย้ายได้สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในการพัฒนานวัตกรรมหุ่นจำลองแขน

ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ² ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายในระดับมาก ส่วนความสอดคล้องต่อความต้องการของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยในระดับมากเช่นกัน เพราะนักศึกษาได้มีโอกาสฝึกทบทวนทักษะการซ่อมแซมฝีเย็บด้วยตนเองได้หลายครั้งก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติจริงสอดคล้องกับผลของการใช้หุ่น Suction ต่อความสามารถของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้นเมื่อได้ฝึกกับหุ่น Suction ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ¹¹ ส่วนความสมจริงเมื่อใช้ฝึกเย็บมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดดำที่มีค่าเฉลี่ยด้านความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เหมือนหลอดเลือดจริง² ทั้งนี้เนื่องจากส่วนที่เป็นส่วนประกอบหลักด้านในของหุ่นจำลองเป็นยางพารา ที่มีพื้นผิวด้านนอกเป็นซิลิโคนครอบทับไว้เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนในภาคปฏิบัติ สามารถนำหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บไปใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอนภาคทดลองและเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด สามารถนำหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บไปใช้ในการฝึกทักษะเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าประจำการและการประเมินสมรรถนะได้
3. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยบริการ ควรจัดหาให้มีหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะต่างๆให้เพียงพอ เพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรก่อนประจำการ ใช้ฝึกทบทวนทักษะและประเมินสมรรถนะในระหว่างประจำการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

1. การพัฒนาต่อยอดหุ่นจำลองฝีเย็บที่สามารถฝึกทักษะในการตัดฝีเย็บ และสามารถจำลองเป็นแผลฝีเย็บที่มีการตัด หรือการฉีกขาดในแบบต่าง ๆ และการจำลองลักษณะผิวด้านนอกของฝีเย็บเพื่อใช้ในการฝึกและทบทวนการประเมินฝีเย็บ
2. การพัฒนาหุ่นฝึกการซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ส่วนที่เป็นซิลิโคนอาจจะมีการทดลองใช้วัสดุอื่นที่มีราคาถูกลงหาได้ง่าย หรือการทดลองสูตรการผสมน้ำยางพาราเพื่อให้คุณสมบัติตามที่ต้องการ
3. การพัฒนาหุ่นจำลองที่ใช้ในรายวิชาหรืออวัยวะส่วนอื่น เพื่อฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำแนวคิดและขั้นตอนการพัฒนา ไปปรับใช้ได้ รวมทั้งการนำแบบประเมินไปปรับปรุงใช้งานต่อไป

References

1. Thongtip N, Srilar A, Luengmettakul J. The incidence and associated factors of perineal wound infection following vaginal delivery in Charoenkrung Pracharak hospital, Bangkok, Thailand. *Thai Journal Obstetrics and Gynaecology* 2023;31(2):145-53. (in Thai)
2. Nantsupawat A, Viseskul N, Sawasdisingha P, Auephanwiriyaikul S, Yimyam S. The development of an intravenous injection arm model. *Nursing Journal CMU* 2022;49(3):311-23. (in Thai)
3. Hemtong W, Thongphet S, Tunit P, Sirited P. Effect of using synthetic human cadaver in anatomy of muscular system on learning achievements and satisfaction of nursing students. *Academic. Journal of Phetchaburi Rajabhat University* 2022;12(1):31-8. (in Thai)
4. Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2017. *Nursing Sanpasithiprasong. Program specification nursing curriculum (Improved program B.E. 2560). Ubonratchatani* 2017. (in Thai)
5. Kanjanawasee S. Research and Development for Thai Education. *Silpakorn Educational Research Journal* 2016; 8(2):1-18. (in Thai)
6. Thato R. *Nursing research: concepts to application*. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai)
7. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral science*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
8. Nunchai J, Seangnual S. Developing simulation model for fetal position assessment training skill. *Nursing Journal CMU* 2018;45(4):37-46. (in Thai)
9. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2014 Edition [Internet]. 2014 [cited 2022 Oct 21]. Available from: <https://docplayer.net/6678504-Joanna-briggs-institute-reviewers-manual-2014-edition.html>
10. Yimyam S. Developing stimulation model for training clinical skill of health science students. *Nursing Journal CMU* 2016;43(2):142-51. (in Thai)
11. Siratirakul L, Panasan D, Sanongyard J. The Effects of using suction model on the ability to suction procedure in nursing students of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi. *Journal of Buddhist Anthropology* 2020;5(6):374-88. (in Thai)
12. Pataipakaipet K, Nithitantiwat P. Mechanism of labor simulator for nursing students. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(3):233-43. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of Using a Model to Integrate Psychosocial Theories of Aging with Local Wisdom on Active Aging and The Quality of Life of the Elderly in Sisaket Province

Chanidapa Khorsukworakul, Ph.D.¹Tattiya Nakornchai, M.Sc.^{2*}Puttiporn Pitantanakul, M.N.S.³Jarinta Suppawatcharasarm, M.N.S.⁴

Received: Oct 20, 2023

Revised: Mar 13, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

Abstract

Introduction: Older people with health problems and low ability to care for themselves have high dependency needs. If older people are treated well using a good model, it will promote potential and a better quality of life and reduce the burden on society.

Research objectives: To develop a model of integrating psychosocial theories of aging with local wisdom and to study the effects of using the model on older people's potential and quality of life.

Research Methodology: Research and development are divided into two phases: Phase 1: Development of a model for integrating psychosocial ageing theories with local wisdom using qualitative research and development methods; Phase 2: Studied the model's results by quasi-experimental research. Participants included 60 older adults from The Pho Subdistrict community. The research experiment tool is the model of integrating psychosocial theories of aging with local wisdom. Data collection tools included the potential assessment and quality of life assessment form, in which content validity was checked and the Cronbach's alpha coefficient was .91 and .88, respectively. Data were analyzed using Paired sample t-test and MANOVA.

Results: The results of the model development showed that using a model of integrating psychosocial theories of aging with local wisdom consists of 5 elements: 1) the objectives of using the model, 2) basic concepts for development, 3) principles of promoting potential and quality of life, 4) the process of promoting active aging and life quality, and 5) the results of the model. The results of using the model show that older adults in the experimental group had higher potential and quality of life post-experiment than pre-experiment ($M = 89.07$, $SD = 6.35$ and $M = 106.30$, $SD = 11.21$, respectively), and higher than the control group ($M = 106.30$, $SD = 11.21$) significantly ($p < .01$)

funding: Sisaket Rajabhat University

¹Lecturer ¹Email: Chanidapa@outlook.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer ²Email: tattiya.n@sskru.ac.th

³Lecturer ³Email: Puttiporn.p@sskru.ac.th

⁴Lecturer ⁴Email: Jarinta.s@sskru.ac.th

¹Princess Agrarajakumari College of Nursing (PACH) Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand.

²⁻⁴Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket, Thailand.

Conclusions: A model of integrating psychosocial theories of aging with local wisdom increases older people's active ageing and quality of life.

Implications: Utilize and implement the finding of the model integrating psychosocial theories of aging with local wisdom to other communities.

Keywords: elderly, potential, life of quality, psychological theory of aging, local wisdom

ผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่อศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

Received: Oct 20, 2023

Revised: Mar 13, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

ชนิดาภา ขอสุขวรกุล ปร.ด.¹

หัตติยา นครไชย วท.ม.^{2*}

พุทธิพร พิธานธนากุล พย.ม.³

จารินดา ศุภวัชรสาร พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและมีศักยภาพในการดูแลตนเองต่ำจะมีความต้องการพึ่งพิงสูง หากได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้มีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและลดภาระของสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น และศึกษาผลของรูปแบบต่อศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการวิจัยเชิงคุณภาพและพัฒนา และระยะที่ 2 ศึกษาผลของรูปแบบ โดยการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test และ MANOVA

ผลการวิจัย: รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 2) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนา 3) หลักการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิต 4) กระบวนการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิต และ 5) ผลลัพธ์ของรูปแบบผลการใช้รูปแบบพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 89.07$, $SD = 6.35$ และ $M = 106.30$, $SD = 11.21$) ตามลำดับ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 106.30$, $SD = 11.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ: นำรูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นไปขยายผลในชุมชนอื่น ๆ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ศักยภาพ คุณภาพชีวิต ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ได้รับทุนสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

¹อาจารย์ ¹Email: Chanidapa@outlook.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ ²Email: tattiya.n@sskru.ac.th

^{3,4}อาจารย์ ³Email: Puttiporn.p@sskru.ac.th ⁴Email: Jarinta.s@sskru.ac.th

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

²⁻⁴คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ศรีสะเกษ ประเทศไทย

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.20 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.60 ต่อปี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย คาดการณ์งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นเพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว กรมอนามัยจึงส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตั้งเป้าหมายหลักของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2563 – 2565 คือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องมีศักยภาพ หมายถึง มีสุขภาพร่างกายจิตใจแข็งแรง สมบูรณ์ พึ่งพาตนเองได้ มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นที่ยอมรับของตนเองและสังคม ปัจจัยที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพมากขึ้นคือการให้ผู้สูงอายุมาอยู่ร่วมกันเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลายตามความพึงพอใจและมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเองและสังคม² แต่เนื่องจากระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น รวมถึงกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจไม่มั่นคงทุกประเทศจำเป็นต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การจัดการระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการเข้าถึงการดูแลรักษาที่ดีขึ้น³

องค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้ประเทศต่าง ๆ ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ การเข้าถึงภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม และผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีมาตรฐาน และใช้อย่างสมเหตุสมผล⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อนุรักษ์ฟื้นฟูและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น⁵

ดังนั้น การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น สิ่งสำคัญคือต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงก่อน คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาแบบบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยส่งเสริมการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ มาบูรณาการกับทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) และทฤษฎีบทบาท (Role theory) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการใช้สติปัญญา กิจกรรมทางกายร่วมกับสังคม มีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แสดงบทบาททางสังคมผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและสภาพแวดล้อมเฉพาะที่ส่งเสริมการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดีที่สุดได้⁷ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เกิดการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติจนเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

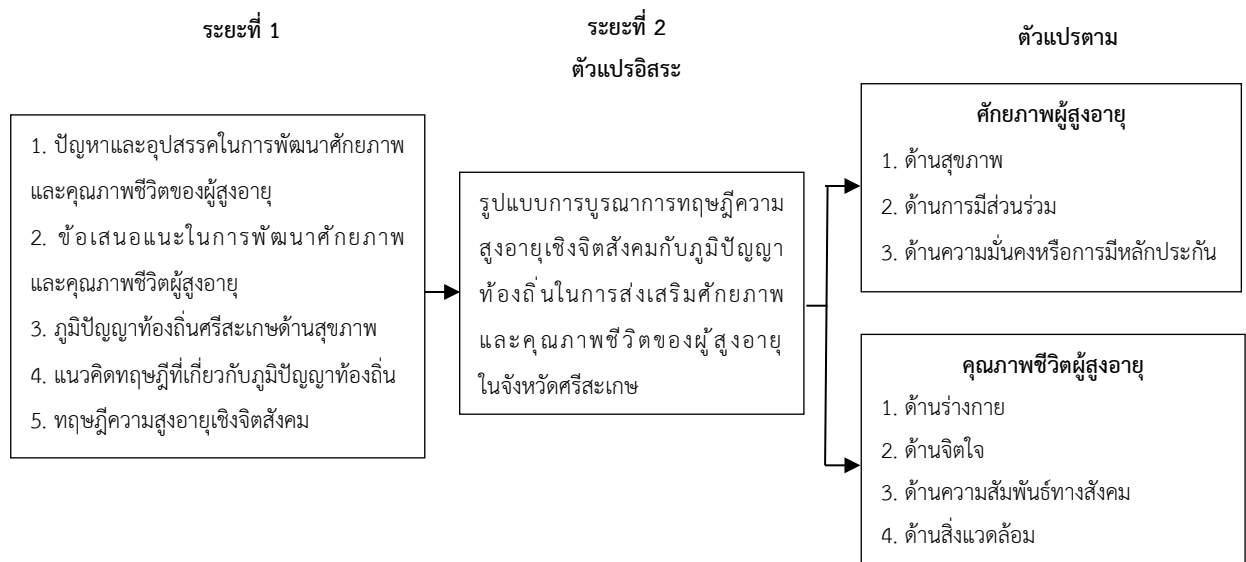
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการประเมินศักยภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 3 ด้าน⁸ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านการมีส่วนร่วม 3) ด้านความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต และใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน⁹ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม 3 ทฤษฎี ดังนี้ 1) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) 2) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) และ 3) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนาแบบโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและการพัฒนา ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประชาชนอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีประเด็นการสัมภาษณ์หลัก 2 เรื่อง ได้แก่ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน และศักยภาพผู้สูงอายุ 3 ด้าน โดยแยกเป็นรายด้านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัญหา ความต้องการการพัฒนา และข้อเสนอแนะแนวทาง

ในการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ .78 - 1.0 2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC .80-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยการจัดแบ่งหมวดหมู่ของข้อมูลตามประเด็นการสัมภาษณ์ สรุปและเขียนรายงานข้อมูล และส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

1. การพัฒนารูปแบบ โดยการจัดทำร่างรูปแบบและวิพากษ์รูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพชุมชน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตามแบบประเมินความเหมาะสมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้คะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม 4.20 - 4.80 คะแนน ในภาพรวมรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสม 4.53 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงทดลอง โดยการศึกษาผลของรูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลโพธิ์ จำนวน 60 คน โดยใช้เกณฑ์กำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละอย่างน้อย 30 คนขึ้นไป¹⁰ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยการสุ่มระดับอำเภอและตำบล จ้างฉลากเป็นชุมชนกลุ่มทดลองและชุมชนกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถอ่าน เข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ สร้างโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดการประเมินศักยภาพขององค์การอนามัยโลก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงและการมีหลักประกันในชีวิต มีข้อความถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) มีค่าคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน

2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก¹¹ มีข้อความถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยข้อความถามทางบวก 23 ข้อ ข้อความถาม

ทางลบ 3 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 26 - 130 คะแนน มีการจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 26 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี 61 - 95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ประเมินคุณภาพของรูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยการวิพากษ์และประเมินความเหมาะสม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของความเหมาะสมโดยรวม 4.53 คะแนน หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

2. แบบประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2565 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานผู้นำชุมชนเพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยให้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินศักยภาพและคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลองด้วยตนเอง
4. กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ ประกอบด้วย 1) อบรมความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร และการแปรรูปสมุนไพร การออกแบบบรรจุภัณฑ์และการตลาด 3 ครั้ง 2) จัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชน 3) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแปรรูปสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ 8 ครั้ง (สบู่ แชมพู ยาหม่อง ยาเขียว น้ำมันไพล ขาใบหม่อน สมุนไพรอบแห้ง ลูกประคบ) 4) ให้กลุ่มทดลองใช้และประเมินผลิตภัณฑ์ 2 ครั้ง และ 5) ร่วมกิจกรรมออกจำหน่ายสินค้า ส่วนกลุ่มควบคุมให้เข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมอบรมความรู้ 3 ครั้ง
5. ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินตนเอง โดยใช้แบบประเมินศักยภาพและแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ลงวันที่ 19 มกราคม 2565 เลขที่ HE642006 และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับเพื่อนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ และมีสิทธิปฏิเสธได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test
2. เปรียบเทียบศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนาม (MANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุระหว่าง 60 - 74 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 มีรายได้ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 56.70

2. รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 2) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ 3) หลักการส่งเสริมศักยภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4) กระบวนการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 5) ผลลัพธ์ของรูปแบบ ดังภาพที่ 2

3. ผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

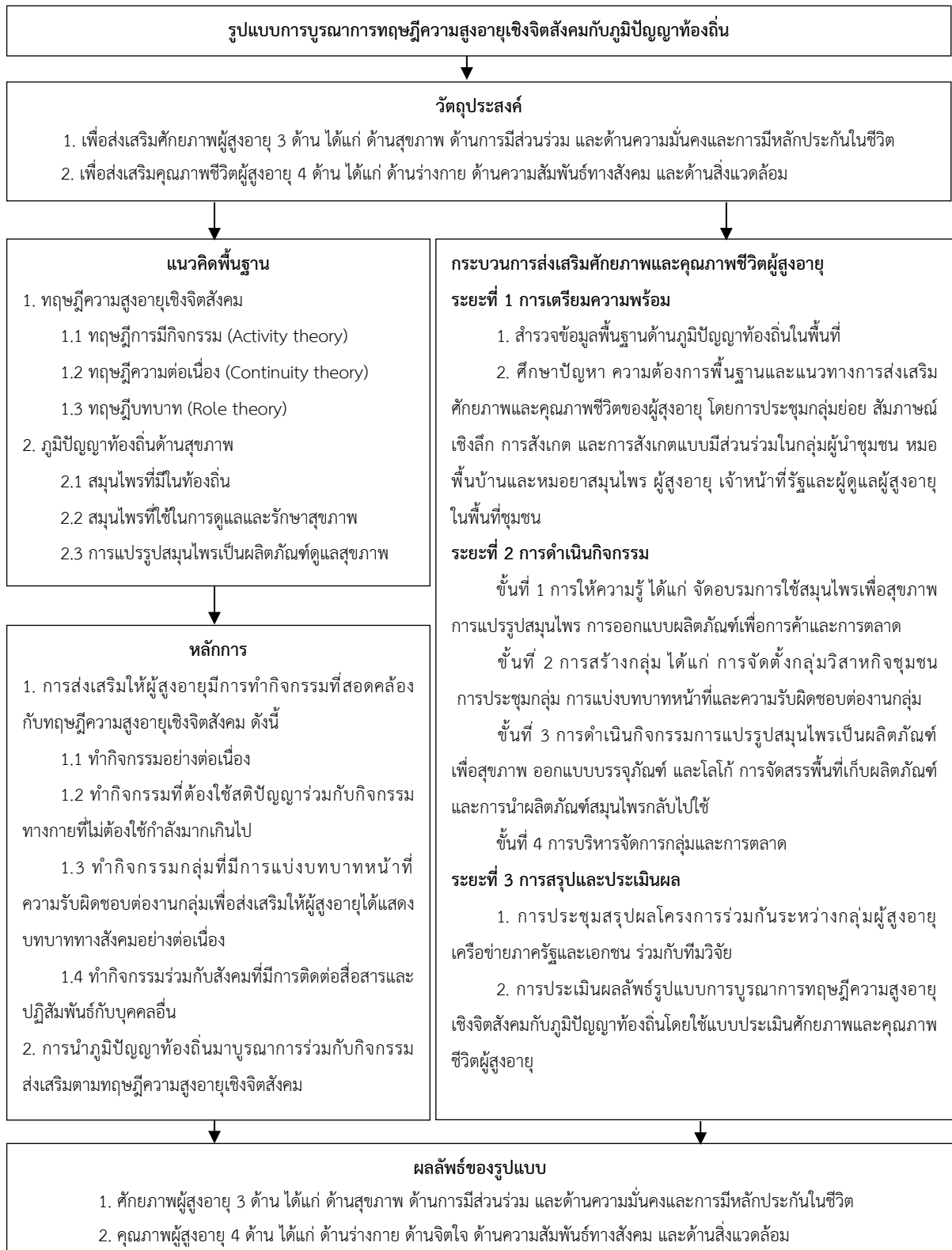
3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า กลุ่มทดลอง มีศักยภาพและคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตัวแปร	n	M	SD	t	P-value
ศักยภาพของผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	30	74.57	9.77	7.06	0.000**
หลังทดลอง	30	89.07	6.35		
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	30	79.03	10.09	9.82	0.000**
หลังทดลอง	30	106.30	11.21		

**p < .001

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของศักยภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า ผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของ Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace และ Roy's Largest Root มีค่า F เท่ากัน เท่ากับ 37.107 (Sig = .001) แสดงว่าค่าเฉลี่ยของศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรต้น	Multivariate test	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
รูปแบบการบูรณาการ	Pillai's Trace	.566	37.107**	2.00	57.00	.000	.552
ทฤษฎีความสูงอายุ	Wilks' Lambda	.434	37.107**	2.00	57.00	.000	.552
เชิงจิตสังคมกับ	Hotelling's Trace	1.302	37.107**	2.00	57.00	.000	.552
ภูมิปัญญาท้องถิ่น	Roy's Largest Root	1.302	37.107**	2.00	57.00	.000	.552

** p < .001

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้านความสัมพันธ์ของตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Pearson correlations ในกลุ่มควบคุมพบว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .370$) และในกลุ่มทดลองพบว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .425$)

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความเป็นเอกพันธ์ของเมตริกความแปรปรวน (Homogeneity of variance-covariance matrix) ของตัวแปรโดยใช้ Box's M test พบว่า การทดสอบไม่มีนัยสำคัญ (Box's $M = 4.69$, $F = 1.506$, $p = .211$) แสดงว่าศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง มีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน

ทดสอบด้านความเท่ากันของความแปรปรวนประชากร โดยใช้สถิติ Levene's test of equality of error variances ผลการทดสอบศักยภาพของผู้สูงอายุพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $F = .72$ และ Sig เท่ากับ .399) ผลการทดสอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $F = 3.87$ และ Sig เท่ากับ .054) แสดงว่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน

ดังนั้นเพื่อวิเคราะห์ว่ารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นส่งผลต่อตัวแปรตามใดบ้าง ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์แยกรายตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Univariate จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีศักยภาพและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่า $F = 29.317$ (Sig = .001) และ 73.776 (Sig = .001) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่า Partial Eta Squared พบว่า ขนาดของผลของความแตกต่างด้านศักยภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 32.40 และขนาดของผลของความแตกต่างด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 55.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกรายตัวแปร

แหล่งความแปรปรวน	ตัวแปรตาม	SS	df	MS	F	Sig.	Partial Eta Squared
รูปแบบการบูรณาการ	ศักยภาพหลังทดลอง	1215.000	1	1215.000	29.317	.000	.324
ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น	คุณภาพชีวิตหลังทดลอง	7459.350	1	7459.350	73.776	.000	.552
ความคลาดเคลื่อน	ศักยภาพหลังทดลอง	2403.733	58	41.444			
	คุณภาพชีวิตหลังทดลอง	5864.300	58	101.109			

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการวิจัยพบว่า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งพัฒนามาจากพื้นฐานของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีกิจกรรม ทฤษฎีความต่อเนื่อง ทฤษฎีบทบาทและแนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย การส่งเสริมด้านความรู้ การพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง การฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถ การรวมกลุ่มเพื่อจัดกิจกรรมเสริมรายได้ การจัดหาจำหน่ายสินค้า การทำกิจกรรมกลุ่มสนทนา และการส่งเสริมการมีสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี¹² และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเองและความสัมพันธ์ทางสังคม¹³ การส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดตั้งกลุ่มอาชีพตามความถนัดของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดรายได้¹⁴⁻¹⁵

2. การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ทำให้ได้ทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุข สนุกสนาน ซึ่งส่งผลดีต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับทฤษฎีการมีกิจกรรม (activity theory) ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจ ซึ่งตามทฤษฎีนี้หมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเองนั้นคือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อสังคม หรือชุมชน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและยังเป็นประโยชน์ต่อสังคม การมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีกิจกรรม (activity theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ในการส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดี

ของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งพบว่าการมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น และแยกตัวจากสังคมน้อยลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรม และการมีกิจกรรมถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง¹⁷ สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังด้วยแนวคิดพัฒนาพลัง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มในสังคม ได้ทำกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น รวมถึงการที่ชุมชนให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเสริมรายได้ให้ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือเหงา¹⁸

2.2 คะแนนเฉลี่ยศักยภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ซึ่งมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้สติปัญญาร่วมกับกิจกรรมทางกาย เช่น การทำผลิตภัณฑ์แปรรูปสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สอดคล้องกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ซึ่งอธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในการทำกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนในอดีต ผู้สูงอายุที่ชอบร่วมกิจกรรมในสังคมก็จะมีกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนเดิม เมื่อมีอายุมากขึ้นเนื่องจากเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะพยายามคงความต่อเนื่องในเรื่องลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ ความเชื่อ ค่านิยมและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพของตนเองเมื่อวัยต้น ๆ ของชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม¹⁹ อีกทั้งการร่วมกิจกรรมยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ¹⁶ สอดคล้องกับทฤษฎีบทบาท (Role theory) ที่อธิบายว่า บทบาทของผู้สูงอายุทางสังคมที่แสดงออกทางด้านสถานภาพที่ดีกว่าจะส่งผลให้มีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ อารมณ์ เกิดความพึงพอใจในชีวิต เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อตัวเอง และสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ดี และจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคม ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่จะสามารถผลักดันหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในสังคมมากขึ้น คือการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์หรือร่วมกันทำกิจกรรมในลักษณะต่าง ๆ เพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเองและสังคมผ่านกิจกรรมที่หลากหลายตามความพึงพอใจโดยกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต มองเห็นคุณค่าที่ยังคุณประโยชน์ให้กับสังคม² เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะสะท้อนให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้รู้สึกว่ามีความเป็นตัวตน มีบทบาทอยู่ในสังคมระดับหนึ่ง โดยกิจกรรมทางสังคมไม่ว่าจะเกิดในรูปแบบใดจะเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีแนวโน้มที่จะสร้างคุณูปการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการบูรณาการทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ และเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งจะลดภาระของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุได้
2. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่จากองค์กรของรัฐทั้งภายในและภายนอกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกลุ่มวิสาหกิจชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มมีกิจกรรมการพัฒนาและเกิดการสร้างรายได้อย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสวัสดิการทางสังคมเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสวัสดิการทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

1. Department of health. Bureau of Elderly Health annual report 2020. Bangkok: Bureau of Elderly Health; 2020. (in Thai)
2. Ratana-Ubol A. Proposal for operational improvement regarding senior citizen's potential enhancement. Silpakorn Educational Research Journal 2019;11(1):26-46. (in Thai)
3. United Nation (UN). Goal 3: ensure healthy lives and promote well-being for all at all age [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
4. Ministry of Natural Resources and Environment. Community philosopher: inheriting local Thai wisdom, restoring natural resources and the environment sustainably [Internet]. 2005 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <http://lib.mnre.go.th/lib/book/padchomchon.pdf>
5. National Health Commission Office. Strategy for developing Thai wisdom, Thai way of health Issue 3 (2017-2021). Nonthaburi: USA Printing; 2016. (in Thai)
6. Phon-ngam P. A development of healthy promotion model by E-SAN folk healer's wisdom. Journal of Social Sciences (COES&RJ-JSS) [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2024 Mar.29];2(1):5-14. Available from: <https://centreofexcellence.net/index.php/JSS/article/view/jss.2013.2.1.5.14> (in Thai)
7. Demaio A. Local wisdom and health promotion: barrier or catalyst. Asia Pacific Journal of Public Health 2011;23(2):127-32.
8. Framework AP. Active Ageing. Population. 2000;2025:2050 . Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

9. The WHOQOL group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument. Geneva: WHO; 1995.
10. Leekitwattana P. Educational research methods. 11th ed. Bangkok: Mean Service Supply; 2017. (in Thai)
11. Mahattanirundonkul S, Suwattan R, Tantipiwattanasakul W, Poompaisalchai V. World Health Organization quality of Life-BREF Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet]. 2002 [cited 2024 Apr 3]. Available from: <https://dmh.go.th/test/whoqol/> (in Thai)
12. Theamthong N, Junlata J, Chaigaru S. Model development for promoting the quality of life of elderly in elderly club Ubon Ratchathani Province. UMT-Poly Journal 2018;15(2):321-34. (in Thai)
13. Tawkratoke S. Guidelines for quality of life development for the elderly of subdistrict administrative organizations in the area of Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province. NRRU Community Research Journal 2017;11(1):158-70. (in Thai)
14. Rujiranukul P, Donviset T. Guideline to improve the elderly's quality of life in Chantaburi province. Rajabhat Rambhai Barni Research Journal 2014;10(1):60-9. (in Thai)
15. Pruansuk P. Guidelines for quality of life development for the elderly of local administrative organizations in Phrae Province. Journal of Graduate School, Pitchayat 2015;10(1):77-87. (in Thai)
16. Touhy TA, Jett KF. Gerontological nursing & healthy aging. 4th ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2014.
17. Winstead V, Yost EA, Cotton SR, Berkowsky RW, Anderson WA. The impact of activity interventions on the well-being of older adults in continuing care communities. Journal of Applied Gerontology 2014;33(7):888-911. doi: 10.1177/0733464814537701.
18. Mungsakul W. The concept of active ageing and capacity development of ageing living alone. Journal for Social Sciences Research 2014;38(2):93-112. (in Thai)
19. Beltz S, Gloystein S, Litschko T, Laag S, Vandenberg N. Multivariate analysis of independent determinants of ADL/ IADL and quality of life in the elderly. Biomed Central Geriatrics 2022;22(1):894. doi: 10.1186/s12877-022-03621-3.

บทความวิจัย

Factors Association with Health Status in Elderly after COVID-19 Pandemic
at Yothi Medical Innovation District, Bangkok

Received: Nov 16, 2023

Revised: Apr 5, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

Phubet Saengsawang, Dr.PH.^{1*}

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic posed a significant challenge, affecting both the medical system and public health services. The elderly experienced adverse impacts on their health status, compounded by a lack of continuous care.

Research objectives: To determine the association between factors and the health status of the elderly after the COVID-19 pandemic at the Yothi Medical Innovation District, Bangkok.

Research methodology: A cross-sectional study was conducted with 306 subjects aged 60 and over in five communities at the Yothi Medical Innovation District, Bangkok. Data were collected using a questionnaire and analyzed by descriptive statistics and the Chi-Square test.

Results: Factors significantly associated with the health status of the elderly included livelihood aspects such as health behavior ($\chi^2 = 7.82$, p-value < 0.05) and family relationships ($\chi^2 = 4.05$, p-value < .05).

Conclusion: The health status of the elderly in Yothi Medical Innovation District predominantly falls within the category of good level. Livelihood factors, particularly health behavior and familial relationships, demonstrated a significant association with the health status of the elderly.

Implications: Related practices should include home visits and ongoing health promotion activities addressing physical, mental, and health education. These efforts aim to prevent and rehabilitate diseases in the elderly, alleviating symptoms. Moreover, ensuring safe and suitable housing sanitation is crucial for the well-being of elderly residents.

Keywords: health status, livelihood, elderly, Bangkok

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

Received: Nov 16, 2023

Revised: Apr 5, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

ภูเบศร์ แสงสว่าง ส.ด.^{1*}

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เป็นไปตามระบบปกติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงแบบ Cross-sectional study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 155 คน ใน 5 ชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Chi-square test

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยความเป็นอยู่ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ($\chi^2 = 7.82$, $p - \text{value} < .05$) และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($\chi^2 = 4.05$, $p - \text{value} < .05$)

สรุปผล: สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนย่านโยธี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเยี่ยมครัวเรือนผู้สูงอายุ ให้แนะนำการดูแลสุขภาพ การจัดที่พักอาศัยให้ปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันและฟื้นฟูโรคที่จะเกิดในผู้สูงอายุและบรรเทาอาการ อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สถานะสุขภาพ ความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

แหล่งทุน: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน)

^{1*}Corresponding author: อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

¹Email: Phubet.sae@mahidol.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และตัวผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ มีรายได้ลดลง ว่างาน ปัญหาสุขภาพเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยารักษาโรคไม่ถูกต้อง มีภาวะทุพโภชนาการ ติดเชื้อโรคได้ง่าย หรืออุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ และเกิดปัญหาทางสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดโอกาส เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และประเทศไทย ได้ประสบปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ตั้งแต่ ปี 2563 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับประเทศไทย การระบาดของโรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ แต่ในเขตกรุงเทพมหานครนั้น มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทุกกลุ่มอายุ สูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรค จนถึงการติดเชื้อระลอกใหม่ในเดือน เมษายน - ตุลาคม 2564 กรุงเทพมหานครก็ยังพบผู้ติดเชื้อเป็นอันดับหนึ่งในประเทศตลอดมา ผลกระทบของโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขทั่วทั้งประเทศ ทั้งปัญหาผู้ป่วยจำนวนมาก การเข้าถึงการรักษาพยาบาล และการเสียชีวิต สำหรับผู้สูงอายุเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรง อัตราการป่วยตาย (ร้อยละ 6.04) มากกว่ากลุ่มวัยอื่น พบอัตราป่วยภาพรวมทั้งประเทศ ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ที่ร้อยละ 6.94 และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 3.33¹ กรมควบคุมโรครายงานจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565) โดย 10 อันดับแรกที่ติดเชื้อในระลอกใหม่สูงสุด คือ เขตราชเทวี มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อมากที่สุด จำนวน 1,058 ราย²

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19³ ให้ดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ เน้นการป้องกันการแพร่เชื้อโรคสู่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพขณะกักตัวอยู่ที่บ้าน การจัดบ้านหรือสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากโควิด-19 การแยกกักตัวที่บ้านหรือในชุมชน และการส่งต่อโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวจะต้องมีความเป็นพิเศษมากขึ้น การเข้าถึงระบบบริการต้องรวดเร็ว มีช่องทางพิเศษ เข้าถึงง่าย มีระบบการจัดการกลไกที่ดี ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ⁴ พบว่า ต้องการการรักษาพยาบาลแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ให้สถานบริการของรัฐและเอกชน จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสภาพจิตใจ เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ และต้องการข้อมูลในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง⁵ มีบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับมาก โดยจากงานวิจัยที่อ้างถึงนั้น เป็นการศึกษาในช่วงสถานการณ์ปกติ แต่วิกฤติการระบาดของโควิด-19 ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามระบบบริการปกติที่ผ่านมา ซึ่งชุมชนเขตพญาไท และเขตราชเทวี เป็นชุมชนในกรุงเทพมหานคร อยู่ในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ที่เป็นศูนย์กลางแห่งการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน มีหน่วยงานทางการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐ และเอกชนจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นต้น แต่การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูในระดับปทุมธานีเขตเมือง ยังไม่ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายเนื่องจากมีข้อจำกัดของชุมชนด้านการเข้าถึงประชากรหรือครัวเรือน ทำได้ยากซับซ้อน

เมื่อสถานการณ์การระบาดที่รุนแรงของโรคโควิด-19 เริ่มมีน้อยลง ผู้สูงอายุมีร่างกายเสื่อมถอย และมีโรคประจำตัว รวมทั้งวิธีการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 แต่ละชนิด การอยู่รวมกันหลายคน เป็นครอบครัว ทำกิจกรรมร่วมกัน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน สมาชิกในบ้านต้องออกไปทำงานทำกิจกรรมนอกบ้าน

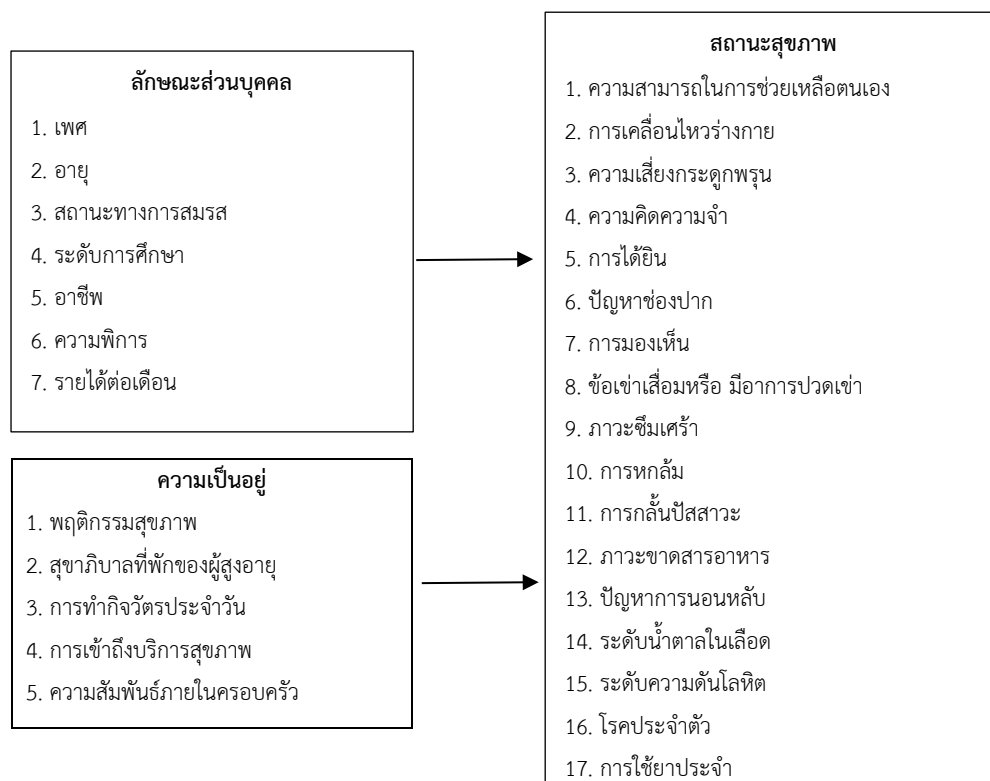
ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื่อได้ จึงมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบบั้รุนแรง และต้องการการดูแลที่มากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ โดยพบว่าได้รับผลกระทบ ร้อยละ 70.1 - 91.8⁶ จากการซื้อของใช้ จำยตลาด การไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ การไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสร้างภาระการดูแลให้แก่ครอบครัว การว่างงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 6.6 และมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการซื้อยากินเอง ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ การซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้สำรวจความเป็นอยู่ และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี เพื่อข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนการดำเนินงานฟื้นฟูส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี รวมทั้งหารูปแบบการจัดบริการและสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนทฤษฎีปัจจัยกำหนดสุขภาพ⁷ งานวิจัย รวมทั้งแนวคิดการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข⁸⁻¹⁰ ได้สรุปแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional study) ในระหว่างเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การสำรวจสถานะสุขภาพ ความเป็นอยู่ และความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร จำนวน 155 คน จากชุมชนเขตพญาไท 4 ชุมชน (หน้าวัดมะกอก วัดมะกอกส่วนหน้า วัดมะกอกกลางสวน สุขสวัสดิ์) และ เขตราชเทวี 1 ชุมชน (ซอยสวนเงิน) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรหาสัดส่วนไม่ทราบขนาดประชากร และแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนหลังคาเรือน ของแต่ละชุมชนโดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากผู้นำชุมชน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านฐานข้อมูลครัวเรือน ประชากรที่อยู่จริง และประชากรแฝงในแต่ละชุมชน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบผสมผสาน ทั้งวิธีการสุ่มอย่างง่ายกับวิธีการเลือกแบบเจาะจง จากแผนที่ชุมชน ถ้าหลังคาเรือนนั้นมีผู้สูงอายุ 2 คน ขึ้นไป ใช้วิธีการจับสลากกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ต่อ 1 หลังคาเรือน แต่ถ้าหลังคาเรือนนั้นไม่มีผู้สูงอายุ หรือการเข้าถึงครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างทำได้ยาก จะใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากการแนะนำของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของแต่ละชุมชน ให้กระจายทั้งชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน 2) เป็นผู้สูงอายุคนไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการส่วนเกณฑ์การคัดเลือกรับจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ 1) เจ็บป่วยรุนแรง หรือเป็นโรคติดต่อรุนแรง 2) มีปัญหาเรื่องการได้ยิน การสื่อสาร ความจำ การตัดสินใจ หรือไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดให้ข้อมูลแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพที่พิกของผู้สูงอายุ⁹ การทำกิจวัตรประจำวัน^{8,10} และส่วนที่ 3 สุขภาพของผู้สูงอายุ^{8,10} ซึ่งตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ทุกข้อ อยู่ระหว่าง .066 - 1.00 แบ่งเป็น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพิการหรือความบกพร่องทางกาย สมอง จิตใจ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายुरายด้าน ดังนี้ 1) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อโควิด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย กินอาหารรสจัด (หวาน มัน เค็ม เผ็ด) อารมณ์ และการจัดการความเครียด 2) ด้านสุขภาพที่พิกของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อากาศถ่ายเทแสงสว่างภายในบ้าน ความสะอาดเป็นระเบียบ น้ำใช้ น้ำดื่ม ขยะมูลฝอย ห้องน้ำ และห้องส้วม น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตราย สัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา และสัตว์เลี้ยงในครอบครัว 3) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม การเยี่ยมบ้าน สิทธิในการรักษาพยาบาล การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

4) ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชนิดของครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความผูกพันภายในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัว การทํากิจกรรมสร้างความผูกพัน และการตัดสินใจภายในครอบครัว

ส่วนที่ 3 สุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย ความเสี่ยงกระดูกพรุน ความคิดความจำ การได้ยิน ช่องปาก การมองเห็น ข้อเข่าเสื่อม หรือมีอาการปวดเข่า ภาวะซึมเศร้า การหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะขาดสารอาหาร การนอนหลับ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต โรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ

การแปลผล

ข้อมูลความเป็นอยู่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตที่พิกของผู้สูงอายุ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสุขภาพของผู้สูงอายุ คำถามเป็นแบบ dichotomous การให้คะแนน ถ้าตอบคำถามเชิงปฏิเสธได้ 1 คะแนน และถ้าตอบคำถามเชิงบวกได้ 2 คะแนน (แล้วนำคะแนนมารวมกัน แบ่งเป็น โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971)¹² 1) ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 2) ระดับพอใช้ คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 และ 3) ระดับดี คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน ได้แก่ 1) กลุ่มติดสังคมหรือระดับดี มีผลรวมคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป 2) กลุ่มติดบ้าน หรือระดับพอใช้ มีผลรวมคะแนน ADL 5 - 11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดเตียง หรือระดับไม่ดี มีผลรวมคะแนน ADL 0 - 4 คะแนน แล้วนำแต่ละด้าน (ความเป็นอยู่และสถานะสุขภาพ) มาจัดกลุ่มเป็น 2 ระดับ เพื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตามสถิติ Chi-square ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชุมชี้แจงรายละเอียดแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยนักวิจัย และแจ้งแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลกับผู้นำชุมชน โดยทีมผู้วิจัยออกเก็บข้อมูลที่ละชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้พาเข้าบ้าน แต่ละหลังคาเรือนตามแผนที่ทำการสุ่มได้ หากหลังคาเรือนที่สุ่มได้มีกลุ่มตัวอย่าง ก็จะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามในเอกสารยินยอม และเริ่มการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ดูแล ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยก็จะเก็บข้อมูลหลังคาเรือนถัดไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No.MUPH 2022-103 โดยข้อมูลที่เก็บได้เป็นความลับ และจะทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และความเป็นอยู่กับสถานะสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.7 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.1 สถานะการสมรสอยู่ด้วยกันเป็นคู่ ร้อยละ 45.5 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.6 มีอาชีพ ร้อยละ 60.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 60.6 และไม่มีความพิการ ร้อยละ 89.7

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านดังนี้

ระดับดี มี 2 ด้าน คือ ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 92.9 โดยเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.7 และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 46.5 ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด ร้อยละ 46.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.1 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 89.7 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 73.1 ไม่กินอาหารรสจัด ร้อยละ 57.7 ไม่มีอาการทางอารมณ์ ร้อยละ 73.7 มีอาการหงุดหงิด ร้อยละ 56.1 ซึมเศร้า ร้อยละ 26.8 และสามารถจัดการความเครียดได้ ร้อยละ 92.9

ระดับพอใช้ มี 2 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 68.4 โดยได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 8.4 ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 63.8 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94.8 ได้รับอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด ร้อยละ 40.0 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 30.9 ได้รับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.8. และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ร้อยละ 49.0 โดยอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 79.5 มีผู้ดูแล ร้อยละ 78.8 ผู้ดูแลหลักคือ ลูก ร้อยละ 56.9 ความผูกพันภายในครอบครัวแน่นแฟ้น ร้อยละ 64.1 มีสื่อสารภายในครอบครัวเป็นปกติดี ร้อยละ 67.3 มีการทํากิจกรรมสร้างความผูกพันเป็นปกติดี ร้อยละ 60.9 การตัดสินใจภายในครอบครัวโดยคนในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ ร้อยละ 62.2

ระดับไม่ดี คือ ด้านสุขภาพที่พํกอาศัย ร้อยละ 63.9 โดยมีอากาศถ่ายเทดี ร้อยละ 66.7 แสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ ร้อยละ 65.4 ที่พํกอาศัยไม่ค่อยเป็นระเบียบ ร้อยละ 50.0 มีน้ำใช้ สะอาด ร้อยละ 98.7 น้ำดื่ม ร้อยละ 100 ขยะมูลฝอยกำจัดถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 84.6 ห้องน้ำ และห้องส้วม ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 94.9 มีน้ำท่วมขังบริเวณบ้าน ร้อยละ 79.5 มีสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย ร้อยละ 86.5 มีสัตว์นำโรค และสัตว์ที่เป็นปัญหา (หนู แมลงสาบ ยุง งู ตัวเงินตัวทอง) ร้อยละ 52.6 ส่วนใหญ่ไม่มีสัตว์เลี้ยงในครอบครัว ร้อยละ 64.1

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีสถานะสุขภาพ ระดับดี ร้อยละ 77.4 โดยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปกติ ร้อยละ 96.8 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ร้อยละ 83.9 มีความเสี่ยงกระดูกพรุน ร้อยละ 62.6 ความคิดความจำ ปกติ ร้อยละ 92.9 การได้ยิน ปกติ ร้อยละ 82.1 ไม่มีปัญหาช่องปาก ร้อยละ 73.6 การมองเห็น ปกติ ร้อยละ 52.3 มีปัญหาข้อเข่า/อาการปวดเข่า ร้อยละ 58.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 89.7 ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 82.6 การกลืนปัสสาวะ ปกติ ร้อยละ 85.2 ภาวะขาดสารอาหาร ปกติ ร้อยละ 89.1 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 58.1 ระดับน้ำตาลในเลือด ปกติ ร้อยละ 61.3 ระดับความดันโลหิต ปกติ ร้อยละ 58.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.1 และมีการใช้ยาประจำ ร้อยละ 77.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยความเป็นอยู่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ($\chi^2 = 7.82$, $p - \text{value} < 0.05$) และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($\chi^2 = 4.05$, $p - \text{value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเป็นอยู่และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ (N = 155)

ปัจจัยความเป็นอยู่	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี			
1. พฤติกรรมสุขภาพ				7.82	.005*
ไม่ดี	63	9	72		
ดี	57	26	83		
2. สุขภาพที่พอกของผู้สูงอายุ			155	1.12	.290
ไม่ดี	74	25	99		
ดี	46	10	56		
3. การทำกิจวัตรประจำวัน				1.29	.257
ไม่ดี	7	4	11		
ดี	113	31	144		
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ				0.27	.606
ไม่ดี	106	32	138		
ดี	14	3	17		
5. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว				4.05	.044*
ไม่ดี	74	28	102		
ดี	46	7	53		

* p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ พบว่า การทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี มากกว่าทุกด้าน ส่วนด้านที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ สุขภาพที่พอกอาศัย ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวันนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ อายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี เพราะฉะนั้นการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงสามารถทำได้ด้วยตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่วนด้านสุขภาพที่พอกอาศัย อยู่ในระดับไม่ดี เพราะลักษณะของชุมชนมีสภาพทั่วไปเป็นชุมชนแออัด ผลการสำรวจวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พัก และสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านมีความเสี่ยง ได้แก่ ความไม่เป็นระเบียบ มีน้ำท่วมขัง มีสัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา เช่น หนู แมลงสาบ ยุง หนู ตัวเงินตัวทอง เป็นต้น พื้นที่ภายในบ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และอุบัติเหตุ เช่น มีการใช้พื้นที่ร่วมกันแต่ไม่มีการป้องกัน ห้องน้ำไม่มีช่องระบายอากาศ ไม่มีราวจับ ถังน้ำเตี้ยต้องก้ม ไม่มีหัวฉีดน้ำ พื้นลื่น ตั้งอยู่มีพื้นที่ต่างระดับ อับชื้น เสี่ยงต่อการหกล้ม สอดคล้องกับการประเมินสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร¹² พบว่า ที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด ได้แก่ ห้องน้ำ รองลงมา คือ ห้องนอน และบันได ส่วนห้องที่พักอาศัย¹³ จะที่บ่ไม่มีหน้าต่าง การระบายอากาศไม่ดี บริเวณบ้านสกปรก ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้อาจเป็นเพราะฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จึงไม่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ หรือเจ้าของบ้านเช่า ห้องเช่า ไม่ได้ทำห้องน้ำไว้รองรับสำหรับผู้สูงอายุ มีพื้นที่จำกัด ไม่ได้เป็นสัดส่วน ต้องใช้หลายกิจกรรม เช่น เป็นที่ปรุงและรับประทานอาหาร ใช้พักผ่อน หลับนอนในห้อง ๆ เดียว สำหรับความเป็นอยู่ด้านอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลพาไปรักษาพยาบาล เข้าถึงสถานบริการได้ง่าย ทั้ง 5 ชุมชน มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมทุกคน มีความสะดวกในการเดินทางไปด้วยตนเองได้ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาก¹⁴ แต่จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การบริการสุขภาพในชุมชนหยุดชะงักไม่เป็นไปตามภาวะปกติ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจึงอาจไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือมีกิจกรรมในชุมชน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือเลื่อนไปพบแพทย์ตามนัด และเข้าถึงบริการยากขึ้น ผู้สูงอายุจึงอาจจะใช้บริการทางสุขภาพเมื่อมีความจำเป็นจริง ๆ ถึงจะไปสถานพยาบาล

สถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระดับสถานะสุขภาพ อยู่ในระดับดี ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยด้านร่างกายโดยรวมปกติ สามารถช่วยเหลือตนเอง เคลื่อนไหวร่างกายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 88.1) และภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุ¹⁶ ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี (ร้อยละ 42.7) และสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 41.6) โดยผลการศึกษารั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี) ส่วนใหญ่สภาวะสุขภาพร่างกายยังอาจแข็งแรง ไม่มีความบกพร่องทางกาย เข้าสังคมได้ ไม่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 มีการดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกาย มีผู้ดูแลเรื่องความเป็นอยู่ดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด-19

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษานี้คือปัจจัยความเป็นอยู่ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา พบได้น้อย แต่การได้อยู่แต่ภายในบ้านช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อาจทำให้ไม่ค่อยได้มีกิจกรรมที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ป่วยอยู่แล้วหรือกลุ่มที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารเสี่ยง (หวาน มัน เค็ม) รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ พฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เนื่องจากพื้นที่จำกัด และการจำกัดพื้นที่ แสงสว่างไม่เพียงพอ การระบายอากาศไม่ดี บางคนอาจมีความเครียด มีอาการซึมเศร้าอยู่บ้างเล็กน้อย จากความกังวลโรคโควิด-19 รายได้ลดลงแต่ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การพบปะสังสรรค์หรือทำกิจกรรมนอกบ้านน้อยลง เหมือนถูกกักขัง ชีวิตไม่ปกติ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือผู้ดูแลไม่ใส่ใจ ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ¹⁷ มีการปรับตัวภายใต้สถานการณ์โควิด-19 โดยไม่ได้ทำงานในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 44.5) และมีพฤติกรรมเสี่ยง¹⁶ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 8.0 และ 2.9) ออกกำลังกายประจำ (ร้อยละ 36.9) ยังคงทำงาน (ร้อยละ 34.7) ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อยู่ในระดับพอใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 79.5) มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 3 - 5 คน (ร้อยละ 35.9) โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 78.8) ลูก (ร้อยละ 56.9) มีความผูกพันภายในครอบครัว มีการพูดคุยสื่อสาร ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นปกติดี (ร้อยละ 60.9) อาจไม่บ่อยครั้ง เพราะต้องมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมร่วมกันให้น้อยลง ส่วนการตัดสินใจภายในครอบครัว ส่วนใหญ่คนในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น¹⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น (ร้อยละ 66.9) หรืออยู่กับคู่สมรสตามลำพัง (ร้อยละ 21.1) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 10.4) เป็นบุตรของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.9) เวลาเจ็บป่วยมีผู้ดูแล (ร้อยละ 99.1)¹⁸

ส่วนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก¹⁹

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม และเป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงหรือแบบบังเอิญ ส่วนกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เข้าถึงได้ยากเนื่องจากผู้ดูแลไม่ยินยอมและปฏิเสธไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และแบบสอบถามบางส่วน เช่น ด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย มีข้อจำกัดในการเข้าถึงที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ห้องนอน ห้องครัว หรือห้องน้ำ เป็นต้น และการสอบถามสถานะสุขภาพ เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้น ไม่ได้ใช้ผลทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ซึ่งอาจจะทำให้ผลที่ได้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงบางส่วน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเยี่ยมติดตามครัวเรือนผู้สูงอายุ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา การจัดบ้านเรือนปรับปรุงที่พักอาศัย ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และสัตรีนำโรค ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภายในครอบครัว ป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน พื้นฟูโรคที่เกิดในผู้สูงอายุและบรรเทาอาการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทางด้านพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มสูงวัย เพื่อลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล หลังสถานการณ์การประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น และศึกษาการจัดการชุมชนหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองอย่างครบวงจรโดยชุมชน

References

1. Emergency Operation Center. Coronavirus situation 2019 [Internet]. 2021 [cited 2021 December 10]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=11134&deptcode=brc&news_views=1440. (in Thai)
2. Investigation of Health System. COVID-19 situation in Bangkok [Internet]. 2022 [cited 2022 February 9]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24418>. (in Thai)
3. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly care manual in COVID-19 pandemic. 2nd ed. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security;2022. (in Thai)
4. Bilhmat P, Pothong P, Lemso W, Kaesod S, Dongnadeng Hasan A. The needs for health care among the elderly in the Trang municipality area of Trang province. Journal of Humanities and Social Sciences SKRU 2020;2(1):29–50. (in Thai)
5. Saiboonsri G, Wanchai A. Abilities to perform daily activities and needs for the health services of elders in Phitsanulok municipality. FEU Academic Review 2017;11(3):174–83. (in Thai)

6. Sriratanaban J, Witvorapong N, Woratanarat T, Ngamkiatphaisan S, Wimuttichai V, O-charot L. et al. The preparedness and responses of the health service system to the COVID-19 crisis in Thailand: hospital operation and economic and social impacts within the boundary of the health services system. Thailand Research Center for Health Services System; 2021. (in Thai)
7. Supachai K. Ecological model: an intervention model addressing factors influencing health behaviors. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016;3(1):17-27. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Manual screening and health assessment of the elderly 2021: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
9. Bureau of Environmental Health. Clean house good health project. Express transportation organization of Thailand: Bureau of Environmental Health; 2017. (in Thai)
10. Department of Health. Blue book manual: GD Production; 2021. (in Thai)
11. Ponphimai S, Panomai N. Prevalence of dietary supplement consumption for health elderly in the elderly club, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018; 21(2):174–85. (in Thai)
12. Silpasuwan P. The survey and assessment of housing conditions of the elderly in Bangkok metropolitan. Journal of Health and Health Management 2015;2(2):1-14. (in Thai)
13. Tupanich W, Chaibalab S, Chaibalab K. Problems and needs of older adults living in urban area, Bangkok metropolitan. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2019;63:85–92. (in Thai)
14. Nirarat K, Kidsom A. Factors affecting access to health services for elderly in Bangkok. Bangkok: Kasetsart University; 2017. (in Thai)
15. Ngamkham S, Suwannapong N, Tipayamongkhogul M, Manmee J. Access to health care services of the elderly, Thawiwatthana district, Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing 2018;2:91-104. (in Thai)
16. National Statistical Office. The 2021 survey of the older persons in Thailand. MDES; 2022. (in Thai)
17. Saisombut P, Suwankiri D. The adaptation of elderly during COVID-19 pandemic. Journal of MCU Buddhapanya Review 2022;7(3):100–14. (in Thai)
18. Ngamsri M, Banthoengsuk H, Jaisawang D, Somsuvun C, Yaowaboot A. Prevalence of stress depression and resilience of the elderly during the COVID-19 pandemic. Journal of Srivanalai Vijai 2021;11(2):63–76. (in Thai)
19. Booranaklas W. Correlation between self-care behaviors, family relationship, and happiness of the elderly at the community Saimai district. Journal of the Police Nurses 2017;9(2):25–33. (in Thai)

บทความวิจัย

The Relationship Between Transition Conditions and Outcome Indicators in Transitioning to the Position of Head Nurse at University Hospital

Received: Nov 30, 2023

Revised: Jan 30, 2024

Accepted: Mar 11, 2024

Nipaporn Prommenate M.N.S.^{1*}

Phattharamanat Pongrangsarn Ph.D.²

Chanjar Suntayakorn Ph.D.³

Abstract

Introduction: Transitioning into the role of head nurse significantly impacts various aspects, leading to heightened anxiety and stress due to increased responsibilities. Transition theory outlines the favorable conditions crucial for successful adaptation to this new role.

Research Objectives: This study aimed to investigate the relationship between transition conditions and outcome indicators in transitioning to the position of head nurses at a university hospital.

Research methodology: A cross-sectional survey was conducted among head nurses from ten university hospitals with no more than 500 beds. A multistage random sampling method was employed to select a sample group of 110 individuals. The content validity index (CVI) was assessed by developing a questionnaire reviewed by three experts, resulting in a CVI of 0.84. The questionnaire was piloted with 30 hospital head nurses possessing qualifications similar to those of the sample group. It comprised three parts: 1) general information, 2) transition condition factors, and 3) outcome indicators in transitioning into the position. The questionnaire's reliability was evaluated using Cronbach's alpha coefficient, yielding coefficients of .92 and .98, respectively.

Results: (1) Overall, the condition factors in transitioning to the head nurse position were significantly high. 2) The outcome indicators in transitioning to the head nurse position were also at a high level. 3) There was a positively statistically significant correlation between condition factors and outcome indicators in transitioning to a leadership position ($p < .01$).

Conclusion: Condition factors play a crucial role in transitioning to the head nurse position. High levels of these conditions contribute favorably to the transition, aligning with Meleis' theory. Transition conditions include giving meaning, culture, beliefs, and attitudes, social and economic status, as well as preparation and knowledge. These conditions facilitate a smoother and more successful transitions.

^{1*}Corresponding author: Registered Nurse ¹Email: jeejanipanuch@gmail.com

²Assistant Professor ²Email: phattharamanatp@nu.ac.th

³Associate Professor ³Email: chanjars@nu.ac.th,

¹⁻³Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanuloke, Thailand.

Implications: The findings of this study can serve as guidelines for planning promotions, providing support, and preparing for transition to the position of head nurses. This will help individuals to fully adapt to their new roles as head nurses.

Keywords: transition to head nurse position, transition conditions, outcome indicator, University hospital

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Received: Nov 30, 2023

Revised: Jan 30, 2024

Accepted: Mar 11, 2024

นิภาพร พรหมมีเนตร พย.ม.^{1*}

ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ ประ.ด.²

จรรยา สันตยากร ประ.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อให้เกิดความวิตกกังวล เครียด กับบทบาทใหม่ เนื่องจากมีภาระงานรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยปัจจัยเงื่อนไขเอื้ออำนวยให้เกิดประโยชน์ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบสหสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ขนาดเพียงไม่เกิน 500 เพียง จำนวน 10 โรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้ 110 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยสร้างแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI .84 นำแบบสอบถามทดลองใช้กับโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามมี 3 ส่วน 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ปัจจัยเงื่อนไข 3. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .92 และ.98 ตามลำดับ

ผลการวิจัย: 1) ระดับปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) ระดับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันทุกด้านในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผล: ปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ หากปัจจัยเงื่อนไขระดับสูงจะเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งได้มากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของเมลิส ปัจจัยเงื่อนไข ได้แก่ การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน วัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมและความรู้ เป็นเงื่อนไขเอื้ออำนวยก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี รวดเร็ว เกิดการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายและมีความสมบูรณ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้การสนับสนุน เตรียมความพร้อมการก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์

คำสำคัญ: การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ปัจจัยเงื่อนไข ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

^{1*}Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ¹Email: Jeejanipanuch@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ²Email: phattharamanatp@nu.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ³Email: chanjars@nu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย

บทนำ

สถานการณ์โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้องค์กรต่าง ๆ เกิดการแข่งขันในการพัฒนาองค์ความรู้ และสร้างกระบวนการทำงานใหม่ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง บุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาองค์การไปสู่เป้าหมายความเป็นเลิศ จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 - 2570) เน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ให้มีทักษะความรู้ความสามารถในการดำรงชีวิต ทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีระบบ ทักษะการทำงานกับผู้อื่น และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กรพยาบาล จะช่วยธำรงรักษาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะและสมรรถนะสูงให้อยู่ในองค์กร ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและสร้างผลงานที่เป็นเลิศให้กับองค์กร¹ องค์กรพยาบาลได้มีการกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ความสามารถของวิชาชีพพยาบาลให้มีศักยภาพสูงและมีความพร้อมก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย² ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีความสำคัญและเป็นแรงสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ปัจจุบันหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารจัดการงานพยาบาลที่มีความซับซ้อน มีการปรับบริการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีความคาดหวังสูง อีกทั้งต้องมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ การประกันคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐาน เพื่อให้การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีอย่างจำกัดเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด จึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ก่อนได้รับตำแหน่งหรือตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความคล่องตัวและเกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งที่สูง หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะกดดันต่าง ๆ ทั้งความกังวล และความเครียดกับบทบาทใหม่ เนื่องจากมีภาระงานที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น ถูกคาดหวังจากผู้บริหารระดับสูง แพทย์และผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดการสับสนในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ และขอบเขตการบริหารจัดการปรับตัวต้องอาศัยการพัฒนาตนเอง และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างในการให้คำปรึกษา และให้โอกาสในการบริหารจัดการงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร⁴ ส่งผลกระทบต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน ขาดการยอมรับขาดความเชื่อมั่นในการนำพาผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นสาเหตุหนึ่งให้บุคลากรลาออก และเปลี่ยนงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบริการพยาบาลลดลง⁵ เกิดความเครียดต้องการลาออกจากตำแหน่ง สูญเสียงบประมาณในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ดังนั้นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ การพัฒนาและอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นสู่ตำแหน่ง จะช่วยลดความเครียดในการทำงาน ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้และเกิดการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม⁶

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (transition theory)⁷ เป็นกระบวนการเคลื่อนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถ บทบาทหน้าที่และแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบทบาทที่เหมาะสมต่อการจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ เช่น เปลี่ยนผ่านจากบทบาทพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะหนึ่งได้อย่างสมบูรณ์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิจำนวนเพียงน้อยกว่า 500 เพียง จำนวน 10 โรงพยาบาล มีขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพประชาชน โดยมุ่งเน้นส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูความเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โรงพยาบาลผ่านการรับรองจากสถาบันพัฒนารับรองคุณภาพ (reaccredit ครั้งที่ 4) องค์การพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบภารกิจด้านการพยาบาล ปัจจุบันองค์การพยาบาลยังไม่มีเตรียมความพร้อม การเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และไม่มีรูปแบบของโปรแกรมที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้มีความรู้ เชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญ สามารถแสดงทักษะและพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการจัดการเข้าสู่ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลเอกชน และการเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาพยาบาลมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ยังไม่มีการศึกษา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไข กับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นแนวทาง ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และแนวทางการพัฒนา ด้านบริหาร รวมทั้งสามารถพัฒนาหลักสูตรอบรมหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีความพร้อมก่อนเข้าสู่ ตำแหน่งต่อไป

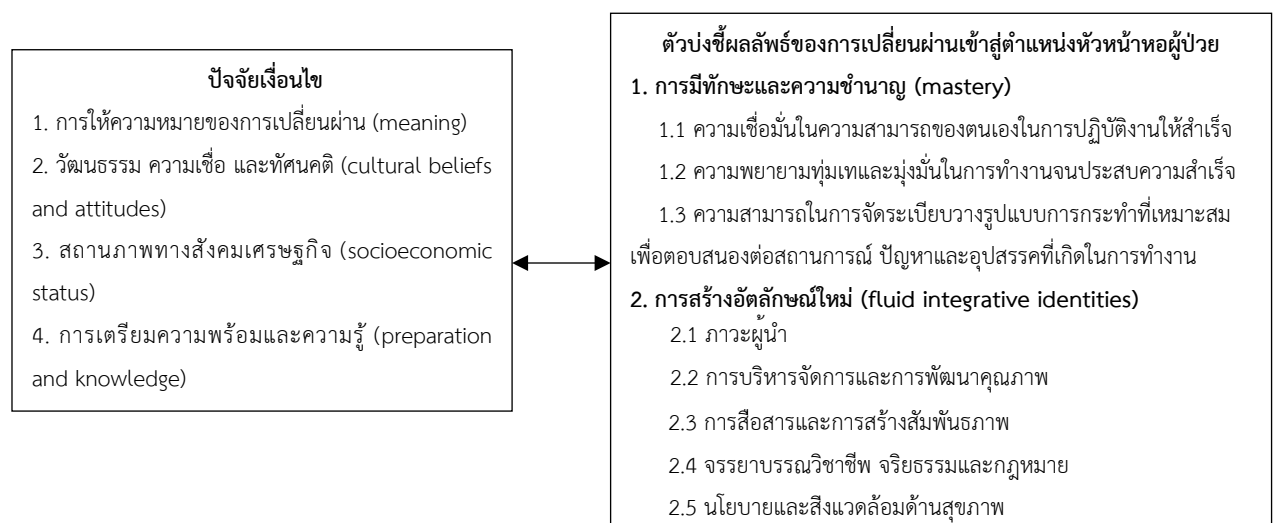
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาระดับของตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สมมติฐานในการวิจัย

ปัจจัยเงื่อนไขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีเมลิสปัจจัยเงื่อนไขประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย 2) วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ 3) สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ และ 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ ส่วนตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1) การมีทักษะและความชำนาญ 2) การสร้างอัตลักษณ์ใหม่ เนื่องจากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดการวัดทักษะและความชำนาญ และการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ ผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบการรับรู้ความสามารถแห่งตนของเบนดูรา⁸ และแนวคิดการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ตามกรอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยของสภาการพยาบาลมาใช้ประกอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบสหสัมพันธ์ (correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ขนาดเตียงไม่เกิน 500 เตียง 10 โรงพยาบาล จำนวน 134 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการแต่งตั้งจากผู้บริหารโรงพยาบาล และดำรงตำแหน่งอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการของทาโร ยามาเน⁹ ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้จำนวน 110 คน คำนวณสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล จากการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ทำการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนจากทะเบียนรายชื่อของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล ตามกรอบแนวคิดของเมลิส⁷ เป็นคำถามปลายปิดประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย 2) วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ 3) สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ จำนวน 22 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเมลิส⁷ ประกอบด้วย 1) การมีทักษะและความชำนาญ (mastery) โดยใช้แนวคิดของเมลิส⁷ และองค์ประกอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน⁸ 2) การสร้างอัตลักษณ์ใหม่ (fluid integrative identities) โดยใช้แนวคิดของเมลิส⁷ และสมรรถนะของสภาการพยาบาล² ข้อคำถาม 48 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรของการวิจัย (Index of item) ค่าความตรงของเนื้อหา CVI เท่ากับ .84 นำแบบสอบถามทดลองใช้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสอบถามมี 3 ส่วน 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ปัจจัยเงื่อนไข 3. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง นำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .92 และ .98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร และขอหนังสืออนุมัติทำวิจัย จำนวน 10 โรงพยาบาล ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมแนบโครงร่างวิจัย และแบบสอบถาม ประสานงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลให้มีผู้ประสานงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

และประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิและการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเข้าคือ ได้รับการแต่งตั้งจากผู้บริหารและดำรงตำแหน่งอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่งมอบแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม พร้อมซองเอกสารเพื่อใส่แบบสอบถามกลับคืน ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ขอรับคืนภายใน 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 8 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึงมกราคม 2566 เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้วแยกหนังสือแสดงความยินยอมคนละซองส่งคืนผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ และลงรหัสแบบสอบถามเพื่อประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ได้รับแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 90 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 165/2022 IRB No.P2-0088/2565 รับรอง วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลวิจัย ชี้แจงสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน มีการป้องกันผลกระทบต่อบุคคล ไม่ระบุชื่อและนามสกุล ข้อมูลทุกฉบับบรรจุลงในซองแบบสอบถาม โดยถือเป็นการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ แปลผลข้อมูลโดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล หอผู้ป่วยและโรงพยาบาล นำเสนอผลงานโดยภาพรวม แบบสอบถามถูกจัดเก็บในตู้เก็บเอกสาร โดยปิดล็อกและเก็บกุญแจไว้กับผู้วิจัย และทำลายเอกสารข้อมูลทั้งหมดหลังการวิจัยสิ้นสุด 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเงื่อนไขและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและประเมินระดับค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งไม่ปกติ จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวด้วยสัมประสิทธิ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.8 อายุช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 62.3 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 1 - 5 ปี ร้อยละ 56.7 รายได้ 30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55.6
2. ปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.22$, $SD = .52$) ปัจจัยที่มีคะแนนสูงสุด คือ การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.50$, $SD = .39$) ระดับคะแนนต่ำสุด คือ สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ($M = 4.05$, $SD = .52$) และการเตรียมความพร้อมและความรู้ ($M = 4.07$, $SD = .68$) อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนในแต่ละด้านของปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (N = 90)

ปัจจัยเงื่อนไข	M	SD	การแปลระดับคะแนน
ด้านที่ 1 การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน	4.50	.39	มากที่สุด
ด้านที่ 2 วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ	4.26	.51	มาก
ด้านที่ 3 สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ	4.05	.52	มาก
ด้านที่ 4 การเตรียมความพร้อมและความรู้	4.07	.68	มาก
รวม	4.22	.52	มาก

3. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $SD = .47$) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = .51$) ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำสุด คือ การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ($M = 4.12$, $SD = .52$) อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลระดับคะแนนตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำแนกรายด้านและภาพรวม (N = 90)

ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง	M	SD	การแปลระดับคะแนน
ด้านที่ 1 การมีทักษะและความชำนาญ	4.20	.54	มาก
1.1 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ	4.15	.79	มาก
1.2 ความพยายามทุ่มเทและมุ่งมั่นในการทำงานจนประสบความสำเร็จ	4.33	.58	มาก
1.3 ความสามารถในการจัดระเบียบวางรูปแบบการกระทำที่เหมาะสม	4.23	.49	มาก
ด้านที่ 2 การสร้างอัตลักษณ์ใหม่	4.23	.44	มาก
2.1 ภาวะผู้นำ	4.14	.45	มาก
2.2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	4.12	.52	มาก
2.3 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	4.13	.43	มาก
2.4 จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย	4.45	.42	มาก
2.5 นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	4.49	.51	มาก
รวม	4.26	.47	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .85$, $p < .01$) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ทัศนคติกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดระดับสูง ($r = .83$, $p < .01$) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขด้านการเตรียมความพร้อมและความรู้ กับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง ($r = .78$, $p < .01$) ปัจจัยเงื่อนไขด้านการให้ความหมายกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่ง ($r = .75$, $p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาพรวม (n=90)

ปัจจัยเงื่อนไข ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ ในการเปลี่ยนผ่าน											
	1. การมีทักษะและความชำนาญ	1.1 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ	1.2 ความพยายามทุ่มเทและมุ่งมั่นในการทำงานจนประสบความสำเร็จ	1.3 ความสามารถในการจัดระเบียบวางแผนการกระทำที่เหมาะสม	2. การสร้างอัตลักษณ์ใหม่	2.1 ภาวะผู้นำ	2.2 การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	2.3 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพ	2.4 จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย	2.5 นโยบายและสิ่งแวดล้อมสุขภาพ	รวม
การให้ความหมายการเปลี่ยนผ่าน	.66**	.58**	.62**	.57**	.75**	.73**	.78**	.65**	.70**	.66**	.75**
วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ	.75**	.65**	.63**	.74**	.84**	.76**	.81**	.69**	.77**	.78**	.83**
สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ	.51**	.43**	.39**	.42**	.60**	.56**	.57**	.53**	.56**	.50**	.58**
การเตรียมความพร้อมและความรู้	.73**	.66**	.66**	.63**	.78**	.69**	.79**	.73**	.72**	.65**	.78**
รวม	.76**	.67**	.64**	.68**	.86**	.78**	.82**	.76**	.78**	.74**	.85**

p < .01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่าปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลได้แก่ การให้ความหมาย วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และการเตรียมความพร้อมและความรู้ ผลการศึกษาสามารถเอื้ออำนวยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของเมลิส⁷ กล่าวว่าปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลเอื้ออำนวยก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ พบว่า หัวหน้าแผนกต้องมีการปรับเปลี่ยนตนเองและปรับสภาพจิตใจเพื่อส่งเสริมให้ตนเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาปรับตัวให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง สามารถก้าวเข้าสู่ตำแหน่งได้อย่างสมบูรณ์⁴ ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีปัจจัยเงื่อนไขด้านการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านในระดับมาก เนื่องจากองค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในการเข้าสู่ตำแหน่งแสดงให้เห็นได้จากการนำเสนอผลการปฏิบัติงานประจำปี เมื่อได้รับการแต่งตั้งจะปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบโดยรับรู้ว่าการะหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ได้แสดงความสามารถในวิชาชีพ เป็นการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้บริหารระดับสูง เพื่อได้รับการยอมรับจากผู้บริหาร สอดคล้องกับทฤษฎีของเมลิส⁷ บุคคลจะเปลี่ยนผ่านได้สำเร็จนั้นมีเงื่อนไขที่สำคัญคือ การให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่านสามารถเอื้ออำนวยก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี สอดคล้องกับงานวิจัยกล่าวว่า การให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่าน ระดับความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่าน สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนส่งเสริม การสร้างความภาคภูมิใจจากความสำเร็จช่วยลดสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน¹⁰ ส่วนปัจจัยเงื่อนไขด้านการเตรียมความพร้อม และความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากเช่นกัน องค์การพยาบาลควรให้การส่งเสริมและสนับสนุน ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการเข้าใจในกฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ นำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการทำงาน ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับงานก่อนได้รับการแต่งตั้ง ส่งเสริมการเรียนรู้ ค้นคว้าประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิดก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง ทั้งนี้การเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นควรได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ ทักษะ ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสนับสนุนการนิเทศ และมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

เพื่อเพิ่มความมั่นใจ คลายความวิตกกังวลทำให้การเปลี่ยนผ่านมีความสมบูรณ์มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นต้องอาศัยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามมุมมองของตน การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นตามบทบาทใหม่ และการบูรณาการจนเป็นรูปแบบชีวิตใหม่ การเปลี่ยนผ่านจะสำเร็จหรือสมบูรณ์ได้¹¹ องค์การพยาบาลจึงควรมีการเตรียมความพร้อม และความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่จะก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จัดโปรแกรมพัฒนาและอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมจะช่วยลดความเครียดในการทำงาน ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง เพื่อนร่วมงานและโรงพยาบาล

2. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากองค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ใช้มาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นกลไกในการประมวลผลการปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย¹² ซึ่งการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการแข่งขันในเชิงการตลาด จึงต้องมีระบบบริหารการพยาบาลเพื่อให้ทำงานบรรลุเป้าหมาย และผลลัพธ์ขององค์การ หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต้องบริหารจัดการงานพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สู่ความเป็นเลิศ จึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ก่อนได้รับตำแหน่งเพื่อทำให้การดำเนินงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความคล่องตัวและเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น²

ผลการวิจัย พบว่า ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การสร้างอัตลักษณ์ใหม่เป็นการปรับเปลี่ยนลักษณะเฉพาะของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ ความรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองให้มีความสอดคล้องกับการได้รับการแต่งตั้ง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ยอมรับในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง คุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติสมรรถนะ 5 ด้าน² ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ 2) ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 4) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย และ 5) ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ พบว่า ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับมาตรฐาน HA ตอนที่ 1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร องค์การต้องมีขีดความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์การบรรลุผลสำเร็จ ควรจัดให้มีสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562 มาตรฐานที่ 2 มีบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ องค์การพยาบาลควรมีการบริหารจัดการบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ที่ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรคเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้เกิดความสุข สร้างจิตสำนึก และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้แก่บุคลากร¹⁰ ส่วนด้านที่ระดับคะแนนต่ำสุดคือ การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด

ผลการวิจัย พบว่า คุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ เป็นองค์ประกอบที่อธิบายถึงการบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยใช้การจัดการเชิงกลยุทธ์ การบริหารจัดการ การเปลี่ยนแปลง การแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ที่สำคัญในการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาขององค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี⁵ ด้านการบริหารจัดการการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์¹³ อภิปรายว่า การบริหารทางการพยาบาลในปัจจุบันที่สถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป มีเป้าหมายหลักเพื่อให้องค์การประสบผลสำเร็จ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์ในการบริหารจัดการแนวใหม่ คือการบริหารเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ มีการกำหนดโครงการ กิจกรรม และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร รวมทั้งสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรที่เปลี่ยนแปลง ช่วยให้ การดำเนินพันธกิจขององค์การบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ² รวมถึงความสามารถในการถ่ายทอดกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดองค์การแห่งการเรียนรู้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงควรได้รับการพัฒนา ความรู้จัดการบริหารวิเคราะห่องค์กร กำหนดเป้าหมาย วางแผนและกำหนดอัตราากำลังให้มีความสอดคล้องกับ นโยบายโรงพยาบาลในสภาวะปกติหรือขาดแคลนอัตราากำลัง ใช้ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการผลลัพธ์ของหน่วยงานโดยนำมาวางแผน ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขกับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า การที่จะเกิดตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านได้นั้น ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลในการเปลี่ยนผ่านระดับสูงจะเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่าน เข้าสู่ตำแหน่งได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของเมลิส⁷ อธิบายว่าปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลเป็นเงื่อนไขเอื้ออำนวย ก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี รวดเร็ว เกิดการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายและสมบูรณ์มากขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าวัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีของเมลิส⁷ ที่อธิบายว่าปัจจัยเงื่อนไขด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติเป็นด้านที่สำคัญ ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อการเปลี่ยนผ่าน โดยเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ดี เป็นแบบแผน การปฏิบัติตัวที่เป็นที่ยอมรับซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเข้าใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีต่อการได้รับการแต่งตั้ง ผู้บริหารให้การยอมรับ เป็นความก้าวหน้าของวิชาชีพ ได้จากความรู้ความสามารถไม่ใช่อายุมาน เป็นตำแหน่ง ที่ต้องรับผิดชอบผู้ได้บังคับบัญชา โดยปัจจัยดังกล่าวส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ดี สอดคล้องกับ งานวิจัยที่กล่าวว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนตนเองและปรับสภาพจิตใจเพื่อส่งเสริมให้ตน เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาปรับตัวให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง สามารถแสดงให้เห็นว่าตนเองสามารถ ก้าวเข้าสู่ตำแหน่งได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมจิตใจ เพิ่มทัศนคติทางบวก ในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น การพัฒนาด้านวิชาการและการวิจัยเพื่อนำไปสู่การเป็นผู้นำในอนาคต ยกระดับ มาตรฐานทางการพยาบาลสู่ระดับสากล¹⁴ ปัจจัยเงื่อนไขด้านการเตรียมความพร้อมและความรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สูงสุด มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส⁷ อธิบายว่าปัจจัย เงื่อนไขด้านการเตรียมความพร้อมและความรู้ สามารถเอื้ออำนวยและส่งผลต่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านได้ดี เป็น

กลวิธีที่สามารถจัดการกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ผ่านไปด้วยดี การเตรียมตัวก่อนรับมือบทบาทในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำความเข้าใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับงาน กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ นำสิ่งที่สั่งสมจากการเรียนรู้ ค้นคว้า ประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิด นำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน จะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับสูง ทั้งด้านการมีทักษะและความชำนาญและการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพด้านภาวะผู้นำ เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลและต้องใช้เวลาในการฝึกหัดระยะยาว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล¹⁵ องค์การพยาบาลมีการกำหนดคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติสมรรถนะ 5 ด้าน² ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย และด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรม Succession Plan และมีการจัดระบบพยาบาลพี่เลี้ยงบริหารทางการพยาบาล โดยมอบหมายให้ผู้บริหารในระดับรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาในการปฏิบัติงานในแต่ละสายงาน ส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและมั่นใจในการบริหารงานเพิ่มมากขึ้น มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านการศึกษาอบรม ส่งเสริมความก้าวหน้าในงาน พัฒนาด้านทักษะภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะการติดต่อสื่อสารให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพร้อมและสมบูรณ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้การสนับสนุน และเตรียมความพร้อมการก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งได้อย่างสมบูรณ์
2. นำไปพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมเตรียมความพร้อมการก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยให้กับผู้บริหารทางการพยาบาล
3. การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นการสร้างเสริมแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขด้านชุมชนและสังคม กับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

References

1. Rattanasarn S. The development of a competency assessment scale for head nurses. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2008;1(2-3):38-54.
2. Nursing Council. Competencies of nursing administrators. Bangkok: Nursing Council; 2019.
3. Nursing Council. Competencies of nursing administrators. Bangkok: Nursing Council; 2013.
4. Charoenkit W. Experiences of role transition from a head of department to a manager of nursing division in private hospital [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017.
5. Leksomboonsuk K. The components of the head nurse competency at the tertiary hospital in Suphanburi Province [unpublished master's thesis]. Bangkok: Christian University of Thailand; 2012.
6. Sawat-Chuto P, Wangsukpaisarn A. Transition experiences of nursing students practicing first time in the ward. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2019;27(3):32-42.
7. Meleis AI. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In: Meleis AI, editors. *Transition theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing; 2010.
8. Bandura, A. Self-efficacy. In: *Encyclopedia of Human Behavior, Volume 4*. New York: Academic Press; 1994. P. 77-81
9. Srisatinarangul B. The methodology of nursing research. Bangkok: U and I Intermedia; 2010.
10. Chaiyarit P. (2015). Factors affecting happiness at work of professional nurses at community hospitals in eastern region. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2015;23(1): 40-54. (in Thai)
11. Kumaran, S, Carney, M. Role transition from student nurse to staff: facilitating the transition period [Internet]. [cited 2014 Aug 20].
12. Quality Assurance Institute. Hospital and healthcare standards. 5th ed. Bangkok: Quality Assurance Institute; 2022. (in Thai)
13. Rattanasarn S. The development of a competency assessment scale for head nurses. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2008;1(2-3):38-54. (in Thai)
14. Chaiyarerk P., and Charansin K. A study of the development of professional nurses into head nurses' position, regional hospital [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015.
15. Announcement of the nursing and midwifery council on nursing standards 2019. *The Government Gazette Volume 36, Chapter 97D Special*. Bangkok: Royal Gazette; 2019.

บทความวิจัย

Development of a Nursing Care Model for Patients with
Chronic Venous Leg UlcersPiraluk Laplai, M.N.S.^{1*} Rungrat Trerape, B.N.S.²Daranee Nongyow B.N.S.³ Thippawan Naichap, B.N.S.⁴Sasee Srichote, M.N.S.⁵ Marasri Pinsuwa, B.N.S.⁶Patompong Akkarapattanakool, M.D.⁷

Received: Aug 8, 2023

Revised: Dec 18, 2023

Accepted: Mar 29, 2024

Abstract

Introduction: Quality of care for patients diagnosed with chronic venous leg ulcers (CVLUs) involves continuous quality improvement and reduced risk of organ loss.

Research objectives: To develop and examine the effectiveness of a nursing-care model for patients with CVLUs.

Research methodology: This research and development study was designed to develop a nursing care model for patients with CVLUs. Participants were recruited to assess problems with 10 healthcare providers and 47 CVLUs patients. This study was comprised of three phases. Phase 1 comprised situation analysis via document review and in-depth interviews. Phase 2 comprised the design and development of the model as well as the assessment of content validity by experts. Phase 3 included the implementation of the model and evaluation of its effectiveness.

Results: Phase I revealed that there were two issues. The first issue involves patient-related problems and the need to mention the healthcare delivery system. The second issue concerned retrospective data from medical records that compared patients receiving nursing care at ostomy and wound care clinics. Regarding traditional care, it was found that the process for wound healing was improved with a reduction in wound volume index (cm²) (13.47 - 57.78 cm², p<.01) and reduced recovery time (.59 - 4.84 years, p<.01). Phase II established the development of the model and assessment of content validity by experts. Phase III comprised the results, which showed that, amongst 47 patients with CVLUs and self-controlled interrupted time design, the process of wound healing was improved

^{1*}Corresponding author Registered Nurse, Professional Level ¹Email: piraluk.lap29@gmail.com

²⁻⁵Registered Nurse, Professional Level ²Email: rungrat.aeh@gmail.com, ³Email: daraneenongyow@gmail.com,

⁴Email: thipawan4697@gmail.com, ⁵Email: sasee.srichote@gmail.com

⁶Registered Nurse, Senior Professional Level ⁶Email: marasri57@gmail.com

⁷Medical Physician, Senior Professional Level ⁷Email: patompong@gmail.com

¹⁻⁷Pha Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Pha Nakhon Si Ayutthaya, Thailand.

with a reduction in wound volume index (cm²) (32.33 - 127.78 cm², $p < .01$) and reduced recovery time (3.59 - 6.84 days, $p < .01$). The significance of the released pain was $p < .05$, and patients expressed satisfaction with the model.

Conclusions: Applying the nursing care model for patients with CVLUs can provide safe care and encourage patient satisfaction.

Implications: The nursing care model for patients with CVLUs should be disseminated or expanded through integration and different contexts.

Keywords: development of nursing care medical, patient with chronic ulcer, chronic venous leg ulcer

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง

พिरาลักษณ์ ลาภหลาย พย.ม.^{1*} รุ่งรัตน์ ตีราราภา พย.บ.²

ดารานี นงเยาว์ พย.บ.³ ทิพวรรณ นัยทรัพย์ พย.บ.⁴

ศศิ ศรีโชติ พย.ม.⁵ มารศรี ปิ่นสุวรรณ พย.บ.⁶

ปฐมพงศ์ อัครพัฒนากุล พ.บ.⁷

Received: Aug 8, 2023

Revised: Dec 18, 2023

Accepted: Mar 29, 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: คุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถลดการสูญเสียอวัยวะ และการรักษาที่ยาวนานโดยไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่จำนวน 10 คน และผู้ป่วยจำนวน 47 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์กลุ่ม ระยะเวลาที่ 2 แบบบันทึกความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาที่ 3 ได้แก่ 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง และ 2) แบบประเมินประสิทธิผลรูปแบบ

ผลการวิจัย: ระยะเวลาที่ 1 พบว่า 1) ปัญหาความต้องการด้านความปลอดภัยและระบบการเข้ารับบริการ 2) ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมจากคลินิกออสโตมีและแผล พบว่า ขนาดของแผลลดลง ($13.47 - 57.78 \text{ cm}^2$, $p < .01$) ระยะเวลาการฟื้นหายลดลง ($.59 - 4.84$ ปี, $p < .01$) ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนารูปแบบและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 47 ราย เปรียบเทียบผลในผู้ป่วยรายเดิมที่ได้รับรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกันในช่วงต่างระยะเวลา ความก้าวหน้าของแผลดีขึ้น ขนาดของแผลลดลง ($32.33 - 127.78 \text{ cm}^2$, $p < .01$) ระยะเวลาการฟื้นหายลดลง ($3.59 - 6.84$ วัน, $p < .01$), ความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล: รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องส่งผลกับการฟื้นหายบาดแผลได้ดี

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องที่พัฒนาขึ้นเผยแพร่หรือขยายผลการใช้รูปแบบอย่างบูรณาการและคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ทบทวนรูปแบบทางการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง แผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง

¹Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ¹Email: piraluk.lap29@gmail.com

²⁻⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ²Email: rungrat.aeh@gmail.com, ³Email: daraneenongyow@gmail.com,

⁴Email: thipawan4697@gmail.com, ⁵Email: sasee.srichote@gmail.com

⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ⁶Email: marasri57@gmail.com

⁷นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ⁷Email: patompong@gmail.com

¹⁻⁷โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พระนครศรีอยุธยา ประเทศไทย

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง (Chronic venous leg disorder) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั้งในระดับชุมชน ระดับประเทศ รวมถึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลกด้วย¹⁻⁴ อันจะนำมาสู่ปัญหาที่ทำให้คุณภาพชีวิตรวมไปถึงสุขอนามัยในการดูแลแผลของผู้ป่วยแย่ลง แผลจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องยังสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิง รวมไปถึงการมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดดำชั้นตื้น (Superficial vein) ร่วมกับหลอดเลือดที่เชื่อมต่อระหว่างชั้นตื้นและชั้นลึก (Perforating veins) และประวัติของการเคยมีการอุดตันในเส้นเลือดดำ (Deep vein thrombosis)⁵ การดูแลป้องกันและให้รักษาที่เหมาะสมจะสามารถช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้⁴⁻⁵

ประเทศไทยประกาศนโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข” หรือ "Patient and Personnel Safety (2P Safety)" โดยมีการกำหนดให้เป็น national patient and personnel safety goals และวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน⁶ ซึ่งจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องมีการใช้แนวคิด 2P Safety เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนารูปแบบที่มีคุณภาพและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญในการวางกรอบแนวคิดในการพัฒนาขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจนอกจากมีการฟื้นฟูของบาดแผลเรื้อรังแล้ว ยังทำให้เกิดความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ แผนกศัลยกรรมศัลยกรรมผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ระหว่างปี 2562 – 2564 มีจำนวนผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่ขาเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมากโดยแผลเรื้อรังที่ขาที่เข้ามารับการรักษาที่พบได้บ่อยมีอยู่ 3 ชนิด ได้แก่ แผลเรื้อรังที่เกิดจากเส้นเลือดแดง (Arterial Ulcer) แผลเส้นประสาทเสื่อม (Neuropathic Ulcer) และแผลเรื้อรังที่เกิดจากเส้นเลือดดำบกพร่อง (Venous Ulcer) ซึ่งอัตราการเข้ารับบริการส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 จะเป็นแผลเส้นประสาทเสื่อม และร้อยละ 30 เป็นแผลเรื้อรังที่เกิดจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง ซึ่งเป็นกลุ่มที่หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียของอวัยวะ แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาการฟื้นฟู และค่าใช้จ่ายโดยวิธีการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี คือปี 2562 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเข้ารับบริการดูแลบาดแผลเท่ากับ 12.23 ปี (SD = 5.18) มีค่าใช้จ่ายรวมสูงถึง 2,007,337.57 บาท โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52,873.61 (SD = 11,426.40) บาทต่อคน⁷ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมต้นทุนค่ารักษาในหอผู้ป่วย ค่าแรงในการดูแลบาดแผลของพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดรักษา และผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง ลำช้า รวมทั้งการดูแลรักษา และการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค วัสดุที่ใช้ในการดูแลบาดแผลไม่เหมาะสม เป็นต้น

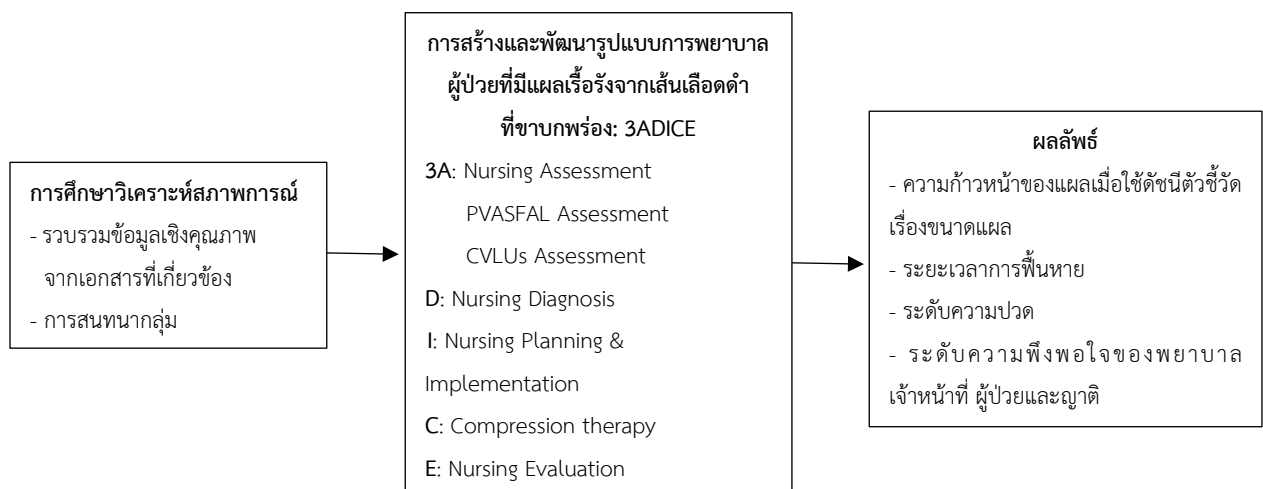
ผลกระทบของแผลเรื้อรังที่เกิดจากเส้นเลือดดำบกพร่อง ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการเกิดบาดแผลเรื้อรัง สูญเสียเงินจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ซึ่งบ่อยครั้งที่การรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุทำให้บาดแผลไม่เกิดความก้าวหน้า และยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม

จากการประสานงานร่วมกัน ระหว่างแพทย์ศัลยศาสตร์หลอดเลือด ในฐานะบทบาทพยาบาลเฉพาะการดูแลบาดแผล (Enterostomal Therapies Nurse; ET-nurse) เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องให้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน Chronic Venous Insufficiency เพื่อประเมินความเสี่ยงก่อนการเกิดแผล การประเมินสาเหตุของการเกิดแผล ลักษณะของแผล การเลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม การพัน Graduated Compression Therapy ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล จนกระทั่งการป้องกันการเกิดแผลซ้ำ⁸ นอกเหนือจากประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถลดค่าใช้จ่าย ทั้งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และองค์กรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- 3) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยพื้นที่ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวเคราะห์สภาพการณ์ (Situation Analysis) เพื่อศึกษาวเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รูปแบบการวิจัยในระยะที่ 1 ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็นเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพ **งานวิจัยเชิงปริมาณ** คือ การวิเคราะห์สภาพการณ์จากการสำรวจข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 งานวิจัยเชิงสำรวจรูปแบบ Self-Controlled Interrupted Time Series Design เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง (Chronic Venous Leg Ulcers; CVLUs) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่รับการรักษาทั้งเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของความก้าวหน้าของแผลดีขึ้นเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องปริมาตรของแผล (cm^2) ระยะเวลาการฟื้นฟูด้วย Multilevel Gaussian Regression และงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การวิเคราะห์สภาพการณ์ได้ทำการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการการดูแลผู้ป่วย CVLUs โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาล 4 คน ทั้งสองกลุ่ม โดยเข้ากลุ่มด้วยความสมัครใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CVLUs จำนวน 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน ทุกคนมีความสมัครใจในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มในครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 ข้อ และแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยจำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .88

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง (design and development: development) โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในกำหนดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างและกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ 3ADICE โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment: 3A) ได้แก่ การประเมินบาดแผลเบื้องต้น PVASFAL Assessment (A) การประเมินบาดแผลอย่างละเอียด CVLUs Assessment (A) ตามหลักการประเมินบาดแผลของ T-I-M-E-S Management และการประเมินความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์การทำแผลขั้นสูง (Advanced Wound Dressing Assessment) กับบาดแผลผู้ป่วย Wound Therapy Assessment (A) ตามหลักของ wound hygiene 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis (D)) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินบาดแผล พบว่าประเด็นปัญหาที่มักพบในผู้ป่วย CVLUs และนำมาเข้าสู่อำนาจวินิจฉัยการพยาบาล คือ การติดเชื้อ กระบวนการหายของแผลที่ล่าช้า และส่งเสริมการฟื้นฟูของบาดแผล 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning & Implementation (I)) ในผู้ป่วย CVLUs ตามหลักการของ T-I-M-E-S Management and Wound Hygiene จุดเน้นผู้ป่วย CVLUs ในกระบวนการนี้คือ Compressions Therapy (C) และ 4) การประเมินผล (Nursing Evaluation (E)) มีการประเมิน และติดตามนัด โดยผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนตามรูปแบบนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมผ่านระบบ Telehealth ทุกสัปดาห์ จากนั้นนำไปทดลองใช้ ประเมินผล และนำผลที่ได้ไปปรับปรุงแบบ

อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการจำนวน 2 รอบของการพัฒนาจนได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs ที่สมบูรณ์ ดั้งขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาต่อไป

2.1 ร่างรูปแบบ และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วย AGREE II¹⁰ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ศัลยศาสตร์หลอดเลือดจำนวน 2 คน พยาบาลเฉพาะทาง (ET-nurse) จำนวน 5 คน

2.2 ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs ที่เพิ่มด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และด้านความเหมาะสม (Propriety) ในการนำไปใช้มากขึ้น แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย CVLUs จำนวน 10 รายที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกออสโตมีและแผล ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบเมื่อสิ้นระยะเวลาการทดลองใช้ พบว่า คะแนนความก้าวหน้าของแผลดีขึ้นเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องขนาดแผล (cm^2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระยะเวลาการฟื้นฟูลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนระดับความปวดเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ยังได้มีการประชุมพูดคุยออนไลน์ ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 5 คนที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วย 10 คนแรก และทีมคณะผู้วิจัย และพยาบาลประจำการที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 3 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลที่ไม่เคยเจอมาก่อน มีความเจ็บปวดมากกว่าปกติในช่วง 2 - 3 วันแรก หลังจากได้รับรูปแบบ และวิตกกังวลว่าทำแผลเพียง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ กลัวแผลเน่า ติดเชื้อ ต้องการให้พยาบาล โทรติดตามอาการ หรือมีกลุ่มไลน์ให้สอบถามอาการอย่างสม่ำเสมอ จึงปรับปรุงรูปแบบโดยการเพิ่ม Empowerment และการใช้ Telemedicine/Telenursing เข้าไปในรูปแบบ แล้วนำรูปแบบไปทดลองใช้ครั้งที่ 2

2.3 นำรูปแบบที่ปรับปรุงครั้งที่ 1 มาทดลองใช้กับผู้ป่วย CVLUs กลุ่มเดิมจำนวน 10 รายที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกออสโตมีและแผล ตั้งแต่เดือนมีนาคม – เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบเมื่อสิ้นระยะเวลาการทดลองใช้ พบว่า คะแนนความก้าวหน้าของแผลดีขึ้นเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องขนาดแผล (cm^2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระยะเวลาการฟื้นฟูลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนระดับความปวดไม่แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับบริการที่ได้รับอยู่ในระดับมากที่สุด ประชุมกับคณะทีมวิจัยเพื่อวางแผนสู่ขั้นตอนการดำเนินการต่อไป พร้อมทั้งรายงานผลการวิจัยต่อหัวหน้าแผนกศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม และประธาน (Patient Care Term (PCT)) ศัลยกรรมในการได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs อย่างสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง (Evaluation) มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 นำรูปแบบที่สมบูรณ์ไปใช้ในผู้ป่วย CVLUs กลุ่มเดิมจากระยะที่ 2 จำนวน 10 คน และผู้ป่วย CVLUs กลุ่มใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยทุกรายอีก 37 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 47 ราย ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกออสโตมีและแผลตั้งแต่เดือนมีนาคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

3.2 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยประเมิน 1) ความก้าวหน้าของแผลเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องขนาดแผล cm^2 เป็นแบบบันทึกชนิด closed end question มีหน่วยเป็นปริมาตรของแผล (cm^2) 2) ระยะเวลาการฟื้นฟู เป็นแบบบันทึกชนิด closed end question มีหน่วยเป็นวัน 3) ระดับความปวด ใช้แบบประเมิน Numerical Pain Rating Scale (NRS)¹¹ ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าใจความหมายของตัวเลข และสามารถ

ประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้โดยมีความหมายดังนี้ 0 = ไม่ปวดเลย 1 - 3 = ปวดน้อย 4 - 6 = ปวดปานกลาง 7 - 9 = ปวดมาก 10 = ปวดมากที่สุด 4) ระดับความพึงพอใจของพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติ แบบประเมินความพึงพอใจใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ Satisfaction Questionnaire (CQS-8) ที่สร้างขึ้นโดย Larsen¹² และแปลเป็นภาษาไทยโดย Kongsakon และ Jareonsettasin¹³ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับภาษาให้สอดคล้องการศึกษาในครั้งนี้โดยคุณลักษณะข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 32 คะแนน คะแนนมากหมายถึง พยาบาลเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องมาก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CVLU รักษาที่คลินิกออสโตมีและแผลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผ่านการรักษาแผลเรื้อรังมาก่อนในสถานะผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก และไม่มีแนวโน้มดีขึ้นหรือมีแนวโน้มแย่ลง แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนระดับความพึงพอใจของพยาบาลเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาตินำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ และ 2) ข้อมูลความก้าวหน้าของแผล ระยะเวลาการฟื้นฟู ระดับความปวด ใช้สถิติ Multilevel Gaussian Regression เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรเชิงคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มเดิมที่แตกต่างกันด้วยระยะเวลาและรูปแบบการดูแลบาดแผล

3.3 ติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบโดยติดตามผลการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกออสโตมีและแผลตั้งแต่เดือนมีนาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

3.4 รับรองรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อตรวจสอบยืนยันรูปแบบ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านอรรถประโยชน์ (Utility) 2) ด้านความถูกต้อง (Accuracy) 3) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และ 4) ด้านความเหมาะสม (Propriety)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 034/2565 การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายอย่างเข้าใจ และแจ้งสิทธิการปฏิเสธรวมทั้งถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สภาพการณ์; 1) จากการสำรวจข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 งานวิจัยเชิงสำรวจรูปแบบ Self-Controlled Interrupted Time Series Design เก็บข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่เข้ามารักษาทั้งเป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วย 68 คน ยังอยู่ในขั้นตอนการรักษาพยาบาลอีก 27 คน เมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องขนาดแผล (cm²) ระยะเวลาการฟื้นฟูด้วย Multilevel

Gaussian Regression พบว่า ความก้าวหน้าของแผลดีขึ้นเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องปริมาตรของแผล (cm^2) ลดลง ($13.47 - 57.78 \text{ cm}^2$, $p < .01$) ระยะเวลาการฟื้นหายลดลง (.59 - 4.84 ปี, $p < .01$) และ 2) การดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรคแผลเรื้อรังทั้งแพทย์และพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่าจากสถานการณ์ของผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่เข้ามา รับบริการมีจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังนี้ 1) การขาดศักยภาพตั้งแต่ การประเมินบาดแผล การรักษาพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง 2) ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน 3) ET-nurse มีจำกัด และ 4) ไม่มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมการทำแผลขั้นสูง ส่วนความต้องการ ก็มีความคิดเห็นตรงกัน ดังนี้ 1) ต้องการรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย CVLU ที่ชัดเจน 2) ต้องการให้ ET-nurse ให้ความรู้เพิ่มทักษะในการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมการทำแผลขั้นสูง และการประเมินบาดแผลได้อย่างถูกต้อง และ 3) การป้องกันผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดดำบกพร่องไม่ให้เกิด CVLU

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง รูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย แนวคิดหลักการ ปัจจัยสนับสนุน กระบวนการ และการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 แนวคิดและหลักการที่สำคัญ ได้แก่ รูปแบบที่พัฒนาได้เป็นกรอบเชิงยุทธศาสตร์พัฒนากลไก เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (2P Safety)⁶ ใช้ในการขับเคลื่อน การพัฒนาและการดำเนินการของการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 2) การสร้างความเข้มแข็งในประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และ 3) การส่งเสริมให้องค์กร ให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety) การปรับเปลี่ยนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ภายใต้เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ทันสมัย คุ่มค่า คุ่มทุน โดยใช้หลักการ 2P Safety⁶ เป็นเครื่องมือพื้นฐานในการดำเนินการ

2.2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ นโยบาย (Policy) ที่ชัดเจนและมีการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ

2.3 กระบวนการ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) ทวนสอบความเข้าใจนโยบายด้านการรักษาพยาบาล ผู้ป่วย CVLUs เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติ 2) เตรียมความพร้อมการใช้รูปแบบ โดยการเตรียมพยาบาล บุคลากร เตรียมสิ่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย CVLUs และนำเสนอต่อผู้บริหาร ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพิจารณา ก่อนเริ่มดำเนินการใช้กับผู้ป่วย และ 3) ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 2

3ADICE + 2P-Safety (SIMPLE)	รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง (3ADICE)			
	Nursing Assessment	Nursing Diagnosis	Nursing Planning & Implementation	Nursing Evaluation
	3A & S-I-P A: PVSFAL Assessment A: CVLUs Assessment A: wound therapy Assessment S: Safe Surgery and Invasive Procedure and Safe Surgical Care Process I: Infection Prevention and Control P: Patient Care Processes	D & M-P D: Risk for wound infection D: Risk for delayed wound healing D: Promote of wound healing M: Rational Drug Use (RDU) P: Patient Care Processes	IC & P-L I: T-I-M-E-S Management and Wound Hygiene C: Compressions therapy P: Patient Care Processes L: Right and Accurate Results	E & E E: Effective Teamwork and Communication and Effective Patient Flow E: Evaluation; Telehealth E: RE-Notify

ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง (3ADICE)

การใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process)⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มากำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการสร้างและกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ 3ADICE โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) การประเมินทางการพยาบาล (nursing assessment; 3A) ได้แก่ การประเมินบาดแผลเบื้องต้น PVSFAL Assessment, การประเมินบาดแผลอย่างละเอียด CVLUs Assessment ตามหลักการประเมินบาดแผลของ T-I-M-E-S management และการประเมินความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์การทำแผลขั้นสูง (Advanced Wound Dressing Assessment) กับบาดแผลผู้ป่วย Wound Therapy Assessment ตามหลักของ Wound Hygiene 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis; D) จากการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินบาดแผล พบว่าประเด็นปัญหาที่มักพบในผู้ป่วย CVLUs และนำมาเข้าสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลคือ การติดเชื้อกระบวนการหายของแผลที่ล่าช้า และส่งเสริมการฟื้นฟูหายของบาดแผล 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning & Implementation; IC) ในผู้ป่วย CVLUs ตามหลักการของ T-I-M-E-S management and wound hygiene จุดเน้นผู้ป่วย CVLUs ในกระบวนการนี้คือ Compressions therapy และ 4) การประเมินผล (Nursing Evaluation; E) มีการประเมิน และติดตามนัด โดยผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนตามรูปแบบนี้จะได้รับการติดตามเยี่ยมผ่านระบบ Telehealth ทุกราย

2.4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ที่ประกอบด้วย การประเมินเชิงปริมาณโดยใช้ AGREE II¹⁰ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ประกอบด้วยหัวข้อการประเมิน ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระ

ของบรรณาธิการ และการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม และประเมินเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม โดยข้อคำถามจะครอบคลุม ด้านอรรถประโยชน์ ด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเหมาะสม โดยทำการทดสอบก่อน-หลังการใช้รูปแบบ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง

3.1 ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs กับการดูแลรักษาแผลรูปแบบเดิมด้วย Multi-Level Poisson Model พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 47 ราย เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องกับการดูแลรักษาแผลรูปแบบเดิมด้วยความก้าวหน้าของแผลดีขึ้นเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัด พบว่า ขนาดแผล (cm^2) ลดลง ($32.33 - 127.78 \text{ cm}^2$, $p = .003$), ระยะเวลาการฟื้นฟูหายลดลง ($3.59 - 6.84$ ปี, $p = .001$), ระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประสิทธิผลของผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs กับการดูแลรักษาแผลรูปแบบเดิม (N = 47)

ดัชนีชี้วัด	รูปแบบการพยาบาล CVLUs	รูปแบบการพยาบาลเดิม	P-value
	M (95%CI)	M (95%CI)	
ปริมาตรของแผล (cm^2)	.03 (.00 - 2.23)	59.32 (32.33 - 127.78)	.003*
ระยะเวลาการฟื้นฟูหายของแผล (ปี)	.39 (.26 - .53)	5.22 (3.59 - 6.84)	.001*
ระดับความปวด	4.39 (2.03 - 5.42)	8.72 (7.59 - 9.94)	.000*

* $p < .05$

3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 86 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์และพยาบาล ด้านกระบวนการในการติดตามรักษาดูแล ด้านการสนับสนุนแหล่งเรียนรู้และให้คำปรึกษา ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน

3.3 ความคิดเห็นของทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง พบว่า “รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นผลดีกับผู้ป่วย” “ต้องปรับวิธีการดูแลแผลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของทีมเจ้าหน้าที่” นำมาซึ่งการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) “มีความกังวลในช่วงเปลี่ยนผ่านช่วงแรก ๆ เนื่องจากคิดว่าโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลในเครือข่ายยังไม่พร้อม” “ศักยภาพของแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางที่มีจำนวนจำกัด อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้ากับบุคลากรที่มีศักยภาพในอนาคต” “การพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนของ ET-Nurse สามารถทำให้รูปแบบมีการดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้มากกว่านี้” ความคิดเห็นเหล่านี้ นำมาซึ่งการพัฒนาแบบให้มีความชัดเจนในทุกมิติ

3.4 การรับรองรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs โดยการนำเสนอผลการดำเนินการวิจัย แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในการประชุมบริหารประจำเดือน และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

ในการเผยแพร่รูปแบบให้กับโรงพยาบาลเครือข่าย 15 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่อยู่ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำไปใช้ได้จริง จึงสมควรนำไปขยายผลต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อความก้าวหน้าของแผลดีขึ้นเมื่อใช้ดัชนีตัวชี้วัดเรื่องขนาดแผล (cm^2) ลดลง ($32.33 - 127.78 \text{ cm}^2$, $p=.003$) อภิปรายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนากายใต้กรอบ 2P Safety และบทบาท ET-nurse ในการใช้กระบวนการพยาบาล โดย SESLHD Wound Committee ได้กล่าวไว้ว่าการประเมินผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดโดยเฉพาะในผู้ป่วยแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง และได้รับ Graduated Compression ทั้งก่อน และหลังจากการให้การรักษา¹⁴ ถึงแม้ว่ามีการศึกษาได้กล่าวว่าการทำ Graduated Compression เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลที่ดีและเหมาะสมที่สุดในผู้ป่วยก็ตาม¹⁵⁻¹⁷ แต่หากขาดการประเมิน การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการติดตามอาการภายหลังผู้ป่วยกลับบ้านที่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในการจัดการอาการปวด และในบางรายที่ได้รับการทำ graduated compression จากพยาบาลที่ขาดทักษะ หรือการประเมินอาการที่ผิดพลาดอาจทำให้บาดแผลหายช้า หรือทำลายระบบประสาท¹⁵ เพราะฉะนั้นในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ประเด็นเรื่อง Patient Safety ตามกรอบการพัฒนาจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด พยาบาลต้องอธิบายอย่างชัดเจนถึงกระบวนการรักษาพยาบาล ให้ผู้ป่วยยินยอม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกวิธีการรักษาพยาบาล นอกจากนี้การดูแลบาดแผล (wound dressing) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมการหายของแผล บทบาทของ ET-nurse ต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถเลือกใช้ Advance Wound Dressing ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการหายของแผล สิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภายใต้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้น ต้องยึดความปลอดภัย คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากมีทีมสหสาขาที่มีความเข้าใจในหลักการของ Advance Wound Dressing และ Graduated Compression Therapy ก็จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลบาดแผลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีปลอดภัยมีประสิทธิภาพสูง¹⁸⁻¹⁹

2) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นหายลดลง ($3.59 - 6.84$ ปี, $p = .001$) อภิปรายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบ 2P Safety ร่วมกับบทบาทและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของ ET-nurse ในการใช้กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญต่อระยะเวลาในการส่งเสริมการหายของแผล ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาด พยาบาลไม่สามารถประเมิน และระบุชนิดของบาดแผลได้ อาจส่งผลต่อการฟื้นหายของแผลโดยเฉพาะผู้ป่วย CVLUs¹⁵ ส่วนการศึกษาปัญหาเรื่องการประสานงานส่งปรึกษา ET-nurse ในการดูแลบาดแผลไม่เคยเป็นสิ่งสำคัญในองค์กร แต่มีความจำเป็นมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มแผลหายยาก และต้องใช้รูปแบบการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน และการใช้ Advance Wound Dressing¹⁶ มีความสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของพยาบาล ET-nurse ในการจัดการผู้ป่วย CVLUs ส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นหายได้ถึงร้อยละ 89.10¹⁵⁻¹⁷ สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบ 2P Safety ร่วมกับบทบาท และความเชี่ยวชาญของ ET-nurse และทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลต่อระยะเวลาการฟื้นหายของแผลโดยเฉพาะผู้ป่วย CVLUs ในการศึกษาครั้งนี้

3) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย CVLUs ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่อง การรักษาด้วย Graduated Compression Therapy ถือว่าเป็นมาตรฐานของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุด และเป็นตัวเลือกแรกที่แพทย์จะเลือกให้กับผู้ป่วยแต่ถ้าหากการทำ Graduated Compression Therapy ไม่ได้มาตรฐานผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานจากการไม่สามารถจัดการกับความปวดได้¹⁶⁻¹⁷ SESLHD wound committee ได้เสนอไว้ว่า ความดันที่เหมาะสมของการทำ Graduated Compression Therapy ควรไม่เกิน 40 มิลลิเมตรปรอท และต้องจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการการประเมินบาดแผลก่อนทุกครั้งเสมอ¹⁴ สำหรับประเทศไทยการทำ Graduated Compression Therapy ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย และการศึกษาวิจัยยังคงมีน้อย ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้จำเป็นต้องนำเสนอวิธีการทำ Graduated Compression Therapy ที่ถูกต้องคือ การใช้ผ้าผ้ายืด Elastic Bandage พันถึงโคนนิ้วหัวแม่มือจนถึงใต้เข่า โดยควรพันให้ความดันสูงที่ระดับข้อเท้า 40 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไปจนถึงน่องเท่ากับ 30 - 20 มิลลิเมตรปรอท และได้เข่าเท่ากับ 20 - 10 มิลลิเมตรปรอท โดยสิ่งสำคัญมี 2 ประการคือ ควรพันมุมสันเท้าและพันทับซ้อนกัน (Overlap) ประมาณครึ่งหนึ่งของผ้ายืด (Elastic Bandage) ขนาด 4 นิ้ว และควรพันให้เรียบสม่ำเสมอปราศจากรอยย่น เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของแรงดันที่พันขา ระดับแรงดันที่เหมาะสมสามารถลดภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรังได้โดยการบีบกล้ามเนื้อขาซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงดันโลหิตต้านแรงโน้มถ่วงกลับสู่หัวใจ การทำ Graduated Compression Therapy ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพและการเลือกใช้ Advance Wound Dressing ที่เหมาะสมนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยลดการปวดแล้ว ยังสามารถทำให้แผลหายได้ประมาณร้อยละ 40 - 80 ภายใน 12 สัปดาห์⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังจากเส้นเลือดดำที่ขาบกพร่องที่พัฒนาขึ้นไปเผยแพร่หรือขยายผลการใช้รูปแบบอย่างบูรณาการและคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

ในการนำรูปแบบไปใช้นั้น ผู้บริหารควรต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนการพัฒนาพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการกำหนดนโยบายให้มีการส่งเสริมการทำวิจัยคลินิกโดยยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญจะส่งผลกับประสิทธิผลคือเกิดผลลัพธ์กับผู้ป่วยตามที่ต้องการ

References

1. Bonkemeyer Millan S, Gan R, Townsend PE. Venous ulcers: diagnosis and treatment. *American Family Physician* 2019;100(5):298-305.
2. Kanchanabat B, Ruangsetakit C, Stapanavatr W. Clinical characteristics of Thai chronic venous insufficiency (CVI) patients. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2017;100:17-23. (in Thai)
3. Sermsathanasawadi N, Pruekprasert K, Pitaksantayothin W, Chinsakchai K, Wongwanit C, Ruangsetakit C, et al. Prevalence, risk factors, and evaluation of ilio caval obstruction in advance chronic venous insufficiency. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 2019;7:441-7. (in Thai)
4. Negus D, Smith PDC, Bergan JJ. Leg ulcer diagnosis and management. 3rd ed. London: CRC Press; 2005.
5. Wittens C, Davies AH, Baekgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's choice- management of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 2015; 49:678-37.
6. The Healthcare Accreditation Institute Public Organization. 2P Safety Hospital [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 18]. Available form: http://134.236.247.146:8080/edoc1/uploads/DocNum_20211110172458.pdf
7. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Statistical [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 5]. Available form: http://app.ayhosp.go.th/report/opd_year.php. (in Thai)
8. Sermsathanasawadi N, Chatjaturapat C, Pianchareonsin R, Puangpunngam N, Wongwanit C, Chinsakchai K, et al. Use of customised pressure-guided elastic bandages to improve efficacy of compression bandaging for venous ulcers. *International Wound Journal* 2017;14(4):636-40.
9. Harnyoot Orranun. Nursing process and implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):137-43. (in Thai)
10. Institute of Medical Research & Technology Assessment. Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 18]. Available form: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>. (in Thai)
11. De Carvalho MR, Peixoto BU, Silveira IA, Oliveria BGRB. A Meta-analysis to compare four-layer to short-stretch compression bandaging for venous leg ulcer healing. *Ostomy Wound Manage* 2018;64(5):30-7.
12. Larsen DL, Attkison, CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/ patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 1979;2(3):197-207.

13. Kongsakon R, Jareonsettasin T. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction (CSQ-8) Thai version with psychiatric care. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2000;45(2):155-6. (in Thai)
14. Southeastern Sydney Local Health District (SESLHD) Wound Committee. Wound – graduated compression therapy (GCT) in Venous disease [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 18]. Available form: <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/documents/SESLHDPR281.pdf>
15. Jiménez- García JF, Aguilera- Manrique G, Arboledas- Bellón J, Gutiérrez- García M, González- Jiménez F, Lafuente- Robles N, et al. The effectiveness of advanced practice nurses with respect to complex chronic wounds in the management of venous ulcers. Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(24):5037-50.
16. Montoya S.B., Sánchez S.D., Nevárez I.S., Camps E.F., Quesada F.F., Farrés P. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con enfermedad vascular. Documento de consenso SEMFYC-SEACV. Atención Primaria 2012;44:556–61.
17. De Carvalho MR, Peixoto BU, Silveira IA, Oliveria BGRB. A Meta-analysis to compare four-layer to short-stretch compression bandaging for venous leg ulcer healing. Ostomy Wound Manage 2018;64(5):30-7.
18. Boochangkool Nuttorn. Advanced wound dressing. Thammasat Medical Journal 2017;17(3):402-7. (in Thai)
19. Ren SY, Liu YS, Zhu GJ, et al. Strategies and challenges in the treatment of chronic venous leg ulcers. World Journal of Clinical Cases 2020;8(21):5070-85.

The Effects of Pre-operative Preparation for Elective Caesarean Section VDO Media on Anxiety and Knowledge in Pregnant Women

Received: Dec 13, 2023

Revised: Apr 4, 2024

Accepted: Apr 9, 2024

Puangphet Panthuen, B.N.S.¹

Rungtawan Chojjorhor, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Preparation before childbirth surgery is crucial for preventing complications during surgery, reducing anxiety, and increasing self-care knowledge among pregnant women before and after surgery.

Research objectives: To examine the effects of the pre-operative preparation for elective caesarean section using VDO media on anxiety and knowledge in pregnant women.

Research methodology: This study used a quasi-experimental design. The sample group consisted of single pregnant women aged 20 years and above receiving scheduled childbirth surgery services, with a total of 30 participants divided into experimental and control groups, each with 15 participants. The research instruments included: 1) video media for preparing for scheduled childbirth surgery appointments, 2) an anxiety level measurement questionnaire, and 3) a knowledge measurement questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test for comparing the score of anxiety and knowledge between groups.

Results: At post-test, the experimental group had significantly lower mean anxiety scores during the intervention and significantly higher mean knowledge scores than before the intervention ($p < .05$). The experimental group also had significantly lower mean anxiety scores during the intervention than did the control group ($p < .05$). Additionally, the mean score of hidden anxiety between the experimental group and the control group ($M = 37.67$, $SD = 7.23$; $M = 34.93$, $SD = 7.39$, respectively) and the mean scores of knowledge related to self-practice ($M = 18.68$, $SD = 1.55$; $M = 17.93$, $SD = 2.28$, respectively) were no statistically significant differences ($t = 1.02$, $df = 28$, $p > .05$; $t = 1.31$, $df = 28$, $p > .05$, respectively).

Conclusion: Using video media to prepare for scheduled childbirth surgery appointments helps increase knowledge and reduce anxiety in pregnant women.

Implications: Video media for preparing childbirth surgery appointments should be implemented to provide knowledge and reduce anxiety before scheduled childbirth surgeries in hospital settings.

Keyword: VDO media, caesarean section, anxiety, knowledge, pregnant women

Funding: Rajavithi Hospital

¹Registered Nurse ¹Email: puangphet54@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer ²Email: rungawan.c@bcn.ac.th

¹Rajavithi Rajavithi Hospital, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand.

²Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Bangkok, Thailand.

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า ต่อความวิตกกังวลและความรู้ในสตรีตั้งครรภ์

Received: Dec 13, 2023

Revised: Apr 4, 2024

Accepted: Apr 9, 2024

พวงเพชร ปานเลื่อน พย.บ.¹รุ่งตะวัน รุ่งจ่อหอ พร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่าง การผ่าตัด ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนัดหมาย ล่วงหน้าต่อความวิตกกังวลและความรู้ในสตรีตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มา รับบริการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า 2) แบบวัดความวิตกกังวล และ 3) แบบวัดความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่าก่อนทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแฝงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($M = 37.67, SD = 7.23; M = 34.93, SD = 7.39$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ของหญิงตั้งครรภ์ ($M = 18.68, SD = 1.55; M = 17.93, SD = 2.28$ ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.02, df = 28, p > .05; t = 1.31, df = 28, p > .05$ ตามลำดับ)

สรุปผล: การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้าในหญิงตั้งครรภ์นี้ ช่วยเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตัวและลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำสื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด เพื่อไปใช้ในการให้ความรู้และลดความวิตกกังวล ก่อนการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : สื่อวีดิทัศน์ การผ่าตัดคลอด ความวิตกกังวล ความรู้ หญิงตั้งครรภ์

แหล่งทุน: โรงพยาบาลราชวิถี

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ¹Email: puangphet54@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ ²Email: rungawan.c@bnc.ac.th

¹โรงพยาบาลราชวิถี กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อยมากขึ้น เนื่องจากมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก¹ อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบว่า ในปี พ.ศ. 2533 ถึงปัจจุบัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 21 โดยเอเชียมีอัตราการผ่าตัดคลอดเป็นอันดับ 3 ของโลก จากแนวโน้มนี้คาดว่า ในปี พ.ศ. 2573 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 63² ในประเทศไทยพบอัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2533 ร้อยละ 17.4 เป็น ร้อยละ 39.4 ในปี พ.ศ. 2557³ ล่าสุดพบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 30⁴ ซึ่งสูงกว่าการกำหนดขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดร้อยละ 15⁵ สำหรับโรงพยาบาลราชวิถีมีอัตราการผ่าตัดคลอด ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ร้อยละ 43.68 , 44.64 และ 44.93 ตามลำดับ⁶

ห้องผ่าตัดสูติกรรมโรงพยาบาลราชวิถี ให้บริการผ่าตัดคลอดทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้า (Elective case) และแบบไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า (Emergency case) โดยก่อนผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า จะมีการเยี่ยมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด โดยใช้กระบวนการการพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล วางแผนเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่สำคัญสำหรับการผ่าตัดเป็นรายกรณีลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนการให้บริการผ่าตัดคลอดแบบไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า เป็นการผ่าตัดฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อช่วยชีวิตมารดาทารกในครรภ์ รวมถึงผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติปกติ มดลูกไม่แข็งตัว มีภาวะเลือดออกจากโพรงมดลูก ที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต จำเป็นต้องรับการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อหาสาเหตุ โดยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด เช่น ทารกอยู่ในภาวะเครียด รกเกาะต่ำ มีแผลเป็นที่ผนังมดลูกจากการผ่าตัดคลอดมาก่อน การผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกมดลูกออก การคลอดยาก หรือการคลอดไม่ก้าวหน้า ทารกท่าก้น ครรภ์แฝด และภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น

สตรีตั้งครรภ์ที่รอการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่มักจะวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด และกลัวสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด โดยความวิตกกังวล สามารถแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลแฝง เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล มีลักษณะคงที่ และปรากฏออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดอันตรายมากระตุ้น และพฤติกรรมได้ตอบสนองแสดงออกในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล⁷ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเยี่ยมก่อนการผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งขณะอยู่ในหอผู้ป่วย และก่อนเข้ารับการผ่าตัด⁸ และพบว่าการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ช่วยเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ที่ได้รับการให้ข้อมูลด้วยการบอกเล่าข้างเตียง โดยไม่มีสื่อการสอน ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงส่งผลให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต้องเลื่อนการผ่าตัด⁹

ปัจจุบันการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลราชวิถีเป็นการอธิบายให้ข้อมูลด้วยวาจาข้างเตียง แต่ละคนมีรูปแบบเป็นของตนเอง การสื่อสารขาดความน่าสนใจ และสื่อสารข้อมูลเพียงครั้งเดียว ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้รับการผ่าตัดคลอดได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จากแนวโน้มผู้รับบริการผ่าตัดคลอดที่มีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับสถานการณ์ขาดแคลนอัตราากำลัง ซึ่งต้องจัดบุคลากร

ให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดที่ต้องใช้เวลาในแต่ละรายเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด จึงสนใจประยุกต์ใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด เป็นการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี และเครื่องมือในการให้ข้อมูลที่ทันสมัย สามารถเพิ่มการเรียนรู้และเข้าถึงความรู้ ในการปฏิบัติตัวสำหรับการผ่าตัด ได้ง่ายและสะดวก ช่วยลดระยะเวลาในการเยี่ยมของเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้รับบริการเห็นขั้นตอนสำคัญในการปฏิบัติ ตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้านได้ ด้วยภาพเคลื่อนไหวช่วยเพิ่มขีดความสามารถ ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความรู้ คลายความวิตกกังวล และนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

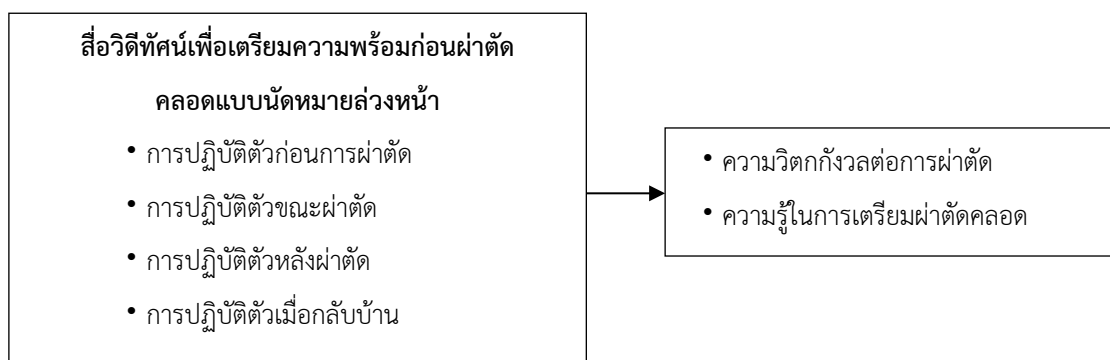
เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนันทมายลวงหน้า ต่อความวิตกกังวลและความรู้ในสตรีตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีคะแนนความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีคะแนนวิตกกังวลหลังทดลองลดลง กว่าก่อนทดลอง
3. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่า และความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการใช้สื่อมัลติมีเดีย เพื่อเพิ่ม ขีดความสามารถในการเรียนรู้และความเข้าใจเนื้อหา¹⁰ การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมความพร้อม ก่อนผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์ โดยคาดว่าจะการให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์จะสามารถเพิ่มความรู้ในการเตรียม ผ่าตัดคลอด และลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองที่รับคำแนะนำแบบปกติร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้คำแนะนำแบบปกติ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่รับการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า โรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่รับการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ของ Bernard¹¹

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ .842

σ = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 1 และ 2

คำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 9 ราย โดยอ้างอิงการศึกษาของ พงษ์ วงศ์ศิริ และคณะ¹¹ พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($M = 26.40$, $SD = 8.98$; $M = 37.03$, $SD = 6.96$) ตามลำดับ เพื่อป้องกันการสูญหาย และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 6 ราย เป็นกลุ่มละ 15 ราย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์เดียวที่มารับการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า (Elective case) ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม 2566 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) อ่าน-เขียน ภาษาไทยได้ 4) ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และ 5) ไม่มีความพิการของทารกในครรภ์ และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) มีอาการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างทำการวิจัย 2) เข้าร่วมการวิจัยได้ไม่ครบทุกขั้นตอน และ 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีโรคทางจิตเวช

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า ความยาว 10 นาที ร่วมจัดสร้างโดยทีมนักวิชาการโสตทัศนศึกษา โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีความชำนาญในการผลิตสื่อโดยเฉพาะ เนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดคลอด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและการดูแลตนเองขณะพักฟื้นที่บ้าน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด และอาจารย์สาขาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ได้ค่า CVI เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการผ่าตัดคลอด ประวัติการเสพยาเสพติด อายุครรภ์ปัจจุบัน และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดคลอด ใช้แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory [STAI Form]) ซึ่งพัฒนาโดย ของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ⁷ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย

โดย ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา¹² ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ จำนวน 20 ข้อ และความวิตกกังวลแฝง จำนวน 20 ข้อ แปลผลคะแนนตามหลักของลิเคิร์ต (Likert Scale) 1 - 4 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด ทดลองคุณภาพเครื่องมือกับหญิงตั้งครรภ์ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .90

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเลือกคำตอบ “ถูกต้อง” เท่ากับ 1 คะแนน “ไม่ถูกต้อง” เท่ากับ 0 คะแนน และ “ไม่ทราบ” เท่ากับ 0 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้ ในการเตรียมผ่าตัดคลอด ระดับมาก มีคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน โดยคะแนนความรู้ระดับสูง อยู่ในช่วง 16 - 20 คะแนน และคะแนนความรู้ระดับต่ำ อยู่ในช่วงคะแนน 0 - 11 คะแนน นำไปทดลองกับหญิงตั้งครรภ์ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 138/2566 ลงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ในการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสามารถถอนตัวได้ในทุกกรณี โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเป็นความลับ โดยจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายใต้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำแบบปกติร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ และกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำแบบปกติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 5 ของเดือน จะดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดคลอด และ 3) ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอด ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 10 นาที

2) ผู้วิจัยแนะนำการใช้งานสื่อวีดิทัศน์ และให้รับชมสื่อวีดิทัศน์ผ่านแท็บเล็ตของผู้วิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน โดยรับชมวีดิทัศน์ ประมาณ 10 นาที ภายหลังการรับชมวีดิทัศน์เสร็จสิ้น เปิดโอกาสสอบถามประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเพื่อทบทวนความเข้าใจ โดยวีดิทัศน์สามารถดาวน์โหลดเพื่อเข้าชมซ้ำได้ จากนั้นจะให้เวลาพักผ่อนประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ก่อนให้ตอบแบบสอบถาม

3) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดคลอด และ 2) ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอด ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 8 นาที

กลุ่มควบคุม หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดที่สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดคลอด และ 3) ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอด ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 10 นาที

2) ผู้วิจัยจะแนะนำเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน ด้วยวิธีการปฏิบัติแบบปกติ คือ อธิบายด้วยวาจาข้างเตียง ไม่มีเอกสารประกอบประมาณ 10 นาที ในขณะที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา ภายหลังผู้วิจัยให้คำแนะนำเสร็จสิ้น ให้เวลาพักผ่อน ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ก่อนตอบแบบสอบถาม

3) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดคลอด และ 2) ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอด ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 8 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 31.87 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 53.3 มีอาชีพรับจ้างและแม่บ้านจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 40.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.3 มีประวัติการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 66.7 ประวัติไม่เคยแท้ง ร้อยละ 86.7 ประวัติเคยผ่าตัดคลอด ร้อยละ 60.0 อายุครรภ์เฉลี่ย 38.13 สัปดาห์ ไม่มีประวัติการเสพยาเสพติด และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมในขณะตั้งครรภ์ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.80 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 การศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 40.0 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 53.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.7 ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ร้อยละ 40.0 ประวัติไม่เคยแท้ง ร้อยละ 80.0 มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด ร้อยละ 73.3 อายุครรภ์เฉลี่ย 38.47 สัปดาห์ ไม่มีประวัติการเสพยาเสพติด และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมในขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญต่อการผ่าตัดคลอดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังทดลอง (n = 15)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired-t test	p-value*
	M	SD	M	SD		
ความวิตกกังวลแฝง	39.53	8.03	37.67	7.22	2.29	.038*
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	44.13	8.05	41.20	7.93	2.40	.031*
ความรู้การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	13.47	4.60	18.87	1.55	-5.19	.000*

*p < .05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้จากการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแนะนำแบบปกติสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการแนะนำตามปกติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N = 30 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		Independent t-test	p-value*
	M	SD	M	SD		
ความวิตกกังวลแฝง						
ก่อนทดลอง	39.53	8.03	36.67	8.08	.98	.338
หลังทดลอง	37.67	7.23	34.93	7.39	1.02	.315
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ						
ก่อนทดลอง	44.13	8.05	39.86	11.11	1.204	.239
หลังทดลอง	41.20	7.93	35.27	7.81	2.06	.048*
ความรู้การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด						
ก่อนทดลอง	13.47	4.60	15.47	3.27	-1.37	.181
หลังทดลอง	18.86	1.55	17.93	2.28	1.31	.201

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ หลังทดลองในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังจากได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด โดยการแนะนำแบบปกติร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแฝง และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า โดยการให้คำแนะนำแบบปกติร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ ช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ครอบคลุม เกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และเกิดความรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ จากที่ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ การผ่าตัด สถานที่ บุคลากร และการปฏิบัติตัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นความรู้สึกที่แสดงถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และกังวลของบุคคล เกิดจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบว่าคุณค่าหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งเร้านั้นอาจมีอยู่จริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่งความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายมากระตุ้น ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากอุปนิสัย และประสบการณ์ในอดีต ส่วนความวิตกกังวลแบบแฝง คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล

เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และปรากฏออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพ⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ พบว่า ผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดโดยให้ความรู้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกที่ช่วยเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้¹⁴

การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ โดยกำหนดประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อมภายนอกไว้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยให้มีการกระทำซ้ำ ๆ จะเป็นการเรียนรู้การสู่การปฏิบัติทำให้มีความรู้ความเข้าใจ¹⁰ โดยสื่อวีดิทัศน์ที่สร้างขึ้นเรียงลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นประสบการณ์ และเพิ่มความรู้ ในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกโดยได้รับการให้ข้อมูลโดยพยาบาล และรับชมสื่อวีดิทัศน์ของหญิงครรภ์แรกที่แพทย์นัดผ่าคลอด พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้น¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ผสมภาพแอนิเมชันให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ผสมภาพแอนิเมชัน สามารถเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตัว และลดวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยมีระดับความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้องเพิ่ม¹⁷ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลการเตรียมตัวความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่เป็นการสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องตามสถานการณ์จริง ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดเกิดความรู้ ความเข้าใจ สื่อวีดิทัศน์จึงมีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดูแลตนเองและเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ความรู้ ระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบปกติ พบว่า หลังทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดแบบนัดล่วงหน้ามีบุคลิกที่มีความวิตกกังวลเดิมอยู่แล้ว⁷ ประกอบกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษาไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดช่องปากและใบหน้าขากรรไกร พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีระดับความวิตกกังวลแฝงไม่แตกต่างกัน¹⁸ และงานวิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่กลุ่มควบคุมอาจจะมีการไปศึกษาด้วยตนเอง เช่น การชมสื่ออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเพื่อผ่าตัดคลอดผ่านโซเชียลมีเดีย จึงทำให้ความวิตกกังวลแฝงไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า โดยการให้คำแนะนำแบบปกติร่วมกับสื่อวีดิทัศน์

ช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลับพบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดมีความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดคลอดก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก¹⁵ และการศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดห้อยปาก และใบหน้าขากรรไกร พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์มีระดับคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์¹⁸

ในการวิจัยนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มการเย็บแบบปกติ ก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าโดยการแนะนำแบบปกติ และใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการแนะนำแบบปกติ ทั้งสองวิธีช่วยเพิ่มความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอด ไม่ว่าจะเตรียมโดยการให้ความรู้รูปแบบไหน ก็สามารถเพิ่มระดับความรู้ให้สูงขึ้น นอกจากนี้กลุ่มควบคุมที่รับฟังการสอนด้วยวาจา อาจศึกษาด้วยตนเองผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนดังกล่าวได้ยาก หรือประสบการณ์การผ่าตัดคลอดหลายครั้งทำให้ได้รับความรู้ทุกครั้งจนเกิดการเรียนรู้จนมาถึงครรภ์ปัจจุบัน รวมทั้งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเพียงคนเดียว จึงอาจทำให้ข้อมูลที่ทั้งสองกลุ่มได้รับเป็นข้อมูลชุดเดียวกันทำให้ความรู้ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอดแบบนัดหมายล่วงหน้า มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ก่อนผ่าตัดคลอดมีความวิตกกังวลลดลงหลังการได้รับชมสื่อวีดิทัศน์และมีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยหน่วยผ่าตัดคลอดสามารถนำสื่อวีดิทัศน์ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยปรับให้ตรงกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. นำสื่อวีดิทัศน์การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดไปประยุกต์ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ในรายที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าก่อนผ่าตัด
2. ควรศึกษาติดตามการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในแขนงโรคอื่น ๆ เพิ่มศักยภาพในการให้บริการให้มากขึ้น

References

1. Chaitanu Wong S. Cesarean section in term pregnancy rate based on the Robson 10 – group classification at Lamphun Hospital from 2020-2022. *Journal of Environmental and Community Health* 2023;9(1):680-9. (in Thai)
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *British Medical Journal Global Health* 2021;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
3. Jantaburee N, Phumonsakul S, Theerakulchai J. Relationships between selected factors and maternal-infant attachment of unplanned cesarean section mothers. *Journal of the Police Nurse* 2019;11(2):387-95. (in Thai)
4. Opiyo N, Oladapo OT, Souza J, Vogel JP, Bonet M, Kingdon C, et al. Non-clinical intervention to reduce unnecessary caesarean section. *Bulletin of the World Health Organization* [internet]. 2020 [cite 2020 Aug 15];98(1):66-8. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/1/19-236729.pdf>.
5. Tienmontree K, Chunuan S, Kala S. Factors Influencing decision-making for cesarean section among primigravidae. *Journal of Nursing Science & Health* [Internet]. 2021 Apr 25 [cited 2024 Apr 3];31(1):96-109. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/250650> (in Thai)
6. Rajavithi Hospital. Statistics on obstetrics and gynecology department, Rajavithi Hospital, fiscal year 2020-2022. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2022. (in Thai)
7. Spielberger CD. The nature and measurement of anxiety. In: Spielberger CD, Diaz- Guerrero R, editors. *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere; 1976. p. 3-12.
8. Aydal, P, Uslu, Y, Ulus, B. The effect of preoperative nursing visit on anxiety and pain level of patients after surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2023;38(1):96-101.
9. Prajit J, Wanchai A, Suwannachat S. The effect of video media use in patients undergoing anesthesia for surgery on the patients knowledge and satisfaction with the media. *Journal of Health and Nursing Education* 2020;26(1):45-57. (in Thai)
10. Hanrattanasakul N, Sawetaiyaram T. Richard E. Mayer's multimedia learning theory in second language multimedia design: a case study of redundancy principle and modality principle in second language research. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University* 2019;30(1):219-29. (in Thai)
11. Bernard R. *Fundamentals of biostatistics*. 5thed. Belmont: Duxbury Press; 2000.
12. Thapinta D. Reducing anxiety of nurses caring for AIDS patients by changing your thinking along with practicing mindfulness [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University, 1992. (in Thai)

13. Wongsiri P, Pitaktan S. Effect of pain management program toward release pain, anxiety and satisfaction receiving general anesthesia for women's cesarean section, recovery room, Suratthani Hospital. Region 11 Medical Journal 2019;33(3):441-60. (in Thai)
14. Dumkoengtham S, Honsamsijad Y, Thungjaroenkul P. Effect of using video media to prepare the patient before undergone anesthesia on knowledge and anxiety in orthopedic surgery patients, Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital 2019;29(1):50-64. (in Thai)
15. Ingthaisong T. The effectiveness of using pre-anesthetic preparation program on knowledge and behavior of primigravida mothers receiving spinal anesthesia for cesarean section. Nursing, Health, and Education Journal 2021;4(2):16-25. (in Thai)
16. Sanguanwongwan S, Unratana K. Effectiveness of mixed-media video and animation to provide Information for patients undergoing cesarean section using spinal anesthesia, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. Journal of Health Science 2019;28(3):488-98. (in Thai)
17. Nagsuwan P, Bunsanong T. Effects of program preoperative instruction using multimedia in patients receiving general anesthesia. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2022;23(1):446-54. (in Thai)
18. Altay B, Kale Ş, Basiry MN, Çoban E. The association of social media videos and patients' preoperative anxiety. Journal of Oral Maxillofacial Surgery 2024;82(2):228-34. doi: 10.1016/j.joms.2023.10.006.

Factors Influencing Partner Involvement in Taking Care of Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension

Prapatsorn Jandee, M.N.S.^{1*}Nattida Panyatanakun, M.N.S.²Patcharaporn Anuphan, M.N.S.³Sirinapa Kaewpoung, M.N.S.⁴

Received: Dec 1, 2023

Revised: Apr 5, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

Abstract

Introduction: Pregnancy-induced hypertension is a common obstetric complication, resulting in an increasing disability rate and maternal and fetal deaths.

Research objectives To examine factors influencing partner involvement in caring for pregnant women with pregnancy-induced hypertension.

Research methodology: This study is predictive correlational design. A sample group of 85 partners of pregnant women was selected using a specific purposive sampling method. The research tools included 5 questionnaires and 1 test: 1) personal information, 2) partner involvement, 3) pregnancy attitude, 4) marital relationship, and 5) perception of ability questionnaires; and pregnancy knowledge tests. The Cronbach's alpha coefficients for the questionnaires 2 - 5 were .95, .73, .87, and .94, respectively. The pregnancy knowledge test utilizes the Kuder-Richardson 20 (KR-20) reliability coefficient, which equals .82. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results: All of the samples involved in caring for pregnant women with pregnancy-induced hypertension. Among these, 23.50% had moderate partner involvement, and 76.50% had high partner involvement. Stepwise multiple regression analyses revealed that attitude towards pregnancy ($\beta = .527$, $p < .001$) significantly influenced partner involvement. This factor explained 27.80% ($R^2 = .278$, $p < .001$) of the variance in partner involvement in caring for pregnant women with pregnancy-induced hypertension.

Conclusions: The sample group showed moderate to high involvement in caring for pregnant women diagnosed with hypertension during pregnancy. The influencing factor on this involvement is the attitude towards pregnancy.

Funding: Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University.

^{1*}Corresponding Author: Lecturer ¹Email: prapatsorn.j@ubu.ac.th

²⁻³Lecturer ²Email: nattida.p@ubu.ac.th ³Email: patcharaporn.a@ubu.ac.th

⁴Assistant Professor ⁴Email: sirinapa.ka@ubu.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani, Thailand.

⁴Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand.

Implications: It is advisable to develop a nursing program aimed at stimulating and promoting positive attitudes towards pregnancy, thereby encouraging greater involvement of partners in the care of pregnant women diagnosed with hypertension during pregnancy.

Keywords: pregnant women, pregnancy induced hypertension, partner involvement

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ประภัสสร จันดี พย.ม.^{1*}

ณัฐธิดา ปัญญาธนาคุณ พย.ม.²

พัชรภรณ์ อนุพันธ์ พย.ม.³

ศิริินภา แก้วพวง พย.ม.⁴

Received: Dec 1, 2023

Revised: Apr 5, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย ส่งผลเพิ่มอัตราทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของสามี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สามีของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 85 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 5 แบบสอบถาม และ 1 แบบทดสอบ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสามี 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ 4) แบบสอบถามสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส 5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ และ 6) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในส่วนแบบสอบถามที่ 2 - 5 เท่ากับ .95, .73, .87 และ .94 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR - 20) เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลร้อยละ 100 จำแนกเป็นมีส่วนร่วมในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 23.50 และระดับสูง ร้อยละ 76.50 ส่วนผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ ($\beta = .527, p < .001$) มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 27.80 ($R^2 = .278, p < .001$)

สรุปผล: การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมคือทัศนคติต่อการตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลที่ช่วยกระตุ้น และส่งเสริมทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากขึ้น

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมในการดูแลของสามี

^{1*}Corresponding Author อาจารย์ ¹Email: prapatsorn.j@ubu.ac.th

²⁻³อาจารย์ ²Email: nattida.p@ubu.ac.th ³Email: patcharaporn.a@ubu.ac.th

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ⁴Email : sirinapa.ka@ubu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย

⁴คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย พบความชุกทั่วโลก ร้อยละ 4.6 ประมาณร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดส่งผลเพิ่มอัตราทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์¹ ส่วนในประเทศไทย พบว่า มีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด 25.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 15.79² ซึ่งนับว่าเป็นภาวะเสี่ยงสูงที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ สาเหตุที่แท้จริงของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากงานวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน การตั้งครรภ์หลายครั้ง และอายุ ≥ 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในระยะแรก ในขณะที่ครอบครัวมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรังและโรคเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน การตั้งครรภ์ครั้งแรก และอายุ < 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในช่วงปลายอย่างมีนัยสำคัญ⁴

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบต่อตนเอง ทารกในครรภ์ และครอบครัวได้ ผลกระทบต่อตนเอง คือ อาจเกิดอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับวายและไตวาย ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ภาวะสมองขาดเลือด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด เพราะส่วนใหญ่มักพบภาวะความดันโลหิตสูงในระยะครรภ์ก่อนกำหนด⁵ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนไปจากเดิม ต้องรับบทบาทเป็นผู้ป่วย ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพกับคู่ชีวิตไม่ดี นอกจากจะเกิดผลกระทบต่อมารดา ทารกในครรภ์และครอบครัวดังกล่าวแล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก⁶

ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะมีความเครียด และวิตกกังวล เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดจากพยาธิสภาพของโรค เครียดจากการเปลี่ยนสถานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับบุคคล และแผนการรักษาที่ไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดกิจกรรม ผลข้างเคียงจากการรักษา การเผชิญความเจ็บปวดขณะตั้งครรภ์ และต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะสามีจะถูกคาดหวังอย่างสูงว่าต้องให้การดูแลสนับสนุนและช่วยเหลือ ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอดต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอดและให้การช่วยเหลือดูแลบุตร ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมของสามีจะทำให้เกิดความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน⁷⁻⁸ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ให้ความร่วมมือในการรักษา หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และลดอุบัติการณ์การคลอดทารกน้ำหนักน้อย มีความวิตกกังวลน้อย และมีคุณภาพชีวิตดี⁹⁻¹⁰

ปัจจุบันมีแนวคิดที่หลากหลายในการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แต่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีความซับซ้อน และประกอบด้วยปัจจัยหลากหลายที่แปรเปลี่ยนตามช่วงอายุครรภ์ ซึ่งอาจไม่สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง Lamp¹¹ จึงศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของของสามี โดยได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสามี ว่ามี 3 องค์ประกอบคือ 1) การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ (Engagement) 2) การเข้าถึงผู้เป็นสามี (Accessibility) และ 3) การแสดงความรับผิดชอบ (Responsibility)

และได้อธิบายปัจจัยที่ผลต่อการมีส่วนร่วมของสามี 4 ปัจจัยคือ 1) แรงจูงใจ (Motivation) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยา บุตร ตามความต้องการ และความปรารถนา 2) ทักษะและความมั่นใจในตนเอง (Skill and self-confidence) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะที่แสดงถึงความมั่นใจในความสามารถของสามีในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและบุตร 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนของสามี ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ สนับสนุนด้านการประมาณค่า สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และ 4) แนวปฏิบัติขององค์กรหรือหน่วยงาน (Institutional Practices) เป็นนโยบายหรือแนวปฏิบัติขององค์กรเพื่อส่งเสริมให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของสามีวัยรุ่นและการมีส่วนร่วมในการดูแลหลังบุตรเกิด แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็น ซึ่งผลของการศึกษาวัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ความสามารถ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

สมมติฐานในการวิจัย

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ความสามารถ และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวความคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดการเข้ามามีส่วนร่วมของสามีตามแนวคิดของ Lamp¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่ออธิบายแนวคิดการเข้ามามีส่วนร่วมของสามี ประกอบด้วย 1) ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรและหญิงตั้งครรภ์ตามความต้องการ และความปรารถนา 2) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยด้านแนวปฏิบัติหรือเป็นแนวปฏิบัติขององค์กร ที่บ่งบอกถึงความรู้ในการดูแลภรรยา เพื่อสนับสนุนภรรยาให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขณะตั้งครรภ์ 3) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของสามีเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสามี ภรรยา และทารกในครรภ์ และ 4) การรับรู้ความสามารถ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะและความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

หญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้น มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดา และอาจสามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive research) ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลตระการพืชผล และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 85 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) อายุ 20 ปี ขึ้นไป (2) อาศัยอยู่ด้วยกัน (3) สามีของหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว (4) สามีของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ (5) เป็นคนไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการฟัง อ่าน พูดและการเขียนได้ และ (6) ยินยอม การเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบ แบบสอบถามได้สมบูรณ์ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 กำหนดขนาด ของอิทธิพลอยู่ในช่วงปานกลาง (effect size) คือ .15¹² ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ ประเภทที่หนึ่งที่ระดับ .05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วย ตนเอง จำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพ ทางเศรษฐกิจของครอบครัว แหล่งสืบค้นข้อมูล และประวัติเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของภรรยา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดของ Lamb¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ แรงจูงใจ ทักษะและความมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และแนวปฏิบัติขององค์กรหรือหน่วยงาน ลักษณะของคำตอบเป็นลักษณะมาตราส่วน ประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ 1 - 4 คะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับจะอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สามีมีส่วนร่วมในการดูแลขณะตั้งครรภ์ในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง สามีมีส่วนร่วม ในการดูแลขณะตั้งครรภ์ในระดับต่ำ ผ่านการตรวจสอบถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตาม เนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 และได้นำไปหาค่าความเที่ยงในสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่าเท่ากับ .95

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ และแรงจูงใจของสามีในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ตามความต้องการ และความปรารถนา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการให้ความหมายของการตั้งครรภ์¹³ ที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ผลของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตสังคม ความรู้สึกต่อทารกในครรภ์ และภาพลักษณ์จากการตั้งครรภ์ แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12 ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ คือ 1, 2 และ 3 ลักษณะของคำตอบเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1 - 5 คะแนน แบบสอบถามทั้งฉบับจะอยู่ระหว่าง 12 - 60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สามีมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง สามีมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ ผ่านการตรวจสอบถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 และได้นำไปหาค่าความเที่ยงในสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่าเท่ากับ .73

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาที่มีความต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์¹⁴ ที่มีการดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ (Dyadic Adjustment Scale) ของ Spanier จำนวน 16 ข้อ เพื่อประเมินการปรับตัวในชีวิตสมรส 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรักระหว่างคู่สมรส ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย บางครั้ง บ่อย และบ่อยมาก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการปรับข้อคำถามให้มีสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสามี แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13 และ 16 ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ คือ 5, 6, 10, 14, และ 15 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 64 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สามีและหญิงตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง สามีและหญิงตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับต่ำ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และได้นำไปหาค่าความเที่ยงในสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่าเท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ เป็นการรับรู้ของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับทักษะที่แสดงถึงความมั่นใจในการดูแลภรรยาและบุตร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และการเตรียมพร้อมในการตั้งครรภ์และการคลอด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ ผ่านการตรวจสอบถูกต้องของเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 และได้นำไปหาค่าความเที่ยง

ในในสามี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่าเท่ากับ .94

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับการปฏิบัติที่พึงบอกถึงความรู้ในการดูแลครรภ์ เพื่อสนับสนุนให้ภรรยาามีภาวะสุขภาพที่ดีขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์¹³ ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ตัดข้อคำถามออก 5 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามมีลักษณะคล้ายคลึงกันและเป็นคำถามที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และดัดแปลง 5 ข้อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบทดสอบแบบถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม และการดูแลขณะตั้งครรภ์ คะแนนแบบทดสอบทั้งฉบับจะอยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในสามี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 30 คน ด้วยวิธีการหาค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson สูตร KR-20 เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสจริยธรรม UBU-REC-35/2565 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่พากรรยามารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ของแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งอธิบายสิทธิในการเข้าร่วม โดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ 15 - 20 นาที และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปห้องส่วนตัวที่ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาลไว้แล้ว โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบแบบประเมินอย่างละเอียด เมื่อกกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นเก็บข้อมูลใส่ซองปิดผนึกและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติก่อนการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษามีจำนวน 85 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.50 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.75 ปี ($SD = .91$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 38.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 41.20 รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.20 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 51.80 อาศัยอยู่กับภรรยา คิดเป็นร้อยละ 54.10 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 คิดเป็นร้อยละ 83.50 ($M = 12,441.18$, $SD = 771.76$) สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่ เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่มีเงินเก็บ คิดเป็นร้อยละ 38.80 สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จากอินเทอร์เน็ตคิดเป็นร้อยละ 85.90 ภรรยาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 43.50 และเคยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 36.50 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง¹⁵ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.58 ($SD = 11.47$) แบ่งเป็นระดับปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 23.50 และระดับสูงจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 76.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ($N = 85$)

การมีส่วนร่วมของสามี	จำนวน	ร้อยละ
สามีมีส่วนร่วมในการดูแลขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง	20	23.50
สามีมีส่วนร่วมในการดูแลขณะตั้งครรภ์ระดับสูง	65	76.50

($M = 60.58$, $SD = 11.47$, $Range = 33-80$)

3. จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรพบว่า ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ ($r = .527$, $p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($r = .301$, $p < .01$) และการรับรู้ความสามารถ ($r = .325$, $p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร ($N = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การมีส่วนร่วม	1				
2. ทศนคติต่อการตั้งครรภ์	.527**	1			
3. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.301**	.340**	1		
4. การรับรู้ความสามารถ	.325**	.364**	.488**	1	
5. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์	.087	.033	.020	.080	1

** $p < .01$

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ทศนคติต่อการตั้งครรภ์สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย

เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 27.80 ($R^2 = .278$, $p < .000$) ซึ่งขนาดของอิทธิพลของตัวแปรเข้าสมการ คือ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ ($\beta = .527$, $p < .001$) ซึ่งขนาดของอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับการเข้าสมการดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (N = 85)

ตัวแปร	B	SE (b)	Beta	t	p
constant	1.239	.273	-	4.539	<.001
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์	.547	.097	.527	5.651	<.001

$R^2 = .278$; Adjust $R^2 = .269$; $R = .52$; $F_{1,83} = 31.93$; $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสามีมีส่วนร่วมในการดูแลขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ($M = 3.01$, $SD = 0.94$)¹⁶ และสามีมีส่วนร่วมในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.1 ($M = 119.22$, $SD = 12.57$)¹⁷ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสามี มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 100 และมีแนวโน้มว่าสามี จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากอินเทอร์เน็ตได้ง่าย และอาศัยอยู่ร่วมกันกับภรรยา ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับ ภรรยาสามารถเข้าถึงสามีได้ง่าย และสามีได้แสดงออกถึงความรับผิดชอบ¹¹ เช่น การสืบค้นข้อมูลเพื่อดูแลภรรยา การพาภรรยาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น จึงอาจส่งผลให้คะแนนการมีส่วนร่วมของสามีอยู่ในระดับสูง ซึ่งการเข้ามามี ส่วนร่วมของสามีจะทำให้เกิดความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน⁸ จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวระหว่าง ตั้งครรภ์ที่ถูกต้องเหมาะสม มีกำลังใจและมีความสุข ช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตและมองเห็นคุณค่าของการตั้งครรภ์ทำให้ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการปรับตัวให้มีแบบแผนการดำรงชีวิตที่เหมาะสมเพื่อให้ตนเอง และบุตรในครรภ์มีสุขภาพดี¹⁶

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของสามีของ Lamp¹¹ ที่ว่า ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และหญิงตั้งครรภ์ ตามความต้องการ และความปรารถนา ถ้าสามีมีแรงจูงใจในระดับสูงจะส่งผลให้สามี มีความพยายามในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ แต่ถ้าสามีมีแรงจูงใจในระดับต่ำจะส่งผลให้สามีไม่มีความพยายาม

ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลขณะตั้งครรภ์ระดับสูง ร้อยละ 76.50 รองลงมาคือเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลางร้อยละ 23.50 ดังนั้น ทศนคติต่อการตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้

ผลการศึกษายังพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ความสามารถ และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แต่ไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งแต่ละตัวแปรสามารถอธิบายได้ ดังนี้ 1) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่า นอกเหนือจากการอยู่ร่วมกันกับภรรยา ลักษณะครอบครัวบางส่วนเป็นครอบครัวขยาย โดยหญิงตั้งครรภ์อาจได้รับความช่วยเหลือทั้งจากสามีและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ จะทำให้บุคคลมีความสุข สามารถจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง¹⁸ 2) การรับรู้ความสามารถ อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ และการได้รับการดูแลจากสามีจะเป็นแรงผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จึงสนใจที่จะหาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถปรับตัวขณะตั้งครรภ์ได้¹⁹⁻²⁰

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสามีและนำความรู้พื้นฐานนี้ไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ รวมถึงพยาบาลชุมชน เกี่ยวการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลที่ช่วยกระตุ้นและส่งเสริมทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสามีมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในรายอื่นๆ ต่อไป
2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก เป็นต้น เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้อย่างกว้างขวาง

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics (24nded). New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Maternal Child Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Public health statistics Maternal mortality ratio 2023. (in Thai)
3. Sysavath S, Rujiraprasert N. Risk factors for hypertensive disorders in pregnancy in Lao people's democratic republic. Journal of Nursing Science & Health 2020;43(2),45-54. (in Thai)
4. Salam S, Elawam N. Risk factors of early and late onset preeclampsia. Journal of Dental and Medical Research 2023;7(2):167-70.
5. Chantanamongkol K. Nursing care for women pregnancy with diseases. Bangkok: Sun Packaging; 2017. (in Thai)
6. Nuansiri D. Effect of the development of a model of care for pregnant women with induce hypertension from the antenatal period to the postpartum period in Chom Thong hospital. Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health 2020;9(1):1-15. (in Thai)
7. Sansiriphun N, Baosuang C, Klunklin A, Kantaruksa K, Liamtrirat, S. Experience of first time father during labor and delivery period. Nursing Journal 2014;41:143-57. (in Thai)
8. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family 1976;38(1):15-28.
9. Logsdon MC, Davis DW. Social and professional support for pregnant and parenting women. American Journal of Maternal and Child Nursing 2003;28(6):371-6.
10. Maitrijit D, Seang-in S, Siriarunrat S. Relationships between health care behaviors, anxiety, social support and quality of life among pregnant women with pregnancy induced hypertension. Chulalongkorn Medical Bulletin 2020;2(1):39-47. (in Thai)
11. Lamb ME. Paternal Involvement (4thed). New York: John Wiley and Sons; 2004.
12. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
13. Seangjinda K, Siriarunrat S, Tachasuksri T. Factors related to maternal tasks of unplanned adolescent pregnant women. Journal of Nursing Siam University 2017; 18(34):6-20. (in Thai)
14. Privijarn J, Tachaboonsermsak P, Nanthamongkolchai S, Chamroonsawasdi K. Factors influencing happiness among primigravidae who attend antenatal care at the health promotion center. Journal of Public Health 2010;4(2):182-93. (in Thai)
15. Srisatidnarakul B. The Methodology in Nursing Research. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University;2001. (in Thai)

16. Tohpa H, Pakdee S, Chunuan S. Survey of husband participation in caring for pregnant muslim teenagers. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University* 2018;29(1):125-32. (in Thai)
17. Nuntapong P, Sansiriphun N, Baosoung Ch. Factors related to father Involvement among first time expectant fathers. *Nursing Journal* 2017;44(1):96-106. (in Thai)
18. Tuntipivattanasakun P, Seetalapinan A. Guide to create happiness at the provincial level. Bangkok: Creativeguru; 2011. (in Thai)
19. Phumonsakul S, Pongrua P, Wattanapaisi K. Factors predicting family well-being of women with pregnancy-Induced hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal* 2011;17(3):382-95. (in Thai)
20. Schachman KA, Lee RK, Lederman RP. Baby boot camp: Facilitating maternal role adaptation among military wives. *Nursing Research* 2004;53(2):107-15.

บทความวิจัย

Effects of the Individual and Family Self-Management Program on Food Consumption Behaviors and Nutritional Status Among Patients with End-Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis

Received: Mar 9, 2024

Revised: Apr 8, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

Sirinan Chaluisaeng M.N.S.^{1*}Jindarat Chaiard Ph.D.²Chompoonut Srirat Ph.D.³

Abstract

Introduction: Patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis must have appropriate food consumption behaviors to improve their nutritional status.

Research objectives: To investigate the effects of the individual and family self-management program on food consumption behaviors and nutritional status among patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis.

Research methodology: A quasi-experimental study with a two-group pre-posttest design was used. The participants were 32 patients who received hemodialysis and their caregivers at Kumphawapi Hospital, and their caregivers, were divided into two groups of 16 each. The experimental group received the Individual and Family Self-Management Program based on Ryan & Sawin's framework composed of 1) promoting knowledge and beliefs, 2) self-regulation development, and 3) social facilitation. The control group received routine nursing care. Data were collected using a demographic data recording form, a food consumption behavior assessment form which S-CVI was 0.97 and Cronbach's alpha was 0.81, and the Malnutrition Inflammation Score. Data analysis was performed using descriptive and comparative statistics as follows: Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, McNemar's test, and Chi-square test.

Results: After the experiment, the experimental group had significantly higher scores in consumption behavior compared to before receiving the program ($p < 0.01$) and compared to the control group ($p < 0.001$). The experimental group has a higher proportion of individuals with improved nutritional status compared to the control group ($p < 0.05$) but did not differ from their levels before receiving the program.

Conclusions: The individual and family self-management program has proven to be effective in changing consumption behavior and promoting improved nutritional status.

^{1*}Corresponding author: Master Student, Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing) ¹Email: sirinan_cha@cmu.ac.th

²Assistant Professor ²Email: jindarat.c@cmu.ac.th

³Assistant Professor ³Email: sriratanachom@gmail.com

¹⁻³Faculty of Nursing, Chaing Mai University, Chaing Mai, Thailand.

Implications: Nurses should receive training to understand the individual and family self-management concept that they can utilize the program effectively.

Keywords: end-stage renal disease, hemodialysis, the individual and family self-management program, consumption behavior, nutritional status.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Received: Mar 9, 2024

Revised: Apr 8, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

ศรินันท์ ฉลวยแสง พย.ม.^{1*}จินดารัตน์ ชัยอาจ ปร.ด.²ชมพูนุท ศรีรัตน์ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ห้องไตเทียม โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 32 ราย และผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มละ 16 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดของ Ryan & Sawin ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้ ความเชื่อ 2) การพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง และ 3) การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่า S-CVI เท่ากับ 0.97 ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81 และแบบประเมิน Malnutrition Inflammation Score วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon Sign Rank test Mann-Whitney U test Chi-square test และ McNamar test

ผลการวิจัย: หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีระดับภาวะโภชนาการดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่สัดส่วนระดับโภชนาการของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัว มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและส่งเสริมให้ระดับโภชนาการดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจในแนวคิดของการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การฟอกเลือด โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ

^{1*}Corresponding author นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ¹Email: sirinan_cha@cmu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ²Email: jindarat.c@cmu.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ³Email: sriratanachom@gmail.com

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) หมายถึง โรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากจนผู้ป่วยต้องการการบำบัดทดแทนไต หรือมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.¹ รายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตสะสมรวม 82,463 คน และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกรักษาามากที่สุด²

การฟอกเลือด (hemodialysis) หมายถึง การนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยผ่านทางหลอดเลือดเทียมนำไปผ่านตัวกรองเพื่อกรองเอาของเสียและเกลือแร่ออก จากนั้นนำเลือดที่มีของเสียที่น้อยกลับเข้าสู่ร่างกาย³ ถึงแม้การฟอกเลือดจะช่วยลดของเสีย ปรับสมดุลน้ำและเกลือแร่ของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดมักจะประสบกับปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการการสูญเสีย น้ำ เกลือแร่⁴ รวมทั้งสูญเสียโปรตีนและพลังงานออกจากร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาโภชนาการ และเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาโภชนาการจะทำให้เกิดการเสียสมดุลไนโตรเจนในเลือด⁵ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เกิดโรคแทรกซ้อน เส้นฟอกเลือดมีอายุการใช้งานสั้นลง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น⁶

ปัญหาโภชนาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ภาวะสูญเสียโปรตีนและพลังงาน (protein energy wasting: PEW)⁷ โดยมีปัจจัยการเกิดหลักจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการฟอกเลือด ได้แก่ การสลายโปรตีนในร่างกายเพิ่มขึ้นจากการฟอกเลือด⁸ มีระดับกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายลดลง⁹ ภาวะ PEW พบมากถึงร้อยละ 10 - 60 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดนานกว่า 3 เดือน¹⁰ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่า ร่างกายของผู้ป่วยมีการสูญเสียพลังงานและการสลายตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น⁹ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยบริโภคอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานน้อยกว่าปริมาณที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยแนะนำ¹¹ และ 3) ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อโภชนาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการแสวงหาอาหารด้วยตนเองลดลง เนื่องจากต้องเข้ารับการฟอกเลือดเป็นประจำ⁹ ต้องอาศัยผู้ดูแลจัดการอาหาร หากผู้ดูแลสามารถจัดการอาหารของผู้ป่วยได้ถูกต้องก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และได้รับสารอาหารพลังงานที่เพียงพอ¹² จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของบุคคลที่สำคัญ มีความผูกพันอย่างใกล้ชิดกันระหว่างสมาชิก จะมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด¹³

การจัดการปัญหาโภชนาการในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการส่งเสริมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีนโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้พฤติกรรมการบริโภค และภาวะโภชนาการดีขึ้น¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมระดับอัลบูมินในเลือด และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น¹⁵ ซึ่งเป็นการจัดการปัญหาโภชนาการในปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีจัดการในปัจจัยด้านผู้ดูแลหรือครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีที่อธิบายถึงความสำคัญของครอบครัว

ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าครอบครัวจะมีส่วนช่วยเหลือให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ¹⁶

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวได้ถูกนำไปใช้ในการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า มีผลทำให้ภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยลดลง¹⁷ และมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสและผลคูณแคลเซียมและฟอสฟอรัสในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลพบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนผลคูณแคลเซียมและฟอสฟอรัสน้อยกว่า 55 มิลลิกรัม²/เดซิลิตร^{2,18} แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการนำทฤษฎีนี้มาใช้ในการจัดการปัญหาโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดของ Ryan & Sawin¹⁶ โดยใช้มิติบริบท และมีกระบวนการในการออกแบบกิจกรรม โดยให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมอาศัยความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมปัจจัยในมิติบริบทที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีผลลัพธ์คือพฤติกรรมการบริโภคดีขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นตามมา

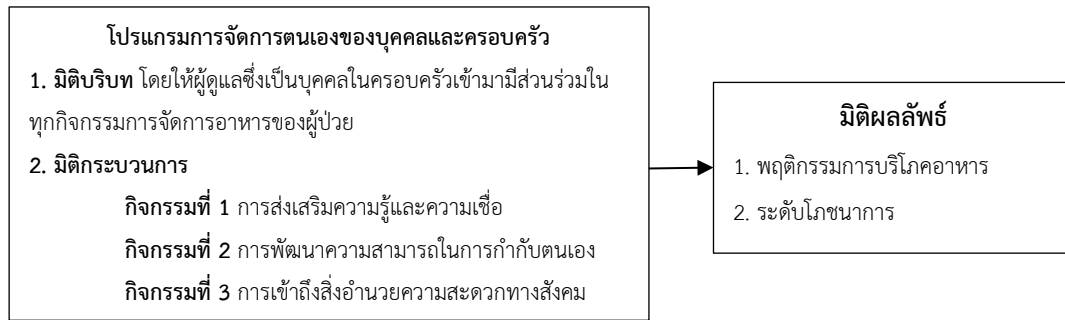
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระดับภาวะโภชนาการของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระดับภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. สัดส่วนระดับโภชนาการของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม
4. สัดส่วนระดับโภชนาการของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-post-test design)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 223 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงมกราคม 2566 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับคู่ (match pair) คุณสมบัติของผู้ป่วย คือ อายุระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และระดับภาวะโภชนาการ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .50 กำหนดค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ .05¹⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 ราย (ผู้ป่วยและผู้ดูแล 1 คู่ นับเป็น 1 ราย) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายเพิ่มอีกร้อยละ 20 ดังนั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 ราย รวมทั้งสิ้น 32 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่องแล้วอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป 3) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4) มีภาวะทุพโภชนาการประเมินโดยใช้แบบประเมิน MIS คะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 6) มีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และ 7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติของผู้ดูแล ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นญาติหรือคนในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย 3) สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สามารถใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน Line ได้ และ 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin¹⁶ ประกอบด้วย

1) แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทั้งหมด 12 ครั้ง 2) คู่มือการจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) สมุดบันทึกรายการอาหาร เครื่องมือได้รับการทดสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โปรแกรมถูกนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรมสามารถปฏิบัติตามได้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล 2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้คะแนนตามความถี่ในการแสดงออกพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ 4 ระดับ คือ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity of the overall scale : S-CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ .97 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ค่าที่ได้เท่ากับ .81 3) แบบประเมิน Malnutrition Inflammation Score (MIS) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แปลผลโดยการนำคะแนนรวมมาจัดระดับดังนี้ คะแนน 0 - 2 หมายถึง ระดับ A ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ คะแนนรวม 3 - 5 หมายถึง ระดับ B ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการขั้นต้นถึงปานกลาง คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 หมายถึง ระดับ C ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรง แบบประเมิน MIS เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการการตรวจสอบซ้ำ ผู้วิจัยได้ทำการฝึกการใช้แบบประเมิน MIS กับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) โดยใช้สถิติ Cohen's kappa ค่าที่ได้เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารอนุญาตเลขที่ 094/2565 รหัสโครงการ 2565-EXP051 วันที่ 26 กันยายน 2565 ผ่านการเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และหัวหน้าห้องไตเทียมโรงพยาบาลกุมภวาปี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย รวมไปถึงความปลอดภัยของการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ได้ลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลการวิจัยทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง เป็นการนำเสนอในภาพรวมของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองในผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดวันจันทร์ พุธ และศุกร์ กลุ่มควบคุมในผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดวันอังคาร พฤหัสบดี และเสาร์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลของแผนกไตเทียม โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยการประเมินอาการผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังการฟอกเลือด ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 8 และประเมินภาวะโภชนาการในสัปดาห์ที่ 16

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 1 ที่มาฟอกเลือด) กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการอาหาร ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมบอกเล่าประสบการณ์และความเชื่อเดิมในการจัดการด้านอาหาร ผู้วิจัยสะท้อนให้เห็นว่าความเชื่อและพฤติกรรมถูกต้องหรือไม่ มีการบรรยายให้ความรู้

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1 ที่มาฟอกเลือด) การฝึกปฏิบัติ ฝึกคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ควรจะได้รับต่อวัน และฝึกจัดสัดส่วนอาหารให้ถูกต้อง ฝึกลงบันทึกรายการอาหารในสมุดบันทึกรายการอาหาร

ครั้งที่ 3 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2 ที่มาฟอกเลือด) การพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง ดำเนินกิจกรรมเป็นคู่ ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละคู่ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันตั้งเป้าหมาย ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันวางแผน และเริ่มลงมือปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการอาหารของผู้ป่วยตามแผนที่ได้วางไว้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยมอบสมุดบันทึกรายการอาหารให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับไปบันทึกที่บ้าน

ครั้งที่ 4 (วันที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 2 ที่มาฟอกเลือด) ดำเนินกิจกรรมการเข้าถึงสิ่งเอื้ออำนวยการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งนอกเหนือจากคู่มือการจัดการอาหารที่ผู้วิจัยมอบให้แล้ว ผู้วิจัยยังได้ให้คำแนะนำช่องทางในการขอความช่วยเหลือ เมื่อประสบปัญหาในการจัดการด้านอาหาร

ครั้งที่ 5 - 8 (สัปดาห์ที่ 3 - 4) กิจกรรมพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเองในขั้นที่ 4 - 5 โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละคู่ ในวันที่มาฟอกเลือดทั้งหมด 4 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วย รวมถึงการช่วยเหลือของผู้ดูแลในการจัดการอาหาร ผู้วิจัยตรวจสมุดบันทึกรายการอาหาร

ครั้งที่ 9 - 10 (สัปดาห์ที่ 5) มีการติดตามทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชัน Line จำนวน 2 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และร่วมกันสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา

สัปดาห์ที่ 6 - 7 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดำเนินการจัดการตนเองตามโปรแกรม

ครั้งที่ 11 (สัปดาห์ที่ 8) ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

สัปดาห์ที่ 9 - 12 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดำเนินการจัดการตนเองตามโปรแกรม

ครั้งที่ 12 (สัปดาห์ที่ 16) ประเมินภาวะโภชนาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติแบบ non-parametric ในการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล วัดพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยก่อนและหลังมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test และ Mann-Whitney U test วัดสัดส่วนระดับโภชนาการก่อนและหลังวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square test และ McNamar test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.69 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.38 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.25 กลุ่มตัวอย่างทุกรายเข้ารับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับภาวะโภชนาการก่อนทดลองอยู่ที่ระดับ C (ภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรง) โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 68.75 กลุ่มทดลองร้อยละ 75.00 และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ในส่วนของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.25 กลุ่มทดลองร้อยละ 68.75 ผู้ดูแลส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 35.1 - 60 ปี กลุ่มควบคุมร้อยละ 68.75 อายุเฉลี่ย 49.63 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 56.25 อายุเฉลี่ย 48.13 ปี ผู้ดูแลของทั้ง 2 กลุ่มทุกคนเป็นคนในครอบครัวทำหน้าที่ดูแลหลักเรื่องอาหารของผู้ป่วยและพักอาศัยบ้านร่วมกับผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (N = 32 คน)

ตัวแปร/กลุ่ม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Statistic test	P-value
	(n = 16)		(n = 16)			
	Median	(IQR)	Median	(IQR)		
คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภค						
กลุ่มควบคุม	58.50	8.75	59.00	6.75	.106 ^a	.916
กลุ่มทดลอง	63.00	8.75	81.50	3.00	3.411 ^a	.001*
Statistic test	99.00 ^b		15.00 ^b			
P-value	.273 ^b		.000**			

^a = Wilcoxon signed Rank test, ^b = Mann-Whitney U Test

*p < .01. **p < .001.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อภาวะโภชนาการ

กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีภาวะโภชนาการ อยู่ในระดับ C (ภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรง) 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.75 และระดับ B (ภาวะทุพโภชนาการขั้นต้นถึงปานกลาง) 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25 หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับโภชนาการ อยู่ในระดับ C 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 และระดับ B 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ C 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00

ระดับ B 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการ ระดับ C ลดลงเหลือ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 และระดับ B เพิ่มขึ้นเป็น 10 รายคิดเป็นร้อยละ 62.50 และระดับ A (ภาวะโภชนาการปกติ) 5 รายคิดเป็นร้อยละ 31.25 เมื่อจัดแบ่งกลุ่มระดับภาวะโภชนาการเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ A ภาวะโภชนาการปกติ และระดับ B และ C มีภาวะทุพโภชนาการ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระดับโภชนาการของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนระดับโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (N = 16 คน)

ระดับโภชนาการ	ก่อนทดลอง n(%)	หลังทดลอง n(%)	P-value
กลุ่มทดลอง			.063
โภชนาการปกติ (ระดับ A)	0(0)	5(31.25)	
มีภาวะทุพโภชนาการ (ระดับ B และ C)	16(100)	11(68.75)	

McNamar test.

และเมื่อทำการเปรียบเทียบสัดส่วนระดับโภชนาการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีระดับภาวะโภชนาการดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนระดับโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 32 คน)

ตัวแปร/กลุ่ม	กลุ่มควบคุม (n = 16)	กลุ่มทดลอง (n = 16)	P-value
	n (%)	n (%)	
หลังการทดลอง			.043*
โภชนาการปกติ (ระดับ A)	0(0)	5(31.25)	
มีภาวะทุพโภชนาการ (ระดับ B และ C)	16(100)	11(68.75)	

* p < .05, Chi-square test

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Ryan and Sawin¹⁶ ส่งผลทางบวกต่อผลลัพธ์ โดยโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการจัดการด้านอาหารของผู้ป่วยซึ่งเป็นการส่งเสริมปัจจัยในมิติบริบท และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมมิติ

ด้านกระบวนการ โดยเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการจัดการอาหาร เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในเนื้อหาได้เร็วขึ้น ทำให้สามารถประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามความคาดหวังได้¹⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวร่วมกันแสดงความเชื่อ การสะท้อน และแก้ไขให้เกิดความเชื่อในการควบคุมฟอสฟอรัสให้ถูกต้อง การให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสได้อย่างถูกต้อง¹⁸

กิจกรรมการพัฒนาทักษะการกำกับตนเอง 5 ขั้นตอน โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการวางแผนให้ผู้ดูแลเป็นผู้เตรียมวัตถุดิบในการปรุง และได้มีการจัดการอาหารตามที่วางแผนไว้ในโปรแกรมซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง และติดตามสอบถามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะ พบว่า ผู้ป่วยมีความพยายามในการปฏิบัติตามโปรแกรมโดยมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับการฝึกปฏิบัติการกำกับตนเอง 5 ขั้นตอน ผู้สูงอายุ และครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำตาลในเลือดดีขึ้น¹⁷ จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว มีส่วนช่วยเหลือและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่น มีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น^{12,20} ในส่วนของกิจกรรมการเข้าถึงสิ่งเอื้ออำนวยทางสังคมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย พบว่า การที่ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการจัดการอาหารทำให้ผู้ดูแลสามารถกำกับ ตักเตือนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้อย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย พบว่า สัดส่วนระดับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว จะเห็นได้ว่าในกลุ่มทดลองจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับโภชนาการที่ดีหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง แต่เมื่อจัดแบ่งกลุ่มระดับภาวะโภชนาการเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ A ภาวะโภชนาการปกติ ระดับ B และ C มีภาวะทุพโภชนาการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนระดับโภชนาการภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นภาวะระดับโภชนาการภายหลังที่ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมมากกว่า 12 สัปดาห์ และพบว่าการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยภาวะโภชนาการปกติ 5 ราย แต่กลุ่มผู้ป่วยที่เหลือส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งโดยปกติแล้วหากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับโภชนาการดีขึ้นได้¹⁵ ดังนั้น อาจจะต้องเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลภายในกลุ่มเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนระดับโภชนาการที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนระดับโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับภาวะโภชนาการดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง และครอบครัวอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับโภชนาการของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของอัลบูมินในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเน้นโปรตีนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อติดตามผลในสัปดาห์ที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัลบูมินในเลือดเพิ่มขึ้น¹⁴

การวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมการจัดการอาหารของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง โปรแกรมความร่วมมือของครอบครัวในด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารให้แก่ผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น และมีระดับภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น²¹

จากผลการศึกษา และการทดสอบสมมติฐานที่ได้รับการสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดของ Ryan and Sawin¹⁶ ว่าเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองด้านอาหารที่มีลำดับขั้นตอน ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของตนเองให้ดียิ่งขึ้น โดยมีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวคอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือช่วยให้ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและส่งผลดี ต่อภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารแล้ว กลุ่มตัวอย่างยัง จะต้องได้รับการดูแลปัจจัยในด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวไปใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ในบริบทอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารควบคู่กับการประเมินผลลัพธ์ด้าน โภชนาการในสัปดาห์สุดท้ายของโปรแกรม

References

1. The Nephrology Society of Thailand. Hemodialysis clinical practice recommendation 2022. Bangkok: text and journal publication; 2022. (in Thai)
2. National Health Security Office. CKD report [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 4]. Available from: <https://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/Nhso%20annual%20report%202022.pdf>
3. The Nephrology Society of Thailand. Guide to hemodialysis and plasma filtration treatment for kidney disease patients 2018 [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug 4] Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/95-2561.pdf> (in Thai)
4. Supasynndh O. Nutrition in dialysis. In: Satirapoj B, Chaiprasert A, Nata N, Supasynndh O, editors. Manual of dialysis. Bangkok; 2018. p. 520-32. (in Thai)
5. Zhou M, Gu X, Cheng K, Wang Y, Zhang N. Exploration of symptom clusters during hemodialysis and symptom network analysis of older maintenance hemodialysis patients: a cross-sectional study. BMC Nephrology. 2023 Apr 27;24(1):115. p. 1-24.
6. Jiwakanon S. Nutritional management in chronic hemodialysis patients. In: Gojaseni P, Tiranathanagul K, Chanchairujira T, Takarnvanich T, Pajaree T, Vareesangthip K, editors. Essentials in hemodialysis. Bangkok: text and journal publication; 2559. P. 328-50. (in Thai)
7. Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand. Clinical practice recommendation for nutritional management in adult kidney patients 2018. (in Thai)
8. Salame C, Eaton S, Grimble G, Davenport A. Protein losses and urea nitrogen underestimate total nitrogen losses in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. Journal of Renal Nutrition. 2018 Sep 1;28(5):317–23.
9. Jayanama K. Pathophysiology of protein energy metabolism in chronic kidney disease. In: Kantachuvesiri S, Chancharoenthana W, Kiattisunthorn K, Kochaseneee P, Chailimpamontree W, Trakarnvanich T. Chronic kidney diseases textbook. 2nd. Bangkok: Text and Journal Publication; 2019. P. 159-73 (in Thai)
10. Akpele L, Bailey JL. Nutrition counseling impacts serum albumin levels. Journal of Renal Nutrition. 2004;14(3):143–8.
11. Wungrath J, Rerkkasem K, Saengyo S, Pongtam S, Pinmars N, Chanwikrai Y. Nutrient Intake Characteristics of End Stage Renal Disease with Hemodialysis Patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Journal of Community Development and Life Quality. 2019;7(1):81-92. (in Thai)

12. Wungrath J, Rerkkasem K, Saengyo S, Pongtam S, Pinmars N. Factors predicting food consumption behavior of hemodialysis patients with end stage renal disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. *Journal of Health Systems Research* 2561;12(4):625-35. (in Thai)
13. Fongkerd S, Himananto S, Tantalanku S. Family-centered care: from theory to practice for end of life care of critical patients in intensive care unit based on Thai context. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2016;27 (Suppl. 1):170–8. (in Thai)
14. Rattanaurang R, Prapaipanich W, Visudtibhan PJ. Effects of food intake focused to protein promoting program in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Nursing Research and Innovation Journal* 2014;20(3):341–55. (in Thai)
15. Peanprasit J, Phornphibul P, Soivong P. The effect of promoting a nutritional self-management program on persons receiving hemodialysis. *Nursing Journal CMU* 2022 Dec 23;49(4):128–39. (in Thai)
16. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*. 2009;57(4):217-25.
17. Rungprai T, Choowattanapakorn T. The effect of an individual and family self-management program on volume overload in older persons with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018 Apr 27;30(1):96–107. (in Thai)
18. Chamnan A, Kitsripisarn S, Tasanarong A. Impact of individual and family self-management programme on hemodialysis-treated patients' adherence to phosphorus control and on their calcium x phosphorus product. [Internet] 2020 [cited 2024 Mar 11]; Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:179832 (in Thai)
19. Thato R. *Nursing research: concepts to application* (fourth Edition). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2561. (in Thai)
20. Stevenson J, Tong A, Gutman T, Campbell KL, Craig JC, Brown MA, et al. Experiences and perspectives of dietary management among patients on hemodialysis: an interview study. *Journal of Renal Nutrition*. 2018 Nov;28(6):411–21.
21. Adref F. Collaborative nutrition programs involving family improve nutritional status and self-management of hemodialysis patient [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 11]. Available from: <https://www.aeaweb.org/doi/10.1257/rct.4657-1.0>

บทความวิจัย

Development of End-Stage Chronic Kidney Disease Patient Care Model at Home in Phon Phi Sai District, Nong Khai Province

Nongnuch Homehong, B.N.S.^{1*}Sasiwimon Raksarach, M.D.²Jeerawadee Puttasomsree, B.N.S.³Penjan Homehong, B.N.S.⁴Siriwan Singhasiri, B.N.S.⁵

Received: Sep 27, 2023

Revised: Mar 12, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a significant global public health challenge. Providing educational interventions and home visits by interdisciplinary healthcare teams can enable patients and their caregivers to better manage the disease and reduce the risk of complications.

Research objectives: To develop a model for end-stage CKD patient care at home in Phonphisai District, Nong Khai Province, and to evaluate the effectiveness of the developed model.

Research methodology: This study used an action research approach. The study sample comprised 42 participants, including end-stage CKD patients not undergoing renal replacement therapy, their caregivers, and interdisciplinary healthcare teams, selected through a purposive sampling method. Data were collected using a set of questionnaires, focus group discussions, and in-depth interviews, conducted before and after the implementation of the home care model. Quantitative data analysis involved descriptive statistics, frequencies, means, and standard deviations, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Main results of the study are as follows: 1) The situational analysis revealed that end-stage CKD patients and caregivers lacked adequate knowledge and skills for self-care, leading to complications. The developed home care model incorporated educational sessions and skills training for patients and caregivers, as well as guidelines for interdisciplinary home visits. 2) Following the intervention, patients demonstrated improved knowledge and skills in self-care practices at home and were better equipped to manage basic complications.

Conclusion: The home-based care model developed in this study can be effectively implemented for end-stage CKD patients receiving care at home.

^{1*}Corresponding author: Registered Nurse, Professional Level ¹Email: Jomnang2010@gmail.com

²Medical physician, Professional Level ²Email: Zomby_aragon@hotmail.com

³⁻⁵Registered Nurse, Professional Level ³Email: Puttasomsree.jeerawadee@gmail.com

⁴Email: toon_nurse36@hotmail.com ⁵Email: Siri_wan2512@hotmail.com

¹⁻⁵Phon Phi Sai Hospital, Nong Khai, Thailand.

Implications: Findings of the study can inform the development of care models for CKD patients who opt for conservative management over renal replacement therapy, within the context of renal clinics.

Keywords: end-stage chronic kidney disease patient care model, patient care guidelines

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย

Received: Sep 27, 2023

Revised: Mar 12, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

นงคันทน์ โสมหงษ์ พย.บ.^{1*}ศศิวิมล รักษาาราช พย.บ.²จิระวดี พุทธาสมศรี พย.บ.³เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ พย.บ.⁴ศิริวรรณ สิงหศิริ พย.บ.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก การให้ความรู้และการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดีและลดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย: พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย และประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ

ระเบียบการวิจัย: วิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพโดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 42 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ชุดแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและเกิดภาวะแทรกซ้อน และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านที่พัฒนาขึ้น มีการให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล แนวทางการเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ และ 2) หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้น และจัดการกับอาการแทรกซ้อนเบื้องต้นที่บ้านได้

สรุปผล: แนวปฏิบัติที่พัฒนานี้สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่คลินิกไตเรื้อรังที่เลือกรักษาบำบัดทดแทนทางไต

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย แนวทางการดูแลผู้ป่วย

^{1*}Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ¹Email: Jomnang2010@gmail.com

²แพทย์ปฏิบัติการ ²Email: Zomby_aragon@hotmail.com

³⁻⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ³Email: Puttasomsree.jeerawadee@gmail.com ⁴Email: toon_nurse36@hotmail.com

⁵Email: Siri_wan2512@hotmail.com

¹⁻⁵โรงพยาบาลโพธาราม หนองคาย ประเทศไทย

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก อุบัติการณ์ในทุกประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 3.5 และการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายสูง¹ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 343,652 ราย ระยะ 4 จำนวน 75,560 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 46,811 ราย² ในต่างประเทศ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 มักมีความต้องการดูแลส่งเสริมและการดูแลอย่างซับซ้อนในเรื่องของการดูแลสุขภาพ³ และมีอัตราการมาโรงพยาบาลที่สูงขึ้น⁴ การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย มีการเฝ้าติดตามของทีมสหวิชาชีพ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น⁵ การให้ความรู้ และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย คือ การสร้างสัมพันธภาพ ให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามบริบท และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการรักษา⁶

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง เปิดให้บริการคลินิกไตเรื้อรัง ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมารับบริการที่คลินิก จำนวน 464, 472, และ 500 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 15, 22 และ 38 คนตามลำดับ และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 6, 10 และ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 1.29, 2.10 และ 2.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการกลับมานอนรักษาซ้ำ ร้อยละ 4.37, 4.95 และ 5.10 ตามลำดับ⁷ อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เลือกรักษาแบบประคับประคองจะได้รับการส่งต่อ ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) เพื่อให้การดูแลร่วมกับคลินิกไตเรื้อรัง โดยมีการประสานข้อมูลการดูแลร่วมกัน ซึ่งศูนย์ดูแลต่อเนื่องมีรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากคลินิกไตเรื้อรังเพื่อมาพบทีมดูแลแบบประคับประคองเพื่อรับคำแนะนำการดูแลตนเอง 2) ติดตามเยี่ยมในหอผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยได้นอนโรงพยาบาล และ 3) การวางแผนจำหน่ายยังไม่เป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการให้บริการที่ผ่านมา ขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน และไม่ครบถ้วน และการบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งระบบการติดตามผู้ป่วยที่บ้านไม่มีความสม่ำเสมอและขาดความต่อเนื่อง ส่งผลต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขาดความรู้ทักษะในการดูแลตนเอง และไม่สามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อนเบื้องต้นที่บ้านได้

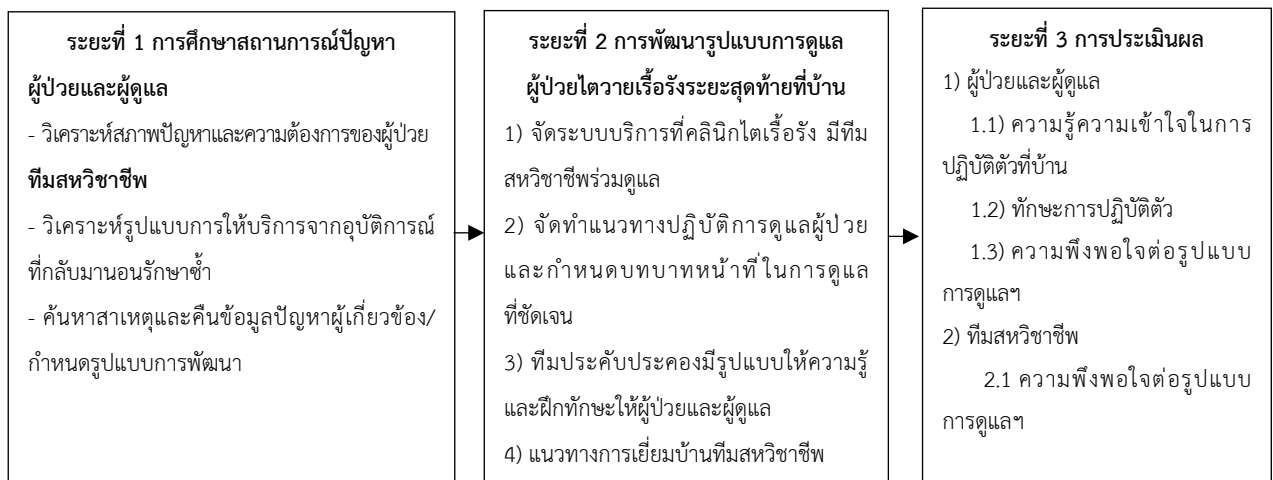
จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ประกอบด้วย อายุรแพทย์ประจำคลินิกไต แพทย์ประจำคลินิกประคับประคอง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกไต พยาบาลวิชาชีพทีมประคับประคอง และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ และแนวทางปฏิบัติเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นสาเหตุการกลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน และประเมินประสิทธิผล

ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดของ Kernis, S & Mc Tagart, R. (1988)⁸

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักโภชนาการของโรงพยาบาลพนพิสัยและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) 15 แห่ง ในอำเภอพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทั้งหมด จำนวน 168 คน 2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนพิสัยทั้งหมดในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 64 - 30 กันยายน 2565) จำนวน 500 คน

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

1) ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ประจำคลินิกไต 1 คน แพทย์ประจำคลินิก ประคับประคอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคไตประจำหอผู้ป่วยชาย 2 คน และหอผู้ป่วยหญิง 2 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกไตเรื้อรัง 2 คน เภสัชกร 2 คน นักโภชนาการ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. 15 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 26 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี

2) สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกระหว่างร่วมวิจัย และ 2) อาสาสมัครขอลถอนตัว

2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลักจำนวน 8 คู่ รวม 16 คน ที่มารับบริการช่วงทำการทดลอง มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอัตราการกรองของไตในช่วง 8 - 10 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร 2) ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS = 40 - 60 %) 3) Activities of Daily Living (ADL) อยู่ในระยะพึ่งพาปานกลาง (ADL = 9 - 11 คะแนน) 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินดียร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) อาสาสมัครขอลถอนตัว 2) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน และพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต 1 คน ผู้วิจัยปรับปรุง ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากบททบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย⁹ เพื่อหาขอบเขต และสาระเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน มีจำนวน 10 ข้อ การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของบลูม¹⁰ แบบประเมินฉบับนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ .67 - 1.00 และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .89

3. แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นระดับความถี่ในการปฏิบัติ มาก ปานกลาง น้อย และไม่ทำเลย เท่ากับ 3 2 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ คะแนนอยู่ที่ 0 - 3 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 2.67 - 3.00 หมายถึง การปฏิบัติการระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.66 หมายถึง การปฏิบัติการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง การปฏิบัติการระดับไม่ดี โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของบลูม¹⁰ แบบประเมินฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ .67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .80

4. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) มีการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปล

ความโดยใช้มาตรภาคชั้น¹¹ แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ .67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach เท่ากับ .73

5. แบบประเมินความพึงพอใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน มีจำนวน 8 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) มีการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้มาตรภาคชั้น¹¹ แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ .67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิสัย เลขที่ใบรับรอง ECPPS12/2566 ลงวันที่ 17 มกราคม 2566 โดยขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย เพื่อขอดำเนินการวิจัย โดยขออนุญาต และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ โดยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริการ จำนวน 26 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ประจำคลินิกไต แพทย์ประจำคลินิกประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยในชาย พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยในหญิง พยาบาลวิชาชีพคลินิกไตเรื้อรัง เภสัชกร นักโภชนาการ และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 15 แห่ง แห่งละ 1 คน มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างน้อย 1 ปี ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยฯ เพื่อค้นหาสาเหตุ และปัจจัยที่นำไปสู่การให้บริการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม นำข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ มาวิเคราะห์สรุปปัญหา ค้นข้อมูลปัญหาการให้บริการให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2) ผลการรายงานอุบัติการณ์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกรักษาแบบประคับประคอง กลับมานอนรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ระยะที่ 2 ขึ้นปฏิบัติตามแผน กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน รวมจำนวน 26 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักจำนวน 8 คู่ ที่มารับบริการที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ในช่วงทำการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบทดสอบแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 2) แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และ 3) การประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการให้บริการ และหาปัจจัยอื่นร่วมต่าง ๆ ประเมินผลลัพธ์ความรู้ และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วย และผู้ดูแลหลัก และประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และวางแผนการพัฒนา โดย 1) จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน และกำหนดบทบาทหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2) มีรูปแบบให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และ 3) กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก ที่มารับบริการที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ในช่วงเวลาราชการ (08.00 - 16.00 น.) ระหว่าง 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2566 มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 8 คู่ และ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน รวมจำนวน 26 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และความพึงพอใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยๆ เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยประเมินผลลัพธ์คุณภาพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน และประเมินประสิทธิผลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และแบบประเมินความพึงพอใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยๆ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน วิเคราะห์โดยการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 บุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้บริการดูแลผู้ป่วยๆ จำนวน 26 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.15 อายุเฉลี่ย 37.42 ปี (SD = 9.42) มีอายุอยู่ระหว่าง 25 - 53 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65.38 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.31 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 0 - 5 ราย/ ปี ร้อยละ 76.92 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ร้อยละ 57.69

1.2 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกรักษาแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักจำนวน 8 คู่ ผู้ป่วยไตวายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย 56.75 ปี (SD = 12.97) มีอายุอยู่ระหว่าง 38 - 70 ปี ส่วนใหญ่อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีโรคร่วม 1 โรค คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 62.5 อาการที่ส่งคลินิกประคับประคองส่วนใหญ่มีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 100 และปวดตามกล้ามเนื้อ ร้อยละ 62.5 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย 50.37 ปี (SD = 11.41) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 69 ปี มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 50 และส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรด้านการแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบว่า มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน ดังคำกล่าวดังนี้

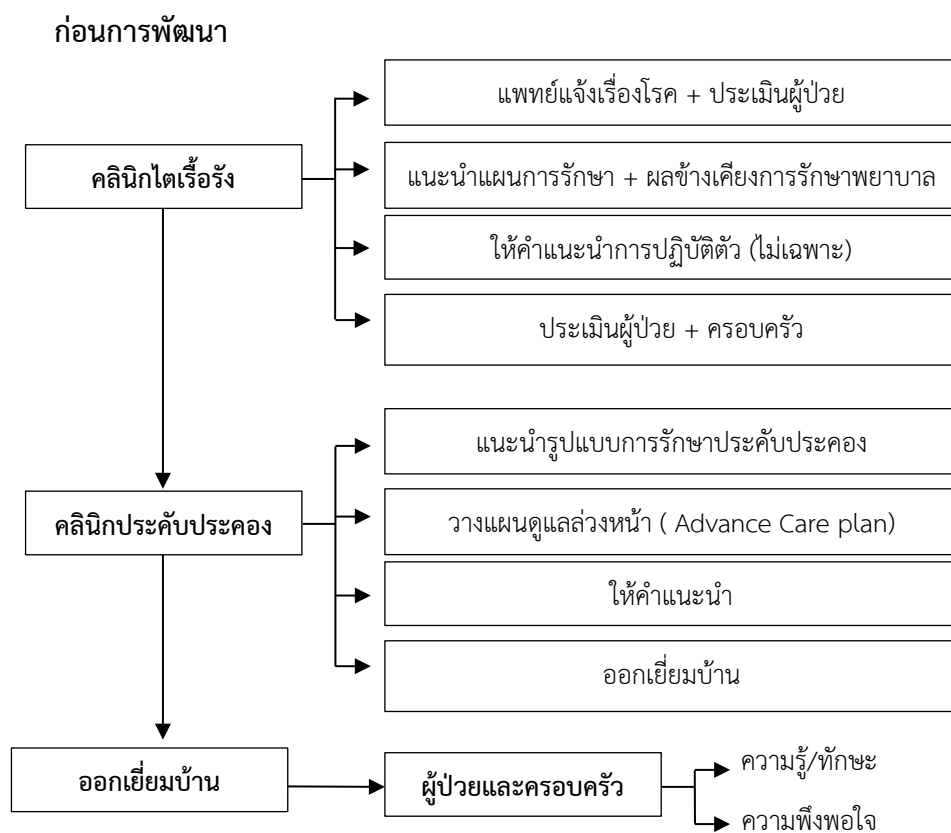
“แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแล การบริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง” P10

“การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่เข้าถึงขบวนการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ทำให้ขาดการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน” P 12

“ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากจำคำแนะนำในการปฏิบัติตัวไม่ได้ และขาดการติดตามเพื่อฝึกทักษะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บ้าน” P 11

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน

2.1 การนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยนำรูปแบบก่อนการพัฒนา ไปทดลองใช้ในวันที่ 1 - 31 พฤษภาคม 2566 โดยมีการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานตามรูปแบบแก่บุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนการทดลองใช้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย

2.2 การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ ซึ่งได้มีการนำไปทดลองใช้ระหว่างวันที่ 1 - 31 พฤษภาคม 2566 ผลการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากจำคำแนะนำในการปฏิบัติตัวไม่ได้ การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหารได้

2.3 การสะท้อนผลปฏิบัติการ

ประเด็นที่เสนอแนะ

1) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจนและขาดการเชื่อมโยงสู่ชุมชน ทีมดูแลระดับประคองประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT) จัดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม และประเมิน

ความเหมาะสมในการใช้แนวทางการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ คืออายุรแพทย์ประจำคลินิกไต แพทย์ประจำคลินิก ประคับประคอง และพยาบาลคลินิกประคับประคอง กำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่บ้านในเครือข่าย อำเภอโพธาราม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประชุมชี้แจงและมอบหมายงาน กำหนดการ ออกเยี่ยมติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ก่อนการนำไปใช้จริง

2) ประเด็น ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ขาดความรู้และขาดทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน ได้พัฒนากับทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT) จัดระบบการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

2.1 คลินิกไต ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยทีมสหวิชาชีพ เภสัชกรให้ความรู้เรื่อง การใช้ยา โภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหาร และพยาบาลประจำคลินิกไตแนะนำอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล

2.2 แพทย์ประจำคลินิกไตแจ้งเรื่องโรค ประเมินสภาพผู้ป่วย แนะนำแผนการรักษา พร้อมแจ้งผลข้างเคียงการรักษา

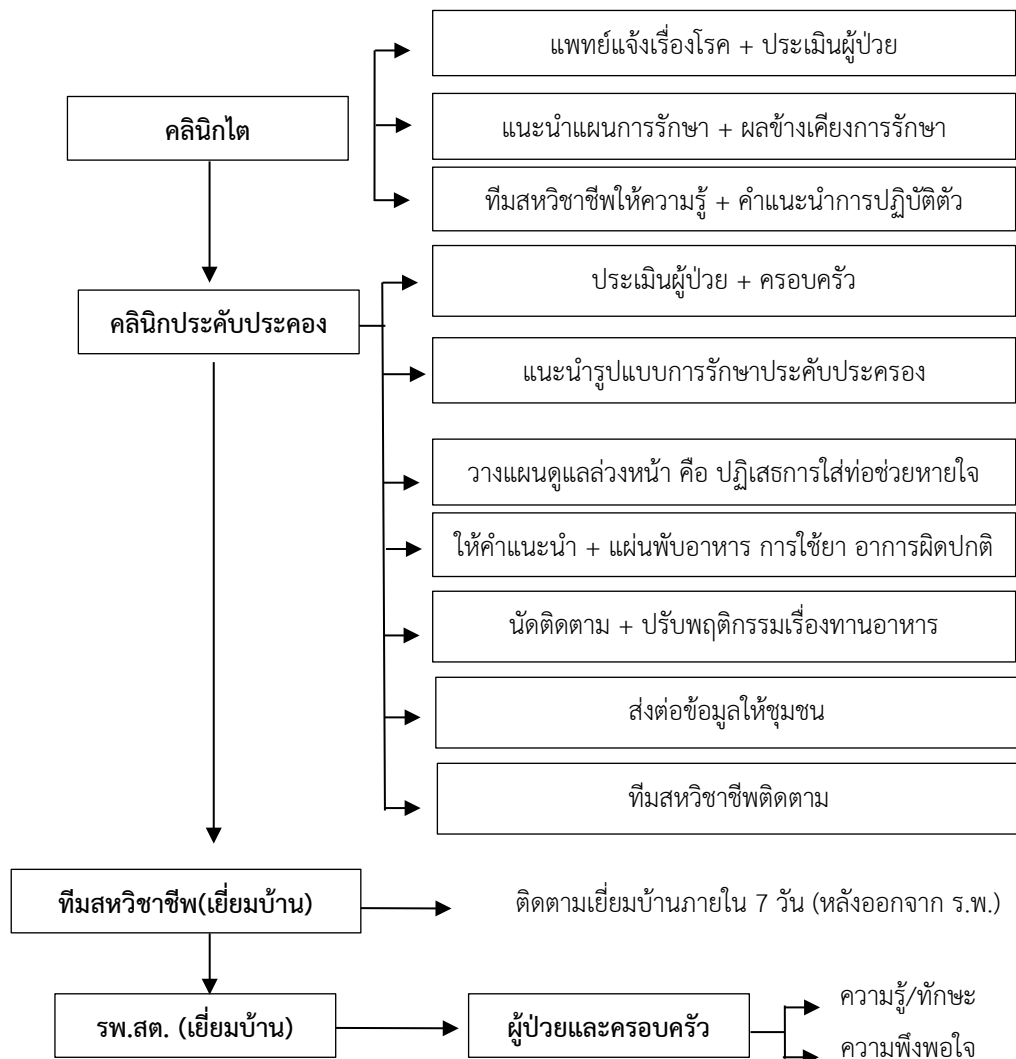
2.3 ทีมประคับประคอง ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักซ้ำ แนะนำการรักษาแบบ ประคับประคอง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) ให้ความรู้เรื่องโรค คำแนะนำในการปฏิบัติ ตัวเรื่องทานอาหาร การใช้ยา การพักผ่อน การออกกำลังกาย อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมแจกเอกสาร คำแนะนำ ติดตามผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ส่งต่อข้อมูลในชุมชน เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ภายใน 7 วัน โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์คลินิกประคับประคอง พยาบาลทีมประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเภสัชกรทุกครั้ง และมีระบบให้คำปรึกษาเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่าน Line Official ตลอด 24 ชั่วโมง

2.4 การให้บริการเครือข่ายสุขภาพ (รพ.สต.) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 และ 3 ทุก 1 เดือน และมีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน (caregiver)

3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มต้น ในพื้นที่ตนเอง แก้ไขโดยคลินิกโรคไตคืนข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งทุกไตรมาส

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอโพธาราม และขั้นตอน การปฏิบัติงานที่ปรับปรุงและนำไปใช้ตั้งแต่ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงปัจจุบัน ดังภาพที่ 2

หลังการพัฒนา



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านที่พัฒนา

3.1 การประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และทักษะการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่บ้าน ภายหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น และการออกเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่บ้านเหมาะสม ในเรื่องรับประทานอาหาร และทักษะการจัดการกับอาการแทรกซ้อนเบื้องต้น ทำให้ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีอัตราการ Re-admission ลดลง โดยพบวก่อนพัฒนา ร้อยละ 5.1 และหลังพัฒนา ร้อยละ 3.5

3.2 ความพึงพอใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พบว่าหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล รูปแบบการให้ความรู้ และมีแนวทางปฏิบัติเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ ทำให้ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.19, SD = .15$) โดยพบว่าด้านได้รับความรู้ และเตรียมทักษะ มีความพึงพอใจสูงสุด ($M = 4.50, SD = .53$) และด้านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน มีความพึงพอใจระดับสูงมาก ($M = 4.37, SD = .52$)

3.3 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และรับผิดชอบที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางปฏิบัติเยี่ยมบ้าน ทำให้ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 3.95$, $SD = .63$) โดยด้านที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุด คือ มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น ($M = 4.08$, $SD = .69$) และประโยชน์ต่อผู้มารับบริการ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.04$, $SD = .65$)

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ พบว่า สถานการณ์ก่อนการพัฒนารูปแบบยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและเกิดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนารูปแบบดำเนินการโดยวางแผนดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ กำหนดบทบาทหน้าที่และรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน และกำหนดบทบาทหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2) มีรูปแบบให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และ 3) มีการกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล โดยเน้นการทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติตัวที่บ้านเหมาะสมในเรื่องรับประทานอาหาร และทักษะการจัดการกับอาการแทรกซ้อนเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบโดยใช้ทฤษฎีระบบ และแนวคิดเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายปัญหาที่พบคือ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน มีการพัฒนาระบบโดยมีคณะกรรมการดำเนินงาน และการฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ญาติผู้ป่วย¹²

ผลการประเมินประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น และการออกเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่บ้านเหมาะสม ในเรื่องรับประทานอาหาร และทักษะการจัดการกับอาการแทรกซ้อนเบื้องต้น ทำให้ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีอัตราการ Re-admission ลดลง โดยพบวก่อนพัฒนา ร้อยละ 5.1 และหลังพัฒนา ร้อยละ 3.5 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลหลังการใช้รูปแบบการดูแลและป้องกันโรคไตเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ และที่พบว่า การให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย การติดตามเพื่อช่วยปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมติดตามของทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วย และญาติ มีพฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น⁵ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติตัวดีขึ้นอาจเกิดจากการสร้างสัมพันธ์อันดีให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามบริบท และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการรักษา⁶ และและการใช้หลักการดูแล

แบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างองค์รวม และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก โดยพบว่า ด้านได้รับความรู้ และเตรียมทักษะการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจสูงสุด และด้านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน มีความพึงพอใจระดับสูงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล และรพ.สต. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล รวมทั้งมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จึงทำให้มีการดูแลการคำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยทั้งที่บ้านและผ่าน Line Official ตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ หลังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนใช้ แนวทางอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในระดับสูงมาก¹²

นอกจากนี้ยังพบว่าทีมสหวิชาชีพประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยเฉพาะการส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างระบบการดูแลในทุกกระดับ และติดตามเยี่ยมของทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อเนื่องที่บ้านทำให้ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบใหม่ ในระดับสูงมาก^{12,16} เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านที่พัฒนาขึ้น มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านและกำหนดบทบาทหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประสานการดูแล มีการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องแต่ละด้านที่ชัดเจน ทำให้การทำงานของทุกวิชาชีพคล่องตัวมากขึ้น รวมทั้งการดำเนินงานตามรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะทำให้เพิ่มคุณภาพการดูแลเมื่อผู้ป่วยแต่ละรายกลับไปดูแล ตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมตามบริบทมากขึ้นซึ่งจะเป็นการลดผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำไปเป็นแนวทางการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายโดยเน้นการเชื่อมโยงการทำงาน ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ต่อเนื่องถึง 2 ปี เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และประเมินประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และระยะ 4 โดยทีมสหวิชาชีพ ในคลินิกโรคไตส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วย

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. Ingsathit A, Thakkestian A, Chairasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association* 2010;25(5):1567-75.
3. Johnston S. Symptom management in patients with stage 5 CKD opting for conservative Management. *Healthcare* 2016;4(4):72. doi: 10.3390/healthcare4040072.
4. Schrauben SJ, Chen HY, Lin E, Jepson C, Yang W, Scialla JJ, et al. Investigators hospitalizations among adults with chronic kidney disease in the United States: a cohort study 2020;17(12):e1003470. doi: 10.1371/journal.pmed.1003470.
5. Sanun-aur P, Piyawattanapong D. The needs in palliative care for older people with end-stage renal disease from the nurse's perspective. In: *The 23rd National Graduate Research Conference; 2022 March 25; Khon Kaen University. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2022. p. 509-21. (in Thai)*
6. Apiwatnakorn A, Settarakul J, Phanphaeng P. Renal disease center. *Uttaradit Hospital* 2021; 47(2):363-75. doi: 10.14456/dcj.2021.33 (in Thai)
7. Phon Pisai Hospital. Phon Pisai outpatient medical record in 2023. Nong Khai. Phon Pisai Hospital; 2023 (in Thai)
8. Kermis S, Mc Taggart R. *The action research planer*. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
9. Kidney Association of Thailand. *Practical sports for kidney disease before kidney therapy*. Bangkok: Boehringer Ingelheim; 2020. (in Thai)
10. Bloom B.S. *Mastery learning*. UCLA – CSEIP evaluation comment. Los Angeles: University of California at Los Angeles; 1971.
11. Kuharattanachai C. *Introduction to statistics*. Bangkok: The department of applied statistics, Mahanakorn University of Technology; 1999. (in Thai)
12. Luangphima S. Development of home care for terminally patients supportive Don Chan Hospital Kalasin Province. *Academic journal of Nursing and Health Sciences* 2023;3(1):44-53 (in Thai)
13. Prombut N. The development of a participatory care and prevention model for chronic kidney disease in diabetic patients in Sa Khu Subdistrict, Suwanaphum District, Roi Et Province. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2020;2(1):49-57 (in Thai)
14. Nilmanat K, Thasaneesuwan S, Tinkaew P. Palliative care for chronic renal failure patients: issues and recommendations for development. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2021;36(4):5-16 (in Thai)

15. Napnian R. The effects of palliative care in spiritual as. Nakhon Phanom Hospital Journal 2020;8(2):65-76 (in Thai)
16. Noparit P, Promdee A. Development of clinical nursing practice guideline for palliative care in patients with end stage renal disease Mukdahan Hospital. Mahassarakham Hospital Journal 2019;16(3):96-107 (in Thai)

The Development of Neonatal Early Onset Sepsis Guideline in Phonphisai Hospital, Nong Khai Province

Received: Nov 8, 2023

Revised: Apr 16, 2024

Accepted: Apr 17, 2024

Pakaporn Toojinda, M.D.^{1*}

Thirarat Poonpussorn, M.D.²

Porakot Soofon, B.N.S.³

Penjan Homehong, B.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Neonatal sepsis is a significant cause of mortality and morbidity in newborns.

Research objectives: To develop the neonatal early onset sepsis guideline and evaluate the effectiveness of the guideline in Phonphisai Hospital.

Research methodology: This study was action research by applying concept of Kemmis & Mc Taggart. The sample group consisted of 1) 31 healthcare professionals, including: pediatricians, obstetrician gynecologists, general practitioners, and registered nurses; and 2) 55 newborns suspected of being infected. The research tools included the neonatal early onset sepsis guideline, knowledge assessment, in-depth interviews questions, satisfaction questionnaires, and medical records form. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

Results: The development of the neonatal early onset sepsis guideline included: the neonatal early onset sepsis guideline for nurses and for physicians. After the implementation of the new guidelines, it was found that nurses and physicians involved in neonatal care had significantly higher knowledge in assessing and caring for newborns compared to before the development of the guidelines ($p < 0.001$). The overall satisfaction was rated as very high ($M = 4.84$, $SD = .37$). For newborn, the infection rate decreased from 31.30 % to 20 %, the average number of bed days from 7.90 days to 6.80 days, and the medical expenses per case from 25,989.43 baht to 22,901 baht.

Conclusion: The newly developed care guidelines can be used for monitoring and caring for newborns with early-onset sepsis.

Implication: The research can be utilized to develop the competencies of rotating nurses and physicians, as well as to establish practical guidelines in the neonatal intensive care unit.

Keywords: early onset sepsis, newborns, early onset sepsis guideline

^{1*}Corresponding author: Medical physician, Professional Level ¹Email: iammissosy@gmail.com

²Medical physician, Professional Level ²Email: peung_thira@hotmail.com

³Registered Nurse, Senior Professional Level ³Email: porakotsoofon@gmail.com

⁴Registered Nurse, Professional Level ⁴Email: toon_nurse36@hotmail.com

¹⁻⁴Phonphisai Hospital, Nong Khai, Thailand.

การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

Received: Nov 8, 2023

Revised: Apr 16, 2024

Accepted: Apr 17, 2024

ภคพร ตูจันดา พ.บ.^{1*}

ถิรารัตน์ พูนภัสสร พ.บ.²

ภรกด สุฝน พย.บ.³

เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการในทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด และประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

ระเบียบการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมกทาการ์ด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ สูติ-นรีแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพ และทารกแรกเกิดที่สงสัยติดเชื้อ จำนวน 55 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารก แบบประเมินความรู้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบวัดความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ได้แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด คือ แนวทางปฏิบัติการประเมินทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อสำหรับพยาบาลวิชาชีพและสำหรับแพทย์ ภายหลังการใช้แนวทางการดูแลรักษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญ ($p < .001$) และมีคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการดูแลรักษา อยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.74$, $SD = .43$) และสำหรับทารก พบว่า ทารกมีอัตราการติดเชื้อลดลงจาก ร้อยละ 31.30 เป็นร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนลดลงจาก 7.90 วัน เป็น 6.80 วัน และค่ารักษาเฉลี่ยลดลงจาก 25,989.43 บาท/ราย เป็น 22,901.73 บาท/ราย

สรุปผล: สามารถใช้แนวทางการดูแลรักษา ที่ได้รับการพัฒนาใหม่ ในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและแพทย์หมุนเวียนและแนวทางปฏิบัติในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อระยะแรก ทารกแรกเกิด แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรก

^{1*}Corresponding author นายแพทย์ชำนาญการ ¹Email: iammissosy@gmail.com

²นายแพทย์ชำนาญการ ²Email: peung_thira@hotmail.com

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ³Email: porakotsoofon@gmail.com

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ⁴Email: toon_nurse36@hotmail.com

¹⁻⁴โรงพยาบาลโพธิ์ชัย หนองคาย ประเทศไทย

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการในทารกแรกเกิดทั่วโลก เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย การติดเชื้อในทารกแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ คือ 1) การติดเชื้อระยะแรก (early onset neonatal sepsis) คือการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ตรวจพบภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิด พบ 0.77 ถึง 1 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เสียชีวิต ร้อยละ 9.40¹ 2) การติดเชื้อระยะหลัง (late onset neonatal sepsis) คือการติดเชื้อที่ตรวจพบภายหลัง 72 ชั่วโมงหลังเกิดไป พบ 2.30 รายต่อ 1,000 ต่อการเกิดมีชีพ เสียชีวิต ร้อยละ 7.10² ซึ่งทารกแรกเกิดเกือบทุกรายล้วนมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงจากในครรภ์มาสู่ภายนอก เนื่องจากระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์³ และการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและเป็นหนึ่งในมาตรฐานสำคัญ 9 ข้อ ในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและเพิ่มอัตราการตาย⁴ สาเหตุการเสียชีวิตหลัก คือ ภาวะช็อกจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตคือ การประเมินและคัดกรองล่าช้า ดังนั้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง รวมถึงอาการระยะเริ่มแรกได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และป้องกันการเกิดภาวะช็อก ซึ่งจะเพิ่มอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น⁵

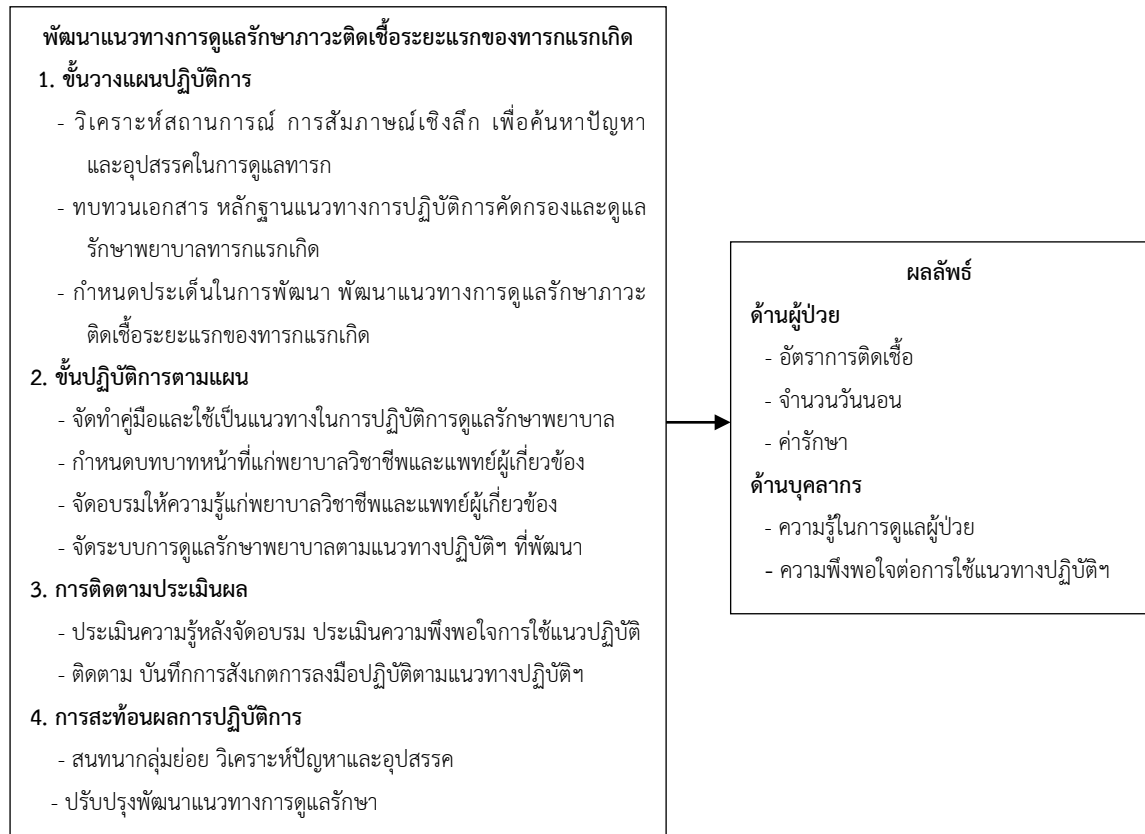
โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีทารกแรกเกิดมีชีพ จำนวน 545, 657 และ 860 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อระยะแรกในทารกแรกเกิด จำนวน 27.50, 19.70 และ 31.30 ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อระยะแรกในทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่พบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดติดเชื้อเสียชีวิต⁶ อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อ จะได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดทำหน้าที่คัดกรองภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่มีการหมุนเวียนมาปฏิบัติหน้าที่ และยังไม่ผ่านการอบรมการดูแลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤติ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ประเมินทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดผิดพลาด และล่าช้า จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยที่มีรับบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart⁷ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งวงจรของทั้ง 4 ขั้นตอนจะมีการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (spiral) พร้อมทั้งบันทึกผลในทุกขั้นตอนของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ฯ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

- 1) แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ทั้งหมด จำนวน 144 คน
- 2) ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ในช่วงทำการทดลอง (1 กรกฎาคม –

31 ธันวาคม 2565) จำนวน 335 ราย โดยศึกษาผ่านเวชระเบียน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ในระยะการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อมะเร็งของทารกแรกเกิด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จำนวน 14 คน และแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จำนวน 17 คน รวมจำนวน 31 คน โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power⁸ โดยคำนวณจากสถิติไคสแควร์ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ .03¹⁰ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 และค่า Power เท่ากับ .95 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 31 คน มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยห้องคลอด เวรเข้าป่วย หรือดึก ในระหว่างที่ทำการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกระหว่างร่วมวิจัย

2. ในระยะประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลห้องคลอด และแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิด จากระยะแรก จำนวน 31 คน 2) ทารกแรกเกิดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มารับบริการที่งานการพยาบาลห้องคลอด ในระหว่าง 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 55 คน โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power⁹ โดยคำนวณจากสถิติไคสแควร์ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับ กลางเท่ากับ .03¹⁰ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 และค่าPower เท่ากับ .95 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 55 คน มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ทารกแรกเกิดที่คลอดปกติที่มีอายุครรภ์ 34 - 39 สัปดาห์ และมารดามีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อข้อใดข้อหนึ่ง เช่น มารดามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะก่อนคลอด มารดามีภาวะน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ และ มารดามีน้ำเดินนาน ≥ 18 ชั่วโมง มีเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ทารกแรกเกิดที่ย้ายไปดูแลแผนกอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิด และทารกแรกเกิดที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงข้อมูลอัตราการติดเชื้อ จำนวนวันนอน และค่ารักษา

2. แบบทดสอบระดับความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในหนังสือวารสารสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย และ Early onset : sepsis and pneumonia (24-48 hr)¹⁰ จำนวน 10 ข้อ การแปลผล คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของบลูม¹¹ วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.90

3. แบบวัดความพึงพอใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดมีจำนวน 14 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) มีการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้สูตรภาคพื้น¹² วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.88

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวทางคำถามสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลรัตนวาปี ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

แบบประเมินระดับความรู้ ความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ 1 คน กุมารแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานการพยาบาลห้องคลอด 1 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโพธิ์ชัย เลขที่ใบรับรอง ECPPS12/2565 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้านี้แก่

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ที่ดูแลรักษา และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกแรกเกิดได้ขอความยินยอม และลงนามในใบยินยอมจากบิดา/มารดาทุกราย เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ การนำเสนอข้อมูล ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ที่ดูแลรักษาและต่อทารกป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่ง ออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) โดยศึกษา สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการให้บริการดูแลรักษา จำนวน 31 คน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ สูติ-นรีแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด ทดสอบความรู้ด้วยแบบทดสอบระดับความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการดูแล รักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด และใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ เก็บรวบรวม ข้อมูล 2) ทบทวนเอกสาร หลักฐานแนวทางการปฏิบัติการคัดกรอง และดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด และนำข้อมูล จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ มาวิเคราะห์สรุปปัญหา และ 3) กำหนดประเด็นในการพัฒนา และพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการตามแผน ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน คือ 1) จัดทำคู่มือแนว ทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาล 2) กำหนดบทบาทหน้าที่แก่พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง 3) จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และ 4) นำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้ โดยมีการจัดระบบการดูแลรักษาพยาบาล ตามแนวทางปฏิบัติ ที่พัฒนา

ระยะที่ 3 ขั้นการติดตามประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินความรู้ หลังจัดอบรม ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ และ 2) ติดตาม นิเทศ บันทึกการสังเกตการลงมือปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ ผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลของผลลัพธ์คุณภาพต่อแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด และประสิทธิผลของแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอน คือ 1) การสนทนากลุ่มย่อย ระหว่างทีมผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรค และ 2) ปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดเพื่อใช้ในรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 31 คน ประกอบด้วย แพทย์ ร้อยละ 73.68 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 26.32 มีอายุระหว่าง 25 - 36 ปี มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลทารกแรกเกิดติดเชื้อ 0 - 10 รายต่อปี จำนวน 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 58.10

1.2 ทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุครรภ์เฉลี่ย 36.46 สัปดาห์ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในด้านมารดามีประวัติน้ำเดินก่อนคลอด ≥ 18 ชั่วโมง ร้อยละ 33.30 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้านทารก คือ Birth asphyxia และภาวะfetal distress ร้อยละ 33.30, 16.70 ตามลำดับ

2. ขั้นตอนแผนปฏิบัติการ

2.1 ทบทวนผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อจากเอกสาร หลักฐาน ในปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อจำนวน 31.30 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.90 วัน ค่ารักษาเฉลี่ย 25,989.43 บาท/ราย เมื่อวิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษา พบว่า เป้าหมายป้องกัน การเกิดภาวะ septic shock ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ได้แก่ ส่งเลือดเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมง การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการให้สารน้ำถูกต้อง ได้ร้อยละ 79.13, 79.13 , 60.84 ตามลำดับ การดักจับอาการของ neonatal sepsis โดยประเมินความรุนแรงของอาการเตือน (SOS Score) ได้ร้อยละ 70.15

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อ และพบว่ามีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะติดเชื้อที่ไม่ชัดเจน ดังคำกล่าวดังนี้

“แนวทางปฏิบัติการดูแลและรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในระยะแรกยังไม่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลจำเกณฑ์และแนวทางในการประเมินและดูแลรักษาไม่ได้” (ID1- 4 และ ID 18, 20, 22, 25 ,29, 31)

“พยาบาลวิชาชีพและแพทย์ส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะเนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพและแพทย์มีการหมุนเวียนและยังไม่ผ่านการอบรมการดูแลทารกภาวะวิกฤติ ทำให้ประเมินทารกแรกเกิดมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดผิดพลาด และล่าช้าได้” (ID1- 4 และ ID 18, 20, 22, 25, 27, 28, 29, 31)

2.2 พบว่ามีกระบวนการปฏิบัติการคัดกรอง รักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่ไม่ชัดเจน ดังภาพที่ 2

4.3 อัตราการติดเชื้อของทารกแรกเกิด พบว่า ทารกมีอัตราการติดเชื้อลดลงจาก ร้อยละ 31.30 เป็นร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนลดลงจาก 7.90 วัน เป็น 6.80 วัน และค่ารักษาเฉลี่ยลดลงจาก 25,989.43 บาท/ราย เป็น 22,901.73 บาท/ราย

แนวทางปฏิบัติประเมินทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อสำหรับพยาบาลวิชาชีพ	
1.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ที่มีปัจจัยเสี่ยง อย่างน้อย 1 ข้อดังนี้ - อายุครรภ์ < 37 wks - น้ำเดินก่อนคลอด ≥ 18 ชั่วโมง - มีภาวะติดเชื้อในน้ำคร่ำ (มารดา BT > 38 C ร่วมกับเม็ดเลือดขาว >15,000 cell/mm³/ Uterine tenderness/ น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น) - ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (พบตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว >10 cell/mm³/) การประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ - Temperature (C) <35.4 or > 38.1 = 2 คะแนน, 35.5 -36.4 or 37.6-38 = 1 คะแนน, 36.5-37.5 = 0 คะแนน - Heart rate (bpm) <80 or >190 = 2 คะแนน, 81-100 or 150-189 = 1 คะแนน, 101-149 = 0 คะแนน - Respiratory rate (bpm) < 25 or > 80 = 2 คะแนน, 26-30 or 61-79 = 1 คะแนน, 31-60 = 0 คะแนน	1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านทารก มีปัจจัยเสี่ยง อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ - Birth Asphyxia: APGAR score ที่ 1 นาที ≤ 7 คะแนน - มี fetal distress - low birth weight การประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ - SpO₂ % Dusky/Blue (ริมฝีปากเขียว) <90% = 2 คะแนน, 90-94% = 1 คะแนน, Pink (ริมฝีปากแดง) >95% = 0 คะแนน - Neuro ระบบประสาท Seizures (ชักหรือกระตุก) = 3 คะแนน, Floppy/Difficult to Rouse = 2 คะแนน (ตัวอ่อน/ไม่ค่อยตื่น/ซึม/ต้องกระตุก, Jittery/Irritable = 1 คะแนน (ร้องกรรวน กระวายเป็นต้นตัวมากกว่าปกติ)
พยาบาลการช่วยเหลือ/แก้ไข ประเมินความรุนแรงของอาการเตือน (SOS Score) - คะแนนรวม 1 - 2 คะแนน ให้บันทึกสัญญาณชีพต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง และแจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร - คะแนนรวม 3 - 5 คะแนน หรือมีข้อใดข้อหนึ่ง ที่มีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร วางแผน ให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 - 60 นาที ถ้าคะแนนไม่ลดลงรายงานแพทย์ภายใน 30 นาที - คะแนนรวม > 6 คะแนน หรือมีคะแนนข้อใดข้อหนึ่ง ที่มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ให้แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร รายงานแพทย์ทันที วางแผนให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพทุก 10 - 15 นาที	
แนวทางปฏิบัติประเมินทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อสำหรับแพทย์ที่ดูแลรักษา	
A. ทารกอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ ที่มีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ () Chorioamnionitis or () PPROM ≥ 18 ชั่วโมง or () inadequate intrapartum antibiotics แนวทางการดำเนินการ 1. สิ่งส่งตรวจ - Hemoculture 1 ml (ภายใน 1 ชั่วโมง) DTX at birth และ CBC ที่อายุ 6-12 ชั่วโมง 2. ให้การรักษา - Ampicillin, Gentamicin (ภายใน 1 ชั่วโมง) 3. พิจารณาผลเลือด - H/C positive → continue ATB + LP - H/C NG* 5days / ทารกอาการดี/ Lab ผิดปกติ → ให้ ATB 7 - 10 วัน - H/C NG* 5days/ ทารกอาการดี/ Lab ปกติ → หยุดให้ ATB	B. ทารกอายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ () chorioamnionitis แนวทางการดำเนินการ 1. สิ่งส่งตรวจ - Hemoculture 1 ml (ภายใน 1 ชั่วโมง) DTX at birth และ CBC ที่อายุ 6 - 12 ชั่วโมง 2. ให้การรักษา - Ampicillin, Gentamicin (ภายใน 1 ชั่วโมง) 3. พิจารณาผลเลือด - H/C positive → continue ATB + LP - H/C NG*5days / ทารกอาการดี/ Lab ผิดปกติ → ให้ ATB ต่อจนครบ 7-10 วัน - H/C NG*5 days/ ทารกอาการดี/ Lab ปกติ → หยุดให้ ATB

ภาพที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

การดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่าการจัดอบรมให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่เจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ที่ดูแลรักษา และมีการติดตาม กำกับ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะในการคัดกรองภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น แพทย์ที่ดูแลรักษามีแนวปฏิบัติช่วยให้วินิจฉัยภาวะติดเชื้อได้รวดเร็ว และให้การดูแลรักษาเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ septic shock ส่งผลให้ทารกแรกเกิดติดเชื้อลดลง ค่าเฉลี่ยวันนอนและค่าเฉลี่ยการรักษาลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับดี และสามารถนำลงสู่การนำไปปฏิบัติได้ส่งผลให้ไม่พบการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อในกระแสเลือด¹³ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า การมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ การจัดทำคู่มือ และใช้แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของทีมสหวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบ พบว่า จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ และได้รับการรักษา ก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น และเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง⁴ การมีนโยบายชัดเจน ส่งผลต่อกระบวนการทำงาน ฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีความตระหนัก มีความรับผิดชอบร่วมกันในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ร่วมกับการกำกับติดตามการพัฒนาระบบอย่างสร้างสรรค์สม่ำเสมอ หลังการพัฒนาระบบอัตราการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิด พบว่ามีแนวโน้มลดลง¹⁴

การแก้ปัญหาการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่า การเพิ่มความรู้ และทักษะในการคัดกรองแก่พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานมาก จะมีสมรรถนะองค์ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติพยาบาลในการประเมินและคัดกรองภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง และรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะพยาบาล ที่แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับผู้ชำนาญการ (expert) คือ พยาบาลมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก สามารถตัดสินใจ และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสม มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อที่ชัดเจน ทำให้อัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิดลดลง¹⁵ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การใช้แนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดในระยะแรกลดลงจาก 60 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เป็น 25 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด¹⁶

2) ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ภายหลังพัฒนาแนวทางดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด จัดอบรมให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่พยาบาลวิชาชีพ และจัดทำเกณฑ์ใช้ SOS Score ประเมินดักจับอาการของ neonatal sepsis

ทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานคล่องตัวขึ้น ส่งผลให้ประเมินและคัดกรองภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดได้ถูกต้องและรวดเร็วขึ้น สำหรับแพทย์ที่ดูแล การมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ septic shock ที่ชัดเจนช่วยให้การทำงานให้มีระบบชัดเจนส่งผลให้การดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด มีประสิทธิภาพ อัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิดลดลง จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาทารกแรกเกิดมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ สอดคล้องการศึกษา พบว่า มีระบบบริการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ และทีมสุขภาพใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพร้อยละ 90.50 มีความพึงพอใจต่อระบบบริการใหม่¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำไปอบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดต่อเนื่อง ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลห้องคลอดทุกคน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการประเมินผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมีการนิเทศทางคลินิกทุกเวร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดอื่น ๆ ในโรงพยาบาลลูกข่าย คือ โรงพยาบาลรัตนาวาปี โรงพยาบาลเฝ้าไร่ เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น ในการประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิด ได้ดียิ่งขึ้น

References

1. Palatnik A, Liu LY, Lee A, Yee LM. Predictors of early-onset neonatal sepsis or death among newborns born at <32 weeks of gestation. *Journal of Perinatology* 2019;39(7):949-55.
2. Berardi A, Sforza F, Baroni L, Spada C, Ambretti S, Biasucci G, et al. Epidemiology and complications of late-onset sepsis: an Italian area-based study. *PLOS ONE* 2019;14(11):1-15.
3. Paliwoda M, New K, Bogossian F. Neonatal early warning tools for recognizing and responding to clinical deterioration in neonates cared for in the maternity setting: A retrospective case-control study. *International Journal of Nursing Studies* 2016;61:125-35
4. Nursing Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *Nursing standards in hospitals*. Bangkok: Thammasat University Pres Nursing; 1999.
5. Husada D, Chanthavanich P, Chotigeat U, Sunttarattiwong P, Sirivichayakul C, Pengsaa K, et al. Predictive model for bacterial late-onset neonatal sepsis in a tertiary care hospital in Thailand. *BMC Infectious Diseases* 2020;20(1):1-11.
6. Phon Pisai Hospital. *Phonphisai outpatient medical record in 2023*. (in Thai)

7. Kemmis S., Mc Taggart, R. The action research planer (3rded). Victoria: Deakin University; 1988.
8. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner, A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods 2007;39(2):175-91.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (Revised Ed.); 1997.
10. Early onset: sepsis and pneumonia (24-48 hr). Late onset: meningitis. Intra-partum antibiotic prophylaxis (IPA): prevent GBS dis. Group B streptococcus [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 4] Available from: <http://www.phukieo.net/hospital/wp-content/uploads/2017/09/7.Neonatal.pdf>
11. Bloom, B.S Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation comment. Los Angeles: University of California at Los Angeles. 1971.
12. Kuharattanachai C. Introduction to statistics. Bangkok: The Department of applied statistics, Mahanakorn University of Technology; 1999. (in Thai)
13. Kuprasit M, Panprasert S. The caring model development of neonatal sepsis at Somdet. Phra Phutthaloetla Hospital in Samutsongkhram: Journal of Public Health Nursing 2021; 35(1): 1-20. (in Thai)
14. Korrianchai T, Rodparn I, Soonyanon S, Bootcheewan S, Suksalee U. The Development of effective nursing system to prevent drug-resistant infections in newborns. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital 2019; 9(2):113-31. (in Thai)
15. Benner, P. Form novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
16. Ritveeradej C. Outcome of the newly developed standardized treatment guideline on Neonatal sepsis. Mahassarakham Hospital Journal 2019;16(3): 23-32. (in Thai)
17. Chompoolong S, Sriuksa S. The development nursing service system of preterm infant in Mahasarakham Hospital and Network. Journal of Nurses' Association of Thailand, North- Eastern Division 2013;31(2):151-64. (in Thai)

The PEN-3 Model: Application for Health Behavior Development Planning

Received: Dec 28, 2023

Revised: Feb 24, 2024

Accepted: Mar 15, 2024

Panidnun Promdum, M.Sc.¹ Niranta Chaiyaparn, M.Sc.²Nicharee Piriyaarachai, M.N.S.³ Theerapon Phungdee, Ph.D.⁴Nannapat Ketkosan, Ph.D.⁵ Chakkrit Ponrachom, Ph.D.^{6*}

Abstract

Introduction: The development of the public's health behavior for better well-being requires planning and designing health promotion programs that align with the context of the target group, society, and culture to achieve the highest effectiveness.

Objective: To present the concept and application of the PEN-3 Model in planning and designing programs for the development of public health behaviors.

Key issues: Planning and designing programs according to the PEN-3 Model must consider the English initials P-E-N in three dimensions. The steps are as follows: 1. Study the first dimension, which is the nature of the problem (P: Person, E: Extended family, N: Neighborhood). 2. Study the second dimension, which is the cause of the problem (P: Perceptions (issues from individual factors), E: Enablers (issues from supporting factors), N: Nurses (issues from additional personal factors)). 3. Study the third dimension, which is the cultural aspect (P: Positive (supportive societal culture), E: Existential (current societal culture), N: Negative (obstructive and problematic societal culture)). Once information from all three dimensions is gathered, it can be used in planning and designing health promotion programs to guide the target group towards the desired health behaviors and, subsequently, better well-being.

Conclusion: The PEN-3 Model can be applied in planning and designing to ensure that the program aligns with the context of the target group, the problem conditions, and the sociocultural environment, aiming to achieve the utmost effectiveness.

Implications: Health promoters can utilize the proposed guidelines to plan and design health promotion programs for the public.

Keywords: health promotion, health education, planning model, health behavior modification program

¹⁻³Doctoral Student in Health Promotion and Health Education Program

¹Email: Panidnun@nmu.ac.th, ²Email: Niranta.pr@gmail.com, ³Email: Nitchareeyui@gmail.com

⁴⁻⁵Lecturer: ⁴Email: Theerapon.phu@ku.th, ⁵Email: Nannapat.k@ku.th

^{6*}Corresponding author: Lecturer ⁶Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻⁶Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

The PEN-3 Model: การประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

Received: Dec 28, 2023

Revised: Feb 24, 2024

Accepted: Mar 15, 2024

พนิตนันท์ พรหมดำ วท.ม.¹ นิรันดา ไชยพาน วท.ม.²ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย พย.ม.³ ชีรพล ผังดี ประ.ด.⁴นันทน์ภัส เกตนโกศลย์ ประ.ด.⁵ จักรกฤษณ์ พลราชม ประ.ด.^{6*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี จำเป็นต้องมีการวางแผนและออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้การนำไปใช้มีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวคิดและการประยุกต์ใช้ The PEN-3 Model ในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน

ประเด็นสำคัญ: การวางแผนและออกแบบโปรแกรมตาม The PEN-3 Model ต้องคำนึงถึงตัวอักษรภาษาอังกฤษคือ P-E-N จำนวน 3 มิติ โดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษามิติที่ 1 คือ ลักษณะของปัญหา (P: Person (บุคคล), E: Extended family (ครอบครัว), N: Neighborhood (บุคคลในชุมชน)) ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษามิติที่ 2 คือ สาเหตุของปัญหา (P: Perceptions (ปัญหาจากปัจจัยส่วนบุคคล), E: Enablers (ปัญหาจากปัจจัยเอื้อ), N: Nurturers (ปัญหาจากปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่น)) และขั้นตอนที่ 3 เป็นการศึกษามิติที่ 3 คือ ลักษณะทางวัฒนธรรม (P: Positive (วัฒนธรรมของสังคมที่ช่วยสนับสนุน), E: Existential (วัฒนธรรมของสังคมในปัจจุบัน), N: Negative (วัฒนธรรมของสังคมที่ขัดขวางและเป็นอุปสรรค) และเมื่อได้ข้อมูลทั้ง 3 มิติแล้วสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และนำมาสู่การมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

สรุป: The PEN-3 Model สามารถประยุกต์ใช้ในการวางแผนและออกแบบที่จะสามารถทำให้โปรแกรมที่ได้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย สภาพปัญหา และสังคมวัฒนธรรม เพื่อให้โปรแกรมที่ได้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ: นักส่งเสริมสุขภาพสามารถนำแนวทางที่นำเสนอไปใช้ในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา รูปแบบการวางแผน โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

¹⁻³นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา

¹Email: Panidnun@nmu.ac.th, ²Email: Niranta.pr@gmail.com, ³Email: Nitchareeyui@gmail.com

⁴⁻⁵อาจารย์ ⁴Email: Theerapon.phu@ku.th, ⁵Email: Nannapat.k@ku.th

^{6*}Corresponding author อาจารย์ ⁶Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻⁶คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันพบความท้าทายในสถานะที่โลกพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ในการเข้าสู่สังคมเมือง การอพยพย้ายถิ่นที่อยู่ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ค่านิยมของคนรุ่นใหม่ และการก้าวกระโดดของเทคโนโลยี¹ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชน ที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยเมื่อวิเคราะห์สาเหตุของสุขภาพประชาชนนั้นเกิดขึ้นมาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinant of health) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุข² ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า หากสามารถดำเนินการเปลี่ยนแปลงที่ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้มากกว่าร้อยละ 50³ ซึ่งสามารถสะท้อนได้ว่าถึงแม้สภาพแวดล้อม หรือบริบททางสังคม จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม หากประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้พึงประสงค์ ก็จะสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ในสังคมที่เป็นพลวัต (dynamic) ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ซึ่งหมายถึง การจัดชุดกิจกรรมที่จะสามารถทำให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดภายในตัวบุคคล ร่วมกับกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง⁴ ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในสังคมยุคปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วยการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่า การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้เพียงชั่วคราว และมีผลกระทบในระยะสั้น ซึ่งสะท้อนได้จากปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงอยู่และมีแนวโน้มสูงขึ้น⁵ อันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนนั้น จำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (causal factors) ด้วยการบูรณาการแนวคิด ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเฉพาะบริบททางสังคม สภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมในพื้นที่ เพื่อจะนำไปสู่การวางแผนการปรับเปลี่ยน/พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน แบบจำลองการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นสำหรับนักส่งเสริมสุขภาพ⁶ ที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทความนี้มุ่งนำเสนอแบบจำลองการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้วย The PEN-3 Model ซึ่งเป็นแบบจำลอง ที่คำนึงถึงบริบทของวัฒนธรรมซึ่งพบว่ามีส่วนสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดย The PEN-3 model ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่มีความแตกต่างทางความคิด สังคม และวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย ที่จะเป็ปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ ไม่เพียงแต่การเข้าใจปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเป็นการเข้าใจปัญหาระดับจุลภาค (micro level) อย่างลุ่มลึกนั้น แต่การเข้าใจถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ในระดับมหภาค (macro level) เช่น ปัญหาการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอิสลาม เมื่อพิจารณาในระดับจุลภาคปัจจัยที่ส่งผลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับการเปิดเผยร่างกายต่อผู้อื่น โดยเฉพาะผู้คัดกรองที่เป็นเพศชาย อิทธิพลหรือการได้รับการอนุญาตจากคู่สมรส ส่วนในระดับมหภาค ได้แก่ ข้อกำหนดทางศาสนา⁸ โดยหากนักส่งเสริมสุขภาพ

สามารถเข้าใจลักษณะของปัญหา สาเหตุของปัญหา และลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรม อย่างรอบด้าน จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถนำไปสู่การออกแบบและวางแผนโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนได้ อีกทั้ง The PEN-3 Model ยังถูกประยุกต์ใช้ในการวางแผนและออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพในระดับนานาชาติอย่างหลากหลาย เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁹ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่¹¹ การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV)¹² เป็นต้น ซึ่งพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษานั้นมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้น นักส่งเสริมสุขภาพ นักวิจัย และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้กับบุคคล กลุ่มคน และประชาชนต่อไป

The PEN-3 Model

The PEN-3 Model เป็นแบบจำลองในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่สะท้อนถึงข้อมูลสำคัญที่จะสามารถเป็นปัจจัยนำเข้า (input data) ในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา ที่คำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้าน พัฒนาขึ้นโดย Collins ศาสตราจารย์ทางด้านนโยบายและการจัดการด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัยแห่งรัฐจอร์เจีย สหรัฐอเมริกา ซึ่งในขณะที่ศึกษาในระดับปริญญาเอกนั้นได้มีความสนใจและตระหนักถึงปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาวะของบุคคล และประชาชน¹³ นำมาซึ่งการให้ความสนใจปัญหาทางด้านความเท่าเทียมของบุคคลในสังคม ด้วยการทำการวิจัยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส HIV การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน⁷ จนสามารถพัฒนาแบบจำลองเพื่อใช้ในการออกแบบและวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วย The PEN-3 Model ที่สามารถทำให้นักส่งเสริมสุขภาพเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถใช้เป็นกรอบในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพตามวัฒนธรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงและเป็นเอกลักษณ์ ซึ่งวัฒนธรรมของชุมชนจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวางแผนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ โดยนักส่งเสริมสุขภาพต้องทำความเข้าใจ P-E-N ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ลักษณะของปัญหา ซึ่งต้องทำความเข้าใจถึงลักษณะของปัญหาสุขภาพดังกล่าวครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่จะมีส่วนต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างไรบ้าง (P: Person (บุคคล), E: Extended family (ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง), N: Neighborhood (บุคคลอื่น ๆ ในชุมชน)) มิติที่ 2 คือ สาเหตุของปัญหา ต้องทำความเข้าใจปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาโดยเฉพาะปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบด้าน (P: Perceptions (ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาจากปัจจัยส่วนบุคคล), E: Enablers (ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาจากปัจจัยเอื้อ), N: Nurturers (ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาจากปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่น)) และมิติที่ 3 คือ ลักษณะทางวัฒนธรรม นักส่งเสริมสุขภาพต้องทำความเข้าใจวัฒนธรรมของสังคมที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ (P: Positive (วัฒนธรรมของสังคมที่ช่วยสนับสนุน), E: Existential (วัฒนธรรมของสังคมในปัจจุบัน), N: Negative (วัฒนธรรมของสังคมที่ขัดขวางและเป็นอุปสรรค) ซึ่งหากสามารถค้นหาปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จะสามารถออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายสภาพของปัญหา สภาพของสังคมและวัฒนธรรม ที่จะทำให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพนั้น ๆ

เกิดการดำเนินการได้อย่างยั่งยืน ปัจจุบันแบบจำลองดังกล่าวจึงมีนักวิจัยและนักวิชาการในระดับนานาชาติได้มีการประยุกต์ใช้อย่างหลากหลาย พร้อมทั้งได้มีข้อเสนอแนะว่าแบบจำลองดังกล่าวมีจุดเด่นในการศึกษาที่ครอบคลุมกับปัจจัยที่จะสามารถนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนภายใต้บริบทของสังคม และวัฒนธรรม จนมีอีกชื่อเรียกหนึ่งคือ The PEN-3 Cultural Model

องค์ประกอบของ The PEN-3 Model

องค์ประกอบสำคัญที่จะสามารถออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ และแต่ละองค์ประกอบ ประกอบด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ตัว คือ P-E-N โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 คือ ลักษณะของปัญหา หมายถึง การศึกษาถึงลักษณะของปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของบริบทในสังคมนั้นครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างไร ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาให้รอบด้านและครอบคลุมเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพ และใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย

P: Person (บุคคล) เป็นการศึกษาลักษณะของปัญหาด้านสุขภาพของระดับปัจเจกบุคคลหรือบุคคล โดยมุ่งเน้นการค้นหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพนั้น ๆ

E: Extended family (ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง) เป็นการศึกษาลักษณะของปัญหาสุขภาพนั้น โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของบุคคลในบริบทของครอบครัว เครือญาติ รวมถึงบุคคลรอบข้างเพื่อการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวมีอิทธิพลสำคัญมาจากครอบครัว และบุคคลรอบข้าง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมฯ ด้วย

N: Neighborhood (บุคคลอื่น ๆ ในชุมชน) เป็นการศึกษาลักษณะของปัญหาในบริบทของบุคคลที่อยู่อาศัยหรือในชุมชน โดยการศึกษาถึงอิทธิพลต่าง ๆ ของบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ ผู้นำทางความคิดในชุมชน กลุ่มสมาชิกในชุมชน เป็นต้น ที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

องค์ประกอบที่ 2 สาเหตุของปัญหา หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหา โดยเฉพาะปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบด้าน โดย The PEN-3 Model ได้ประยุกต์ใช้ PRECEDE Model ที่มีพื้นฐานว่าสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นสหปัจจัย (multi-factors) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ซึ่งในแบบจำลองนี้ ประกอบด้วย

P: Perceptions (ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาจากปัจจัยส่วนบุคคล) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มาจากปัจจัยภายในตัวบุคคล หรือปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงขับ (drive) ทำให้บุคคลสามารถกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพนั้นได้ เช่น ความรู้ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ต่าง ๆ เป็นต้น

E: Enablers (ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาจากปัจจัยเอื้อ) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือปัจจัยเอื้อ ที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวย ที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ได้ เช่น การเข้าถึง

ทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง แหล่งของข้อมูลข่าวสาร ทักษะทางสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

N: Nurturers (ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหาจากปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่น) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือปัจจัยเสริม ที่เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือบุคคลรอบข้างที่สามารถผลักดัน สนับสนุน หรือขัดขวางให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ได้ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน เครือญาติ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ ผู้นำทางความคิด เป็นต้น

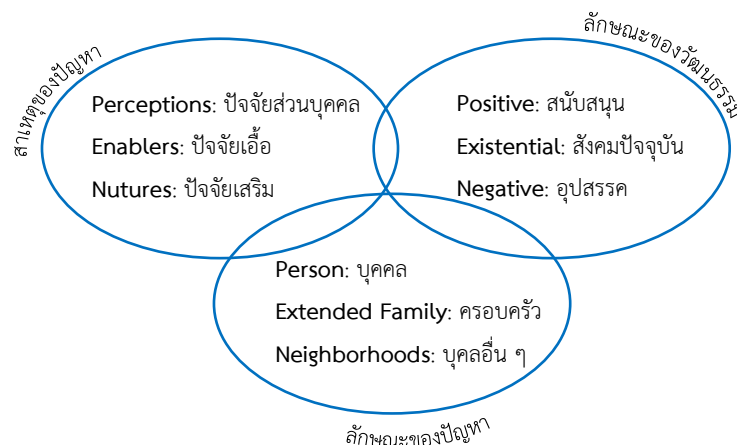
องค์ประกอบที่ 3 ลักษณะทางวัฒนธรรม หมายถึง การที่นักส่งเสริมสุขภาพต้องทำความเข้าใจวัฒนธรรมของสังคมที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เพื่อจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบ พร้อมทั้งปรับปรุงและประยุกต์ข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทั้งนี้หากสามารถค้นหาได้อย่างครอบคลุมจะสามารถทำให้โปรแกรมฯ ดังกล่าวเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย

P: Positive (วัฒนธรรมของสังคมที่ช่วยสนับสนุน) เป็นการศึกษาถึงลักษณะทางวัฒนธรรมทางสังคมที่มีส่วนช่วยสนับสนุน หรือเป็นแรงเสริมทางบวกให้แก่บุคคลสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างพึงประสงค์ และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ เช่น วัฒนธรรมการรับบริการทางสาธารณสุขสมัยใหม่ ระบบความเชื่อทางสุขภาพทางสังคมที่เอื้ออำนวยให้มีสุขภาพที่ดี เป็นต้น

E: Existential (วัฒนธรรมของสังคมในปัจจุบัน) เป็นการศึกษาถึงลักษณะทางวัฒนธรรมทางสังคมในปัจจุบันที่สังคมโดยภาพรวมมีการถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะสามารถส่งผลทางบวกหรือทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ได้ แต่การถือปฏิบัตินั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในบริบททางสังคม เช่น ประเพณีการไหว้บรรพบุรุษในสังคมเอเชีย ความเชื่อในคำสอนสั่งตามหลักศาสนา ข้อห้ามการปฏิบัติ (Taboos) นิยายปรัมปรา (Myths) เป็นต้น

N: Negative (วัฒนธรรมของสังคมที่ขัดขวางและเป็นอุปสรรค) เป็นการศึกษาถึงลักษณะทางวัฒนธรรมทางสังคม ที่มีส่วนขัดขวางทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ และสามารถส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลได้ เช่น วัฒนธรรมการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสุขภาพด้วยหลักผีสาบเทวดา ที่มีแนวปฏิบัติทำให้สุขภาพแย่ลง หรือมีแนวโน้มทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ การเป่าคาถาและพ่นน้ำลายลงบนแผลของบุคคล การทอคาถาเพื่อการแก้ไขปัญหาคะตุกหัก เป็นต้น

ทั้งนี้จากองค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าวข้างต้น จะทำให้นักส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้ต่อไป โดยสามารถสรุปองค์ประกอบของ The PEN-3 Model ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของ The PEN-3 Model ดัดแปลงจาก The founder of the model⁷

ขั้นตอนของการประยุกต์ใช้ The PEN-3 Model ในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนของการประยุกต์ใช้ The PEN-3 Model ในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาในองค์ประกอบที่ 1 คือ ลักษณะของปัญหา เพื่อทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง และบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการศึกษาในองค์ประกอบที่ 2 คือ สาเหตุของปัญหา โดยมุ่งเน้นการนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาศึกษาและค้นหาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่ามาจากปัจจัยเชิงสาเหตุใดบ้าง โดยเฉพาะ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถนำปัจจัยดังกล่าว ทั้งทางบวกและทางลบในการกำหนดกระบวนการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยการผลักดันปัจจัยทางบวกให้เกิดขึ้น ขจัดหรือขัดขวางปัจจัยทางลบ ด้วยกระบวนการใช้เทคนิคและวิธีต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการศึกษาในองค์ประกอบที่ 3 คือ ลักษณะทางวัฒนธรรม โดยมุ่งเน้นนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และ 2 นำมาศึกษาว่าวัฒนธรรมทางสังคมที่ส่งผลกระทบทั้งทางบวก และทางลบ คืออะไรบ้าง พร้อมทั้งศึกษาวัฒนธรรมทางสังคมในปัจจุบันที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขได้ แต่วัฒนธรรมทางสังคมดังกล่าวนั้น อาจจะส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพของบุคคลได้ เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าทำให้การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และนำมาซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การนำข้อมูลจากผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 - 3 เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ที่มุ่งเน้นการดำเนินการที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ สอดคล้องกับบริบทของปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหา และบริบทวัฒนธรรมทางสังคม

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ The PEN-3 Model ในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

Jin & Acharya¹⁴ ได้ดำเนินการวิจัยโดยการประยุกต์ใช้ The PEN-3 Model ในการพัฒนาการสื่อสารด้วยข้อความที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาสัญชาติเอเชีย โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2) การปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมอเมริกันและชีวิตในมหาวิทยาลัย 3) การจัดการความเครียด

และ 4) การป้องกันปัญหาการดำเนินชีวิตให้กับนักศึกษาสัญชาติเอเชียที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี สหรัฐอเมริกา โดยมีกระบวนการในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องตาม The PEN-3 Model ในการเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาโปรแกรมทางสุขภาพด้วยการสื่อสารด้วยข้อความที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาสัญชาติเอเชีย ด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาลักษณะของปัญหา สาเหตุของปัญหา และลักษณะทางวัฒนธรรม ทางสังคม จากมุมมองของนักศึกษาสัญชาติเอเชีย และนำผลการศึกษาดังกล่าวเข้าสู่การดำเนินการในระยะที่ 2 คือ การพัฒนาโปรแกรมฯ โดยมีการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องตาม The PEN-3 Model แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาในองค์ประกอบที่ 1 คือ ลักษณะของปัญหา โดยการศึกษาลักษณะปัญหาด้านบุคคล (P: Person) จากนักศึกษาสัญชาติเอเชีย ลักษณะปัญหาจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง (E: Extended family) จากครอบครัวที่ให้การดูแลนักศึกษา และเพื่อนที่ใกล้ชิด และลักษณะปัญหาจากบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน (N: Neighborhood) จากบุคลากรของคณะหรือสาขาวิชาของนักศึกษา กลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมของนักศึกษา ผลการศึกษาพบปัญหาพฤติกรรมป้องกันสุขภาวะทางจิตที่ไม่พึงประสงค์ จึงดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาในองค์ประกอบที่ 2 คือ สาเหตุของปัญหา ผลการศึกษาพบปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันสุขภาวะทางจิตนั้น เกิดจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษามิติที่ 2 สาเหตุของปัญหา

P: Perceptions ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม จากปัจจัยส่วนบุคคล	E: Enablers ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม จากปัจจัยเอื้อ	N: Nurturers ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม จากปัจจัยเสริมจากบุคคลอื่น
1. การรับรู้เกี่ยวกับตราบาปของ ความเจ็บป่วยทางสุขภาพทางจิต	1. ระบบสนับสนุนทางสังคม	1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
2. ความรู้ด้านข้อมูลหน่วยงานใน การดูแลสุขภาพทางจิต	2. อุปสรรคทางด้านภาษา	2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน
3. ความเชื่อเรื่องการจัดการตนเอง เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต	3. การเข้าถึงเมื่อต้องใช้บริการ จากหน่วยงานดูแลสุขภาพจิต	3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาคม หรือกลุ่มกิจกรรมทางด้านวัฒนธรรม
4. ทศนคติต่อความแตกต่างทาง วัฒนธรรมตะวันตกและทางตะวันออก	4. ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรม ตะวันตกและวัฒนธรรมตะวันออก	
5. ความเชื่อของการพึ่งพาอาศัยกัน และกันของคนเอเชีย		

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาในองค์ประกอบที่ 3 คือ ลักษณะทางวัฒนธรรม ผลการศึกษาพบวัฒนธรรมทางสังคม มีทั้งวัฒนธรรมทางสังคมที่มีส่วนช่วยสนับสนุน ชัดขวาง และวัฒนธรรมทางสังคมในปัจจุบันที่จำเป็นต้องดำรงอยู่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษา มิติที่ 3 ลักษณะทางวัฒนธรรม

P: Positive วัฒนธรรมของสังคมที่ช่วยสนับสนุน	E: Existential วัฒนธรรมของสังคมในปัจจุบัน	N: Negative วัฒนธรรมของสังคมที่ขัดขวาง และเป็นอุปสรรค
1. ระบบการค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพทางจิต	1. ความแตกต่างทางวัฒนธรรมตะวันตกและตะวันออก	1. วัฒนธรรมความเชื่อของสังคมเกี่ยวกับตราบาปของการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต
2. เครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจ	2. ระบบความปลอดภัยและกฎระเบียบของมหาวิทยาลัย	2. ความยากในการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมในประเทศสหรัฐอเมริกา
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3. ความคาดหวังของครอบครัว	
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน		

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมทางสุขภาพด้วยการสื่อสารด้วยข้อความที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาพทางจิตของนักศึกษาสัญชาติเอเชีย ผู้วิจัยดำเนินการโดยการนำปัจจัยดังกล่าวในระยะที่ 1 ตามองค์ประกอบของ The PEN-3 Model มาออกแบบกระบวนการต่าง ๆ เพื่อการสื่อสารด้วยข้อความที่เหมาะสม ได้ถึง 7 รูปแบบ ดังตารางที่ 3 พบว่าการดำเนินการโดยการสื่อสารด้วยข้อความที่เหมาะสมที่พัฒนาขึ้นนั้น ทำให้บุคคลตระหนักรู้ รับรู้ และเปลี่ยนแปลงความเชื่อของตนเอง ร่วมกับการมีกลวิธีหรือกลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือและการเข้าถึงแรงสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่แตกต่างด้วยตนเอง โดยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคมรอบตัวบุคคล เป็นการจัดการกระทำด้วยการปรับกระบวนการคิดด้วยตนเอง สามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาพทางจิตของนักศึกษาสัญชาติเอเชีย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2) การปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมอเมริกันและชีวิตในมหาวิทยาลัย 3) การจัดการความเครียด และ 4) การป้องกันปัญหาการดำเนินชีวิต เนื่องจากข้อความที่ใช้ในการสื่อสารนั้น สอดคล้องกับบริบทของปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุของปัญหา และบริบททางวัฒนธรรมสังคม และสามารถจัดการกับความท้าทายในการดำเนินชีวิตของนักศึกษาสัญชาติเอเชียในสหรัฐอเมริกาที่สำคัญ เช่น การขาดความตระหนักรู้ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และการอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมที่ต่างกันไป ซึ่งนักวิจัยได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า หากสามารถนำข้อความที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการฝึกอบรมด้วยโปรแกรมการฝึกกระบวนการทางปัญญาเสมือนจริง (virtual reality cognitive training program) จะสามารถทำให้นักศึกษาสัญชาติเอเชียมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาพทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนมากขึ้น

ตารางที่ 3 โปรแกรมการทางสุขภาพด้วยการสื่อสารด้วยข้อความที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อการป้องกันสภาวะทางจิตของนักศึกษาสัญชาติเอเชีย

	P: Positive	E: Existential	N: Negative
P: Perceptions	รูปแบบที่ 1 ข้อความที่ระบุข้อมูล ที่เพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับจิตใจ และลดตราบาปในนักศึกษาสัญชาติ เอเชีย (สนับสนุนความต้องการข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ)	รูปแบบที่ 5 ข้อความเกี่ยวกับ การปรับตัวกับวัฒนธรรมอเมริกัน และชีวิตในมหาวิทยาลัย (สนับสนุน เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระบบ การเรียนในมหาวิทยาลัยอเมริกัน, การจัดการกับความรู้สึกไม่มั่นคง, ความผูกพันในสถาบัน)	รูปแบบที่ 1 ข้อความที่ระบุข้อมูล ที่เพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับจิตใจ และลดตราบาปในนักศึกษาชาวเอเชีย (สนับสนุนความต้องการข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ)
	รูปแบบที่ 2 ข้อความเกี่ยวกับการ สร้างแรงจูงใจในการเข้าถึงระบบ แหล่งข้อมูล	รูปแบบที่ 6 ข้อความเกี่ยวกับกลยุทธ์ หรือวิธีการในการควบคุมตนเอง เพื่อลดความเครียดและการจัดการ กับความวิตกกังวล	
E: Enablers	รูปแบบที่ 3 ข้อความเกี่ยวกับการ ค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสำหรับ นักศึกษาชาวเอเชียเพื่อช่วยเหลือด้าน จิตใจ (สนับสนุนความต้องการระบบ บริการด้านจิตใจ, ทักษะทางภาษา, การสื่อสาร, การช่วยเหลือทาง วิชาการ, องค์กรเกี่ยวกับวัฒนธรรม, นักให้คำปรึกษา)	รูปแบบที่ 7 ข้อความเกี่ยวกับความ ปลอดภัยภายในสถาบันการศึกษา สำหรับนักศึกษาชาวเอเชีย	
N: Nurturers	รูปแบบที่ 4 ข้อความเกี่ยวกับการ สร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนชาว อเมริกันและเพื่อนในคณะหรือสาขา ที่ศึกษา (สนับสนุนความต้องการแรง สนับสนุนเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ)	รูปแบบที่ 4 ข้อความเกี่ยวกับกลยุทธ์ หรือวิธีการในการสื่อสารในครอบครัว ชาวเอเชียสำหรับค้นหาการช่วยเหลือ (สนับสนุนความคาดหวังจาก ครอบครัว)	รูปแบบที่ 4 ข้อความเกี่ยวกับการ สร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนชาว อเมริกันและเพื่อนในคณะหรือสาขา ที่ศึกษา (สนับสนุนเพื่อลดความ ยากลำบากในการเป็นเพื่อนกับ ชาวอเมริกัน)
	รูปแบบที่ 4 ข้อความเกี่ยวกับกลยุทธ์ ในการสื่อสารในครอบครัวชาวเอเชีย สำหรับ ค้นหาการช่วยเหลือ (สนับสนุนความต้องการให้ครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุน, ความสัมพันธ์ ระหว่างกันในครอบครัว)		

บทสรุป

ความท้าทายของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนได้อย่างยั่งยืนนั้น นักส่งเสริมสุขภาพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวางแผนและออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย สภาพปัญหา และวัฒนธรรมทางสังคม The PEN-3 Model จึงเป็นแบบจำลองหนึ่งที่เป็นทางเลือกให้แก่บุคลากรดังกล่าว เนื่องจากมีมุมมองในการได้มาซึ่งปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการออกแบบและวางแผนโปรแกรม ที่มีความรอบด้านและครอบคลุม ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับโปรแกรมนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นำมาสู่การมีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

นักส่งเสริมสุขภาพ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำ The PEN-3 Model ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชน โดยเฉพาะในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัจจัยเชิงสาเหตุที่ซับซ้อน เป็นสหปัจจัย และสังคม วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เหล่านั้น เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น พร้อมกันนี้นักวิจัยและนักวิชาการยังสามารถนำแนวทางที่นำเสนอไปพัฒนาภายใต้กระบวนการวิจัยเพื่อการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นการขยายองค์ความรู้ในบริบทของประเทศต่อไป

References

1. Strategy and Planning Division. Thailand health care system foresight [Internet]. 2023 May. [cited 2023 Sep 12]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9331>. (in Thai)
2. Jidawatana A. Creating participatory public policy for health. 4th ed. Bangkok: Beyond Publishing; 2010. (in Thai)
3. World Health Organization. The determinant of health [Internet]. 2017. [cited 2023 Sep 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
4. Pensirinpa N. Health education and health promotion. 3rd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Printing House; 2020. (in Thai)
5. Samphawamana O, Klaypugsee L, Arwut P, Phaenoi S. The development of chronic disease management for patients in a health promotion hospital: a case study of Maluan health promotion hospital, Phunphin district, Suratthani province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2017;27(1):157-67. (in Thai)
6. Ponrachom C, Sukolpuk M, Guiedthatree S. Designing program for health behavior modification: intervention mapping. Journal of Health and Nursing Research 2022;38(2):1-10. (in Thai)

7. Airhihenbuwa CO. A conceptual model for culturally appropriate health education programs in developing countries. *International Quarterly of Community Health Education* 1990;11(1):53-62. doi: 10.2190/LPKH-PMPJ-DBW9-FP6X.
8. Dadipoor S, Alavi A, Kader Z, Mohseni S, Eshaghi SH, Shahabi N. Predictive power of PEN-3 cultural model in cervical cancer screening among women: a cross- sectional study in South of Iran. *BioMedical Central Cancer* 2023;23(1):730. doi: 10.1186/s12885-023-11240-3.
9. Mehri A, Zarbi S, Hosseini ZS, Joveini H, Shahrabadi R, Hashemian M. Application of PEN-3 model in promoting early detection of breast cancer in women living on the suburbs. *Payesh Journal* 2023; 22(4):433-41. doi: 10.61186/payesh22.4.433.
10. Blackstone S, Iwelunmor J, Plange-Rhule J, Gyamfi J, Quakyi NK, Ntim M, et al. “I believe High Blood pressure can kill me”: using the PEN-3 Cultural Model to understand patients' perceptions of an intervention to control hypertension in Ghana. *Ethnicity & Health* 2019;24(3):257-70. doi: 10.1080/13557858.2017.1346178.
11. Hiratsuka VY, Trinidad SB, Avey JP, Robinson RF. Application of the PEN-3 model to tobacco Initiation, use, and cessation among American Indian and Alaska native adults. *Health Promotion Practice* 2016;17(4):471-81. doi: 10.1177/1524839916648909.
12. Dunleavy VO, Chudnovskaya E, Phillips J, McFarlane SJ. Applying the PEN-3 cultural model to address HIV/AIDS prevention in rural Guatemala. *Journal of Intercultural Communication Research* 2018;47(1):1-20. doi: 10.1080/17475759.2017.1398178.
13. Airhihenbuwa CO. Georgia State University research magazine: A global perspective [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://news.gsu.edu/research-magazine/fall2019/a-global-perspective>
14. Jin L, Acharya L. Developing tailored messages to improve mental health and adjustment of International Students. *Journal of International Student* 2022;124:817-42. doi: 10.32674/jis.v12i4.393.

Health Risk Communication Planning: CDCynergy Model

Received: Dec 12, 2023

Revised: Jan 24, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

Niranta Chaiyaparn, M.Sc.¹ Nicharee Piriyaarachai, M.N.S.²Panidnun Promdum, M.Sc.³ Theerapon Phungdee, Ph.D.⁴Chakkrit Ponrachom, Ph.D.⁵ Nannapat Ketkosan Ph.D.^{6*}

Abstract

Introduction: The effectiveness of health risk communication can make individuals to change their health behaviors and lead to improve their well-being. Therefore, it is necessary to plan and design health risk communication based on a logical and systematic model.

Objective: To introduce and demonstrate the application of the CDCynergy model in health risk communication planning to develop healthy behaviors for the people.

Key issue: CDCynergy is a systematic and logical model for developing actions to address public health problems. public, especially focusing on health risk communication. The model operates in six phases 1) Problem description, 2) Analysis problem, 3) Plan intervention, 4) Development intervention, 5) Plan evaluation, and 6) Implement plan. Planning and designing with CDCynergy model has been applied internationally to make health risk communication more effective.

Conclusion: Healthcare professionals can use this model to plan and design health risk communications based on the problems, target groups, and local context to enable people to change their health behaviors and lead to promote their future well-being.

Implications: The proposed model can be further developed through research processes or applied in public health interventions in Thai society.

Keywords: planning program, health risk communication, planning and development model, CDCynergy model

¹⁻³Doctoral Student in Health Promotion and Health Education Program, ¹Email: Niranta.pr@gmail.com,

²Email: Nitchareeyui@gmail.com, ³Email: Panidnun@nmu.ac.th

⁴⁻⁵Lecturer, ⁴Email: Theerapon.phu@ku.th, ⁵Email: Chakkrit.pon@ku.th

^{6*}Corresponding author: Lecturer, ⁶Email: Nannapat.k@ku.th

¹⁻⁶Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

การวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้แบบจำลอง CDCynergy

Received: Dec 12, 2023

Revised: Jan 24, 2024

Accepted: Apr 11, 2024

นิรันตา ไชยพาน วท.ม.¹ ณัชชารีย์ พิริยจรัสชัย พย.ม.²พนิตนันท์ พรหมดำ วท.ม.³ อีรพล ผังดี ปร.ด.⁴จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด.⁵ นันทน์ภัส เกตน์โกศลย์ ปร.ด.^{6*}

บทคัดย่อ

บทนำ: กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่จะสามารถทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการวางแผน และออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยแบบจำลองที่มีความเป็นตรรกะและเป็นระบบ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอแนวคิดและการประยุกต์ใช้แบบจำลอง CDCynergy ในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน

ประเด็นสำคัญ: CDCynergy เป็นแบบจำลองที่เป็นระบบ และมีความเป็นตรรกะเหมาะสมในการพัฒนาการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีการดำเนินการทั้งหมด 6 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การกำหนดและอธิบายปัญหา ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 3 กระบวนการวางแผนการพัฒนา ระยะที่ 4 การพัฒนากิจกรรม ระยะที่ 5 การวางแผนการประเมิน และระยะที่ 6 การดำเนินการตามแผน การวางแผนและออกแบบด้วยแบบจำลอง CDCynergy ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในระดับนานาชาติเพื่อทำให้การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพมีประสิทธิภาพ

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้แบบจำลองนี้ในการวางแผน และออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้ปัญหา กลุ่มเป้าหมาย และบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีในอนาคต

ข้อเสนอแนะ: แบบจำลองที่นำเสนอสามารถนำไปพัฒนาภายใต้กระบวนการวิจัย หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการสาธารณสุขในบริบทของสังคมไทย

คำสำคัญ: การออกแบบโปรแกรม การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ แบบจำลองการวางแผนและพัฒนา แบบจำลอง CDCynergy

¹⁻³นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ¹Email: Niranta.pr@gmail.com ²Email: Nitchareeyui@gmail.com

³Email: Panidhun@nmu.ac.th

⁴⁻⁵อาจารย์ Email: ⁴Theerapon.phu@ku.th ⁵Email: Chakrit.pon@ku.th

^{6*}Corresponding author: อาจารย์ ⁶Email: Nannapat.k@ku.th

¹⁻⁶คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

ประชาชนในประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสาธารณสุข ทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ และโรคไม่ติดต่อ เห็นได้จากแนวโน้มของการเกิดโรค และภัยสุขภาพที่ไม่มีแนวโน้มลดลง แต่กลับมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โดยการกำหนดเป้าหมายไว้ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หน่วยงานในสังกัด ได้พัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายดังกล่าวได้¹ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสำคัญต่อการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ให้มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ และมาตรการเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่หน่วยงาน องค์กร รวมทั้งประชาชนให้สามารถนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปสู่การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ในการดำเนินการของกรมควบคุมโรค จึงมีผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก รวมทั้งหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในฐานะผู้ส่งสาร เพื่อให้การสื่อสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพ² การสื่อสารความเสี่ยงจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญ เพื่อเป็นกระบวนการที่จะสามารถสื่อสารให้บุคคล กลุ่มคน และหน่วยงานหรือองค์กร ให้เกิดการรับรู้ รับทราบข้อมูลที่สำคัญ และนำไปสู่ความตระหนัก เพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตามข้อแนะนำของหน่วยงาน และนำไปสู่การลดความเสี่ยงหรือผลกระทบที่ตามมาโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) คือ กระบวนการหรือขั้นตอนในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร สารสนเทศ และความคิดเห็นระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อมูล ข่าวสารที่มีความหลากหลายเกี่ยวกับลักษณะของความเสี่ยง ความคิดเห็น ความวิตกกังวล ปฏิกริยาการตอบสนองของผู้เกี่ยวข้องต่อข่าวสารความเสี่ยง หรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายและการดำเนินการของหน่วยงานหรือสถาบัน ในการจัดการความเสี่ยงนั้น ๆ³ การสื่อสารความเสี่ยง จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ หรือการกระทำใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน อาจส่งผลกระทบ สร้างความเสียหาย ความล้มเหลว หรือการลดโอกาสที่จะบรรลุความสำเร็จต่อเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคน หน่วยงานและองค์กรได้⁴ โดยเฉพาะการคุ้มครองสุขภาพประชาชนหรือผู้บริโภค จะสามารถใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อระบุถึงความเสี่ยง และนำไปสู่การกำหนดมาตรการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่เป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ

การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Communication) เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารความเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และความสำคัญของประเด็นสุขภาพ ที่สาธารณชนควรรู้ โดยใช้ทั้งการสื่อสารมวลชนและสื่อผสมต่าง ๆ รวมทั้งนวัตกรรมทางด้านเทคโนโลยีมาช่วยในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความตระหนักด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและสังคม⁵ การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Monitoring) ความเสี่ยง (Risks) และการประเมินความเสี่ยง (Risk assessments) เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ และจัดลำดับความเสี่ยง โดยพิจารณาจากการประเมินโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Risk likelihood) และความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ความเสี่ยง (Impacts)⁶

การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ สามารถจำแนกเป็นการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารกับกลุ่มเป้าหมาย ในการใช้ข้อมูลตัดสินใจเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญความเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บุหรี่ แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนน อันตรายจากการใช้สารเคมี เป็นต้น และการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพและสาธารณสุข โดยการให้ข้อมูลข่าวสารในสถานการณ์ขณะนั้น เพื่อช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพ⁷ ดังนั้น การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ จึงเป็นการให้ข้อมูลหรือข้อความเกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพจากผู้ส่งสาร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปยังประชาชนผู้รับสาร เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจและโน้มน้าวเพื่อให้ปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมเสี่ยงรวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการปรึกษาหารือแบบมีส่วนร่วมโดยคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจ⁸

กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบไปด้วยการดำเนินการ 3 ระยะ⁹ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ ระยะการเตรียมความพร้อม (Preparation Phase) เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านข้อมูล และสภาพความพร้อมในการสื่อสาร ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับความเสี่ยง สถานการณ์ และผลกระทบที่เป็นไปได้ เป็นขั้นตอนที่ทราบข้อมูลความเสี่ยง และเตรียมตัวให้พร้อมที่จะสื่อสารให้แก่กลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 2 คือ ระยะการสื่อสาร (Communication Phase) การสื่อสารความเสี่ยงจะเกิดขึ้นโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ที่รับข้อมูลความเสี่ยง ในระยะของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพจะใช้วิธีการและช่องทางที่เหมาะสมสำหรับผู้รับข้อมูลความเสี่ยง และให้ข้อมูลอย่างชัดเจน และสมบูรณ์ ระยะนี้จะเป็นการสื่อสารในประเด็นเพื่อการอธิบายความเสี่ยง การแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยง และการเรียกร้องหรือส่งสารเพื่อแสดงความกังวลหากมีความจำเป็น

ระยะที่ 3 คือ ระยะการประเมินและตอบสนอง (Assessment and Response Phase) ระยะนี้เป็นการประเมินผลกระทบ และการตอบสนองต่อความเสี่ยง หากผู้รับข้อมูลความเสี่ยงมีความกังวลหรือเป็นไปตามความเสี่ยงจะมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง หรือการแจ้งสถานการณ์ต่อผู้รับข้อมูลความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เป็นต้น

บทเรียนที่ผ่านมาของประเทศไทยเรื่องการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ พบว่า มีการดำเนินการตามกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญทั้ง 3 ระยะดังกล่าวข้างต้น และประสบความสำเร็จตามกรอบมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) แต่พบว่ายังมีช่องว่างในการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวัง ประชาชนได้รับข้อมูลการสื่อสารความเสี่ยงที่มีความคาดเคลื่อนอยู่เป็นระยะ ทำให้เห็นว่ากรมควบคุมโรคจะสามารถพัฒนาการทำงานเพื่อรับมือกับการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ทันทั่วถึง และมุ่งเน้นเป้าหมายในการจัดการกับความตื่นตระหนก ความสับสน และความโกลาหลในสังคมได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากสามารถจัดการกับประเด็นท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ (1) การปรับกลยุทธ์การสื่อสารโดยสร้างสมดุลระหว่างแรงกดดันภายนอก และจุดยืนความเป็นวิชาการ ที่กรมควบคุมโรคมีจุดแข็งในการรับรู้ของสาธารณชน (2) ทบทวนและทำความเข้าใจพันธกิจการสื่อสารความเสี่ยง

ของหน่วยงานที่อาจต้องขยายขอบเขตสู่การสื่อสารในภาวะวิกฤต เมื่อโรคอุบัติใหม่แพร่กระจายจนอาจเกิด ความตื่นตระหนก โกลาหล และ (3) บูรณาการการสื่อสารเชิงรุกที่กรมควบคุมโรคเน้นการประสานงาน กับหน่วยงานภายนอก และสร้างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁰ ซึ่งจะเห็นว่า ปัจจัยที่สำคัญต่อการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการวางแผน และออกแบบ กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพด้วยหลักการทางวิชาการเป็นระบบ และมีความเป็นตรรกะ ด้วยการใช้ ขั้นตอน กระบวนการ หรือแบบจำลองที่ผ่านการทดสอบ และการประยุกต์ใช้ที่หลากหลาย บทความนี้ จึงมุ่งนำเสนอแนวคิด และการประยุกต์ใช้แบบจำลอง CDCynergy เป็นทางเลือกในการวางแผน และออกแบบ การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน ซึ่งแบบจำลองดังกล่าว ได้มีการประยุกต์ใช้ในระดับนานาชาติมาอย่างต่อเนื่อง และการดำเนินการเกิดประสิทธิภาพ และผลกระทบ ต่อประชาชน รวมทั้งต่อหน่วยงานและองค์กร แต่พบว่ายังไม่มีการประยุกต์ใช้ในการวางแผน และออกแบบ การสื่อสารความเสี่ยงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพในประเทศไทย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนและการออกแบบ การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพให้กับบุคคล กลุ่มคน และประชาชนต่อไป

แบบจำลอง CDCynergy

CDCynergy เป็นแบบจำลองในการวางแผนและออกแบบเพื่อการสื่อสารความเสี่ยงในประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักการสื่อสารองค์กรของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค แห่งสหรัฐอเมริกา (CDC Office of Communication; OC) ที่เป็นหน่วยงานในสังกัดของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค แห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) ในปี ค.ศ. 1990 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการสนับสนุนการวางแผน และการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค หรือสุขภาพในระดับ สาธารณชน¹¹ ซึ่ง CDCynergy นั้นเป็นคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีนัยที่หลากหลาย ทั้ง CD ซึ่งย่อมาจาก (CD-ROM) คือ อุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูลที่หลากหลายและเป็นระบบ Cynergy ที่เป็นคำพ้องของคำว่า Synergy หมายถึง การผนึกกำลังในการทำงานร่วมกันเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งเป็นจุดเด่นของแบบจำลองนี้ อีกทั้ง CDC คือ หน่วยงานในการพัฒนาแบบจำลอง ดังนั้น CDCynergy จึงเป็นแบบจำลองที่เป็นเครื่องมือที่ใช้กระบวนการทำงาน อย่างเป็นระบบด้วยการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง ทางสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงสุด ที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา¹² และถูก ประยุกต์ใช้มาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 2010 ได้มีการปรับปรุงให้แบบจำลองมีความเหมาะสมกับ การประยุกต์ใช้ เรียกว่า “CDCynergy Lite”¹³ เพื่อให้สามารถใช้งานได้สะดวก และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ของสถานการณ์ของสังคมโดยเฉพาะการระบาดของโรค (Epidemic) ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยแบบจำลอง ดังกล่าวมีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 6 ระยะ¹⁴ ดังนี้

ระยะที่ 1 การกำหนดและอธิบายปัญหา (Problem Description) เป็นกระบวนการของการ วางแผน และประเมินการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพด้วยการใช้กระบวนการศึกษาเพื่อกำหนดปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพ โดยการประเมินความสำคัญของปัญหาโรคและภัยสุขภาพ การศึกษาผลกระทบ ของปัญหาโรคและภัยสุขภาพต่อกลุ่มคน หน่วยงาน องค์กร และทิศทางของการดำเนินการเพื่อการสื่อสาร ความเสี่ยงทางสุขภาพ พร้อมทั้งสภาพการณ์ในการดำเนินการปัจจุบัน

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis Problem) เป็นการนำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพในผลการศึกษาระยะที่ 1 โดยการศึกษาสาเหตุของปัญหาผ่านหลักการทางวิชาการต่าง ๆ เช่น หลักการทางระบาดวิทยา เพื่อคัดเลือกสาเหตุของปัญหาที่เป็นไปได้ในการดำเนินการแก้ไขทั้งสาเหตุของปัญหาทางตรง ทางอ้อม เพื่อการจัดเรียงลำดับความสำคัญของสาเหตุปัญหาที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ พร้อมทั้งศึกษาวิธีการเพื่อการแก้ไขสาเหตุของปัญหาที่ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวผ่านการพิจารณาอย่างรอบด้าน

ระยะที่ 3 กระบวนการวางแผนการพัฒนา (Plan Intervention) เป็นกระบวนการในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนการพัฒนาด้วยหลักของการสื่อสาร S-M-C-R ซึ่งหมายถึง S (Sender) หมายถึง ผู้ส่งสารที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด M (Massage) หมายถึง สารที่จะให้แก่ผู้รับ C (Channal) หมายถึง ช่องทางที่ควรใช้ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปได้สูงสุด และ R (Receiver) หมายถึง ผู้รับสาร ซึ่งต้องสะท้อนจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 อย่างรอบด้าน ซึ่งผลผลิตของระยะนี้จะเรียกว่า “Creative Brief” ที่จะเป็นการกำหนดแนวทางต่าง ๆ ให้ปรากฏขอบเขตของการดำเนินการไว้อย่างหลวม ๆ

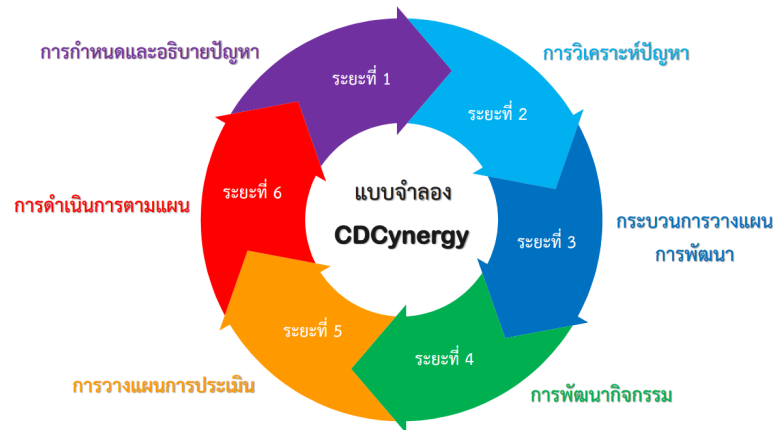
ระยะที่ 4 การพัฒนากิจกรรม (Development Intervention) จากการดำเนินการในระยะที่ 3 จะได้ Creative Brief ที่มีการกำหนดขอบเขตและแนวทางที่คาดว่าจะดำเนินการ โดยในระยะนี้จะเป็นการออกแบบกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการระบุนายละเอียดให้มีความชัดเจน ถึงบทบาทผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการโดยการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นลำดับ ที่เป็นจุดเด่นของแบบจำลองนี้ การวางแผนผู้รับผิดชอบกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงด้วยสารประเภทต่าง ๆ และช่องทางต่าง ๆ รวมถึงความถี่ของการดำเนินการ ซึ่งทั้งหมดนี้จะได้เป็นพิมพ์เขียว (Blue Print) สำคัญต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง และเกิดความพร้อมต่อการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ระยะที่ 5 การวางแผนการประเมิน (Plan Evaluation) เป็นระยะของการออกแบบวิธีการประเมินผลของการสื่อสารความเสี่ยงที่เป็นไปได้ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว พร้อมทั้งการออกแบบควรเป็นวิธีการที่สามารถตรวจสอบผลของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างแท้จริง

ระยะที่ 6 การดำเนินการตามแผน (Implement Plan) ระยะนี้เป็นการดำเนินการตามพิมพ์เขียวที่วางแผนไว้ในระยะที่ 4 อย่างเป็นระบบตามที่ได้วางแผนไว้ พร้อมการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ในขณะนั้น และการใช้เครื่องมือในการวัดและประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ในระยะที่ 5

การดำเนินการตามกระบวนการของทั้ง 6 ระยะตามแบบจำลอง CDCynergy จะสามารถดำเนินการเป็นเกลียววัฏจักร (Cycle) เพื่อให้หน่วยงานที่เป็นผู้ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเกิดการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์ใช้ แบบจำลอง CDCynergy ในการวางแผน และออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จะช่วยให้บุคคล กลุ่มคน รวมทั้งสาธารณชนเกิดความเข้าใจและตอบสนองต่อความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการควบคุมโรคและมาตรการป้องกันโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ อีกทั้งแบบจำลอง CDCynergy ยังมีจุดแข็งสำคัญ คือ เป็นแบบจำลองที่มุ่งให้มีการออกแบบกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงผ่านการกำหนด และวิเคราะห์ปัญหาอย่างลุ่มลึกผ่านหลักการทางวิชาการ หรือการวิจัย โดยเฉพาะการมุ่งเน้น

การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย (Audience Segmentation) ก่อนการวางแผนการดำเนินการ พร้อมทั้งยังสามารถบูรณาการร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ เช่น การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) เพื่อให้การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพนั้นมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹³ โดยสรุปเป็นกระบวนการของแบบจำลอง CDCynergy ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการการออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโดยใช้แบบจำลอง CDCynergy
ดัดแปลงจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา¹³

การประยุกต์ใช้แบบจำลอง CDCynergy ในการวางแผนกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ

แบบจำลอง CDCynergy ได้มีการประยุกต์ใช้ในการวางแผนกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพให้แก่ประชาชนในระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมการสื่อสารประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดในแพลตฟอร์มออนไลน์¹⁵ การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อการส่งเสริมความตั้งใจและพฤติกรรมในการทดสอบเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ในระยะการตั้งครรภ์¹⁶ การสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับเด็ก¹⁶ เป็นต้น

นักวิจัยในสาธารณรัฐคอสตาริกา¹⁷ ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CDCynergy เพื่อการพัฒนาการสื่อสารสำหรับประชาชนเพื่อการเข้าถึงโปรแกรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็ก เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนที่เป็นผู้ปกครองเด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพในระดับสาธารณสุข ด้วยการปรับจากแบบจำลอง CDCynergy 6 ระยะ เป็น 4 ระยะ เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ (Preparation) ขั้นนี้นักวิจัยรวมระยะที่ 1 - 5 ของแบบจำลอง CDCynergy ไว้ด้วยกัน คือ การกำหนดและอธิบายปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวางแผนการพัฒนา พัฒนากิจกรรม และการวางแผนการประเมิน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการดำเนินการเพื่อกำหนด อธิบายปัญหา และการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งเป็นระยะที่ 1 - 2 ของแบบจำลอง CDCynergy โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพของเด็ก เช่น องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Children's Emergency Fund; UNICEF) องค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสารสนเทศ ศูนย์ส่งเสริมวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพแห่งชาติ สถาบันโภชนาการ ภาคเอกชน (ผู้ผลิตอาหารเด็ก) สื่อมวลชน ในสาธารณรัฐคอสตาริกา เป็นต้น เพื่อระบุปัญหาสุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็กที่มีผลกระทบกลุ่มคน

หน่วยงาน องค์กร พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุของปัญหาซึ่งพบว่าผู้ปกครองเด็กในประเทศมีความรู้ ทักษะที่ไม่เพียงพอ และส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็ก จึงนำความรู้ ทักษะมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการจัดกิจกรรมการสื่อสาร ความเสี่ยงทางสุขภาพให้แก่ประชาชน

ส่วนที่ 2 เป็นกระบวนการวางแผนและพัฒนา ซึ่งเป็นระยะที่ 3 ของแบบจำลอง CDCynergy ด้วยการวางแผนการพัฒนาด้วยหลักของการสื่อสาร S-M-C-R ทั้งการวิเคราะห์ผู้ส่งสารที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนในประเทศสามารถเข้าถึงข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างครอบคลุม การกำหนดเนื้อหา หรือบทความสุขภาพต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อการสื่อสารให้เกิดความรู้ และทัศนคติที่จำเป็น การกำหนดและพัฒนา ช่องทางในการสื่อสาร และการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถพัฒนาได้เป็น Creative brief

ส่วนที่ 3 เป็นการพัฒนากิจกรรม ซึ่งเป็นระยะที่ 4 ของแบบจำลอง CDCynergy ซึ่งเป้าหมายเพื่อให้การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพมีประสิทธิภาพ โดยการนำ Creative brief นำมาพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย พัฒนากลยุทธ์ และแผนการสื่อสารแบบบูรณาการด้วยการสื่อสารอย่างต่อเนื่องผ่านความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศ วางแผนผู้รับผิดชอบหลัก รวมทั้งกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงด้วยสารประเภทต่าง ๆ และช่องทางต่าง ๆ รวมถึงความถี่ของการดำเนินการ จนสามารถเป็นพิมพ์เขียว ของการสื่อสารความเสี่ยง ทางสุขภาพให้แก่ประชาชนในประเทศได้

ส่วนที่ 4 เป็นการวางแผนการประเมิน ซึ่งเป็นระยะที่ 5 ของแบบจำลอง CDCynergy ซึ่งได้มีการกำหนดการประเมินทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว พร้อมทั้งกำหนดแผนการติดตาม และการประเมินผล พร้อมทั้งผู้รับผิดชอบในการดำเนินการเพื่อการประเมินผลอย่างชัดเจน

ระยะที่ 2 ขึ้นนำไปปฏิบัติ (Implement) คือ ระยะที่ 6 ของแบบจำลอง CDCynergy ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยได้ดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ในระยะที่ 1 ด้วยการเปิดตัวการสื่อสาร สุขภาพด้วยการรณรงค์ (Campaign) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนำไปปฏิบัติ รวมถึงมีการประชุมคณะกรรมการเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเรียนรู้และถอดบทเรียนอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างดำเนินการตามแผนที่วางไว้

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ (Results) เป็นระยะที่นักวิจัยนำผลจากระยะที่ 2 ที่ได้มีการประเมินตามที่ได้มีการออกแบบไว้ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และนำผลที่ได้มาจัดทำเป็นข้อสรุปทางกฎหมาย ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็ก พร้อมทั้งพัฒนากฎหมาย และนำกฎหมายไปบังคับใช้

ระยะที่ 4 สรุปแผนปัจจุบัน (Current plans) นักวิจัยนำผลสรุปที่ได้จากระยะที่ 3 มาปรับปรุง แก้ไข และดำเนินการรณรงค์เพื่อการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพต่อไปอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการที่ได้มีการปรับปรุงและถอดบทเรียน พร้อมทั้งร่วมกับรัฐบาลในการพัฒนากลไกบังคับใช้กฎหมายที่ปรับปรุงจากระยะที่ 3 ร่วมกับการทำงานกับภาคีเครือข่ายภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง จนสามารถพัฒนาสัญลักษณ์โภชนาการที่มีความง่าย (Simplified Logo) สำหรับอาหารเพื่อสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชน สามารถเข้าถึงอาหารเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้โดยง่ายและมีประสิทธิภาพ

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ວ່ານักวิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CDCynergy ในการออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงโปรแกรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กด้วยการดำเนินการในระดับมหภาคเป็นจุดเริ่มต้น จนสามารถขยายผลการดำเนินการและพัฒนาเป็นกฎหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้สามารถทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กที่พึงประสงค์ และสามารถยกระดับสุขภาวะของเด็กในภาพรวมของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

สภาพสังคมที่เป็นพลวัตรที่มีการไหลของข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อมูลทางสุขภาพและสาธารณสุข ทำให้ประชาชนเกิดปัญหาของการรับข้อมูลข่าวสาร และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคล พร้อมทั้งนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติ การสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะสามารถทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ รับทราบข้อมูลสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้พึง แม้ว่าแบบจำลอง CDCynergy ยังไม่ถูกประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาในระดับนานาชาติ สะท้อนให้เห็นว่าแบบจำลอง CDCynergy เป็นแบบจำลองทางเลือกหนึ่ง ที่มีความเป็นตรรกะ มีกระบวนการที่ชัดเจน โดยข้อควรพิจารณาที่สำคัญในการประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย คือ ควรมีการดำเนินการตามเกลียววัฏจักรอย่างเคร่งครัด โดยในการดำเนินการในแต่ละระยะ โดยเฉพาะในระยะที่ 1 – 5 นั้น ควรนำภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด อธิบายปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวางแผนการพัฒนา การพัฒนากิจกรรม และการวางแผนการประเมิน เนื่องจากภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะสามารถดำเนินการในแต่ละระยะได้อย่างลุ่มลึก เนื่องจากเข้าใจสภาพปัญหา บริบทของกลุ่มเป้าหมาย บริบทของสังคม และวัฒนธรรมที่จะนำไปสู่การออกแบบการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินการเกิดความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Practical) และสามารถบูรณาการ (Integration) ซึ่งจะทำให้เกิดความครอบคลุมได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ตามบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเมื่อเกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวแล้ว ในการดำเนินการในระยะที่ 6 คือ การดำเนินการตามแผนจะส่งผลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พร้อมทั้งเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและปรับเปลี่ยนการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพตามสถานการณ์ที่เป็นพลวัตรที่ได้ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ และเป็นเครื่องมือที่สร้างโอกาสในการสร้างกลยุทธ์ในการสื่อสารที่เหมาะสม ในการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และการแก้ไขความสับสนในด้านสุขภาพในส่วนต่าง ๆ ของประชากร ลดความเสี่ยงในด้านสุขภาพและสร้างสังคมที่มีความรอบรู้ และตอบสนองที่ดีต่อความเสี่ยงทางสุขภาพในอนาคต โดยที่ประชาชนสามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและมาตรการป้องกันได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลสุดท้ายคือทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต พร้อมทั้งลดผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจให้แก่ประเทศชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในทุกระดับทั้งในระดับพื้นที่ ระดับเขตพื้นที่ และระดับประเทศ สามารถประยุกต์ในการดำเนินการเพื่อการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ในประเด็นปัญหาและภัยสุขภาพที่สำคัญ โดยพึงระวังในประเด็นการอ้างอิงทางวิชาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากแบบจำลอง CDCynergy ไม่ได้ระบุว่าเป็นลิขสิทธิ์ การใช้ประโยชน์จากแบบจำลอง CDCynergy จะสามารถทำให้ประชาชนที่รับผิดชอบสามารถรับรู้ รับทราบข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ เพื่อการตัดสินใจของบุคคล พร้อมทั้งสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเงื่อนไขความสำเร็จของการนำแบบจำลอง CDCynergy ไปใช้ คือ การกำหนดกิจกรรมและข้อความในการสื่อสารที่ชัดเจนจากองค์กร ภาครัฐเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน การบูรณาการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงกับภาครัฐเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องให้สื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้ง นักวิจัยและนักวิชาการยังสามารถนำแบบจำลองนี้ไปใช้ในการวางแผนและออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ ตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นปัญหาในสังคมไทย ด้วยการดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยและสามารถนำองค์ความรู้จากผลการวิจัยไปสู่การขยายองค์ความรู้ให้แก่วงวิชาการในระดับชาติต่อไป

References

1. Ministry of Public Health. National health strategic plan 20-year (public health sector). [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/> (in Thai)
2. Department of Disease Control. The national disease prevention and health hazard control strategic plan phase 2: building resilience (B.E. 2566 - 2570). [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/ncd/tha-ncd-action-plan-2017-2021.pdf> (in Thai)
3. World Health Organization. Risk communication. [Internet]. 2011 [cited 2023 Aug 11]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/risk-communications>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Risk communication. [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 11]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthcommunication>
5. Bureau of Risk communication and Health Behavior Development. Manual for health risk communication in crisis situations (crisis risk communication). 2nd ed. Bangkok: TS Interprint Company Limited; 2020. (in Thai)
6. Bureau of Risk communication and Health Behavior Development. E-learning study guide for public health risk communication course. Bangkok: National Institute of Development Administration Publishing House; 2023. (in Thai)
7. Department of Disease Control. Public health emergency management course Incident command system and public health emergency operations center. [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 11]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=5846> (in Thai)

8. Infanti J, Sixsmith J, Barry MM, Núñez-Córdoba J, Oroviogiochea-Ortega C, Guillén-Grima F. A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013.
9. Department of Disease Control. Crisis risk communication diseases and health hazards manual. Bangkok: TS Interprint Company Limited; 2020.
10. Sangsingkeo N, Doungphummes N, Tipayamongkhogul M, Panyawongsataporn, V. Policy recommendations to risk communication during the COVID-19 crisis: The analysis from the case study of Department of Disease Control. *Journal of Journalism* 2024;17(1): 108-41. (in Thai)
11. Centers for Disease Control and Prevention. Gateway to health communication. [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthcommunication/index.html>
12. Centers for Disease Control and Prevention. CDCynergy. [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 16]. Available from: https://www.cdc.gov/nceh/tracking/conf04/pdfs/thu/ses4A/s_robinson.pdf
13. Centers for Disease Control and Prevention. CDCynergy Lite: Social marketing made simple : a guide for creating effective social marketing plans. [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 16]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5764>
14. Oak Ridge Institute for science and Education. CDCynergy process steps. [Internet]. 2005 [cited 2023 Aug 11]. Available from : <https://www.ornl.gov/hsc/cdcynergy30/ba/Content/activeinformation/phasestep1.htm>
15. Cummins JA, Lipworth AD. Reddit and google activity related to non-covid epidemic diseases surged at start of covid-19 pandemic: Retrospective study. *JMIR Formative Research* 2023;7:e44603 doi: 10.2196/44603.
16. Sulaeman E, Primaningtyas W, Hastuti H, Putri A, Wijayanti R, Ada Y, et al. Relationship between CDCynergy's social marketing model with intention of HIV counseling and testing for pregnant women in Surakarta Indonesia. *Biomedika* 2021;13(2):131-43. doi: 10.23917/biomedika.v13i2.12734.
17. Sissemaliev R. Use of CDCynergy model in Kazakhstan. Paper present at Central Asian Republics and Kazakhstan Programme Communication Workshop, Tashkent, Uzbekistan; 2004.



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0 2354 2320 ต่อ 411

email: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>