



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2567)

VOL. 14 NO. 2 JULY - DECEMBER 2024



ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Volume 14 Number 2 July-December 2024

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จุดมุ่งหมายของวารสาร

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาลและนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต:

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย ทางการพยาบาลและสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับประเทศ แก่บุคลากรทางการพยาบาล สุขภาพ และผู้สนใจ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรซึ่งเปิดโอกาสรับตีพิมพ์ให้กับต้นฉบับที่มีคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณชน ค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บจำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกระบวนการตรวจสอบบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และกระบวนการบริหาร ขั้นตอนการชำระเงินมีดังนี้:

1. เมื่อส่งบทความแล้ว กระบวนการคัดกรองครั้งแรกของวารสารจะดำเนินการโดยทีมบรรณาธิการ หากเอกสารที่ส่งมาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรอง บทความจะถูกปฏิเสธผ่านทางระบบ **ในขั้นตอนคัดกรองนี้ ผู้ส่งบทความยังไม่ต้องชำระเงินและสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการปฏิเสธการพิจารณาการยอมรับการตีพิมพ์ได้**

2. เมื่อบทความผ่านการคัดกรองครั้งแรกแล้วให้ผู้แต่งดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม

3. โปรดทราบว่าบทความที่ส่งเข้ามาสามารถถูกปฏิเสธได้ในภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำแนะนำในการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของทีมบรรณาธิการวารสาร **ทั้งนี้ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เมื่อชำระเงินไม่สามารถขอคืนได้** หากบทความผ่านการพิจารณาแล้วว่าไม่พร้อมที่จะได้รับการตีพิมพ์

หมายเหตุ: ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

เลขบัญชี : 310-1-17531-3 ธนาคารกรุงไทย **ชื่อบัญชี** : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

การเผยแพร่วารสาร : ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์
<https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737; E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ

ข้าราชการบำนาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณพร บุญเปล่ง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์รัชชัย ยืนยาว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

นาวาอากาศเอกหญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์

ดร.วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

กองทัพอากาศ

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรีมาลย์ นิละไพจิตร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัณญา จุฬารี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ดร.พัชรีย์ ใจการุณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.สาตี แฮมิลตัน

ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์

ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.สุรียา พองเกิด

ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ

ดร.วรรณภา พรหมศวร

ดร.อุทุมมชฎานันท์ อินทเรือง

ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์

ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกิจ วงษ์พินิจ

ดร.ปณวัตร สันประโคน

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสุณิสา สำเร็จดี

นางสาวกฤตวรรณ รู้จิตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
1	รศ.ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2	รศ.ดร.ศรีสมร ภูมนสกุล	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3	รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4	รศ.ดร.ซัจจนะค์ แพรขาว	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	รศ.ดร.ศรีธัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6	ผศ.ดร.วิไล นานา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7	ผศ.ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8	ผศ.ดร.ปณวัตร สันประโคน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
9	ผศ.ดร.อุมาภรณ์ ก้าวสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
10	ผศ.ดร.ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
11	ผศ.ดร.นฤมล สิงห์ดง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12	ผศ.ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
13	ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14	ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยราชธานี
15	ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (ต่อ)

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
16	ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17	ร.อ.ดร.กิตติพงษ์ พลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
18	ดร.นงษา สิงห์วีรธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
19	ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
20	ดร.นพดล พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
21	ดร.นิตยา ศรีสุทธิกมล	โรงพยาบาลขอนแก่น
22	ดร.สุรัชย์ เฉนียง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
23	ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
24	ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
25	ดร.สราวุฒิ สีถาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
26	ดร.วรรณภา พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
27	ดร.จุฑารัตน์ ทองสลับ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
28	ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะผู้อ่านทุกท่าน ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2567 วารสารยังคงไว้ซึ่งเนื้อหาที่เข้มข้น หลากหลาย ทุกบทความได้รับการพิจารณาล้นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันเพื่อลงตีพิมพ์ในราชาวดีสารฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double-blind-peer review) บทความในฉบับนี้ มีสาระที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษาพยาบาล ดังนี้

- บทความวิจัย จำนวน 11 เรื่อง ที่มีสาระเกี่ยวกับ โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของแบนดูรา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรี ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก และโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3

- บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง คือ บทบาทพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณาล้นกรองบทความ ช่วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ทำให้ผลงานมีคุณภาพ ช่วยพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานต่อไป นอกจากนี้ต้องขอขอบคุณผู้เขียนบทความ ที่ให้ความไว้วางใจส่งผลงานวิชาการ ตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน ที่สนใจติดตามอ่านวารสารทุกฉบับอย่างต่อเนื่อง เนื่องในโอกาสส่งท้ายปีพุทธศักราช 2567 ที่กำลังจะผ่านไป และต้อนรับปีใหม่ ปีพุทธศักราช 2568 ที่กำลังจะมาถึง ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลกที่ท่านเคารพบูชา อำนวยพรให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เขียนบทความ และผู้อ่านทุกท่าน ประสบพบเจอแต่ความสุข ความเจริญ คิดหวังสิ่งใด ๆ ขอจงสมความปรารถนาทุกประการ แล้วพบกันใหม่ในวารสารฉบับหน้าค่ะ

ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของแบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เสาวภา สมรูป และชนิษฐา มณีเรืองเดช	1
● คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก มัลลิกา คำทา สุภาณี คลังฤทธิ์ และจุฑามาศ รัตนอัมภา	17
● ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรี เทพลักษณ์ ศิริธนวุฒิชัย เทพอุทิศ ก้วสิทธิ์ อุมารณณ์ ก้วสิทธิ์ และดวงธิดา ช่างยิ้ม	29
● ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น กัญชมน สีหะปัญญา และเนาวรัตน์ สืบภา	42
● การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทิพวดี สีสุข	64
● การบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จัญญพัจน์ ศรีพุ่ม ปรีดาพรรณ กะสินัง และฐิติมา คาระบุตร	78
● ประสพการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน วิลาวัลย์ กล้าแรง ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง กัลยรัตน์ ศรีกล้า พชรินทร์ วรรณทวี พยอม ตันทจรรยา และรุจิสรร สุระถาวร	97
● การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น สุภาพร กุลสุวรรณ นฤมล สีนสุพรรณ และชนะพล ศรีฤๅชา	115
● ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตง ห้องแม่ ตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ ธีรณัฐ ยินดีสุข ורתัย พินสุวรรณ และปาริชาติ ศรีหนา	133

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย (ต่อ)	
● ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง วิทยาลัย สืทองภาพ อรพนิต ภูวงษ์ไกร กัตติกา วังทะพันธ์ สมลักษณ์ สิทธิพรหม และพรพรชนม์ ธนิกภัทร	149
● โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ชัยญา สงวนสม ชลดา กิ่งมาลา ชวัลลักษณ์ แดงงาม ถิรนนท์ ยอดเจริญ ทราयरินทร์ สมส่วน ธารารัตน์ ชัยนิต ธาริตา กลองชัย ธิดารัตน์ สุภิษา และพรรณพนัช ชาติธรรม	167
บทความวิชาการ	
● บทบาทพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ และจุฬาร ยาพรหม	181
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	198

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของแบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะ
ด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

เสาวภา สมรูป, พย.บ.*

ชนิษฐา มณีเรืองเดช, Ph.D Nursing**

Received: April 1, 2024

Revised: September 16, 2024

Accepted: September 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน ภายหลังการใช้โปรแกรมของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 35 ราย ผู้ป่วยใน 275 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) การรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 4) โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน และสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า 0.85, 0.98 และ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.94, 0.98 และ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.67 อยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพได้ และผู้ป่วยในมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปใช้พัฒนาสมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพแผนกอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การบริการที่ดี ความพึงพอใจของผู้ป่วย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าตุม; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: saowapha5042@hotmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The Effects of a Bandura Theory Based Self-Efficacy Promotion Program on the Service Mind of Nurses and Patient Satisfaction within the Inpatient Department of One Community Hospital

Saowapha Somrup, B.N.S.*

Kanittha Maneeruangdaj, Ph.D Nursing**

Abstract

A quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design to compare nurses' self-efficacy and service mind before and after the implementation of a nurse competency program and the satisfaction of inpatients following the program implementation. The purposive sample consisted of 35 inpatient nurses and 275 inpatients. The research instruments included 1) a nurses' self-efficacy questionnaire, 2) a nurses' service mind questionnaire, 3) a patient satisfaction questionnaire, and 4) a program developed to enhance the self-efficacy and service mind of nurses. The content validity was verified with index values of 0.85, 0.98 and 0.80. The reliability of the questionnaires was assessed using Cronbach's alpha coefficient, with values of 0.94, 0.98 and 0.96. The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, and paired sample t-tests.

The research findings revealed the following results 1) nurses demonstrated significantly higher levels of self-efficacy and service mind after receiving the program, with statistical significance $p < .05$. 2) The satisfaction of inpatients showed a mean score of 4.21, with a standard deviation of 0.67, indicating a high level of satisfaction. In conclusion, the program effectively enhanced the self-efficacy and service mind of nurses, while also resulting in high levels of patient satisfaction. Therefore, it is recommended to implement the program for further development of self-efficacy and service mind among nurses in other departments.

Keywords: Self-efficacy, Service mind, Patient satisfaction

* Professional nurse, Thatum Hospital; Corresponding Author E-mail: saowapha5042@hotmail.com

** Lecture at Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

จากนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพื่อให้เป็นประเทศที่มีพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2559) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตอบสนองความต้องการของประชาชน และสอดคล้องนโยบายการบริหารราชการยุคใหม่ โดยยึดหลักการบริหารที่ดี มีขีดสมรรถนะสูง มีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ 3) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ 4) แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีความพึงพอใจต่อไป

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน การป้องกันโรค การฟื้นฟูรักษา ดังนั้นจึงได้รับความคาดหวังการเข้าใจในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเคารพในเกียรติ และสิทธิมนุษยชนจากสังคมเป็นอย่างมาก (Hendhana & Darma, 2017) แต่จากสถานการณ์ปัจจุบันการบริการพยาบาลมีความซับซ้อน ต้องแข่งขันกับเวลาที่จำกัด ต้องให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำกัดจำนวน อัตราค่าจ้างของพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่คาดหวังไว้ ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ และมีข้อร้องเรียนต่อพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2560) ส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ และประชาชนสูญเสียความเชื่อมั่นต่อโรงพยาบาลได้

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยทั้งหมด 5 หอผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยหญิง 2) ผู้ป่วยชาย 3) แม่และเด็ก 4) เวชกรรมฟื้นฟู 5) จิตเวช มีพันธกิจพัฒนาความเป็นเลิศด้านคุณภาพบริการโดยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล 3) การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ มีการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในด้านพฤติกรรมบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยมีการจัดการอบรมการสร้างพฤติกรรม การให้บริการสู่ความเป็นเลิศ (excellence service behavior) อย่างต่อเนื่องทุกปี อย่างไรก็ตามพบว่าความพึงพอใจภายหลังการอบรม พบว่า ระยะเวลาในการจัดอบรม 1-2 วัน ไม่เพียงพอในการฝึกปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติขาดความเชื่อมั่นและความต่อเนื่องในการพัฒนาบริการต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย โดยปี 2560 - 2565 เท่ากับ ร้อยละ 84.27, ร้อยละ 85.51, ร้อยละ 85.58, ร้อยละ 84.27, ร้อยละ 85.12 และร้อยละ 85.34 ตามลำดับ (โรงพยาบาลท่าตูม, งานยุทธศาสตร์, 2565) และพบการร้องเรียนพฤติกรรมบริการต่อสภาวิชาชีพ 1 ครั้ง ในปี 2566 ร้องเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook fan page) 2 ครั้ง (โรงพยาบาลท่าตูม, 2565) ก่อให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์ขององค์กรเป็นอย่างยิ่ง และส่งผลให้ประชาชนสูญเสียความเชื่อมั่นต่อองค์กรได้ สอดคล้องกับการศึกษามุมมองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นหรือรับรู้พฤติกรรมบริการน้อยกว่าที่ผู้ให้บริการคิด (ชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจ

ในการบริการของโรงพยาบาลเอกชนในเขตจังหวัดนครราชสีมา พบว่าพฤติกรรมบริการ มารยาทของบุคลากร มีผลต่อพึงพอใจสูงสุด (นลินทิพย์ เงินสูงเนิน และคณะ, 2561)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นถึงปัญหาการบริการที่ต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของบริการของโรงพยาบาล โดยต้องมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ผ่านการฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีในการให้บริการ (จอมขวัญ ศุภศิริกิจเจริญ และฟ้าวิกร อินลวง, 2566) เพื่อสร้างความพึงพอใจในผู้รับบริการในระยะยาว พฤติกรรมของบุคคลสามารถพัฒนาได้โดยอาศัยปัจจัยหลากหลายอย่าง จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ที่เชื่อว่าสมรรถนะแห่งตนของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลได้ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูง จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จสูงตามไปด้วย เชื่อว่าพฤติกรรมบุคคลสามารถพัฒนาได้ จากการเรียนรู้ดังนี้ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (modeling) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำ (mastery experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) (Bandura, 1997) ซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการพัฒนาบริการพยาบาลที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการพยาบาล และเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ (ช่อดาว เมืองพรหม, 2562) และการศึกษาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรมและการบริการที่ดี พบว่าหลังจากพยาบาลวิชาชีพได้รับมีค่าคะแนนสมรรถนะด้านการบริการดีมากขึ้น (พรทิพย์ ชัชวาลธাত্রี, 2554) ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตามด้วยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่แตกต่างกัน จึงยังไม่สามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดได้

ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนแก่พยาบาลวิชาชีพ จะสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สมรรถนะด้านการบริการที่ดี เพื่อนำสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการ ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และนโยบายของโรงพยาบาลคือ บริการพยาบาลมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมบริการที่ดีของบุคลากรในองค์กรอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในภายหลังจากได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในภายหลังจากได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก

ขอบเขตการวิจัย

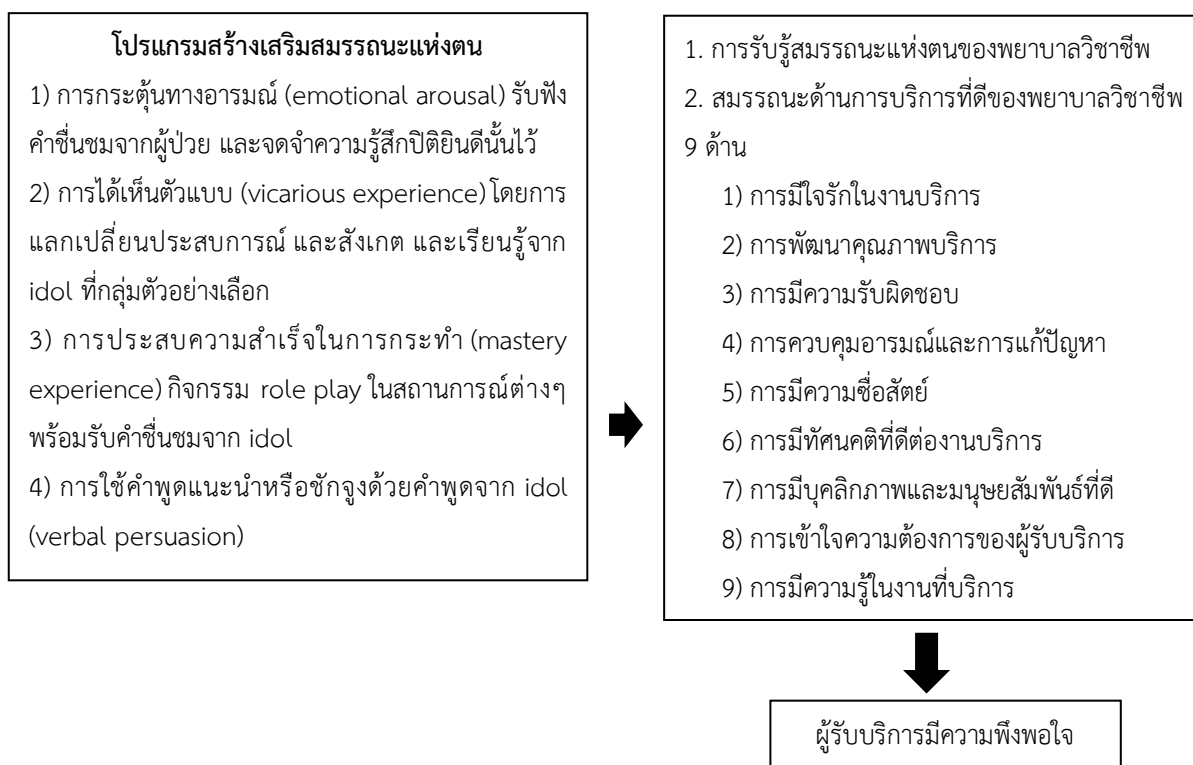
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลัง การทดลอง (the one-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง 35 ราย และผู้ป่วยใน 275 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ป่วยใน โดยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรมและการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ (พรทิพย์ ชัชวาลธাত্রี, 2554) ทั้งนี้ได้ดัดแปลงในเรื่องการกระตุ้นทางอารมณ์จากการรับฟังธรรมะ เป็นการรับฟังบันทึกเสียงคำชื่นชมยินดีจากผู้ป่วย และรับรู้ถึงความรู้สึกดีภายหลังจากได้รับคำชื่นชม ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพสังกัดแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ทั้งหมด 35 ราย และ 2) ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้ง 5 หอผู้ป่วย จำนวน 275 ราย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพสังกัดแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ทั้งหมด 35 ราย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง สภาการพยาบาล ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล

1.2 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

1.3 สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1.1 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยต่าง ๆ

1.2 ย้ายหน่วยงานขณะดำเนินการศึกษา

1.3 การเข้าร่วมไม่ครบตามเวลาและกิจกรรมที่กำหนดของโปรแกรม

2. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั้ง 5 หอผู้ป่วย โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากประชากรตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 275 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2.2 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

2.3 สามารถอ่านออกเขียนได้

2.4 รับบริการที่งานผู้ป่วยใน และนอนพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 24 ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในไม่ครบ 24 ชั่วโมง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณตามสูตรของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ซึ่ง N คือ จำนวนประชากรที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 3 เดือน จำนวน 789 ราย e คือระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ค่าไคสแควร์ที่ degree of freedom เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95 % คือ $\chi^2 = 4.21$ ได้จากผลการศึกษาของวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในอดีต (อุทัยวรรณ สกวลสิทธิ์ และคณะ, 2562) และ $p =$ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร กำหนด $p = 0.5$ ดังนี้

$$274.747 = \frac{789 \times 4.21 \times 0.5 \times 0.5}{[0.05^2 (789-1)] + [4.21 \times 0.5 \times 0.5]}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 1.1 ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ
- 1.2 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 8 ข้อ
- 1.3 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดี 55 ข้อ แบบสอบถามส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดี ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นโดยสุกัญญา จันใด (2561) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมาก |
| 3 | หมายถึง | ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านน้อย |
| 1 | หมายถึง | ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านน้อยที่สุด |

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด
- 2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่พัฒนาโดยนางลักษณ์ สุวิสิทธิ์ (2554) ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 17 ข้อ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | พยาบาลวิชาชีพมีการบริการที่ดีมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | พยาบาลวิชาชีพมีการบริการที่ดีมาก |
| 3 | หมายถึง | พยาบาลวิชาชีพมีการบริการที่ดีปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | พยาบาลวิชาชีพมีการบริการที่ดีน้อย |
| 1 | หมายถึง | พยาบาลวิชาชีพมีการบริการที่ดีน้อยที่สุด |

3. โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรมและการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ของพรทิพย์ ชีวาลธাত্রี (2554)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลขอนแก่น 2 ท่าน โรงพยาบาลชัยภูมิ 1 ท่าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 1 ท่าน และ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของตัวแปร โดยดัชนีความตรงของเนื้อหา ผลดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 0.85 2) แบบสอบถามสมรรถนะด้านการบริการที่ดีเท่ากับ 0.98 และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานผู้ป่วยในเท่ากับ 0.80 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 0.94 2) แบบสอบถามสมรรถนะด้านการบริการที่ดีเท่ากับ 0.98 และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานผู้ป่วยในเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. หาค่าความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบ paired t-test
4. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในหลังการทดลอง
5. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ดังนี้ 1) คะแนก่อนจัดโปรแกรม Sig = 0.89 2) คะแนหลังจัดโปรแกรม sig = 0.15 พิจารณาการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test พบว่า ค่า sig มากกว่าค่าแอลฟา ($>.05$) แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ สามารถใช้ paired t-test ในการทดสอบความแตกต่างได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยในมนุษย์ผ่านการพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่: HE662200 รับรอง ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2566 และผ่านการพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่: 52/2566 รับรอง ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกลำดับขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาให้ทราบว่าสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น ข้อมูลที่เก็บมาเป็นความลับ การเสนอข้อมูลดำเนินการจัดทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนึงถึงอันตรายของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีการรบกวนเวลาพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาก็จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากการได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตจึงขออนุญาตชี้แจงโครงการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย การประชาสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ โดยประชาสัมพันธ์ในหอผู้ป่วยทุกหอ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมการดำเนินโครงการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าใจทุกราย
2. ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ก่อนการทดลองผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการวิจัย
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สมรรถนะด้านการบริการที่ดีก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
4. ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ จำนวน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) รับฟังคำชื่นชมจากผู้ป่วย 2) การได้เห็นตัวแบบ (model) รับฟังประสบการณ์จาก idol ที่กลุ่มตัวอย่างเลือก 3) การประสบความสำเร็จในการกระทำ (mastery experience) กิจกรรม role play และ 4) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด โดยการใช้ถ้อยคำ “เก่งมาก” “ทำได้ดีมาก” “ไม่เป็นไร เอาใหม่นะ” “ทุกคนเชื่อว่าพวกเราทำได้” “ทำดีแล้ว พยายามต่อไป” “ค่อย ๆ เปลี่ยนแล้วเราจะทำได้” “สู้ ๆ ทุกคนก็เคยเป็นแบบนี้ หมั่นพัฒนาตัวเองนะ” จาก idol
5. ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สมรรถนะด้านการบริการที่ดีหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจ ในสัปดาห์ที่ 5-6
6. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35 ปี อายุน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 53 ปี ระดับการศึกษาทั้งหมดจบปริญญาตรี และอายุงานในวิชาชีพการพยาบาลเฉลี่ย 11.60 ปี อายุงานน้อยสุด 6 เดือน อายุงานมากที่สุด 28 ปี

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 183 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.50 อายุเฉลี่ย 42.63 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 92 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ก่อนการทดลอง $M = 28.34$, $SD = 3.28$ หลังการทดลอง $M = 33.14$, $SD = 4.12$) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพพบว่าหลังการทดลองสูง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $(t = 6.19, p\text{-value} = 0.00)$ รายละเอียดดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (ก่อนและหลังการทดลอง)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ	N	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	35	28.34	3.28	-6.19	.00***
โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน					
หลังการทดลอง	35	33.14	4.12		
โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน					

ตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ภาพรวม	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพ						คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
	สูง		ปานกลาง		น้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนการทดลอง	10	28.60	24	68.60	1	2.90	28.34 (3.28)	ปานกลาง
หลังการทดลอง	26	74.30	9	25.70	0	0.00	33.14 (4.12)	สูง

* $p\text{-value} < .001$, $df = 34$

3. สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ก่อนและหลังการทดลองภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ย 4.10 ($SD = 0.41$) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.28 คะแนน ($SD = 0.38$) การทดสอบที (t-test) แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent sample) ค่า t เท่ากับ 2.23, $p\text{-value}$ เท่ากับ 0.03 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านการบริการที่ดี	N	M	SD	t	p
คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลอง	35	4.10	0.41	2.23	0.03*
คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลอง	35	4.28	0.38		

*p-value<.05, df = 34

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งภายหลังการทดลอง พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($M = 4.21$, $SD = 0.67$) ในรายข้อพบว่าความสามารถเชิงวิชาชีพ ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.34$, $SD = 0.75$) รองลงมาคือ ความห่วงใยเอื้ออาทร ($M = 4.21$, $SD = 0.81$) และการเข้าถึงการบริการ ($M = 4.21$, $SD = 0.84$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยงานผู้ป่วยในการบริการพยาบาลวิชาชีพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	M	SD	แปลผล
1. ความห่วงใยเอื้ออาทร	4.21	0.81	มาก
2. การเข้าถึงการบริการ	4.17	0.84	มาก
3. ความสามารถเชิงวิชาชีพ	4.34	0.75	มาก
รวม	4.21	0.67	มาก

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลจากโปรแกรมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับ ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ที่กล่าวถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และจะนำไปสู่

การตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอยู่ 4 แหล่ง คือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) เป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อการกระทำนั้น ๆ 2) การได้เห็นตัวแบบ (vicarious experience) เป็นการที่บุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนแล้วประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ที่สังเกตมั่นใจว่าตนเองจะทำให้ประสบผลสำเร็จได้ 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) เป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลในการกระทำนั้น ๆ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการพูดให้คำแนะนำ อธิบาย ชักชวน ที่ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการกระทำ โปรแกรมในการทดลองนี้ได้จัดกิจกรรม ตามปัจจัยทั้ง 4 แหล่ง ประกอบด้วย การรับฟังคำชื่นชมจากผู้ป่วย ให้พยาบาลวิชาชีพจดจำความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุขเมื่อได้รับคำชื่นชม กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่กลุ่มทดลองได้คัดเลือก สอดคล้องกับการได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จัดให้พยาบาลวิชาชีพเรียนรู้ด้วยตนเองจากสถานการณ์จำลอง (role play) มีการฝึกให้คำแนะนำในกลุ่มทดลอง และเรียนรู้ร่วมกับบุคคลต้นแบบ ผู้วิจัยและบุคคลต้นแบบพูดชักจูงให้พยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญในการปฏิบัติ ชมเชยให้กำลังใจ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งให้คำปรึกษา ซึ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการให้บริการที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล และส่งผลให้พยาบาลมีความรู้สึกมั่นใจในการให้บริการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของสหัสพร ยืนบุญ (2561) เรื่องการจัดโปรแกรมการเตรียมความพร้อม โดยใช้วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้บุคคลรับรู้ถึงความสำเร็จ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ และสัญลักษณ์ต้นแบบ การสร้างแรงจูงใจ และการให้กำลังใจด้วยวาจา และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสะท้อนกลับทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความรู้ความเข้าใจความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนสูงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา ไทยยิ้ม และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านความปลอดภัย ต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเอกชนผ่านโดยโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองนั้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้จากวิทยากรที่เป็นผู้นำต้นแบบจัดกิจกรรม 1 ครั้ง 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จ 3) การเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ เช่น การติดตามและให้คำปรึกษา และ 4) การเสริมสร้างจิตใจในการเผชิญสถานการณ์ด้านความปลอดภัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความปลอดภัยเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ จากการศึกษาที่สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพนี้ สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในได้

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าโปรแกรมที่พยาบาลวิชาชีพได้รับสามารถ

เพิ่มสมรรถนะด้านการบริการที่ดีได้ อธิบายได้ว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพได้ และเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความรู้สึกมั่นใจในการให้บริการ เมื่อรู้สึกมั่นใจในการให้บริการ จะสามารถให้การบริการได้ดี ส่งผลให้มีสมรรถนะด้านการบริการที่สูงขึ้นได้ แสดงว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานสูงด้วย ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองนี้ จะทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในตนเองสูงจะมีความเอาใจใส่ มุ่งมั่น ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ และความเชื่อในความสามารถของตนเองในบุคคลนี้ เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ ในการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองแล้วนั้น ยังสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาและอุปสรรคและมุ่งหวังความสำเร็จตามที่ได้คาดหวังไว้ ทำให้มีการพัฒนาตนเองเปลี่ยนแปลงตนเองจนสามารถประสบความสำเร็จได้ (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรอุมา บัวทอง (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน พบว่า พนักงานที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของยุพเรศ พญาพรหม (2562) ที่ศึกษาผลของการเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ซึ่งพบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะมีทักษะการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของผกามาศ เจียกสูงเนิน และธนิษฐ์ รัตนพงศ์ภิญโญ (2566) ที่ศึกษาผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดสำนักสาคลยุดิธรรมประจำภาค 7 โดยพบว่าบุคลากรที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความมั่นใจ และสามารถพูดไกล่เกลี่ยอย่างมีประสิทธิภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากผลการศึกษานี้ยืนยันได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีสมรรถนะด้านการบริการที่ดีสูงขึ้น และสามารถให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการบริการพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลองพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยในหลังการทดลองมีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยแสดงว่า ผู้ป่วยในมีความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพสูง อธิบายได้ว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการให้บริการพยาบาล มีการบริการที่ดีมากขึ้น มีสมรรถนะด้านการบริการที่ดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนลินทิพย์ เงินสูงเนิน และคณะ (2561) ที่ศึกษาการรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมบริการและมารยาทของบุคลากรมีผลต่อพึงพอใจของผู้รับบริการสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร พวงสุวรรณ และอวยพร เรืองตระกูล (2558) ศึกษาเรื่องผลการสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงขึ้นหลังจากบุคลากรทางการพยาบาลมีจิตบริการสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของฐปนรรคสมบัติ วิมุตต์หิบัติ (2565) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในภายในโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล พบว่า การบริการพยาบาลเป็น

องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในภายในองค์กร โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นเนล มีค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า สมรรถนะด้านบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพคือปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลเป็นอย่างยิ่งต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในได้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมที่ครอบคลุมตามแนวคิดของแบนคูราห์ทั้ง 4 ด้านดังนี้ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) โดยการฟังคำชื่นชมจากผู้ป่วย 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (modeling) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำ (mastery experience) โดยกิจกรรม role play และ 4) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) จากบุคคลต้นแบบอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมากขึ้น มีความเชื่อมั่นและมีสมรรถนะด้านการบริการที่ดีสูงขึ้นตามลำดับ และส่งผลให้ผู้ป่วยในมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยเรื่องนี้ เป็นการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นที่เฉพาะอาจทำให้เกิดปัญหาความเที่ยงตรงภายนอก ไม่สามารถนำไปอ้างอิงในระดับกว้าง ผลการวิจัยที่ได้จึงมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะในพื้นที่ที่ทำการศึกษาเท่านั้น การจะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นควรอยู่ภายใต้บริบทการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะด้านการบริการที่ดี เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ หรือนำไปพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ ได้
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริการที่ดีอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพการบริการ ผู้ป่วยพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาสมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะด้านการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพกับความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567.
<https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/21112023-113615-1061.pdf>
- จอมขวัญ ศุภศิริกิจเจริญ, และฟ้าวิกร อินลวง. (2566). คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความภักดีของผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 17(2), 63-78.
- ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี. (การศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสยาม.
- ชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2560). พฤติกรรมบริการอย่างมีมนุษยธรรม: มุมมองระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(2), 238-247.
- ชุติมา ไทยยิ้ม, เนตรชนก ศรีทุมมา, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(4), 22-33.
- ฐปนรรศกมล วิมุตต์พิบัติ. (2565). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในภายในโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล. [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์. (2554). การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(2), 264-277.
- นลินทิพย์ เงินสูงเนิน, ธวัชวิทย์ โพนสิงห์, สรวิทย์ สมใจ, บุษยา วงษ์ขลิทกุล, และสิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา. (2561). การรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดนครราชสีมา: การวิเคราะห์โดยโมเดล SERVQUAL. *วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม*, 12(ฉบับพิเศษ), 199-215.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 8.) สุวีริยาสาส์น.
- ผกามาศ เจียกสูงเนิน, และธนินท์รัฐ รัตนพงศ์ภิญโญ. (2566). วัฒนธรรมองค์กร คุณภาพชีวิตในการทำงาน และการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อความสำเร็จขององค์กร. *วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย*, 5(3), 519-532.
- พรทิพย์ ชัชวาลธาดศรี. (2554). การพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรมและการบริการที่ดีของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุพเรศ พญาพรหม. (2562). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47(4), 386-406.
- โรงพยาบาลท่าตูม. (2565). รายงานบัญชีความเสี่ยงปี 2565. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย โรงพยาบาลท่าตูม.

- โรงพยาบาลท่าตุม, งานยุทธศาสตร์. (2565). รายงานสรุปตัวชี้วัดปี 2565.
- วิรุจน์ คุณกิตติ, และชนิษฐา นวลโรสง. (2560). ผลของการร้องเรียนแพทย์และพยาบาล: ศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(4) 366-371.
- สหสพร ยืนบุญ. (2561). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12*. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
- สุกัญญา จันใด. (2561). การพัฒนาโมเดลการวัดจิตบริการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 95-110.
- สุภาพร พวงสุวรรณ, และอวยพร เรืองตระกูล. (2558). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกบริการของบุคลากรทางการพยาบาล. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 10(4), 281-293.
- อรอุมา บัวทอง. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำหนดเป้าหมาย บุคลิกภาพเชิงรุกกับประสิทธิผลในการทำงานของพนักงาน สถาบันการเงินแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุทัยวรรณ สกวลีธร, นงนุช ดาวัลย์, และผุขดี เจริญวงศ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการบริการสู่ความมุ่งมั่นและจิตบริการที่ดีต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางคล้า อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยและพัฒนาการบริการด้านสุขภาพ*, 12(2), 45-57.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Hendhana, S., & Darma, G.S. (2017). Service quality rumah sakit dan efeknya terhadap patient satisfaction, perceived value, trust, dan behavioral intention. *Jurnal Manajemen Bisnis*, 14(1), 37-55.
- Smith J, Johnson A, & Brown, K. (2024). The impact of a self-efficacy enhancement program on perceived service competence of professional nurses in a community hospital. *Journal of Healthcare Education*, 10(2), 45-60.

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(โควิด 19) เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก

มัลลิกา คำทา, พย.บ.*

สุภาณี คลังฤทธิ์, พย.ด.**

จุฑามาศ รัตนอัมภา, กศ.ม***

Received: April 16, 2024

Revised: September 24, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มวัย กลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 415 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตแยกตามกลุ่มวัย ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับดีร้อยละ 67.95 เมื่อพิจารณารายมิติตามองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด (ร้อยละ 71.81) รองลงมา คือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 67.71, ร้อยละ 57.35 และร้อยละ 49.64 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัยไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตเมือง

* พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: supanee@bcnb.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Quality of Life in Older Persons during the Coronavirus 2019 Epidemic (COVID-19) in Mueang District, Phitsanulok Province

Mallika Kamtha, B.N.S.*

Supanee Klungrit, Ph.D.**

Juthamas Rattana-Umpa, M.Ed.***

Abstract

This research aims to examine the quality of life of the elderly during the COVID-19 pandemic in Phitsanulok city and to compare differences in the quality of life scores among elderly individuals based on age groups. A simple random sampling without replacement was conducted with a total of 415 elderly individuals, both male and female, aged 60 and above. Data were collected using a quality of life questionnaire and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The differences in quality of life by age group were compared using the independent t-test.

The study found that the overall quality of life among the elderly was rated as good at 67.95%. When examining the dimensions of quality of life, it was found that the elderly had the highest quality of life in the psychological domain (71.81%), followed by the environmental domain (67.71%), physical health domain (57.35%), and social relationships domain (49.64%). There were no significant differences in the quality of life across different age groups.

Keywords: Older persons, Quality of life, Coronavirus 2019 epidemic (COVID-19), Urban

* Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Lecturer Dr., Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: supanee@bcnb.ac.th

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ในช่วงที่ทั่วโลกเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสมประมาณ 438 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.9 ล้านคน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) (World Health Organization [WHO], 2021)

สำหรับในประเทศไทยมีการพบยอดผู้ติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และขยายการแพร่ระบาดไปเกือบทั่วทุกจังหวัดในช่วงเดือนมีนาคม 2563 จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสม 2,961,150 ราย เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 23,834 ราย อีกทั้งยอดผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในระลอกการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนในไทย ยังมีระดับขึ้นสูงอีกครั้งนับจากการระบาดของสายพันธุ์เดลตา ในกลุ่มของผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว รัฐบาลจึงมีการประชาสัมพันธ์ ให้คนไทยดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายและมักมีอาการรุนแรง จนเสียชีวิตได้เมื่อติดเชื้อ (WHO, 2020) ทำให้รัฐบาลได้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อรับมือโควิด 19 และลดการแพร่ระบาดของโรค

จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคม และส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้เกิดผลกระทบทางสังคมตามมารุนแรง ทั้งสำหรับคนทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง เช่น นักเรียนและครูที่ต้องเรียน/สอนออนไลน์ ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก กลุ่มนักเรียนที่ออกจากสถานศึกษากลางคัน ครอบครัวที่ประสบปัญหาจากงานเฉื่อยพลันและอาจกลายเป็นผู้ยากจนเรื้อรัง แรงงานนอกระบบไม่อยู่ภายใต้ระบบคุ้มครองทางสังคม แรงงานต่างด้าวทั้งที่ถูกและผิดกฎหมาย บัณฑิตจบใหม่ที่หางานไม่ได้ กลุ่มคนไร้บ้านที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุและผู้พิการที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้จำกัดขึ้น (สมชัย จิตสุชน และณณริฎ พิศลยบุตร, 2564) หรือแม้กระทั่งผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ หลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนมีมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเพื่อไม่ให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการติดตามและการไม่ยอมรับผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 กลับเข้าสู่ชุมชน หรือครอบครัวของผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ถูกชุมชนกีดกันไม่ให้ออกมาใช้ชีวิตตามปกติ นำไปสู่การปกปิดหรือไม่ยอมเข้ารับการรักษาเชื้อไวรัส การถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นนับตั้งแต่มีคำสั่งให้ประชาชนกักตัวอยู่ในบ้าน เนื่องจากการกักตัวอยู่ในบ้าน ผู้สูงอายุและคนพิการขาดการดูแลที่เหมาะสม (สภากาชาดไทย, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2563)

การที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ทำให้ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมากเกือบร้อยละ 16.73 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2564) ซึ่งตามกระบวนการสูงอายุ (aging process) วัยผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ความแข็งแรงและความเสื่อมถอยของร่างกายขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพตั้งแต่อ่อนเป็นผู้สูงอายุ

จนถึงปัจจุบันที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว ระบบที่มึการทำงานลดลงเมื่อเป็นผู้สูงอายุคือระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย (Eliopoulos, 2018; Touhy & Jett, 2018) ดังนั้นผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) (Ministry of Public Health, Department of Health, 2020) เนื่องจากเขตเมือง เป็นบริเวณที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น การสำรวจผลกระทบการระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ต่อประชากรผู้สูงอายุไทย ที่ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ในด้านเศรษฐกิจและรายได้ ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการทำงาน มีอุปสรรคในการทำงานในช่วงการระบาดมากขึ้น รายได้จากการทำงาน หรือจากบุตร และดอกเบี้ยเงินออมมีสัดส่วนลดลง จากการสำรวจพบว่า 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุ รายงานว่ามีสุขภาพแย่ลงการระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 อาจเนื่องมาจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด อาการที่รายงานมากที่สุด ได้แก่ วิดกกังวล ไม่อยากอาหาร เหนงา ไม่มีความสุข เป็นต้น และในด้านผลกระทบด้านสังคม ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบในหลายเรื่อง เช่น การดูแลตนเอง (การตัดผม การออกกำลังกาย) การซื้อข้าวของเครื่องใช้ จ่ายตลาด การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ และการดูแลตนเอง นอกจากนี้มาตรการปิดสถานดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสร้างภาระการดูแลให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุได้ (ยศ วัชรคุปต์ และสมชัย จิตสุชน, 2563) นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพกายแล้ว ยังพบว่าเชื้อไวรัส Covid-19 มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากด้วย ไม่ว่าผู้สูงอายุรายนั้นจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางด้านร่างกายคือมีโรคร่วมมาก ภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงติดเชื้อง่าย และด้านจิตใจ ที่มีความเครียดวิตกกังวลง่าย โดยงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เครียด และวิตกกังวล (กรมสุขภาพจิต, 2564)

จังหวัดพิษณุโลกมีส่วนจำนวนประชากร ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติจังหวัดพิษณุโลก, 2562) โดยอำเภอเมืองพิษณุโลก มีจำนวนผู้สูงอายุ 23,892 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 จากจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก จากสถานการณ์โรคระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในปัจจุบันนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุนั้นได้รับผลกระทบมากมายทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยนี้ใช้จังหวัดพิษณุโลกเป็นพื้นที่ตัวอย่าง เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีความหลากหลายทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ผู้วิจัยคาดว่าจะการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนหรือท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มวัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ (Lawton, 2000) และตัวชี้วัดการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับ ภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนินทรกุล และคณะ, 2559) ที่วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีความเชื่อว่าปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป กลุ่มติดบ้าน และติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 23,370 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีสัญชาติไทย 2) สามารถพูดคุย อ่านออกเขียนได้ สามารถให้ข้อมูลได้ 3) สามารถเดินทางออกไปภายนอกบ้าน ไม่ติดเตียง 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีความเจ็บป่วยทางกายรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ไม่สามารถสื่อสารได้

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยการเปิดค่าจากตารางของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 377 คน โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับของแบบสอบถาม มีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราร้อยละ 10 คือ 38 คน ดังนั้น การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 415 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้คือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน ท่านมีรายได้เพียงพอหรือไม่ ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่ ความรู้สึกต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนากับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 26 ข้อ โดยได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI (กรมสุขภาพจิต, 2545) มาใช้ทั้งฉบับ และผู้วิจัยได้จัดกลุ่มข้อคำถามใหม่โดยแบ่งเป็นรายด้านเพื่อให้ข้อคำถามแบ่งเป็นหมวดหมู่เดียวกัน โดยแบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

จำนวน 6 ข้อ 3) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ 4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และ 5) คุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ

มีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 1, 5, 12

โดยกำหนดระดับคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวตั้งแต่เห็นด้วยในข้อนั้นมากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อยและไม่เลย กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ไม่เลย จนถึงมากที่สุด เป็น 1-5 และมีเกณฑ์ในการจัดระดับ ดังนี้ การแปลผลคะแนน คุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนนเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

26 - 60	คะแนน	หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61 - 95	คะแนน	หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตกลาง
96 - 130	คะแนน	หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

การแบ่งกลุ่มวัยผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ผู้สูงอายุตอนต้นคือบุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลางคือบุคคลที่มีอายุ 70-80 ปี ผู้สูงอายุตอนปลายคือบุคคลที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Item Variable Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น และนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ภายหลังที่ได้มีการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์จากการทำวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งมีการขออนุญาตบันทึกคำยินยอมเมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวหรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งไม่ส่งผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล มีการรักษาความลับให้กับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และผู้วิจัยยังได้ยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร COA No. 0025/2022 NREC No. 0031/2565 ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2565 วันหมดอายุ 3 สิงหาคม 2566 หลังได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ถึงศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองพิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมและชี้แจงรายละเอียดให้อาสาสมัครและเก็บรวบรวมแบบสอบถามตามวัน เวลาที่กำหนด
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการไปแจกแบบสอบถามที่บ้าน และที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์และอธิบายข้อคำถามที่ไม่เข้าใจใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มวัย ด้วย สถิติ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.2 โดยไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉย ๆ คิดเป็นร้อยละ 44.6 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 49.2 มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 42.4 มีผู้ดูแล ร้อยละ 67.7 ในส่วนความรู้สึกรู้สึกต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 51.6 และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนากับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ไม่สามารถเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 48.7 รองลงมาคือ ขาดรายได้ ร้อยละ 27.8 และสุขภาพทรุดโทรม ร้อยละ 19

ตอนที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

จากตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 67.95 มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.81 อยู่ในระดับระดับปานกลาง และร้อยละ 0.24 อยู่ในระดับระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายมิติตามองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยมีคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวในระดับดี

ร้อยละ 71.81, 67.71, 57.35 และ 49.64 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 34.46 ที่มีคุณภาพชีวิตด้านด้านสุขภาพกาย ในระดับไม่ดี

ตารางที่ 1

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก (n = 415)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	143	34.46	34	8.19	238	57.35
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	2	0.48	115	27.71	298	71.81
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	14	3.37	195	46.99	206	49.64
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	2	0.48	132	31.81	281	67.71
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	1	0.24	132	31.81	282	67.95

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มวัย

จากตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนกลาง/ตอนปลายมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มวัย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุตอนต้น		ผู้สูงอายุ ตอนกลางและ ตอนปลาย		t- value	95% Confidence Interval	Sig. (2 tailed)
	(n = 244)		(n = 191)				
	M	SD	M	SD			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	3.93	0.62	3.82	0.59	1.78	0.107	0.75
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	4.0	0.58	4.0	0.58	0.02	0.001	0.98
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.79	0.71	3.83	0.74	0.61	0.440	0.54
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	3.91	0.58	3.96	0.55	0.87	0.491	0.38
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	3.93	0.53	3.92	0.51	0.31	0.220	0.75

อภิปรายผล

จากการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เขตเมืองจังหวัดพิษณุโลก สามารถอภิปรายผลในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) สถานภาพสมรส เป็นผู้ที่มีสมรสแล้ว มีความสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2565) การศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ทำให้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ และไม่เพียงพอมีหนี้สิน ตรงกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันของประเทศไทย มีความสอดคล้องกับวิไลพร ขำวงษ์และคณะ (2554) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อย ฐานะการเงินพอใช้ไม่เหลือเก็บและพอใช้ตามอัตภาพ แต่มีความแตกต่างกันคือ การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีอาชีพรับจ้างทั่วไปเท่ากับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูหลาน อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ในงานวิจัยนี้ถึงร้อยละ 14.1 การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการส่งเสริมสุขภาพซึ่งตรงกับหลักการหรือนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดพิษณุโลกมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยมีคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) และอัญรัช สาริกัลปิยะ (2564) แต่ต่างจากผลการศึกษาของพัชราภรณ์ พัฒนะ (2562) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ และวาสนา เล่าตง (2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน นอกเหนือจากบริบทที่แตกต่างกันแล้ว อาจเป็นเพราะองค์ประกอบที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันด้วย

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดพิษณุโลก

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ ได้ รองลงมาคือขาดรายได้ สุขภาพถดถอย ซึ่งสอดคล้องกับเกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ (2564) พบว่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านสุขภาพกาย รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าต้องการให้มีบริการให้ความรู้ แนะนำการดูแลสุขภาพที่ถูกวิธีให้กับผู้ที่ดูแลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ต้องจัดมีบริการพาหนะในการรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงผู้อื่น

ผู้สูงอายุที่ช่วงอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่ช่วงอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับพัชชานันท์ ผลทิม (2552) พบว่าผู้สูงอายุตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ต่างจากผลการศึกษาของปิยภรณ์ เลาบุตร (2557) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีวรรณ คุณเจนต์ (2541) พบว่าอายุมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน วรณา กุมารจันทร์ (2543) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ช่วงอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน นอกเหนือจากบริบทที่แตกต่างกันแล้ว น่าจะเป็นบริบทสังคม และปัจจุบันมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) กล่าวคือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวางและรุนแรงต่อประชาชนทุกกลุ่มทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในครัวเรือนยากจนและกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมีหลักประกันและความมั่นคงในชีวิตที่ต่ำกว่าประชาชนทั่วไป (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์กรที่ทำงานในท้องถิ่นที่สำคัญ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายบริการด้านสุขภาพระดับอำเภอและชุมชน ดำเนินการวางแผนการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามความเหมาะสม เช่นควรส่งเสริมให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดขนาดใหญ่และจังหวัดขนาดเล็ก จังหวัดที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ หรือแต่ละภูมิภาค เพื่อหาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
3. ควรศึกษามาตรการที่รัฐบาลของประเทศพัฒนาแล้วดำเนินการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว อันจะเป็นแนวทางในการดำเนินงานแก่หน่วยงานภาครัฐของไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*.
<https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2564, 14 กรกฎาคม). *ความเสี่ยง และผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>
- เกศรินทร์ วิงพัฒน์, และโชติ บดีรัฐ. (2564). ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบึง อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(7), 137-148.
- เจษฎา นกน้อย, และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชชานันท์ ผลทิม. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตากง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(1), 21-33.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2564, 27 กันยายน). *เปิดโรคแมย์ ย่างก้าว สู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ปี 2564 ทำอย่างไรให้การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ*. <https://thaitgri.org/?p=39222>
- ยศ วัชรคุปต์, และสมชัย จิตสุชน. (2563, 8 กันยายน). *ผลกระทบของโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ*. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. <https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19>
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน*. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
- วาสนา เล่าตง. (2555). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวร, และปัญญา จิตภา จิตปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2565). *ประชากรกลางปี 2565 ตามทะเบียนราษฎรจังหวัดพิษณุโลก*.
<https://plkhealth.moph.go.th/bifm/pop/pop65.htm>
- สมชัย จิตสุชน, และณณริฏ พิศลยบุตร. (2564, 9 กรกฎาคม). *ข้อเสนอแนะมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด*. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
<https://tdri.or.th/2021/07/additional-covid-19-relief-measures>
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2567) หน้า 27

- สภากาชาดไทย, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2563). *สถานการณ์โควิด 19 กับมิติการดูแลทางสังคม*.
 สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (ผู้แปล). (2559).
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. กรมสุขภาพจิต.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *ผลกระทบของ COVID-19
 ต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง*. กองพัฒนานโยบายและนวัตกรรมทางสังคม สำนักงานปลัดกระทรวง
 การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
http://phuket.dop.go.th/download/knowledge/th1611129834-134_0.pdf
- สำนักงานสถิติจังหวัดพิษณุโลก. (2562). *สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562*.
<https://phitsanulok.nso.go.th/reports-publications/provincial-statistics-report/summary-of-the-situation-of-the-elderly-in-2019.html>
- อัญรัช สารกัลยา. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร. *วารสารการวิจัย
 การบริหารการพัฒนา*, 11(1), 102-112.
- อารีวรรณ คุณเจนต์. (2541). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี* [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร
 มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing (9th ed)*. Wolters Kluwer Health/Lippincott
 Williams & Wilkins.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities
 educational and psychological measurement. *Journal of Management*. 30(3), 65-68.
- Lawton, J. (2000). *The dying process: Patient's experiences of palliative care*. Routledge.
- Ministry of Public Health, Department of Health. (2020). *Suggestions for elderly in a viral
 infection epidemic situation Corona 2019 (COVID-19)*.
<http://covid19.anamai.moph.go.th>
- Ministry of Public Health, Department of Health. (2021). *Suggestions for elderly in a viral
 infection epidemic situation Corona 2019 (COVID-19)*. <https://covid19.ddc.moph.go.th>
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2018). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*
 (5th ed.). Elsevier/Mosby.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID 19) situation report by
 World Health Organization (WHO), Thailand, data from the Ministry of Public Health*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/who-thailand-situation-report---19.pdf?sfvrsn=7ffd3bba_0
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease 2019 (COVID 19)
 situation report by World Health Organization (WHO)*.
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรี

เทพลักษ์ ศิริธนะวุฒิชัย, พ.บ.*

เทพอุทิศ ก้าวสิทธิ์, พ.บ.*

อุมารณ ก้าวสิทธิ์, ป.ด.**

ดวงธิดา ช่างย่อม, พย.ม.***

Received: June 10, 2024

Revised: September 17, 2024

Accepted: September 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของการมารับบริการ ณ แผนกสูติรีเวช ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึง 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562 จำนวน 116 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซีและมอร์แกน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ FIGO 2018 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และการทดสอบฟิชเชอร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 30.20) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 96.60) HIV infection (ร้อยละ 1.70) มีจำนวนการตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 48.30) เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม (early stage) คือ stage I (IA1-IB3) (ร้อยละ 45.70) ระยะลุกลาม (advanced stage) คือ stage II (IIA1-IIIB) (ร้อยละ 29.30), stage III (IIIA-IIIC2) (ร้อยละ 21.60), stage IV (IVA-IVB) (ร้อยละ 3.40) และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส HIV infection ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้สตรีที่มีการตั้งครรภ์หรือมีบุตรหลายคนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ ให้ความรู้และจัดกิจกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและระยะลุกลามของมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก ระยะความรุนแรง ปัจจัยคัดสรร จำนวนครั้งการตั้งครรภ์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: duangtida.s@msu.ac.th

Relationship Between Selected Factors and the Severity of Cervical Cancer in Women

Teabpaluck Sirithanawutichai, M.D.*

Teputid Kuasit, M.D.*

Umaporn Kuasit, Ph.D.**

Duangtida Shangyom, M.N.S.***

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to study the relationship between selected factors and the severity of cervical cancer among women. A purposive sample of 116 women diagnosed with cervical cancer for the first time at the Obstetrics and Gynecology Department between 1 May 2015 and 26 June 2019 was recruited. The sample size was determined using the Krejcie and Morgan table, and systematic sampling was employed. Data on cervical cancer stage severity, collected from medical records using a standardized data collection form based on the FIGO 2018 staging system, were analyzed. The Content Validity Index (CVI) was 0.82, and Cronbach's alpha was 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and Fisher's exact test.

The study found that most participants were aged 40-49 years (30.20%) and were married (96.60%). HIV infection was 1.70%, with 48.30% having 1-2 parity. The majority had early-stage cervical cancer (stage I: IA1-IB3, 45.70%), followed by advanced stages (stage II: IIA1-IIB, 29.30%; stage III: IIIA-IIIC2, 21.60%; and stage IV: IVA -IVB, 3.40%). A significant positive correlation was found between the parity and the severity of cervical cancer ($p < 0.05$). Other factors such as age, marital status, HIV infection, and history of oral contraceptive use were not significantly associated with cervical cancer severity ($p < 0.05$). Therefore, healthcare providers should encourage women with multiple parity or births to undergo regular cervical cancer screening. Additionally, they should provide education and organize activities to raise awareness about risk factors, aiming to reduce the risk and severity of cervical cancer.

Keywords: Cervical cancer, Severity stages, Selected factors, Parity

* Associate Professor, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University; Corresponding Author E-mail: duangtida.s@msu.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโรคมะเร็งในสตรีทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 13.3 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต 7.3 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 85 เกิดในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา (Sung et al., 2021) เช่นเดียวกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยก็มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบว่ามะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม แต่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่ามะเร็งเต้านมมาก ซึ่งอัตราการตายตามกลุ่มอายุและอัตราการตายปรับฐานอายุของโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าในช่วงระยะเวลา 10 ปี (ในปี 2554-2564) (อารยา ประเสริฐชัย และมยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2566) สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปีพ.ศ. 2559-2561 พบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate: ASR) 9.5 ต่อแสนประชากรต่อปี และอัตราตายของมะเร็งปากมดลูก (Age-standardized Mortality Rates: ASMR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 5.4, 6.0, 5.6 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ (Rojanamatint et al., 2021) จังหวัดมหาสารคาม ในปีพ.ศ. 2558-2562 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 39.90, 39.95, 31.06, 27.41, 25.22 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2562) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดมหาสารคามยังมีแนวโน้มที่สูง

สาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) โดยเฉพาะ HPV type 16, HPV type 18 ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยกว่าอายุ 16 ปี การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และการคลอดบุตรครั้งแรกน้อยกว่าอายุ 18 ปี การมีประวัติเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การมีภูมิคุ้มกันต่ำ การรับประทานยาคุมกำเนิดมากกว่า 5 ปี การสัมผัสควันบุหรี่ ความยากจนและการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Momenimovahed & Salehiniya, 2017; Zhang et al., 2020) เมื่อผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบความผิดปกติจำเป็นต้องมีการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันชนิดของมะเร็ง ขนาดของมะเร็ง (tumor size) ลักษณะการรุกรานเนื้อเยื่อของมะเร็ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง เป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้แพทย์วางแผนการรักษา และการพยากรณ์โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kusuma et al., 2022)

การกำหนดระยะโรคโดย FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) 2018 เป็นการใช้ภาพทางรังสี และผลชิ้นเนื้อเข้าร่วมในการจัดระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะ I (IA1-IB3): มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น, ระยะ II (IIA1-IIB): มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูกแต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน มะเร็งลุกลามช่องคลอดแต่ลงมาไม่ถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด, ระยะ III (IIIA-IIIC2): มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน การตรวจทางทวารหนักไม่พบช่องว่างระหว่างก้อนมะเร็งกับผนังด้านข้างของเชิงกราน หรือมะเร็งลุกลามถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด ถ้ามีภาวะไตบวม (hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงาน (nonfunctioning kidney) ให้กำหนดอยู่ในระยะ III ยกเว้นว่าเกิดจากสาเหตุอื่น, ระยะ IV (IVA-IVB): มะเร็งลุกลามออกไปนอกอวัยวะเชิงกราน หรือลุกลามเยื่อปอด กระเพาะปัสสาวะหรือไส้ตรง ภาวะเยื่อปอดบวมบุลลัส (bullous edema) ไม่ถือว่าเป็นระยะ IV

(Salib et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุ โดยช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิด high grade cervical lesions มากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี และช่วงอายุ 30-60 ปีมีความสัมพันธ์กับการเกิด high grade cervical lesions มากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี (อัญชลี ชัยนวล, 2564) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้นของมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม โดยเฉพาะอายุมากกว่า 50 ปี (Frida et al., 2017; Kusuma et al., 2022; Savrova et al., 2023) สตรีที่เป็นโสดมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามสูงกว่าสตรีที่แต่งงาน (Frida et al., 2017) สตรีที่มีผล HIV เป็นบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิด high grade cervical lesions มากกว่ากลุ่มที่มีผลตรวจเป็นลบ (อัญชลี ชัยนวล, 2564) สตรีที่ติดเชื้อ HIV มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามสูงกว่าสตรีที่ไม่ติดเชื้อ HIV (Frida et al., 2017; Savrova et al., 2023) สตรีที่มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง ขึ้นไป เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมากกว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น (Mattern et al., 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความเสี่ยงโดยรวมของมะเร็งระยะลุกลามจากการใช้ยาคุมกำเนิดแบบรับประทานมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV (Asthana et al., 2022)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ยังมีอยู่จำกัด รวมทั้งโรงพยาบาลมหาสารคามยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในด้านระยะของมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการตรวจ ณ แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การวางแผนการพยาบาล การรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเพิ่มระดับความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมให้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายและสตรีกลุ่มเสี่ยง และสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการตรวจ ณ แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ปี 2558-2562

สมมติฐานการวิจัย

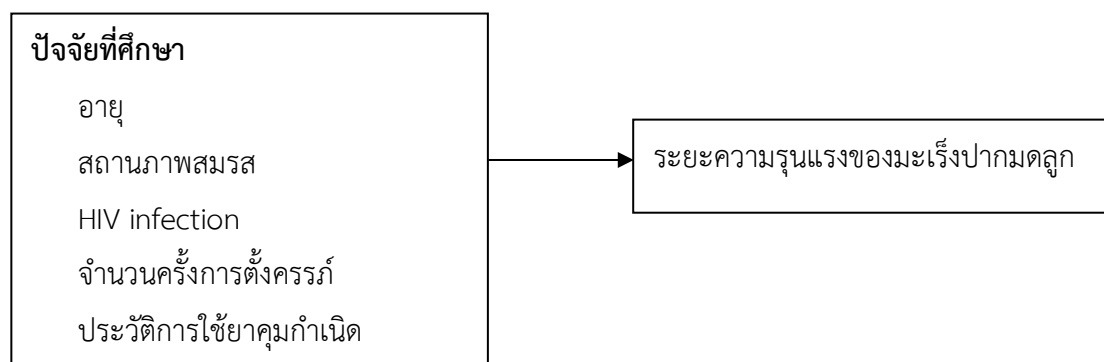
อายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในสตรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุ HIV infection (อัญชลี ชัยนวล, 2564; Frida et al., 2017; Kusuma et al., 2022; Savrova et al., 2023) สถานภาพโสด (Frida et al., 2017) จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (Mattern et al., 2022) ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด (Asthana et al., 2022) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกที่มารับการตรวจ ณ แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกที่มารับการตรวจ ณ แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562 จำนวน 120 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกที่มารับการตรวจ ณ แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562 จำนวน 116 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) จากรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้จากแผนกเวชระเบียน โดยสุ่มแบบ 1 เว้น 4 จนครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นเวชระเบียนของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรก

2. มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใชยาคุมกำเนิด ระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ FIGO 2018

3. เป็นสตรีที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูกมาก่อน และยังมีมดลูกอยู่ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 92 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะไม่สมบูรณ์ (missing data) ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกและพิจารณาพร้อมกับข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำหรือตัวเลข ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใชยาคุมกำเนิด
2. แบบบันทึกข้อมูลระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำหรือตัวเลข แบ่งตามเกณฑ์ของ FIGO 2018 ดังนี้ มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม (early stage) หมายถึง มะเร็งปากมดลูกระยะ stage I ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งยังอยู่ในขอบเขตของปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งปากมดลูกระยะ stage II- stage IV ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือเนื้อเยื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากปากมดลูก (Frida et al., 2017; Salib et al., 2020)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูลขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลเหล่านี้ถูกบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ พยาธิแพทย์ และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ได้ค่า CVI = 0.82 จากนั้นได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try out) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรก จำนวน 10 ราย จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 จากนั้นคณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาพิจารณาร่วมกัน และปรับปรุงให้สมบูรณ์ ครบคลุม และชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2562 เลขที่การรับรอง 122/2562 ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เวชระเบียนถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้เลขรหัสแทนชื่อและนามสกุลของบุคคล มีการใช้รหัสล๊อคผ่านในการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บไว้ เอกสารแบบบันทึกข้อมูลวิจัยถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกเพื่อความปลอดภัย

มีเฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และมีการทำลายข้อมูลภายหลังงานวิจัยมีการเผยแพร่ตีพิมพ์แล้วภายในไม่เกิน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์: หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและโรงพยาบาลมหาสารคาม คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บข้อมูล และนำเสนอให้ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกสูตินรีเวช และฝ่ายเวชระเบียนแผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล: จะดำเนินการโดยคณะวิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะได้รับการอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างชัดเจน ผู้ช่วยวิจัยเป็นหัวหน้าแผนกสูตินรีเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและเคยเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลมาก่อน ผู้วิจัยจะให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการทำงานในการลงมือปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และการบันทึกข้อมูลเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นไปตามความเป็นจริงและถูกต้อง

3. การเลือกข้อมูล: คณะวิจัยจะคัดเลือกข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เฉพาะของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกที่มารับการตรวจ ณ แผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562 และคัดเลือกเฉพาะข้อมูลเวชระเบียนที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

4. การบันทึกข้อมูล: จะบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือ Fisher's exact test โดยข้อกำหนด (assumption) คือ สถิติ Chi square test ใช้ได้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20 % ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการทดสอบไคสแควร์จะใช้สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึง 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562 จำนวน 120 ราย มี 116 ราย (ร้อยละ 85.93) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา อายุเฉลี่ย 55.80 ± 11.60 ปี (ช่วงอายุ 30-88 ปี) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 30.20) รองลงมาคือ อายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 25.90), อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 25.90) ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 96.60) HIV infection (ร้อยละ 1.70) ส่วนใหญ่มีจำนวนการตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 48.30) รองลงมาคือ มีจำนวนการตั้งครรภ์ ≥ 3 ครั้ง (ร้อยละ 47.40) มีไข้ยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 56.00) (ตารางที่ 2)

2. ระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระยะแรกเริ่ม (early stage) คือ stage I (IA1-IB3) (ร้อยละ 45.70) ระยะลุกลาม (advanced stage) คือ stage II (IIA1-IIB) (ร้อยละ 29.30), stage III (IIIA-IIIC2) (ร้อยละ 21.60), stage IV (IVA-IVB) (ร้อยละ 3.40) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเกณฑ์ FIGO 2018 (n=116)

ระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก (severity of cervical cancer)	จำนวน (%)
ระยะแรกเริ่ม (early stage)	
stage I (IA1-IB3)	53 (45.70)
ระยะลุกลาม (advanced stage)	
stage II (IIA1-IIB)	34 (29.30)
stage III (IIIA-IIIC2)	25 (21.60)
stage IV (IVA-IVB)	4 (3.40)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก

พบว่าจำนวนครั้งการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส HIV infection จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติ Chi-Square (χ^2) หรือ Fisher's Exact Test (n = 116)

ปัจจัยที่ศึกษา	Total, n (%)	ระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก (stages of cervical cancer)		สถิติ	p-value
		ระยะเริ่มต้น (early stage)	ระยะลุกลาม (advanced stage)		
		n (%)	n (%)		
อายุ (ปี)					
30-39	7 (6.00)	6 (85.70)	1 (14.30)	$\chi^2=8.80$	0.12
40-49	35 (30.20)	14 (40.00)	21 (60.00)		
50-59	30 (25.90)	12 (40.00)	18 (60.00)		
60-69	30 (25.90)	17 (56.70)	13 (43.30)		
70-79	11 (9.40)	3 (27.30)	8 (72.70)		
80-89	3 (2.60)	2 (66.70)	1 (33.30)		
สถานภาพสมรส					
สมรส	112 (96.60)	51 (45.50)	61 (54.50)	Fisher's exact test	0.21
โสด	4 (3.40)	3 (75.00)	1 (25.00)		
HIV infection					
Infected	2 (1.70)	2 (100.00)	0 (0.00)	Fisher's exact test	0.21
Not infected	114 (98.30)	52 (45.60)	62 (54.40)		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					
ไม่เคย	5 (4.30)	4 (80.00)	1 (20.00)	$\chi^2=6.30$	0.04
1-2	56 (48.30)	20 (35.70)	36 (64.30)		
≥ 3	55 (47.40)	30 (54.50)	25 (45.50)		
ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด					
เคยใช้	65 (56.00)	26 (40.00)	39 (60.00)	Fisher's exact test	0.29
ไม่เคยใช้	51 (44.00)	28 (54.90)	23 (45.10)		

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าจำนวนครั้งการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์หลายครั้งจะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออักเสบที่ปากมดลูก ส่งผลให้เซลล์ปากมดลูกเปลี่ยนแปลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV และมีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Momenimovahed & Salehiniya, 2017; Rani et al., 2016;

Zhang et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า สตรีที่อายุต่ำกว่า 45 ปีที่มีการตั้งครรภ์ 3 ครั้งขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเพิ่มขึ้น 8.1 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีบุตร และ ความเสี่ยงสัมพันธ์เพิ่มขึ้นตามจำนวนการคลอดบุตรและการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์หลายครั้งอาจเป็น สาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีชาวมุสลิมเป็นมะเร็งปากมดลูกลุกลามเร็วกว่าสตรีชาวฮินดู (Rani et al., 2016) การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมีจำนวนการตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้งพบได้มากกว่าใน ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม (Mattern et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Frida และคณะ (Frida et al., 2017) ที่พบว่าสตรีที่มีการตั้งครรภ์หลายครั้งเพิ่มสัดส่วนของการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกใน ระยะลุกลามในการวิเคราะห์แบบ bivariate แต่เมื่อมีการวิเคราะห์แบบ multivariate โดยพิจารณาร่วมกันทั้ง อายุและจำนวนการตั้งครรภ์ พบว่าจำนวนการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลาม

ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 30.20) สอดคล้องกับในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 ที่พบว่าสตรีเป้าหมายที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการตรวจ pap smear จำนวนน้อยเพียงร้อยละ 44.3 จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 80 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กชกร ทิพย์สันเทียะ และคณะ, 2565) จึงอาจมีผลทำให้สตรีที่มีอายุ มากขึ้นอาจเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี มีความสัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Kusuma et al., 2022) อายุที่เพิ่มขึ้นจะมี โอกาสเกิดรอยโรคที่ปากมดลูกขั้นสูงเพิ่มขึ้น โดยพบว่าช่วงอายุ 30-60 ปี มีโอกาสเกิด high grade cervical lesions ได้มากขึ้นเป็น 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงอายุที่น้อยกว่า 30 ปี และในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า มีโอกาสเกิด high grade cervical lesions ได้มากขึ้น 3.23 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี (อัญชลี ชัยนวล, 2564) อายุ ≥ 75 ปีมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมากกว่า อายุ 30-44 ปี (Savrova et al., 2023) อายุที่มากขึ้นในช่วงอายุ 50-75 ปี มีความสัมพันธ์กับโอกาส การวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามสูงขึ้น และยังพบว่าสตรีวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัย ในระยะลุกลามมากกว่า และอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ของการวินิจฉัยมะเร็ง ปากมดลูกในระยะลุกลาม ทั้งนี้อาจเนื่องจากสตรีวัยสูงอายุมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจ pap smear น้อยกว่า สตรีที่มีอายุน้อย มีความยากลำบากในการไปพบแพทย์ รวมทั้งอาจเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งปากมดลูกน้อยลง และการตรวจ pap smear ไม่คุ้มค่า ดังนั้นอายุที่มากขึ้นจึงแนวโน้มที่จะพบในระยะ ลุกลามมากขึ้น (Frida et al., 2017)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.60) มีสถานภาพสมรส อาจส่งผลให้สตรีที่แต่งงานแล้วมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดีกว่า และแสวงหาแนวทางการดูแลรักษาเร็วขึ้นหลังจากเกิดอาการของมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากคู่สมรส และอาจเป็นเพราะสตรีที่แต่งงานได้รับการดูแล ทางสูตินรีเวชบ่อยขึ้น ทำให้มีความสนใจในการดูแลสุขภาพวัยเจริญพันธุ์มากขึ้น ในขณะที่สตรีที่โสดอาจคิดว่า

ไม่มีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์และไม่ต้องการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากความรู้สึกลายต่อการตรวจภายใน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาผ่านมาที่พบว่าสตรีที่โสดมีแนวโน้มที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามมากกว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว และมีโอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 63 ในกลุ่มผู้หญิงที่โสดที่จะได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Frida et al., 2017; Savrova et al., 2023)

HIV infection ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มี HIV infection น้อยเพียงร้อยละ 1.70 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สตรีที่มีผล HIV เป็นบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิด high grade cervical lesions มากกว่ากลุ่มที่มีผลตรวจเป็นลบ (อัญชลี ชัยนวล, 2564) สตรีที่มีผล HIV เป็นบวกมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม สาเหตุหลักเกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV ซึ่งนำไปสู่การลุกลามของมะเร็งปากมดลูกอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศเคนยาที่มีสตรีติดเชื้อ HIV จำนวนมาก แต่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีจำนวนจำกัด และพบว่าสตรีที่ติดเชื้อ HIV มากถึงร้อยละ 85 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม เนื่องจากความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในสตรีที่ติดเชื้อ HIV ดังนั้นจึงแนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อ HIV ในประเทศพัฒนาแล้วรับการตรวจ pap smear เป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีจำนวน CD4 ต่ำ (Frida et al., 2017)

ส่วนประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าประวัติการกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นเกือบ 3 เท่า (วรารณ จันทรรัตน์, 2024) การใช้ยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 2.27 เท่าในกลุ่มที่ใช้ยาคุมกำเนิดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด (Guo et al., 2024)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าจำนวนครั้งการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลการวิจัย และพัฒนามาตรการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอตามแนวทางที่กำหนด โดยการตรวจภายในทุก 1 ปี, Pap smear ทุก 3 ปี, และ HPV DNA Test ทุก 5 ปี เพื่อคัดหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นและมีการรักษาที่เหมาะสมทันที
2. เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การให้ความรู้ที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายจะช่วยเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในสตรีกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก เพื่อหาตัวแปรทำนายนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในการบริการสุขภาพต่อไป
2. ควรสังเคราะห์งานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การวิเคราะห์ Meta-analysis เพื่อได้ปัจจัยเสี่ยงที่ครบถ้วน น่าเชื่อถือ
3. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าโดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์จะช่วยระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกได้ละเอียดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กชกร ทิพย์สันเทียะ, วิศรุดา ตีเมืองซ้าย, และสุพจน์ คำสะอาด. (2565, 25 มีนาคม). *อุบัติการณ์การมาตรวจยืนยันผลพยาธิวิทยาของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม* [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 23. ขอนแก่น.
- วรารณ จันทรรัตน์. (2567). ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลยางตลาดอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(2), 631-639.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2562, 16 พฤศจิกายน). *ทะเบียนมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม*.
<https://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- อารยา ประเสริฐชัย, และมยุรินทร์ เหล่าจุฬาสวัสดิ์. (2566). แนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2554-2564. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 16(1), 203-217.
- อัญชลี ชัยนวล. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูก และการทำนายโอกาสเกิดรอยโรคปากมดลูกขั้นสูง. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 12(2), 19-31.
- Asthana, S., Busa, V., & Labani, S. (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review & meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 163-175. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.014>
- Frida, K. M., Atieno, W. M. C., & Habtu, M. (2017). Socio-demographic factors associated with advanced stage of cervical cancer at diagnosis in Kenyatta National Hospital, Kenya: A cross sectional study. *Journal of Cancer Science & Therapy*, 9(7), 554-561.
DOI:10.4172/1948-5956.1000473
- Guo, C., Zhan, B., Li, M.-Y., Yue, L., & Zhang, C. (2024). Association between oral contraceptives and cervical cancer: A retrospective case-control study based on the National Health and Nutrition Examination Survey. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1400667. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1400667>

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kusuma, F., Suryoadji, K. A., Adrian, M., Utami, T. W., Winarto, H., Anggraeni, T. D., Nuryanto, K. H., & Haekal, M. (2022). Socio-demographic profiles of cervical cancer patients at cipto mangunkusumo hospital-2009-2019 and its association with cancer stages at diagnosis. *Cermin Dunia Kedokteran*, 49(5), 245-247.
<https://doi.org/10.55175/cdk.v49i5.227>
- Mattern, J., Letendre, I., Sibuide, J., Pénager, C., Jnifen, A., Souare, F., Ayel, S., Nguyen, T., & Mandelbrot, L. (2022). Diagnosis of advanced cervical cancer, missed opportunities? *BMC Women's Health*, 22(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01668-3>
- Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2017). Incidence, mortality and risk factors of cervical cancer in the world. *Biomedical Research and Therapy*, 4(12), 1795-1811.
<https://doi.org/10.15419/bmrat.v4i12.386>
- Rani, R., Kumar, R., Trivedi, V., Singh, U., Chauhan, R., Ali, M., & Kumar, A. (2016). Age, parity and stages of cervix cancer: A hospital based study. *British Journal of Medical and Health Research*, 3(4), 73-82.
- Rojanamat, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M. C., Chaiwerawattana, A., Laowahutanont, P., Chitapanarux, I., Vatanasapt, P., & Greater, S. (Eds.). (2021). *Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018*. Medical Record and Databased Cancer Unit, Medical Digital Division, National Cancer Institute.
- Salib, M. Y., Russell, J. H., Stewart, V. R., Sudderuddin, S. A., Barwick, T. D., Rockall, A. G., & Bharwani, N. (2020). 2018 FIGO staging classification for cervical cancer: Added benefits of imaging. *Radiographics*, 40(6), 1807-1822. <https://doi.org/10.1148/rg.2020200013>
- Savrova, A., Jaal, J., Nomm, O., & Innos, K. (2023). Factors associated with advanced-stage diagnosis of cervical cancer in Estonia: A population-based study. *Public Health*, 225, 369-375. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.10.025>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., & Qiao, Y. (2020). Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32(6), 720-728.
<https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2020.06.05>

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

กัญชน สหะปัญญา, พย.ม.*

เนาวรัตน์ สืบภา, วท.บ.**

Received: June 12, 2024

Revised: September 19, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการทดลองคือโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น พัฒนาตามแนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง ประยุกต์กับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) จำนวน 26 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Independent t-test และ paired t-tests

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะผู้ปกครอง และยังช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้

คำสำคัญ: เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Kanchamonohh@gmail.com

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Parent Skills Training Program for Modifying the Behavior of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kanchamon Seehapanya, M.N.S.*

Naowarat Suebpha, B.Sc.**

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design were to compare the mean scores of children's behaviors with ADHD before and after using the Parent Skills Training (PST) Program, and to compare the mean scores of children's behaviors with ADHD using the the PST Program and those who received regular nursing care. The parents of children with ADHD were randomly assigned to either an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The experimental group participated in the PST program and usual care for 6 weeks; the control group received usual care only. The PST program for modifying the behaviour of children with ADHD was based on the conceptual framework of parent management training, applied through Kolb's experiential learning theory. In addition to collecting demographic characteristics, instruments were used to gather data: the 26-item Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale (SNAP-IV) short form and questionnaires with Cronbach's alpha of 0.89. Descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests were employed for data analysis.

Results indicated that: 1) The mean scores of behavioral problems in children with ADHD after participating in the PST program were significantly lower than those before, at the .05 level. 2) The mean scores of behavioral problems in children with ADHD after participating in the PST program were significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level. In conclusion, the PST Program is highly effective in training parents' skills, significantly reducing behavioural problems in children with ADHD.

Keywords: ADHD, Behavior modification, Parent skills training program

* professional nurse, Warinchamrab Hospital; Corresponding Author E-mail: Kanchamonohh@gmail.com

** public health technical officer, Ubonratchatani Provincial Public Health Office

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน (Wong et al., 2023) ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การเรียนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก (Hsu et al., 2019) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 5 (Sayal et al., 2018) เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง (Leffa et al., 2022) ส่งผลให้เกิดอาการทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความบกพร่องทางหน้าที่ ประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้น พบเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3 : 1 ซึ่งแยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2 พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 และพบมากที่สุด ในประเภท combined type ร้อยละ 3.8, inattentive type ร้อยละ 3.4 และ hyperactive/ impulsive type ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) ซึ่งอาการเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนนั้นมักจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีสมาธิในการตั้งใจหรือจดจ่อในการเรียน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาปรับพฤติกรรมอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะส่งผลให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีปัญหาด้านการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น (Morrison et al., 2018) และจากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่าประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นจะมีอาการจนถึงวัยผู้ใหญ่ มีบุคลิกก้าวร้าว ทำผิดกฎและมีปัญหาใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย (อัญชลี ศรีสมุทร, 2564) ความผิดปกตินี้ถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Qiu et al., 2023) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Lee & Kim, 2022)

อาการของโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการซน/อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น/วู่วาม (impulsivity) ซึ่งจะมีอาการเหล่านี้มากกว่าเด็กที่อยู่ในระดับพัฒนาการเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาคบพร่องทางด้านทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว รังแกผู้อื่น เจ้ากี้เจ้าการ มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ทำตามกฎกติกากลุ่มไม่ได้ ขัดแย้งกับผู้อื่น (นิญฐา ยอดแก้ว, 2564) อาการของโรคสมาธิสั้น อาจะยังคงอยู่ตั้งแต่วัยเด็กจนเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการดูแลรักษา มีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและอาจนำไปสู่อารมณ์หุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Young & Cocallis, 2021)

การรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือการใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสานที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแพทย์จะติดตามผลการรักษาโดยการประเมินอาการและความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น เพื่อกำหนดแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Attention Deficit/Hyperactivity, 2021) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบของการบำบัดสำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้น และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) บทบาทของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากขาดความรู้ความเข้าใจในโรค ขาดทักษะในการดูแลเด็กที่ถูกต้องจะส่งผลให้เด็กมีปัญหาในด้านพัฒนาการต่าง ๆ ส่งผลเสีย

มากมายตามมา (ดารินทร์ สิงห์สาร, 2561) ซึ่งเมื่อผู้ปกครองมีความรู้และแนวทางการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยสร้างความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดู เพิ่มทักษะในการกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหายุ่งยากพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training program) เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Hornstra et al., 2023) และมีหลากหลายโปรแกรม แต่สิ่งสำคัญคือองค์ประกอบหลักในการจัดการพฤติกรรมที่ยังคงไว้ในแต่ละโปรแกรม ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรม (de la Caridad Alvarez et al., 2023) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลาง สร้างความรู้โดยการปรับเปลี่ยนประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง จากการสังเกต การสะท้อนความคิด การสรุปความคิดรวบยอดนำไปสู่การนำไปปฏิบัติ นับว่าเป็นการสร้างเสริมความรู้และความสามารถของบุคคลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2561) ซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) โดยใช้โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ซึ่งศึกษาในเด็กกลุ่มเสี่ยงวัยเรียนที่ได้รับการประเมินจากจากครูประจำชั้นแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ โรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ โรคบกพร่องทางสติปัญญา ผลการศึกษาหลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน ในเด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมนอนไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลง คะแนนปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และการศึกษาของจิรพรรณ สาบุญมา และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เช่นกัน ผลการศึกษพบว่าการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาส่งผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ อรัญยานนท์ (2559) ที่ได้ใช้โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิตา จงสุขสิริ และคณะ (2562) ซึ่งได้ศึกษาผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน ผลการศึกษพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครอง 6 เดือน เด็กมีระดับความรุนแรงด้านพฤติกรรมสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน และความบกพร่องทางหน้าที่โดยรวมลดลง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวต่อเด็กเหมาะสมมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองถือเป็นบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาทักษะและปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี การปรับพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการปรับวิธีการเลี้ยงดูของผู้ปกครองถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรมที่ได้ผลดีนั้นต้องมี

ความสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง หากผู้ปกครองขาดความตระหนัก ละเลยในการปรับพฤติกรรม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่มีความยั่งยืนและส่งผลให้เกิดปัญหาได้ในอนาคต

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง เพื่อให้บริการผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในการดูแลฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์การใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโค้ชร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เน้นถึงองค์ประกอบหลักสำคัญ ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรม ซึ่งต่างจากการให้บริการทางพยาบาลแบบเดิมที่ให้บริการผู้ปกครองเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษาและการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นนั้นเป็นการฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นผ่านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้และการฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ มุมมอง ความคิดในการเลี้ยงดูระหว่างกลุ่มผู้ปกครองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งการเข้าร่วมกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกัน โดยข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันนั้นมีประโยชน์อย่างมากเพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากบุคคลที่อยู่ภายใต้สถานการณ์คล้ายกัน เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ใหม่ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ตามสถานการณ์ต่าง ๆ และพัฒนาให้เป็นแนวทางปฏิบัติของตัวเอง ถือเป็นการสร้างประโยชน์ต่อครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการและเผยแพร่บริการนี้ต่อไปในโรงพยาบาลทั่วไปอื่น ๆ ในระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

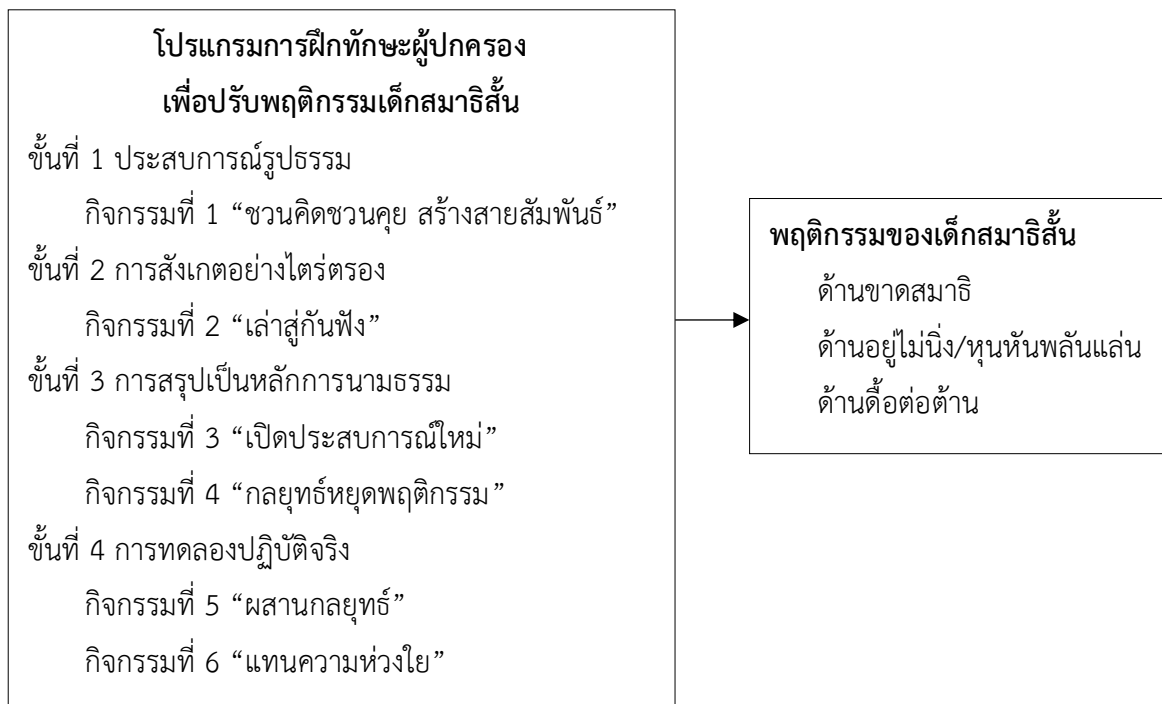
1. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาการจัดการพฤติกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น เน้นวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและกรอบพฤติกรรมเพื่อการรักษา 2) สอนทักษะการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมที่ต้องการและลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาผ่านการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มา ก่อนและผลที่ตามมา 3) ฝึกฝนและแก้ไขปัญหานำทักษะดังกล่าวไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pfiffner & Haack, 2014) ประยุกต์กับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning theory) (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยการปรับเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) เป็นการตั้งประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล ออกมาใช้ในการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเอง ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) เป็นการสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) โดยมีการวิเคราะห์ในประเด็นที่กำหนดไว้ ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่ต่างไปจากตนเอง ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอด ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น และขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลได้นำความคิดรวบยอดที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง จากกระบวนการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เพื่อเป็นการทบทวนประสบการณ์ ตกผลึกความคิด นำเอาประสบการณ์เดิมที่ได้เรียนรู้มาบูรณาการเพื่อเสริมสร้างทักษะการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในบริบทของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แผนการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นซึ่งเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-5 ว่าเป็นสมาธิสั้น (ระบุรหัสโรคเป็นรหัส F90.0-90.9) ที่พาเด็กสมาธิสั้นเข้ามารับบริการรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นของโรงพยาบาล จำนวน 175 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น คือผู้ดูแล ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้นที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใด ๆ 2) ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง ด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น 3) สามารถอ่านเขียนได้ สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และ 4) ยินดี เข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER 3.1.9.4 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลการติดตามเป็นระยะ 1 ปีของการเข้าร่วม

โปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ต่อดัชนี ค่า effect size เท่ากับ 0.9 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 คำนวณได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 28 คน อย่างไรก็ตามเพื่อให้งานวิจัยคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิด การสูญเสีย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน (ร้อยละ 5) รวมเป็น 60 คน

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เพศของเด็กสมาธิสั้นและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง แล้วสุ่มแบบง่ายโดยใช้วิธีการจับฉลาก (simple random sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน (กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน)

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม (co-leader) ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองได้ตามความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจัดกลุ่ม สำหรับการเข้าร่วมโปรแกรมในห้วงระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่จัดกลุ่มสลับกัน คนละวันกับกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ปกครองเลือกเข้ากลุ่มตามวันเวลาที่สะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุม ไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมเด็กมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรมโปรแกรมปรับพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล (data collector) ทั้งหมดในทุกช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปรูปธรรม (concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) เพื่อใช้ในการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปรูปธรรม (concrete experience)

กิจกรรมที่ 1 “ชวนคิดชวนคุย สร้างสายสัมพันธ์” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ปกครองให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกิจกรรม พร้อมแจกเอกสารใบความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโรคลำไส้สั้น เน้นให้ผู้ปกครองเข้าใจปัญหาและแนวทางดูแลปัญหาพฤติกรรม จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เน้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมโดยดึงประสบการณ์เดิมของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคลำไส้สั้น อาการ ปัญหาด้านพฤติกรรม

เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม การรอคอย เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็ก และตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริง ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation)

กิจกรรมที่ 2 “เล่าสู่กันฟัง” ผู้วิจัยแนะนำและให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรงโดยใช้การเสริมแรงทั้งการให้รางวัล คำชมเชย การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง โดยเน้นให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการที่เคยประสบกับปัญหาพฤติกรรมเด็ก และนำเสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมเด็กแล้วได้ผลให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเทคนิคและกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ปกครองจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization)

กิจกรรมที่ 3 “เปิดประสบการณ์ใหม่” ทบทวนสาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและร่วมกันสรุปปัจจัยการเกิดปัญหาพฤติกรรม เสนอประสบการณ์และการจัดการพฤติกรรมของผู้ปกครอง เรียนรู้วิธีการใหม่เพิ่มเติมจากการแสดงบทบาทสมมติ นำไปสู่การฝึกและการเลือกใช้ให้เหมาะสมสถานการณ์ ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 “กลยุทธ์หยุดพฤติกรรม” สรุปแนวทางการปรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง เน้นให้ผู้ปกครองทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก และให้ผู้ปกครองมีแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation)

กิจกรรมที่ 5 “ผสานกลยุทธ์” การประยุกต์เทคนิค การนำเทคนิคหรือกลยุทธ์ที่ผู้ปกครองต้องนำไปปฏิบัติต่อเนื่องและเป็นประจำเพื่อให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่ ประกอบด้วย 1) การเลี้ยงดูเชิงบวก 2) เทคนิคการเสริมแรงโดยใช้การเสริมแรงทั้งการให้รางวัล คำชมเชย 3) การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง ให้ผู้ปกครองได้ลองนำเสนอกลยุทธ์ต่าง ๆ ร่วมกัน คิดค้นผ่านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแบบเดิมและออกแบบกิจกรรมใหม่ โดยให้ผู้ปกครองท่านอื่น ๆ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิดต่อยอด เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่ ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 6 “แทนความหวังใจ” ติดตามผล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้ฝึกใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการใช้ทักษะในสถานการณ์ต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ปกครอง และสรุปรวบรวมผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ระยะเวลา 60 นาที

โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลด้านพฤติกรรมและพัฒนาการ 1 ท่าน และนักจิตวิทยาโรงเรียน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของกิจกรรมและความเหมาะสมของกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา

ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและคํานวณหาค่า Index of Item-objective Congruence (IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .93 จึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 10 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลบุตรหลาน โรคประจำตัวของผู้ปกครอง เพศของเด็ก อายุของเด็กและระยะเวลาในการรักษา

3. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดยฉัตร ทิพย์รัตน์เสถียร และคณะ (2557) ฉบับแปลภาษาไทย มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention) 9 ข้อ (ข้อ 1-9) ประเมินพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหัน วู่วาม (hyperactivity/impulsivity) 9 ข้อ (ข้อ 10-18) และประเมินพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) 8 ข้อ (ข้อ 19-26) แบ่งคะแนน 4 ระดับ ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน เล็กน้อยเท่ากับ 1 คะแนน ค่อนข้างมากเท่ากับ 2 คะแนน และมากเท่ากับ 3 คะแนน การแปลผลคะแนน ด้านขาดสมาธิ-ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น-ด้านดื้อต่อต้าน เท่ากับ 16-14-12 คะแนน ถ้าสูงกว่าในแต่ละด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงด้านนั้น ๆ โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ด้วยการนำไปทดสอบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ได้เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี SSJ.UB 2566-135 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล และเชิญไปที่ห้องพักที่เป็นสัดส่วนบริเวณตรงข้ามห้องตรวจในช่วงระหว่างรอจิตแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจะคอยติดตามดูคิวและประสานกับเจ้าหน้าที่ให้เรียกตรวจเมื่อถึงคิวกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยพร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการยินยอมและได้รับอนุญาตจากผู้มีอำนาจในการเข้าร่วมในงานวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่

ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ปกครองทางหนังสือและทางโทรศัพท์ แจ้งรายละเอียดและเรียนเชิญผู้ปกครองมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยพบผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ปกครองทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หากไม่สมัครใจและสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ
3. เมื่อผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง
4. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม (co leader) ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการทั้ง 3 กลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อน และในห้วงระยะเวลาเดียวกันของการดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเพื่อให้ผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองได้ตามความสมัครใจ โดยจัดกลุ่มสลับกันคนละวันกับกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้ปกครองสามารถเลือกเข้ากลุ่มตามวันเวลาที่สะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ

5. ดำเนินการประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)
2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า บางชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ส่วนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Histograms พบว่า ลักษณะกราฟของตัวแปรทุกตัว มีกระจายแบบปกติ จุดที่มีความสูงที่สุดคล้ายระฆังคว่ำ ข้อมูลส่วนมากเข้าใกล้ศูนย์กลางและมีการกระจายออกด้านซ้ายและขวาอย่างสมมาตร และการทดสอบ Skewness & Kurtosis พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง ± 3.29 (Mishra et al., 2019) จะเห็นได้ว่าจากการ

ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Skewness & Kurtosis และ Histograms นั้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลในการที่ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ parametric ในการวิจัยครั้งนี้

3. วิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และอนุปริญญา/ปวส. ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นบิดามารดา ระยะเวลาที่ดูแลอยู่ในช่วง 1-2 ปี และผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 8-9 ปี และ 10-12 ปี มีระยะเวลาในการรักษาอยู่ในช่วง 1-3 ปี

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยสถิติ paired t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ ($t=14.15, p=.000$) ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ($t=12.78, p=.000$) ด้านดื้อต่อต้าน ($t=15.87, p=.000$) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ด้านขาดสมาธิ	15.49	3.20	5.84	2.18	14.15	.000*
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	14.19	2.75	6.31	1.83	12.78	.000*
ด้านดื้อต่อต้าน	12.71	2.51	3.82	2.17	15.87	.000*
กลุ่มควบคุม						
ด้านขาดสมาธิ	14.73	3.65	14.89	3.70	.19	.849
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	14.84	2.95	14.13	3.03	.80	.428
ด้านดื้อต่อต้าน	12.59	2.20	12.11	2.59	.96	.345

* $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้านขาดสมาธิ ($t=11.53$, $p=.000$) ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ($t=12.08$, $p=.000$) ด้านดื้อต่อต้าน ($t=13.42$, $p=.000$) ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านขาดสมาธิ	15.49	3.20	14.73	3.65	.84	.401
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	14.19	2.75	14.84	2.95	.89	.375
ด้านดื้อต่อต้าน	12.71	2.51	12.59	2.20	.19	.844
หลังการทดลอง						
ด้านขาดสมาธิ	5.84	2.18	14.89	3.70	11.53	.000*
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	6.31	1.83	14.13	3.03	12.08	.000*
ด้านดื้อต่อต้าน	3.82	2.17	12.11	2.59	13.42	.000*

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ คือ

1. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง พบว่า พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นลดลงทุกด้าน จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กของกลุ่มทดลองในแต่ละด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กลดลงค่อนข้างมาก อย่างเห็นได้ชัด โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านขาดสมาธิก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 15.49 ลดลงเหลือ 5.84 ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 14.19 ลดลงเหลือ 6.31 และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านดื้อต่อต้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.71 ลดลงเหลือ 3.82 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านขาดสมาธิเพิ่มขึ้น โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านขาดสมาธิ เท่ากับ 14.73 เพิ่มขึ้นเป็น 14.89 ส่วนด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นและด้านดื้อต่อต้านลดลงเพียงเล็กน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 14.84 ลดลงเหลือ 14.13 และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านดื้อต่อต้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.59 ลดลงเหลือ 12.11) เมื่อพิจารณาเนื้อหาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และอภิปรายผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง จะนำมาซึ่งความคิดรวบยอดและส่งผลต่อการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผู้ปกครองทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) ผู้ปกครองสามารถฝึกทักษะและมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงสุด จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพิจารณาได้จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองนั้น ผู้ปกครองได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้งหมด 6 ครั้ง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในทุก ๆ กิจกรรมอย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมและฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ อย่างตั้งใจ ร่วมกันสาธิตการใช้ทักษะต่าง ๆ ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และร่วมกันวางแผนเพื่อที่จะนำทักษะเหล่านี้กลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถเลือกใช้ทักษะต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ถือเป็นการปรับเปลี่ยน

วิธีการเลี้ยงดูและแนวทางการปรับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น และยังส่งผลดีต่ออารมณ์ ช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Feng et al. (2023) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมขาดสมาธิและความหุนหันพลันแล่น รวมไปถึงพฤติกรรมทางด้านอารมณ์และทักษะทางสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nobel et al. (2020) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่บ้านสำหรับเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหา ด้านพฤติกรรมหลังจากได้รับการรักษาตามปกติในทางคลินิก พบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่บ้าน มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมด้านขาดสมาธิและพฤติกรรมต่อต้านในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น

2. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองสามารถลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมใน โปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองนั้นเป็นการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับหลักการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ตรงของผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองจะเข้าใจแนวคิดและเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาพัฒนาให้กลายเป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ปกครองและสมาชิกในกลุ่มให้ร่วมกันสะท้อนคิด ไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำของตนเองและสรรหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นตามสถานการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรพรรณ สาบุญมา และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่ม ของบิดามารดาส่งผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2561) ที่ศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับ พฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ พบว่า โปรแกรมช่วยให้ครู มีความรู้และความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเด็ก ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ของเด็กลดลงและยังช่วยเพิ่ม ทักษะสังคมของเด็กได้ หลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน เด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมขมขื่นอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลง (ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2561) อีกทั้งในกิจกรรมการฝึกทักษะผู้ปกครองยังมุ่งเน้นถึงองค์ประกอบหลักสำคัญในเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรงและการมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรม โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการฝึกทักษะการปรับพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้นผ่านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง มีทักษะในการเลี้ยงดู และปรับพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

สรุป

โครงการการฝึกทักษะผู้ปกครอง ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ต้องเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมในการดูแลจัดการกับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่แผนกจิตเวชเด็กสามารถเรียนรู้ขั้นตอนต่าง ๆ ในโครงการการฝึกทักษะผู้ปกครองและนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการจัดกระบวนการรักษาเด็กสมาธิสั้นทั่วไปให้มีโครงการการฝึกทักษะผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้นนอกเหนือจากการใช้ยาและควรมีการเผยแพร่และอบรมการใช้โปรแกรมให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนและครู ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อร่วมกันดูแลเด็กให้เด็กได้รับการดูแลไปในแนวเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมและความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งจะช่วยให้นำไปขยายผลใช้ในระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของโครงการการฝึกทักษะผู้ปกครอง ภายใต้บริบทของกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบครัวมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมแตกต่างจากชุมชนเมือง จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

- จิรพรรณ สาบุญมา, ประนอม รอดคำดี, และสุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดย
ประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(2), 23-34.
- ณัฏฐ ทิพย์รัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุณยสุสุขกุล, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, และทรงภูมิ เบญญากร. (2557).
คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV)
และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น
(SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 97-110.
- ดารินทร์ สิงห์สาร, และวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2561). ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วย
โปรแกรมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. *บูรพาเวชสาร*, 5(2), 70-86.
- ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ชาญนรงค์ ชัยอุดมสม, ปาณิสรา เรือง, และชนัญดา ภูวิชัย. (2561). การศึกษานำร่อง
เรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(2), 115-126.
- ทวีศิลป์ วิชญ์โยธิน, พรทิพย์ วชรติลก, ธันวรุจน์ บุณยสุสุขกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, และพัชรินทร์
อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2),
66-75.
- นิญฐา ยอดแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาวิตา จงสุขศิริ, สุพร อภินันทเวช, และสิรินัดดา ปัญญาภาส. (2562). ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรม
อบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหา สมาธิสั้น ตื้อต่อต้าน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย*, 64(2), 163-176.
- ลัดดาวัลย์ อรัญยานนท์. (2559). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับ
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชลี ศรีสมุทร. (2564). บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*,
18(2), 140-147.
- Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) agents. (2021, August 20). In *LiverTox: Clinical
and research information on drug-Induced liver injury*. National Institute of Diabetes
and Digestive and Kidney Diseases. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573973/>
- de la Caridad Alvarez, M., García, B. H., Navarro Flores, C. M., Vázquez, A. L., Lara, J., &
Domenech Rodríguez, M. M. (2023). Parent training interventions. In B. Halpern-
Felsher (Ed.), *Encyclopedia of child and adolescent health* (pp. 800-820). Academic
Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00030-3>

- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 9-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1008-9>
- Feng, M., Xu, J., Zhai, M., Wu, Q., Chu, K., Xie, L., Luo, R., Li, H., Xu, Q., Xu, X., & Ke, X. (2023). Behavior management training for parents of children with preschool ADHD based on parent-child interactions: A multicenter randomized controlled, follow-up study. *Behavioral Neurology*, 2023, 3735634. <https://doi.org/10.1155/2023/3735634>
- Hornstra, R., Groenman, A. P., van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Review: Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? - a metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(2), 258-268. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
- Hsu, Y. C., Chen, C. T., Yang, H. J., & Chou, P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(6), 661-670. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1624-9>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (Vol. 1). Prentice Hall.
- Lee, Y. J., & Kim, J. (2022). Effect of maternal anxiety on parenting stress of fathers of children with ADHD. *Journal of Korean Medical Science*, 37(11), e89. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e89>
- Leffa, D. T., Caye, A., & Rohde, L. A. (2022). ADHD in children and adults: Diagnosis and prognosis. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 57, 1-18. https://doi.org/10.1007/7854_2022_329
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67-72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Morrison, J., Chunsuwan, I., Bunag, P., Gronholm, P. C., & Estrin, G. L. (2018). Thailand's national universal developmental screening programme for young children: Action research for improved follow-up. *BMJ Global Health*, 3(1), e000589. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000589>
- Nobel, E., Hoekstra, P. J., Brunnekreef, J. A., Messink-de Vries, D. E. H., Fischer, B., Emmelkamp, P. M. G., & van den Hoofdakker, B. J. (2020). Home-based parent training

- for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 395-408. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01375-9>
- Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2014). Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 731-746. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.014>
- Qiu, H., Liang, X., Wang, P., Zhang, H., & Shum, D. H. K. (2023). Efficacy of non-pharmacological interventions on executive functions in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 87, 103692. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103692>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)
- Wong, K. P., Qin, J., Xie, Y. J., & Zhang, B. (2023). Effectiveness of technology-based interventions for school-age children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mental Health*, 10, e51459. <https://doi.org/10.2196/51459>
- Young, S., & Cocallis, K. (2021). ADHD and offending. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1009-1019. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02308-0>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ทิพวดี สีสุธ, พย.บ.*

Received: April 23, 2024

Revised: October 12, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลรามัน มีอุบัติการณ์ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน รายเก่าและรายใหม่ ในเดือนกันยายน 2566 จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ประเมินผลโดยเปรียบเทียบผลการประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลัง

ผลการศึกษาพบว่า สภาพการณ์ผู้ดูแลต้องการให้สนับสนุนอุปกรณ์ ร้อยละ 88 ความรู้ ร้อยละ 60 ผู้ป่วยในความดูแลเคยมีประวัติติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 48 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อคือ อายุ กลุ่มโรค NCD ระยะเวลาในการคาสายสวน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านคือ (CCUTI model) ประกอบด้วย C = caregiver ผู้ดูแล C = continue ความต่อเนื่อง U = unity ความร่วมมือ T = training ฝึกอบรมผู้ดูแล I = instrument เครื่องมือ หลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ เมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 6 เดือน พบว่า การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนร้อยละ 37.42 หลังได้ร้อยละ 94.72 อุบัติการณ์ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะลดลงร้อยละ 26.27 ดังนั้น ควรศึกษาในแต่ละกลุ่มที่ปัจจัยเสี่ยงใกล้เคียงกันและทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ

คำสำคัญ: การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: tipwawadee@gmail.com

The Development of Patient Care Model with Urinary Catheterization at Home to Prevent Urinary Tract Infections

Thippawadee Seesok, M.N.S.*

Abstract

Raman Hospital has reported an incidence of urinary tract infections (UTI) in patients with urinary catheters at home. This research and development project aims to 1) study the current situation, 2) develop a model, and 3) evaluate the effectiveness of the care model for patients with urinary catheters at home. The study is divided into three phases, from October 1, 2023, to April 30, 2024. The sample group consists of caregivers of patients with urinary catheters at home, both new and old cases, in September 2023, totaling 25 individuals. The data collection tools include questionnaires and focus group interviews. Data analysis will use frequency and percentage values, and the evaluation will compare the results of infection prevention practices and care for patients with urinary catheters before and after the intervention.

The study found that caregivers required support for equipment (88%), knowledge (60%), and that 48% of the patients under their care had a history of urinary tract infections. Factors affecting infections included age, NCD disease group, and duration of catheterization. The home catheter care model (CCUTI model) consists of C = caregiver, C = continue, U = unity, T = training, and I = instrument. After implementing the model and following up with patients for six months, it was found that infection prevention practices and care for catheterized patients improved from 37.42% before to 94.72% after. The incidence of urinary tract infections decreased by 26.27%. Recommendations include studying each group with similar risk factors and conducting satisfaction surveys on the model.

Keywords: Urinary tract infection, Patient retain foley catheter, Prevention of infection

* Registered Nurse, Raman Hospital, Yala Province; Corresponding Author E-mail: tipwawadee@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มและอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่ความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ (สรสันทน์ ระวิทอง และลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2564) เช่นเดียวกับการติดเชื้อ CAUTI ซึ่งเกิดในโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย เชื้อก่อโรค และสิ่งแวดล้อม (ปัทมาวดี แก้วมัตย์, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการดำเนินงานและมีผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ในโรงพยาบาลไม่พบอัตราการเกิด CAUTI ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านมีแนวโน้มสูงขึ้น จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชนของเครือข่ายอำเภอราชมาน ปี 2562 - 2566 พบมีอุบัติการณ์ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ร้อยละ 60, 53.57, 41.93, 48.27, 54.16 จำนวนผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ร้อยละ 29, 28, 29, 28, 28 เฉลี่ยผู้ป่วยมีการคาสายสวน ร้อยละ 28.4 และมีการติดเชื้อ เฉลี่ยร้อยละ 14.6 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลราชมาน, 2566) แต่ยังไม่มีความชัดเจนในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลราชมาน จึงสนใจที่จะพัฒนาระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ทฤษฎีระบบการพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับมีนักโภชนาการของโรงพยาบาลเป็นผู้กำหนดเมนูอาหารให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน ลดเค็ม ลดหวาน ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของมุสลิมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วย

ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องทางร่างกาย และต้องพึ่งพาผู้ดูแล และจากการศึกษาของจุฬาร ขำดี (2561) พบว่าแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ มีดังนี้ 1) การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสะอาดและสบู่ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และเมื่อสกปรก 2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 3 ลิตร (กรณีที่ไม่ใช่ข้อห้าม) 3) การรูดสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการอุดตันของตะกอนแคลเซียม 4) การระวังสายสวนไม่ให้หักพับงอ 5) การทำความสะอาดมือก่อนและหลังด้วยแอลกอฮอล์ ทำความสะอาดมือทุกครั้งสัมผัสบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และปลายถุงปัสสาวะ 6) การใช้สำลีแอลกอฮอล์ เช็ดปลายถุงก่อนและหลังเทปัสสาวะ 7) การเทน้ำปัสสาวะทิ้ง เมื่อมีปริมาณปัสสาวะ $\frac{3}{4}$ ถุง เพื่อป้องกันการย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ 8) ไม่ยกถุงปัสสาวะกว่าระดับเอวในขณะที่เคลื่อนย้าย 9) อาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับฝึกอบรมและมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และมีส่วนร่วมในการลดการติดเชื้อของผู้ป่วย ลดความสูญเสียและผลกระทบที่รุนแรงที่มีต่อผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

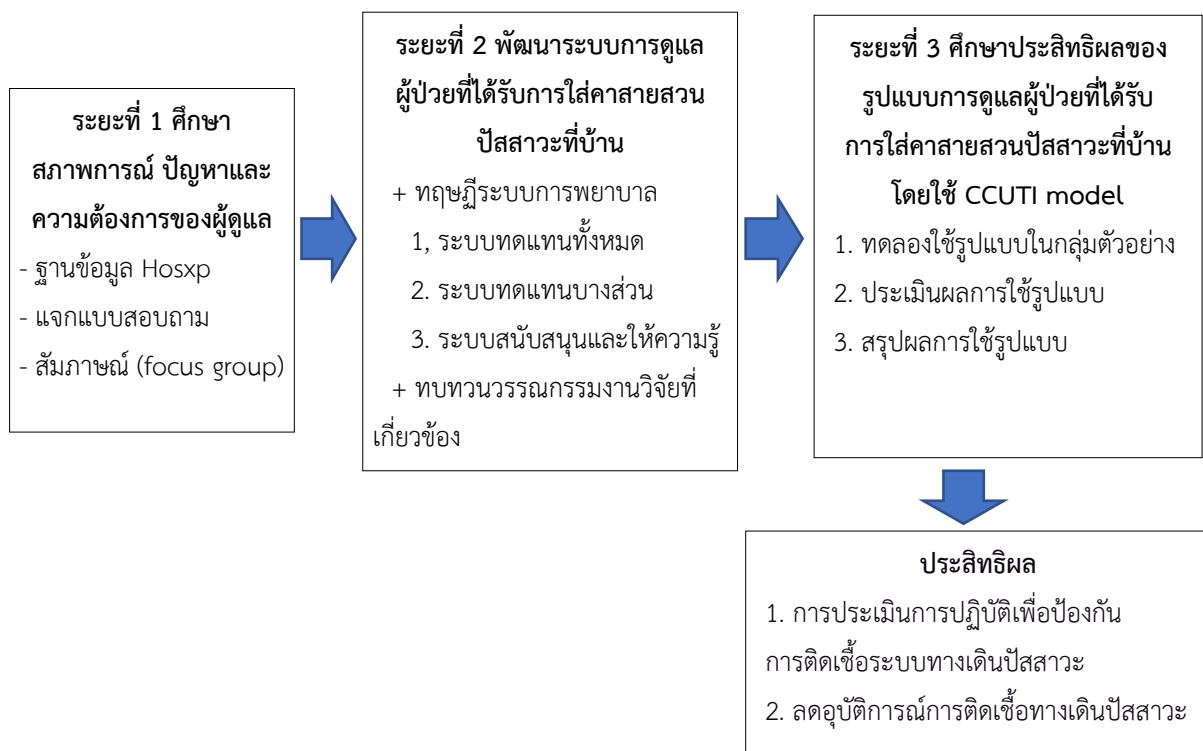
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยคาสยสวนปัสสาวะที่บ้านใน อ.รามัน จ.ยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสยสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางปัสสาวะ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสยสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางปัสสาวะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem et al., 2001) โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล ที่เน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และการทบทวนวรรณกรรมการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสยสวนปัสสาวะมาปรับใช้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

แสดงกรอบแนวคิดวิจัย



การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2567 ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ในปี 2566 จำนวน 35 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านรายใหม่ และรายเก่า ในเดือนกันยายน 2566 จำนวน 25 คน และมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วย คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถติดต่อทางแอปพลิเคชันไลน์ (Application LINE) ได้ สำหรับเกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้ป่วยที่สามารถกลับมา ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

1. วิเคราะห์จากประวัติผู้ป่วยใน HOSxP ตั้งแต่ปี 2562 - 2566 วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย ประวัติ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทาง

2. แบบสอบถามเก็บข้อมูลเชิงปริมาณมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น แบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย ประเมินผู้ป่วยในความดูแล ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โรคประจำตัว และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 25 ราย แล้วเก็บแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ พบว่า ได้รับแบบสอบถามกลับมา 25 ชุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติความถี่ และร้อยละ

3. แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 1 ครั้ง วันที่ 4 ตุลาคม 2566 จำนวน 2 กลุ่มแยกชาย-หญิง ใช้แนวคำถามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ คำถามหลัก ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัญหาและอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ คำถามรอง อะไรเป็นสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ ท่านจะแก้ไขปัญหเหล่านี้ได้อย่างไร ท่านต้องการให้ โรงพยาบาลหรือชุมชนช่วยเหลือท่านในเรื่องใด และจงบอกขั้นตอนวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ในช่วงวันที่ 16 - 31 ตุลาคม 2566

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านที่ผู้วิจัยร่วมกับสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ โภชนาการ โดยนำผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์จากระยะที่ 1 มายกร่างเป็นรูปแบบ ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน โดยใช้แบบประเมินดังนี้

1. แบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ มีจำนวน 14 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นลักษณะให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน เก็บข้อมูลโดยประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลในการเยี่ยมบ้านของทีมในเดือนเมษายน 2567 จำนวน 25 ราย นำมาคิดเป็นร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีค่าสถิติความถี่ และร้อยละ

เกณฑ์ในการประเมิน ร้อยละ $80 - 100 =$ ปฏิบัติในเกณฑ์ดี $50 - 70 =$ ปฏิบัติในเกณฑ์ปานกลาง $20 - 40 =$ ปฏิบัติในเกณฑ์พอใช้ $<20 =$ เกณฑ์ปรับปรุง

2. แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันที่ 5 ของเดือน โดยเฝ้าระวังจากฐานข้อมูล HOSXP และการโทรศัพท์ไปสอบถามหลังใช้รูปแบบตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน - 30 เมษายน 2567 รวมจำนวน 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพยาบาล 1 คน อายุรแพทย์ 1 คน เพื่อพิจารณา ได้ผลดังนี้

1. แบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่างร้อยละ $0.67 - 1.00$ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับร้อยละ 0.84 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 15 - 30 ตุลาคม 2566

2. แบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่างร้อยละ $0.67 - 1.00$ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับร้อยละ 0.86

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ผลการตรวจสอบร่างรูปแบบพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมและเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 90 เสนอแนะในประเด็นการรับประทานอาหารโปรตีนสูงตามบริบทชุมชน

4. แบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่างร้อยละ $0.67 - 1.00$ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับร้อยละ 0.86

5. แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการระดมสมองของทีมนำไปทดลองใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะกับผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน มีค่าความเชื่อมั่นของการวินิจฉัยการติดเชื้อได้เท่ากับ 1

ขั้นตอนในการดำเนินวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน

ระยะ	กิจกรรม	รูปแบบ
1	1. สรุปปัญหาที่ได้จากการสังเคราะห์ ประวัติ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ 2. ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3. จัดตั้งสหวิชาชีพและร่วมระดมสมอง 4. วางแผนและกำหนดระยะเวลา	Unity
2	ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รูปแบบดังนี้ 1. กิจกรรมเติมพลังใจสร้างพลังบวกให้ผู้ดูแลด้วยการ empowerment ให้คำปรึกษา รายบุคคล และกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง 2. จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องให้คำปรึกษากรณีมีปัญหาและการประเมินเป็นระยะ 3. ทบทวนแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโดย เพิ่มการ flush 2 ครั้งเป็น 3 ครั้ง เวลา 10.00 น., 14.00 น., 20.00 น. 4. จัดทำแผ่นพับ โปสเตอร์แสดงขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินตนเอง แบบ check list 5. อบรมผู้ดูแลตามโปรแกรมให้ความรู้ (จัดทำแผนการสอน สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ ให้ข้อมูล ย้อนกลับ) 6. จัดเตรียมนวัตกรรม CCUTI box ประกอบด้วย ถุงมือ น้ำสบู่ น้ำยาล้างมือ สายรัดต้นขา ถุงใส่รองรับปัสสาวะ สำลี แอลกอฮอล์ 7. ผู้ทรงฯ เสนอเรื่องโภชนาการประเมินภาวะโภชนาการ และจัดทำเมนูอาหาร 8. นัดหมายการเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. อสม. ในพื้นที่ 9. ผู้ทรงฯ เสนอเรื่อง การจัดให้มีบุคคลต้นแบบในการป้องกันการติดเชื้อ	Care giver Continue Instrument Training Instrument Unity Unity
3	ประเมินผล 1. ประเมินการปฏิบัติการป้องกันและการดูแลผู้ป่วย 2. เก็บข้อมูลทุกวันทั้ง 5 ของเดือน 3. สรุปผลการทำงาน	Care giver
4	นำผลการดำเนินงานไปวิเคราะห์	

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เลขที่ 01/2567 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิในการถอนตัว สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับข่าวสารข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจในการเลือกหรือไม่เลือกบริการสุขภาพและการปกปิดความลับ

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยคาสาแสนปีสวาระที่บ้าน

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยคาสาแสนปีสวาระที่บ้าน จำนวน 25 คน โดยทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ดูแลอยู่ในช่วงอายุ 46 - 55 ปี มีมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ < 1 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	0	0
เพศหญิง	25	100
อายุ		
>55 ปี	3	12
46-55 ปี	15	60
36-45 ปี	5	20
25-35 ปี	2	8
<25 ปี	0	0
การศึกษา		
ประถมศึกษา	1	4
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	52
ปริญญาตรี	1	4
ศาสนา		
อิสลาม	24	96
พุทธ	1	4
อาชีพผู้ดูแล		
เกษตรกร	17	68
รับจ้าง	5	20
แม่บ้าน	2	8
รับราชการ	1	4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของผู้ดูแล		
เพียงพอ	9	36
ไม่เพียงพอ	16	64
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
< 1 ปี	14	56
1-10 ปี	4	16
>10 ปี	7	28
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	16	64
บิดา/มารดา	6	24
สามี/ภรรยา	3	12

ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยในความดูแล ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ขาดแคลนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88 ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ระยะเวลาในการใส่สายสวนปัสสาวะ < 1 ปี มีจำนวนมากที่สุด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56 ไม่มีประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52 มีประวัติติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCD) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 มีผลจากอุบัติเหตุ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36

ปัญหาและความต้องการ จากการสัมภาษณ์ ปัญหาและอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อส่วนใหญ่คือ ระยะเวลาในการใส่สายสวนปัสสาวะกับการรักษาความสะอาด สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อคือ ร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอ และการแก้ไขปัญหาคือการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องการให้โรงพยาบาลหรือชุมชนช่วยเหลือในเรื่องการสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อความรู้ และการเยี่ยมติดตามที่บ้านเป็นระยะ เพื่อให้การช่วยเหลือ และส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ขั้นตอนวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงระบบสุขภาพไม่พบปัญหา เนื่องจากพื้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกทุกตำบล

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

ภาพที่ 2

แสดงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน



3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

3.1 ผลประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ในระหว่างการทดลองมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย และถอดสายสวนปัสสาวะ 1 ราย เนื่องจากสามารถปัสสาวะได้เอง จึงมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 ราย

การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนใช้รูปแบบ พบว่าปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 39.42 ข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ มีป้ายกระตุ้นเตือนวิธีการดูแลผู้ป่วยแขวนไว้ ร้อยละ 0 รองลงมาคือ ไม่ยกถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับเอวในขณะเคลื่อนย้าย ร้อยละ 20 หลังใช้รูปแบบพบมีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 94.72 ข้อที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 คือ 1) การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 3 เวลา 2) การทำความสะอาดมือ 3) มีอุปกรณ์พร้อมใช้ในการดูแลผู้ป่วย 4) มีป้ายกระตุ้นเตือนวิธีการดูแลผู้ป่วยแขวนไว้ 5) การสังเกตอาการผิดปกติทุกวันและมีการบันทึก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงการเปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ข้อ	รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ (n=25)		หลังใช้รูปแบบ (n= 23)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสะอาดและสบู่ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 3 ครั้ง เวลา 10.00 น., 14.00 น., 20.00 น. และเมื่อสกปรก	13	52	23	100
2	กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 3 ลิตรหรือ 2,500-3,000 ซีซี (กรณีไม่มีข้อห้าม)	12	48	21	91.3
3	การรูดสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการอุดตันของตะกอนแคลเซียม	12	48	21	91.3
4	การดูแลและวางสายสวนไม่ให้หักพับงอ	10	40	22	95.65
5	การทำความสะอาดมือก่อนและหลังด้วยแอลกอฮอล์ ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่สัมผัสบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และปลายถุงปัสสาวะ	13	52	23	100
6	การใช้สำลีแอลกอฮอล์ เช็ดปลายถุงก่อนและหลังเทปัสสาวะ	13	52	22	95.65
7	การเทน้ำปัสสาวะทิ้ง เมื่อมีปริมาณปัสสาวะ $\frac{3}{4}$ ถุง เพื่อป้องกันการย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ	15	60	22	95.65
8	ขณะเทปัสสาวะไม่ให้ท่อเปิด urine bag สัมผัสกับขวด	8	32	20	86.95
9	ไม่ยกถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับเอวในขณะเคลื่อนย้าย	5	20	21	91.3
10	ดูแลให้สายสวนอยู่ในระบบปิดตลอดเวลา	8	32	21	91.3
11	รับประทานอาหารตามเมนูที่นักโภชนาการกำหนด	10	40	20	86.95
12	มีอุปกรณ์พร้อมในการดูแลผู้ป่วย น้ำยาล้างมือ ถุงมือ ฯลฯ	6	24	23	100
13	มีป้ายกระตุ้นเตือนวิธีการดูแลผู้ป่วยแวนที่บ้าน	0	0	23	100
14	การสังเกตอาการผิดปกติทุกวันและมีการบันทึก เช่น ใช้ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะมีสีขุ่น	13	52	23	100
รวม		138	39.42	322	94.72

3.2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนและหลังใช้รูปแบบ

เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้านที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบมีอุบัติการณ์ติดเชื้อน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบ อุตการณ์ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนใช้รูปแบบมีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ในผู้ป่วย 12 คนมีการติดเชื้อ 18 ครั้ง หลังใช้รูปแบบอุบัติการณ์ติดเชื้อจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 21.73 ในผู้ป่วย 5 คน มีการติดเชื้อ 5 ครั้ง เนื่องจากในระหว่างเวลาทดลองมีการเกิดอุทกภัยในพื้นที่อำเภอรามัน ในเดือนมกราคม 2567 ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย นอนแช่น้ำและเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 4

แสดงอุบัติการณ์ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

กลุ่ม	อุบัติการณ์ติดเชื้อ (คน)	อุบัติการณ์ติดเชื้อ (ครั้ง)
ก่อนใช้รูปแบบ (N = 25)	12 (48%)	18
หลังใช้รูปแบบ (N = 23)	5 (21.73)	5

อภิปรายผล

ผลการศึกษาข้างต้น สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ใน อ.รามัน จ.ยะลา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงทั้งหมดและส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพ ส่งผลให้การดูแลมีข้อจำกัด ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม NCD ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลขาดแคลนอุปกรณ์และองค์ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางปัสสาวะ ผลการวิจัยพบว่า

จากการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) มาประยุกต์ใช้ภายใต้ CCUTI model โดยมีกิจกรรมคือ 1) การทดแทนทั้งหมดโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติในขั้นตอนป้องกันการติดเชื้อทุกขั้นตอน สังเกตอาการผิดปกติโดย check list ทุกวัน 2) สหวิชาชีพจะกระทำแทนบางส่วน โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกินขีดศักยภาพของผู้ดูแล คือให้คำปรึกษา การประเมินภาวะโภชนาการ จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ ประเมินผลการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยณรงค์ นาคเทศ และคณะ (2565) ที่กล่าวว่าความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง การมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัว มีพยาบาลเป็นผู้ให้คำชี้แนะ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ และเกิดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง 3) การสนับสนุนความรู้ โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ สอดคล้องกับผลวิจัยของปัทมา วงษ์กัญ และคณะ (2562) ที่พบว่า สัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวทางปฏิบัติ ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ที่สัมพันธ์กับการคายสวนได้ และผลการวิจัยของโหมฐติภา ศิริมา และสุลาลักษณ์ จำเรียง (2567) ที่พบว่า อุบัติการณ์ติดเชื้อลดลงหลังใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อโดยเพิ่มแนวปฏิบัติการทำมาสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ (flush) จาก 2 ครั้ง เป็น 3 ครั้ง จึงนำมาปรับใช้ใหม่

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางปัสสาวะ ผลการประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบทั้งความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งแสดงว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ประกาศเป็นนโยบายระดับอำเภอโดยบูรณาการกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และผู้สูงอายุ เครือข่ายอำเภอราชมัน
2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนงานเพื่อของบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบ โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อใกล้เคียงกัน เช่น ระยะเวลาในการใส่สายสวนเท่ากัน หรือกลุ่มที่มีโรคประจำตัว หรือในกลุ่มที่เกิดจากอุบัติเหตุด้วยกัน
2. ควรศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

- จุฬาร ขำดี. (2561). ผลการส่งเสริมพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคายสวนปัสสาวะ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีประจันต์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 1(2), 39-55.
- โหมฐติภา ศิริมา, และสุลาลักษณ์ จำเรียง. (2567). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคายสวนปัสสาวะ อำเภอผาขาว จังหวัดเลย. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(1), 825-834.
- ชัยณรงค์ นาคเทศ, สุปรานี มณีวงศ์, กัญญิกา นวมโคกสูง, กชกร ธรรมนำสีล. (2565). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อที่ปัสสาวะ: กรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 8(1), 14-25.
- ปัทมา วงษ์กัญ, วงเดือน สุวรรณศิริ, และณิกานต์ ทรงไทย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 26-35.

- ปัทมาวดี แก้วมัตย์. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย
คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน*, 9(1), 90-98.
- สร้อยนันท์ ระวีทอง, และลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2564). การพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ*, 6(2), 28-31.
- Oram, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby.

การบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากุพจน์ ศรีพุ่ม, พย.ม.*

ปรีดาวรรณ กะสินัง, พย.ม.**

ฐิติมา คาระบุตร, พย.ม.*

Received: June 4, 2024

Revised: September 9, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก เป็นวิกฤติสำคัญเหตุการณ์หนึ่งของชีวิต เนื่องจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด ทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม เกิดความตึงเครียดและส่งผลให้ระยะคลอดยาวนาน การบรรเทาปวดในระยะคลอด ทำให้มีระดับความเจ็บปวดลดลง มีพฤติกรรมการเผชิญหน้าความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม งานวิจัยนี้เป็น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปวิธีการและผลลัพธ์ของการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก โดยใช้ระเบียบการวิจัยตามแนวคิดของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบัน Joanna Briggs พบงานวิจัย 6 เรื่อง ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2566 เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ระดับความน่าเชื่อถือที่ Level 2.c ผู้วิจัยมีการสกัดเนื้อหา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล มีวิธีการจัดการบรรเทาปวดที่แตกต่างกันออกไป จัดทำสรุปวิธีการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ สามารถสรุปวิธีการบรรเทาปวด ได้แก่ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด การประคบร้อนและเย็น การนวดหลังและฝ่าเท้า และการจัดการความเจ็บปวดโดยการหายใจและเคลื่อนไหวอย่างอิสระ มีประสิทธิภาพการบรรเทาปวดในระยะคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาสำหรับการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก โดยมีการสนับสนุนทางสังคม เช่น สามี บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเจ็บปวด

คำสำคัญ: การบรรเทาปวดในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ความเจ็บปวดในระยะคลอด

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: preedawan@bcnchainat.ac.th

The Childbirth Pain Management of Primiparous Adolescents: A Systematic Review

Jatuphat Sripnum, M.N.S.*

Preedawan Kasinang, M.N.S.**

Thitima Karabutr, M.N.S.*

Abstract

The delivery of a first-time pregnant teenager is a significant life crisis event due to the physical and mental unpreparedness of the mother, leading to inappropriate pain coping behaviors during labor, increased tension, and prolonged labor duration. Pain relief during labor reduces pain levels and promotes appropriate pain coping behaviors. This research is a systematic literature review aimed at summarizing the methods and outcomes of pain relief during labor for first-time pregnant teenagers, using the research protocol based on the systematic review concept of the Joanna Briggs Institute. Six studies published since 2000 were identified between 2013 - 2023 is a quasi-experimental research with a reliability level of 2.c. The researcher extracted, analyzed, and synthesized the data, employing various pain relief methods. A summary of pain relief methods during labor for first-time pregnant adolescents was compiled.

The results of this systematic literature review can summarize pain relief methods, including continuous support from the pregnancy stage to the delivery stage, hot and cold compresses, back and foot massages, and pain management through breathing and free movement. These methods are effective in relieving pain during delivery for first-time pregnant teenagers. It is recommended that studies be conducted on pain relief during delivery for first-time pregnant teenagers, with continuous social support from their husbands and other family members to reduce pain.

Keywords: The childbirth pain management, Primiparous adolescent, Labor pain

* Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;

Corresponding Author E-mail: preedawan@bcnchainat.ac.th

บทนำ

การคลอดถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญของผู้หญิงเหตุการณ์หนึ่ง โดยผู้คลอดต้องอยู่กับความเจ็บปวดในกระบวนการคลอดเพื่อให้กำเนิดทารกออกมาสู่โลกภายนอก เมื่อทารกคลอดออกมาแล้วความเจ็บปวดนี้จะหายไป ซึ่งระยะของการคลอดนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 นับตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 ตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ตั้งแต่ทารกคลอดถึงรกคลอด และระยะสุดท้ายคือระยะที่ 4 หลังทารกคลอด 2 ชั่วโมง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2563) ซึ่งทุกระยะนั้นใช้ระยะเวลาและระดับความเจ็บปวดแตกต่างกันออกไป แต่อย่างไรก็ตาม ระยะที่ 1 ของการคลอด ถือว่าเป็นระยะที่ทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดยาวนานที่สุด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 18 ชั่วโมง (Cunningham et al., 2014) ซึ่งความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้น ผู้คลอดจะมีระดับความเจ็บปวดและประสบการณ์ที่แตกต่างกันแต่ละบุคคล (Siyoun & Mekonnen, 2019)

การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ที่มารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ยังไม่พร้อมที่เข้าสู่กระบวนการคลอด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด คือ ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม (กุลชาติ แซ่จิ่ง และคณะ, 2565) นอกจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายแล้วนั้น ยังทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้คลอดวัยรุ่นอีกด้วย โดยการคลอดในวัยรุ่นถือว่าเป็นภาวะวิกฤติตามวุฒิภาวะและภาวะวิกฤติตามสถานการณ์ เพราะเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้คลอดไม่มีความสามารถควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมการเผชิญหน้าความเจ็บปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม (Sauls, 2010) เช่น ร้องเสียงดังโวยวาย บิดร่างกายไปมา (Anderson & McGuinness, 2008) โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการคลอด ขาดทักษะในการปรับตัว ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมในระยะคลอดไม่เหมาะสม (จุฬารณย์ คำวงศ์, 2561) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า เนื่องจากร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะตึงเครียด ทำให้เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดมากยิ่งขึ้น (มาลีวัลย์ รัตยา และอรรณพ ฤทธิ์มนตรี, 2562) ดังนั้นควรมีการบรรเทาปวดในระยะคลอดให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเพื่อให้ระยะการคลอดดำเนินเป็นไปตามปกติ

การบรรเทาปวดในการคลอดโดยไม่ใช้ยา ถือว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อสนับสนุนการบรรเทาปวดให้ผู้คลอด ทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญหน้าความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสมและเกิดความสุขสบายในระยะคลอด (ศศิธร เตชะมวไลวิทย์, 2558) การบรรเทาปวดในระยะคลอดนั้น มีวิธีการที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัส การนวด สุนัขบำบัด ดนตรีบำบัด การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าของผู้คลอด การทำบรรยากาศให้ผ่อนคลายและการได้รับกำลังใจจากสามี (Konlan, et al., 2021; แพรพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ, 2562) ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง สำหรับการศึกษาการจัดการความปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกนั้น ยังไม่มีการสรุปว่าการจัดการความปวดแบบใดเหมาะสมที่สุด พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมีการศึกษาการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในระยะคลอดที่เหมาะสม ลดเวลาในระยะคลอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้คลอดและทารก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบรรเทาปวดในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก โดยใช้แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบัน Joanna Briggs (2014) เนื่องจากสามารถทบทวนวรรณกรรมตามระเบียบการวิจัยที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นวิจัยเชิงพรรณนา วิจัยกึ่งทดลอง หรือวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาข้อสรุปและผลลัพธ์ของการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถตัดสินใจและประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปวิธีการและผลลัพธ์ของการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อสรุปวิธีการและผลลัพธ์ของการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบัน Joanna Briggs (2014) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพและการสกัดข้อมูลของงานวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์งานวิจัย 2) การกำหนดหัวข้องานวิจัย 3) การคัดกรองงานวิจัย 4) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 5) การสกัดข้อมูลงานวิจัย และ 6) การวิเคราะห์และนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาในงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2566 โดยงานวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นผลลัพธ์เพื่อสรุปข้อมูลโปรแกรมการบรรเทาปวดเพื่อนำไปให้การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้วิธีการวิจัยเอกสาร (documentary research) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ บทความหรือการศึกษาที่เกี่ยวกับบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยมีการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้

1.1 กำหนดวิธีการสืบค้นวรรณกรรมด้วยคำสำคัญ (keyword) ตามกรอบแนวคิดของ PICO (Stannard, 2019) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ 1) ประชากร (population) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (teenage pregnancy, adolescent parturients, primiparous adolescents) 2) วิธีการ (intervention) ได้แก่ โปรแกรมการบรรเทาปวดในระยะคลอด (pain management promoting, labor pain management,

labor pain relief method, nonpharmacologic labor pain relief) 3) การเปรียบเทียบ (comparison) ได้แก่ การพยาบาลปกติ (no treatment) และ 4) ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ ความเจ็บในระยะคลอด (labor pain)

1.2 กำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ScienceDirect, ThaiJO, ThaiLIS (TDC) และ Google Scholar และสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ หนังสือ วารสารวิชาการของห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่สืบค้นได้

1.3 กำหนดระยะเวลาในการสืบค้น คือศึกษางานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2566

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ PICO (Stannard, 2019) 2) แบบประเมินคุณภาพของวิจัยสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 9 ข้อ (critical appraisal form tool for RCT) และ 3) แบบบันทึกงานวิจัย (data extraction form) สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งเครื่องมือ 2) และ 3) มาจากแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมของสถาบัน Joanna Briggs (2014) เนื่องจากแบบคัดกรองงานวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนามานี้ มีลักษณะเป็นเพียงรายการตามเกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัยเพื่อนำเข้ามาทบทวน ส่วนแบบประเมินคุณภาพของวิจัยและแบบบันทึกงานวิจัยโดยสถาบัน Joanna Briggs (2014) ถือว่าเป็นแบบประเมินมาตรฐานสากล จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ไม่มีการศึกษาโดยตรงกับมนุษย์ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ขอรับเอกสารรับรองทางจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 005/2567 ลงวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2567

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

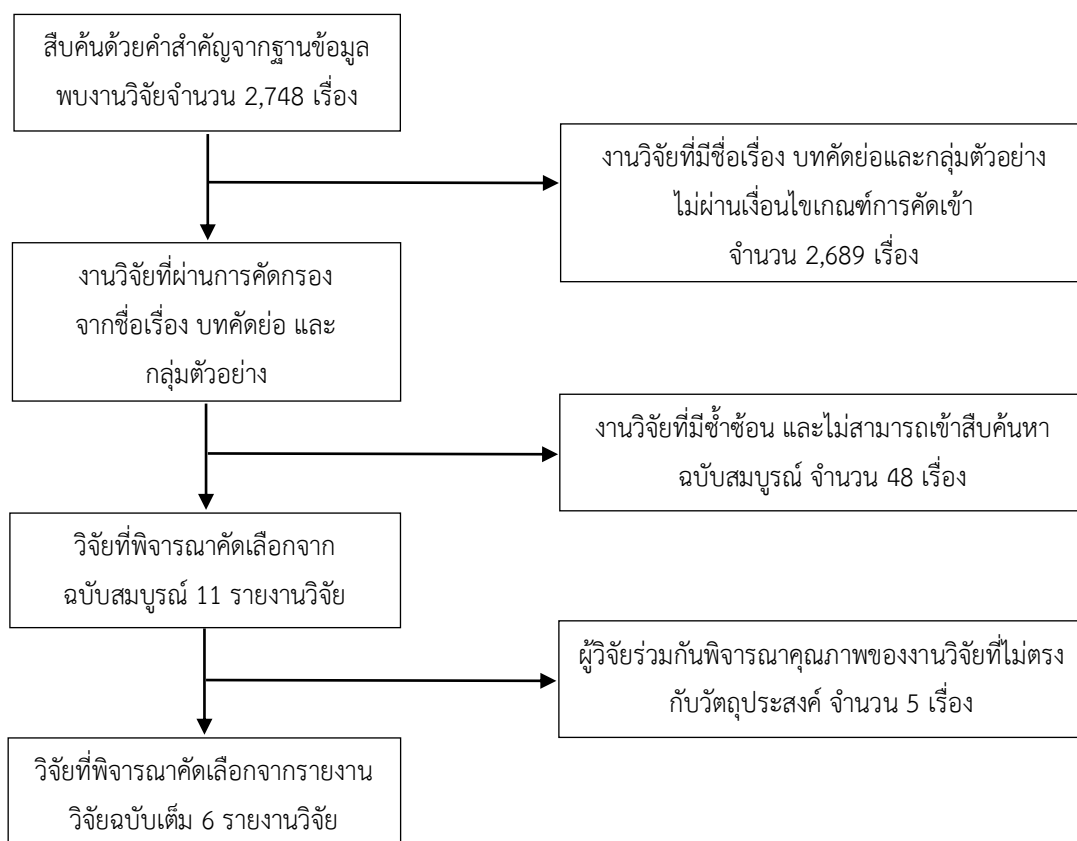
4.1 ผู้วิจัยทำการสืบค้นของข้อมูลตามกรอบแนวคิด PICO (Stannard, 2019) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยมือ

4.2 ผู้วิจัยพิจารณางานวิจัยที่สืบค้นเพื่อทำการคัดเลือกรงานวิจัย ตามเกณฑ์ที่กำหนดของแบบคัดกรองงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ PICO (Stannard, 2019) และอยู่ในระยะเวลาที่กำหนด โดยดูจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดยผู้วิจัย จำนวน 3 คน โดยพิจารณาคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเลือกใช้สถิติ วิธีการดำเนินงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และผลการวิจัย โดยงานวิจัยต้องผ่านการประเมินจากผู้วิจัยจาก 2 ใน 3 คน หลังจากนั้นจัดระดับของงานวิจัยตามเกณฑ์ของสถาบัน Joanna Briggs (2014) ซึ่งผลการคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนวรรณกรรมเรื่อง การบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกจำนวน 6 เรื่อง ดังภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกรงานวิจัย

ภาพที่ 1

ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย



4.4 ผู้วิจัยร่วมกันการสกัดข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสกัดข้อมูลงานวิจัย นำมาวิเคราะห์ และสรุปวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ตามตารางที่ 1 การวิเคราะห์วรรณกรรมการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยโดยใช้สถิติพรรณนา และสังเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อจำแนกรูปแบบการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

ตารางที่ 1

การวิเคราะห์วรรณกรรมการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

ชื่อเรื่องวิจัยและ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลลัพธ์การวิจัย
1. ผลของโปรแกรมการ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะ คลอดโดยพยาบาลต่อระดับความ เจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บป่วยในหญิงวัยรุ่น ครั้งแรก (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558)	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) Level 2c	เพื่อเปรียบเทียบระดับความ เจ็บปวดและพฤติกรรมการ เผชิญความเจ็บป่วยในหญิง วัยรุ่นครั้งแรก ที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนอย่าง ต่อเนื่องในระยะคลอดโดย พยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ	กลุ่มควบคุม (n =25): หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นได้รับการดูแลปกติตามระยะคลอด จากพยาบาลประจำห้องคลอด หลังจาก นั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความ เจ็บปวดและแบบประเมินพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวด มาประเมินเมื่อ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม., 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. กลุ่มทดลอง (n =25): หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นครั้งแรกได้รับมีกิจกรรมการ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม., 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. ดังนี้ 1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านอุลบรรเทาปวด 3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย 4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ประเมินระดับความเจ็บปวดและ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม	ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวด ในระยะปากมดลูกเปิดช้า, เปิดเร็ว และ ระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$), ($p < .001$, ($p < .001$) ตามลำดับ 2) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า, เปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน เหมาะสม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$), ($p < .001$), ($p < .001$) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่องวิจัยและ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการวิจัย
2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุน อย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยพยาบาลต่อระดับความ เจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์ แรก โรงพยาบาล บึงกาฬ (จุฬารักษ์ คำวงศ์, 2561)	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) Level 2c	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องใน ระยะคลอดโดยพยาบาลต่อ ระดับความเจ็บปวดและ พฤติกรรมการเผชิญความ เจ็บปวดในหญิงวัยรุ่น ครรภ์แรก โรงพยาบาล บึงกาฬ	กลุ่มควบคุม (n =25) : หญิงวัยรุ่น ครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอดได้รับ การดูแลปกติตามระยะคลอดจาก พยาบาลประจำห้องคลอด หลังจากนั้น ประเมินระดับความเจ็บปวดให้หญิง วัยรุ่นครรภ์แรก และพฤติกรรมการ เผชิญความเจ็บปวดเมื่อปากมดลูกเปิด น้อยกว่า 4 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. กลุ่มทดลอง (n =25): หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับมีกิจกรรมการ สนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม., 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. ดังนี้ 1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านอุลบรรเทาปวด 3. การสนับสนุนด้านความสุขสบาย 4. การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ ประเมินระดับความเจ็บปวดและ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม	ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดใน ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และ เปิด 8-10 เซนติเมตร ต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$), ($p < .001$), ($p < .001$) ตามลำดับ 2) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด น้อยกว่า 4 เซนติเมตร, เปิด 4-7 เซนติเมตร และเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$), ($p < .001$), ($p < .001$) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่องวิจัยและ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลลัพธ์การวิจัย
3. ผลของการนวดกดจุดสะท้อน ฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดใน การคลออดและความพึงพอใจของ ผู้คลออดวัยรุ่น (กรณีการ ไปร่งเกษม และคณะ, 2563)	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลอง (quasi-experimental research) Level 2.c	เปรียบเทียบความเจ็บปวดในการ คลออดและความพึงพอใจ ของผู้คลออดวัยรุ่นระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุด สะท้อนฝ่าเท้าและกลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติในระยะเวลาหลัง การทดลองทันทีที่ชั่วโมงที่ 1 และชั่วโมงที่ 2 หลังการ ทดลอง	กลุ่มควบคุม (n =22): หญิงตั้งครรภ์รุ่น ที่เจ็บครรภ์คลอดได้รับการดูแลปกติตาม ระยะคลอดจากพยาบาลประจำห้องคลอด หลังจากนั้นประเมินระดับความเจ็บปวด ระยะหลังการคลอดทันที 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง และความพึงพอใจในการ บรรเทาความเจ็บปวด กลุ่มทดลอง (n =25): หญิงตั้งครรภ์รุ่น โดยการศึกษาค้างนี้ใช้แนวคิดของการนวด กดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มาเป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาโดยจะเริ่มทำการนวดกดจุด สะท้อนฝ่าเท้า 1 ครั้ง เมื่อผู้คลอดมีปาก มดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ใช้ระยะเวลาใน การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ารวม 20 นาที นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าตำแหน่งที่ กำหนด โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุดหรือ ขึ้นอยู่กับการตำแหน่ง จุดละ 10 ครั้ง หลังจาก นั้นประเมินระดับความเจ็บปวดระยะหลัง การคลออดทันที 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง และความพึงพอใจในการบรรเทาความ เจ็บปวด	ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดใน การคลออดในระยะหลังการทดลอง ทันที ระยะหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และระยะหลังการทดลอง 2 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p = .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความพึงพอใจในการบรรเทา ความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่องวิจัยและ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลลัพธ์การวิจัย
4. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัว เพื่อการคลอดร่วมกับ การ สนับสนุน ในระยะคลอด อย่าง ต่อเนื่องต่อความปวดของหญิง ตั้งครรภ์วัย รุน คร ร ร แ ร ก (ปิยะนุช ขวัญเมือง และคณะ, 2562)	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) Level 2.c	เปรียบเทียบความปวดของ หญิงตั้งครรภ์วัย รุน คร ร ร แ ร ก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการสนับสนุนในระยะ คลอดอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ ไม่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ	กลุ่มควบคุม (n =25): หญิงตั้งครรภ์วัย รุน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยครั้งที่ 1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาที่แผนกฝากครรภ์ โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และให้การพยาบาลปกติ ครั้งที่ 2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์จริง และมาที่แผนกห้องคลอด ปากมดลูกเปิด ไม่เกิน 3 เซนติเมตร และต้องนอนรอ คลอดอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยให้ หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมินความปวด ด้วยสายตาในระยะปากมดลูกเปิดซ้ำ ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยน ผ่าน กลุ่มทดลอง (n =25): การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเตรียมตัว คลอดของดิคร-รีด ร่วมกับการสนับสนุนใน ระยะคลอดอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของ โบเรห์และคณะ ดังนี้	กลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่า กลุ่มควบคุมทั้งในระยะปากมดลูกเปิด ซ้ำ ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะ เปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่องวิจัยและปีตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัยและระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลลัพธ์การวิจัย
			1. กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนและประคบเย็นด้วยแผ่นเจลร่วมกับเทคนิคการหายใจ ซึ่งการประคบจะเริ่มเมื่อผู้ทดลองเริ่มมีการหดตัวของมดลูก 2. กลุ่มที่ได้รับการนวดหลัง 2 ท่า ร่วมกับเทคนิคการหายใจการนวด 3. กลุ่มการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจของแผนกห้องคลอด เมื่อมีการหดตัวของมดลูก ให้ผู้หายใจลึกขึ้น ตามความออกลึก ๆ และหายใจถี่ขึ้น ตามความเจ็บปวดโดยให้นับการหายใจเข้าและออกเรื่อย จนกว่ามดลูกจะคลายตัว ซึ่งมีวิธีการประเมินความเจ็บปวด และพฤติกรรมความเจ็บปวดในระยยะที่ 1 ภายหลังการให้วิธีการบรรเทาปวดแต่ละวิธีผู้วิจัยได้สังเกตและบันทึกคะแนนพฤติกรรมความเจ็บปวดผู้ทดลองซึ่งเป็น การประเมินหลังการทดลองซึ่งชั่วโมงที่ 1 และการทดลองครั้งที่ 2-5 จะดำเนินการทุก 1 ชั่วโมงหลังการทดลองแต่ละครั้ง	และมีพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวมมากกว่ากลุ่มการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 7.62, 7.37, 6.63$ ตามลำดับ, $p < .001$)

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่องวิจัยและ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลลัพธ์การวิจัย
6. ผลของการใช้โปรแกรม การส่งเสริมการจัดการความ เจ็บปวดจากการคลอด ต่อคะแนน ความเจ็บปวดและการรับรู้ ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่น ในระยะคลอด (นิตยา สุขแสน และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2565)	การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) Level 2.c	เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนน ความเจ็บปวดและคะแนน การรับรู้ระหว่างกลุ่มที่ใช้ การคลอดของหญิงวัยรุ่นใน ระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ใช้ โปรแกรมการส่งเสริม การจัดการความเจ็บปวด จากการคลอดกับกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ	กลุ่มควบคุม (n =35): ได้รับการดูแล ตามปกติจากพยาบาลห้องคลอด การดูแลความสุขสบายขณะคลอด การสอนหายใจบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ เมื่อช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และ ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ผู้วิจัยประเมิน ความเจ็บปวดภายหลังคลอด 6-24 ชั่วโมง และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด กลุ่มทดลอง (n =35): ได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจาก การคลอด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1. การผ่อนคลาย ด้วยการให้ความรู้ เกี่ยวกับกระบวนการคลอด 2. การลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวด ด้วยการเคลื่อนไหวอย่างอิสระบนเตียง 3. การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย โดยสาธิตและการนวด จากนั้นให้ปฏิบัติ ด้วยตนเอง และผู้วิจัยกำกับติดตามพร้อม ให้กำลังใจและเสริมแรง	ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความ เจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.05$ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 120.00 คะแนนและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 116.23 คะแนน โดยสรุปคะแนนเฉลี่ย ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเรื่องวิจัยและ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบการวิจัย และระดับความน่าเชื่อถือ	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลลัพธ์การวิจัย
			4. การยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังในระดับสมอง แบ่งเป็น 2 กิจกรรมย่อย เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 ชม. ด้วยการใช้ดนตรีที่ร่วมกับวิธีการหายใจบรรเทาปวด เมื่อช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ชม. และปากมดลูกเปิด 8-10 ชม. ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวดภายหลังคลอด 6-24 ชั่วโมง และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด	

ผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ พบว่า มีงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกว่า ทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมบรรเทาปวดในระยะคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งมีวิธีการจัดการและการประเมินผลที่แตกต่างกัน โดยผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย พบว่า งานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ระดับความน่าเชื่อถือที่ Level 2.c (Joanna Briggs, 2014) มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ($N < 30$) จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ($N > 30$) จำนวน 2 เรื่อง

2. วิธีการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มีการประยุกต์แนวทางการสนับสนุนต่อเนื่องในระยะคลอดของ Hod-nett และคณะ (2012) งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง มีรูปแบบของโปรแกรมดำเนินการใน 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกน้อยกว่า 4 ซม. ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ซึ่งมีการสนับสนุนต่อเนื่องทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านความสบาย และด้านการพิทักษ์สิทธิ จากงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในทั้งหมด 3 ระยะนั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตามลำดับ (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; จุฬารักษ์ คำวงศ์, 2561) และงานวิจัย 1 เรื่องใช้การแนวทางการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read (2013) ร่วมกับแนวทางการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องของ Bohren และคณะ (2017) ดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 34-35 สัปดาห์ ให้ความรู้การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ในการเตรียมร่างกายเทคนิคการลดความปวด พร้อมคู่มือเพื่อนำไปฝึกที่บ้าน ครั้งที่ 3 โทรศัพท์กระตุ้นการใช้คู่มือภายหลังได้รับกิจกรรม และครั้งที่ 4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บครรภ์จริงที่ห้องคลอด ให้การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านความสบายในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ปิยะนุช ขวัญเมือง และคณะ, 2563) ซึ่งงานวิจัยทั้ง 3 เรื่องนี้ต้องใช้พยาบาลดูแลเป็นรายกรณี และควรเป็นพยาบาลคนเดียวกัน เนื่องจากต้องมีการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจและเชื่อใจ ทำให้เกิดข้อจำกัดสำหรับสถานพยาบาลที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ

มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีควบคุมประตู่ (Melzack & Wall, 2003) จำนวน 1 เรื่อง เริ่มกิจกรรมเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4 เซนติเมตรและมดลูกหดตัว แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 22 คน คือ กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อน-เย็นด้วยแผ่นเจลร่วมกับเทคนิคการหายใจในลักษณะที่ผู้คลอดนั่งหรือนอนตะแคงศีรษะหนุนหมอน กลุ่มที่ได้รับการนวดหลัง 2 ท่าร่วมกับเทคนิคการหายใจ การนวด ได้แก่ การนวดบริเวณหลัง-บั้นเอว-สะโพก และการนวดก้นกบ และกลุ่มการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจของแผนกห้องคลอดคือ เมื่อมีการหดตัวของมดลูก ให้สูดหายใจเข้า-ออกลึก ๆ และหายใจถี่ขึ้นตามความเจ็บปวดโดยให้นับการหายใจเข้า-ออกจนกว่ามดลูกจะคลายตัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มประคบร้อน-เย็นและกลุ่มนวดหลังมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดโดยรวม

น้อยกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 5.13, 4.88, 6.16$ ตามลำดับ, $p < .001$) (พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และพัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565) โดยการบรรเทาปวดโดยการประคบร้อน-เย็นนั้น ต้องควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสม และการนวดต้องกดในตำแหน่งที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบรรเทาปวด

มีการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อบรรเทาการเจ็บปวดในระยะคลอด จำนวน 1 เรื่อง โดยเริ่มดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 1 ครั้ง เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่งหมายเลขที่กำหนด ใช้เวลา 20 นาที โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดรูดลง-ขึ้น จุดละ 10 ครั้ง งานวิจัยนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในการคลอดในระยะหลังการทดลองทันที ระยะหลังการทดลอง 1 ชั่วโมง และระยะหลังการทดลอง 2 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, p < .001$ และ $p = .001$) (กรรณิการ์ โปร่งเกษม และคณะ, 2563) สำหรับการบรรเทาปวดโดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าพยาบาลต้องมีความแม่นยำในตำแหน่งของการกดที่บริเวณฝ่าเท้า หากกดไม่ถูกตำแหน่ง จะไม่สามารถบรรเทาปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีงานวิจัย 1 เรื่อง พัฒนาวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดของ Marut และ Mercer (1979) เพื่อบรรเทาปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก กิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การผ่อนคลาย ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดของปากมดลูกและกระบวนการคลอดเพื่อลดความวิตกกังวล ตั้งแต่มารับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลที่ห้องรับใหม่ 2) การลดตัวกระตุ้นความเจ็บปวด ด้วยการเคลื่อนไหวอย่างอิสระบนเตียงตามความต้องการของผู้คลอด 3) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย โดยการสาธิตการสัมผัสและการนวด พร้อมให้กำลังใจและเสริมแรงทุก 2 ชั่วโมง และ 4) การยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังในระดับสมอง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ด้วยการใช้นดนตรีเป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ร่วมกับสาธิตวิธีการหายใจบรรเทาปวดเป็นรายบุคคล ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตรของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .05$ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (นิตยา สุขแสน และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2565) พบว่า ระหว่างการศึกษาวัยรุ่นเกิดการระบาดของโควิด-19 ญาติไม่สามารถอยู่ในระยะคลอดได้ ทำได้เพียงการโทรศัพท์โปรแกรมการบรรเทาปวดจึงไม่สมบูรณ์ อาจทำให้ความเจ็บปวดช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกนั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และบางส่วนมีจัดการความเจ็บปวดด้วยการประคบ การนวด สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมกับช่วงวัยและรายบุคคล

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครรภ์แรก พบว่า มีวิธีการบรรเทาปวด ได้แก่ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การประคบร้อน-เย็น การนวด และการจัดการความเจ็บปวด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมนั้น พบว่า มีประสิทธิภาพการบรรเทาปวดในระยะคลอด ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดได้ ดังนี้ คือ เริ่มการเตรียมความพร้อมตั้งระยะตั้งครรภ์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด การเตรียมความพร้อมของร่างกายในการคลอด และเทคนิคการบรรเทาปวดในระยะคลอด (ปิยะนุช ขวัญเมือง และคณะ, 2563)

เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริง จนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ควรให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ Hod-nett และคณะ (2012) เชื่อว่า การดูแลสนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะคลอดโดยพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือ 1) ด้านจิตใจอารมณ์ โดยการสร้างความไว้วางใจ และการประคับประคองด้านจิตใจ (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; จุฬารักษ์ คำวงศ์, 2561) 2) ด้านข้อมูล การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเปิดของปากมดลูกและกระบวนการคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Dick-Read (2013) เชื่อว่าการให้ความรู้เรื่องการคลอดและการฝึกปฏิบัติ จะเป็นการตัดวงจรความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดจะมีความปวดน้อยลง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวด เช่น การฟังดนตรี เสียงนุ่ม มีจังหวะเสียง 60-80 ครั้งต่อนาที (นิตยา สุขแสน และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2565) การควบคุมลมหายใจเมื่อมดลูกหดตัว (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; จุฬารักษ์ คำวงศ์, 2561; ปิยะนุช ขวัญเมือง และคณะ, 2563; พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และพัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565) 3) ด้านความสบาย โดยดูแลความสบายทั่วไป (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; จุฬารักษ์ คำวงศ์, 2561) และการดูแลเพื่อส่งเสริมความสบายด้วยการสัมผัสประคบร้อน-เย็น และการนวดบริเวณหลัง-บั้นเอว-สะโพก ก้นกบ (พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และพัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565) และนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (กรณิการ์ โปร่งเกษม และคณะ, 2563) แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างอิสระบนเตียง ตามความต้องการของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด (นิตยา สุขแสน และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2565) และ 4) ด้านการพิทักษ์สิทธิ การให้โอกาสตัดสินใจ และการพิทักษ์สิทธิผู้คลอด (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; จุฬารักษ์ คำวงศ์, 2561)

การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกนั้น การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านจิตใจอารมณ์ ควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เจ็บครรภ์จนถึงระยะคลอดเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจและเชื่อใจ ด้านความรู้เกี่ยวกับการคลอดและการบรรเทาปวดไม่ว่าจะเป็นดนตรีบำบัด การควบคุมการหายใจ ด้านความสบายโดยการประคบร้อน-เย็น การนวดกดจุด และด้านการพิทักษ์สิทธิผู้คลอด ทั้งนี้ควรเลือกกิจกรรมการดูแลเพื่อบรรเทาปวดในระยะคลอดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวทางการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อวางแผนการให้พยาบาลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด ตามบทบาทหน้าที่อิสระได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
2. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาล สามารถนำแนวทางการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก
3. ด้านบริหาร หน่วยงานห้องฝากครรภ์และห้องคลอด สามารถนำแนวทางการบรรเทาปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน ให้มีประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระดับความเจ็บปวดโดยใช้การเตรียมความพร้อมในการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีงานวิจัยที่เตรียมพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพียง 1 เรื่องเท่านั้น
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง เช่น สามี บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวเพื่อลดความเจ็บปวด

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ โปร่งเกษม, ปิยะนุช ชูโต, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2563). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ต่อความเจ็บปวดในการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 47(2), 216-226.
- กุลชาติ แซ่จิ่ง, เยาวเรศ กิตติธเนศวร, เมธา ทรงธรรมวัฒน์, ปติณยา แสงอรุณ, เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, ศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์, พิมพ์ใจ มาลีรัตน์, และชัชนาวดี ณ น่าน. (2565). ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น: การศึกษาจากเหตุไปหาผลย้อนหลังแบบสหสถาบัน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(3), 446-459.
- จุฬารณณ์ คำวงษ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรกโรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(3), 164-175.
- นิตยา สุขแสน, และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอด ต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด ของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 1044-1057.

- เบญจมาภรณ์ ชูช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คลังปัญญามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
<https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/10669>
- ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล, และเบญญาภา อติมาพงษ์. (2562). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 115-127.
- พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์, และพัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล. (2565). ผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นและการนวดหลังต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 5(1), 79-96.
- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, และศรีสุดา งามขำ. (2562). การจัดการความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 25(2), 1-12.
- มลิวลัย รัตยา, และอรรณณ ฤทธิมนตร์. (2562). พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น: แนวคิดและวิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(1), 113-126.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2563). *การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). จามจุรีโปรดักส์.
- ศศิธร เตชะมวไลวิทย์. (2558). ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(1), 114-124.
- Anderson, C., & McGuinness, T. M. (2008). Do teenage mothers experience childbirth as traumatic? *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(4), 21-24.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20080401-01>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Sheffield, J. S. (Eds.). (2014). *Williams obstetrics*. (24th ed.). McGraw-Hill Education.
- Dick-Read G. (2013). The principles and practice of natural childbirth, In I. M. Gaskin (ed.), *Childbirth without fear* (pp. 318-330). Pinter & Martin.

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>
- Konlan, K. D., Afaya, A., Mensah, E., Suuk, A. N., & Kombat, D. I. (2021). Non-pharmacological interventions of pain management used during labour; an exploratory descriptive qualitative study of puerperal women in Adidome Government Hospital of the Volta Region, Ghana. *Reproductive Health*, 18, 86. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01141-8>
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28(5), 260-266. <https://doi.org/10.1097/00006199-197909000-00002>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (2003). *Pain management*. Churchill Livingstone.
- Sauls, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39(6), 703-712.
- Siyoun, M., & Mekonnen, S. (2019). Labor pain control and associated factors among women who gave birth at Leku primary hospital, Southern Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 619. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4645-x>
- Stannard D. (2019). A Practical definition of evidence-based practice for nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of Peri Anesthesia Nurses*, 34(5), 1080-1084. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.07.002>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' manual 2014 Edition*. Solito Fine Colour Printers.

ประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน

วิลาวัลย์ กล้าแรง, พย.ม.* , ชัยวัฒน์ อ่อนโธสง, พย.ม.*

กัลยรัตน์ ศรีกล้า, พย.ม.** , พิชรินทร์ วรรณทวี, พย.ม.*

พยอม ตันจรรย์ยา, พย.บ.*** , รุจิสร สุระถาวร, พย.บ.*

Received: June 14, 2024

Revised: October 26, 2024

Accepted: November 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกได้ครูผู้สอน 11 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบ กึ่งโครงสร้างและแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา ด้วยวิธีวิทยาการศึกษาประสบการณ์ชีวิตและเรื่องเล่าตามแบบปรากฏการณ์วิทยา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ครูผู้สอนเด็กออทิสติกทำหน้าที่สอน ดูแลสุขภาพเด็กและสอนทักษะชีวิตเสมือน เป็นลูกตัวเอง 2) ความสำเร็จเกิดจากความเข้าใจ ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหาอุปสรรค และได้รับความร่วมมือ ครูเข้าใจเด็ก ผู้ปกครองเอาใจใส่ ผู้บริหารสนับสนุน เพื่อนและตัวเด็กเอง ที่สำคัญครูออกแบบการเรียนรู้และ ปรับวิธีการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะเด่นของผู้เรียนรายบุคคล 3) ปัญหาอุปสรรคด้านผู้ปกครอง เด็กเอง และบุคลากร แต่ครูเท่าที่มีก็ตั้งใจสอน และสามารถจัดการปัญหาบางอย่างได้ 4) ครูต้องการให้ผู้ปกครอง ช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ต้องการให้ทุกส่วนมีความเข้าใจเด็กและให้การสนับสนุนช่วยเหลือครู ทั้งผู้บริหาร โรงเรียนและเพื่อนครู โรงพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสังคมโดยทั่วไป ข้อเสนอแนะ ทีมผู้บริหาร การศึกษาและทีมผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดเป็นนโยบาย จัดระบบการศึกษาที่มีคุณภาพแก่เด็กออทิสติกรวมทั้งจัดระบบการส่งเสริมสนับสนุนผู้ปกครองเด็กอย่างเป็น รูปธรรมให้มากขึ้น โดยร่วมกันจัดระบบการดูแลเด็กและระบบการจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพสำหรับ บุคคลออทิสติก และมีการติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และควรศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรม การสอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต ครูการศึกษาพิเศษ ออทิสติก

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: kanyarat@bcnsurin.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์

Life Experiences of Teachers Who Teach Autism Children in Schools

Wilawan Klaraeng, M.N.S.^{*}, Chaiwat Onthysong, M.N.S.^{*},
Kalyarat Sornkla, M.N.S.^{**}, Patsharin Wannatawee, M.N.S.^{*},
Payom Tantajanya, B.N.S.^{***}, Rujisan Surataworn, B.N.S.^{*},

Abstract

This qualitative research aimed to study the life experiences of teachers who educate autistic children within a school system. The sample was purposively selected based on inclusion criteria, consisting of 11 teachers. The tools used were semi-structured interviews and non-participatory observation. Data was collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis based on the life experience study and storytelling methods, following the phenomenological approach to describe the findings.

The research findings revealed: 1) Teachers of autistic children serve multiple roles: teaching, ensuring the children's health, and teaching life skills. These teachers do more than just fulfill the traditional role of educators; they also closely care for the children as if they were their own, guiding their health and life skills development. 2) Success in teaching autistic children stems from understanding, perseverance in the face of challenges, and cooperation. Most importantly, teachers design and adapt teaching methods to suit the individual strengths of each student. 3) There are challenges related to personnel, parents, and the children themselves. Despite staff shortages, the teachers show dedication and manage to address certain problems effectively. 4) Teachers express a need for additional support, especially from parents, in encouraging children's development. They also seek understanding and support from school administrators, fellow teachers, hospitals, relevant agencies, and society at large. Recommendations: Administrative teams in relevant organizations should apply the research findings to establish policies that ensure a high-quality education system for autistic children. Collaboration between these parties should lead to a well-structured system for child care and education, continuously monitored and improved. Further research should focus on developing teaching programs for autistic children in schools.

Keywords: Life experiences, Special education teachers, Autism

^{*} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{**} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; Corresponding

Author E-mail: kanyarat@bcnsurin.ac.th

^{***} Skilled Registered Nurse, Head of Psychiatric Nursing Group, Surin Hospital

บทนำ

ออทิสติก คือ ความบกพร่องในทักษะทางสังคมและการสื่อสารร่วมกับอาการหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างมากเกินไปหรือพูดซ้ำ ๆ ขาดความยืดหยุ่น ตรงกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กชื่อ “Autism Spectrum Disorder-ASD” (ตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน) หรือ “Pervasive Developmental Disorders-PDDs” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F84) มีการประมาณการว่า เด็กทั่วโลกประมาณ 1 ใน 100 คนเป็นออทิสติก (World Health Organization, 2023) จากรายงานสถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565 - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 อัตราป่วยรายใหม่ของออทิสติก (F84.0-F84.9) ที่มีอายุ 2 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ภาพรวมพบ 112.87 คนต่อ 100,000 ประชากร (วรวรรณ จุฑา และคณะ, 2566) ในจังหวัดสุรินทร์มีเด็กออทิสติกจำนวน 172 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์, 2565) คิดเป็นร้อยละ 0.22 ของผู้พิการทั้งหมดในจังหวัดสุรินทร์ (77,639 คน)

เด็กออทิสติกมีความผิดปกติในสมองจึงมีความพร่องทางการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ชอบทำกิจวัตรประจำวันแบบเดิม เช่น เดินตามเส้นทางเดิมรับประทานของเดิมซ้ำ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะหงุดหงิดอาละวาดเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กเอง พ่อแม่ ครอบครัว ครู และเพื่อน ๆ (เพ็ญแข ลิมศิลา และธีรารัตน์ แทนคำ, 2562) จึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลต้องทำเป็นอันดับแรกในการดูแลช่วยเหลือแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย คือบทบาทในการสอนพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็ก นอกจากให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโดยตรงแล้ว พยาบาลควรเน้นให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างต่อเนื่องด้วย โดยพยาบาล ต้องสอนพ่อแม่ให้มีความรู้และทักษะในการฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแบบพื้นฐานแก่เด็กออทิสติกด้วยเทคนิคและวิธีการที่หลากหลาย เช่น การเป็นแบบอย่างที่ดี การฝึกซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง การใช้สื่อภาพ หรือคลิปวิดีโอช่วยในการฝึก การชื่นชมให้กำลังใจเด็ก เป็นต้น เพื่อให้พ่อแม่สามารถนำไปใช้ในการดูแลและฝึกทักษะแก่เด็กได้จริง (พนิดา รัตนไพโรจน์ และคณะ, 2566) การได้รับการเตรียมและดูแลพ่อแม่ของเด็กออทิสติกเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ทำให้พ่อแม่มีทักษะความสามารถ และมีจุดมุ่งหมายอยากให้ลูกออทิสติกไปโรงเรียนให้ได้ เพราะเด็กออทิสติกสามารถเรียนรวมกับเด็กปกติได้ ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และการศึกษามีความเห็นว่าการที่เด็กออทิสติกที่สามารถไปโรงเรียนได้ต้องมีความพร้อมหรือศักยภาพพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ 1) มีสมาธิ นั่งนิ่ง และอยู่ในกลุ่มได้อย่างน้อย 10 นาที 2) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ไม่มีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง 4) มีทักษะทางสังคม รู้จักการรอคอย และมีมารยาทพื้นฐาน 5) มีปฏิสัมพันธ์และสามารถสื่อสารภาษาด้วยท่าทาง หรือคำพูดกับคนอื่นได้ 6) ไม่มีปัญหากล้ามเนื้อมือสามารถใช้มือทั้งสองข้างในการทำกิจกรรมได้ (กรมสุขภาพจิต, สถาบันราชานุกูล, 2554) โรงเรียนจึงต้องจัดให้มีสิทธิและโอกาสทางการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษและต้องส่งเสริมการศึกษาของเด็กออทิสติกและเด็กพิเศษตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีกฎหมายการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2552 โดยระบุกระบวนการจัดทำแผน การจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล อย่างน้อยต้องประกอบด้วย 1) จัดประเมินระดับความสามารถและความต้องการจำเป็นพิเศษ

ของผู้เรียนเป็นรายบุคคล 2) กำหนดเป้าหมายระยะยาว 1 ปี เป้าหมายระยะสั้น หรือจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม 3) ประเมินความต้องการจำเป็นของผู้เรียนเป็นรายบุคคลในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยี สิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการและความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา 4) กำหนดกระบวนการเรียนรู้และปัจจัยที่มีความต้องการจำเป็นทางการศึกษา 5) กำหนดรูปแบบหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน (พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551, 2551)

จังหวัดสุรินทร์ได้จัดการเรียนการสอนตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ คือ มีศูนย์การศึกษาพิเศษ และมีโรงเรียนเรียนรวม โดยจัดเป็นห้องเรียนคู่ขนานสำหรับเด็กพิเศษ จำนวน 2 โรงเรียน การจัดการเรียนการสอนครูได้ออกแบบการเรียนรู้และปรับวิธีการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะเด่นของผู้เรียนรายบุคคล โดยจัดกิจกรรมการสอนที่หลากหลายเป็นขั้นตอน สอนตามหน่วยการเรียนรู้ โดยจะประเมินความสามารถขั้นพื้นฐานก่อนและมีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) และแผนการสอนเฉพาะรายบุคคล (IIP) สอนใน 8 กลุ่มสาระวิชา กิจกรรมชั้นเรียนเน้นเด็กลงมือปฏิบัติ โดยโรงเรียนมีการประชุมชี้แจงนโยบายวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าใจธรรมชาติของเด็กออทิสติก และคำนึงความแตกต่างระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กปกติ ดังนั้น เนื่องจากการสอนเด็กพิเศษ ครูผู้สอนจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะ จึงทำให้บุคลากรครูที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษาของเด็กออทิสติก

จากผลการวิจัยของ Cahyo Adi Kistoro และคณะ (Cahyo Adi Kistoro et al., 2021) พบว่า หลักฐานการเรียนรู้สำหรับเด็กออทิสติกเกิดจากวิธีการสามรูปแบบ ได้แก่ 1) ความเข้มข้นและการมุ่งเน้นไปที่การฝึกฝนความสามารถของเด็กออทิสติก 2) การปฏิบัติการฝึกเด็กออทิสติกด้วยทักษะที่อ่อนโยน การเสริมสร้างความเข้าใจ ใช้วัสดุอุปกรณ์และความสามารถในการให้เหตุผล 3) การให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ในการฝึกอบรมทักษะ ความอ่อนโยน ความมั่นใจ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นเรื่องยากมากที่จะสอนให้ได้ตามหลักฐานการเรียนรู้เหล่านี้ และเป็นปัญหาการจัดการกับความไม่เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติด้านการศึกษาแบบเรียนรวม การขาดการเชื่อมต่อซึ่งสร้างอุปสรรคต่อความสำเร็จสำหรับบุคคลออทิสติกในสังคม (StEvens, 2024) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดสุรินทร์ในเขตพื้นที่ศึกษามีบุคลากรครูผู้สอนเด็กออทิสติกไม่เพียงพอ ซึ่งครูในพื้นที่ได้ใช้วิธีการฝึกพี่เลี้ยงเด็กเพื่อมาช่วยสอนและส่งเสริมให้ไปศึกษาต่อนอกจากนี้ยังมีโรงเรียนที่สามารถเปิดสอนเด็กออทิสติกเพียง 2 แห่ง ทำให้ผู้ปกครองที่อยู่ไกลจากโรงเรียนมีความยากลำบากมากในการส่งลูกไปโรงเรียน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกเป็นอย่างไรบ้าง ความสำเร็จและมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร มีความต้องการการช่วยเหลืออะไรบ้าง เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กออทิสติกในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Walter, 1995) ด้วยการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกและนำเสนอแบบเรื่องเล่า (life experiences and narrative approach)

ผู้ให้ข้อมูล คือ ครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียนเขตจังหวัดสุรินทร์ คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียนเขตจังหวัดสุรินทร์ 2) อายุ 25 ปีขึ้นไป 3) มีประสบการณ์ชีวิตในการสอนเด็กออทิสติกในโรงเรียน ต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว มีความชัดเจนและได้จำนวนเพียงพอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยมีคำถามหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของออทิสติกในความคิดเห็นของท่านคืออะไร 2) เล่าชีวิตของตนเองที่เป็นครูผู้สอนเด็กพิเศษออทิสติกว่าในแต่ละวันเป็นอย่างไรบ้าง 3) ประสบการณ์ในการสอนเด็กออทิสติกเป็นอย่างไรบ้าง 4) ท่านได้พัฒนาศักยภาพเด็กอย่างไร หรือมีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ปกครองอย่างไรบ้าง และคำถามรอง ได้แก่ 1) การเตรียมตัวเอง หรือการปรับวิธีการสอน 2) การประเมินพัฒนาการเด็ก 3) การแก้ปัญหาเมื่อมีอุปสรรค 4) อยากจะบอกอะไรกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ผู้ปกครอง ครอบครัว ผู้บริหาร เพื่อนครู การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ) เป็นต้น

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการให้ข้อมูล คำพูด สีหน้าท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ของผู้ปกครองและเด็ก เป็นต้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครองเด็กออทิสติก พยาบาลจิตเวชเด็ก และด้านวิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (methodological triangulation) โดยคณะผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อยืนยันตรวจสอบกันและเพิ่มเติมความสมบูรณ์ครบถ้วน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร (Walter, 1995)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม และผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยแห่งชาติ (วช.) และได้เสนอโครงการวิจัยประสบการณ์ชีวิตของครูผู้สอนเด็กออทิสติกในโรงเรียนเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร (รหัส P-EC 01-11-66 ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2566) โดยผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตบันทึกเทปและได้รับอนุญาตก่อนทุกครั้ง และไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล 4) การเก็บรักษาเป็นความลับ 5) การนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทันทีภายหลังจากที่ผลการวิจัยแล้วเสร็จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยตรวจสอบผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์การคัดเลือกให้ถูกต้อง แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกควบคู่กับการสังเกต และบันทึกเสียงจดบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยพบระหว่างการศึกษาเพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของบริบทในพื้นที่
2. สร้างสัมพันธภาพ และแจ้งจุดประสงค์ รายละเอียดการวิจัย เมื่อมีความเข้าใจและยินดีแล้วจึงให้ลงนามเซ็นยินยอมร่วมวิจัย
3. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเสมือนเป็นการสนทนาในชีวิตประจำวัน ตามแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามถึงโครงสร้างควบคู่กับการสังเกต ใช้เวลา 45-60 นาที ช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลคือเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จะสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยจนกว่าข้อมูลเริ่มนิ่ง และมีจำนวนเพียงพอที่จะอธิบายประสบการณ์ชีวิตของครู (Miles et al., 2014)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) (Walter, 1995) ดังนี้

1. นำเนื้อหาที่ได้บันทึกมาถอดความ ทั้งที่เป็นคำพูด อากัปกิริยาและท่าทีของผู้ให้สัมภาษณ์ ในขณะทำการสัมภาษณ์ นำมาจัดระบบด้วยการแจกแจง ตีความและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล
2. สังเคราะห์และจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ นำข้อความของผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนมาบูรณาการ และจัดเรียงให้เข้ากลุ่ม เพื่อนำไปกำหนดเป็นประเด็นในด้านต่าง ๆ ตามหลักการและทฤษฎีที่เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
3. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้สมเหตุสมผลและถูกต้องสอดคล้อง เขียนรายงานผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยใส่รหัสผู้ให้สัมภาษณ์กำกับไว้ (สุภัททา ปิณฑะแพทย์, 2564)

4. เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้ มาสร้างข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่าง ๆ โดยการวิเคราะห์เพื่อสร้างเรื่องเล่า (narrative analysis) และนำเสนอด้วยการบรรยายแบบเล่าเรื่อง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ครูผู้สอนที่มีประสบการณ์ตรงในการสอนเด็กออทิสติก จำนวนทั้งสิ้น 11 คน เป็นชาย 5 คน หญิง 6 คน อายุระหว่าง 25-43 ปี ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ระยะเวลาการสอน เด็กพิเศษ 6-15 ปี สอนระดับชั้นประถมศึกษา สอนทุกวิชาใน 8 กลุ่มสาระวิชา ได้แก่ ภาษาไทย คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ศิลปะ สุขศึกษา พลศึกษา และภาษาต่างประเทศ สอน 24-25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ผลวิจัยจำแนกเป็นประเด็น ดังนี้

1. ครูผู้สอนเด็กออทิสติกทำหน้าที่สอน ดูแลสุขภาพและสอนทักษะชีวิตร่วมกันกับผู้ปกครอง

ครูผู้สอนเด็กออทิสติกทำหน้าที่สอนและกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ครูไม่ได้ทำหน้าที่แค่สอน แต่ต้องทำทุกอย่าง ตั้งแต่การวางแผนการจัดห้องเรียนเด็กพิเศษไปจนถึงการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ดูแลสุขภาพเหมือนเป็นหมอและหมอฟันด้วย สอนทักษะชีวิตให้เด็กเหมือนเป็นลูกตัวเอง เพราะครูตระหนักว่า เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ “ไม่ทำไม่ได้เลย...” ครูตระหนักด้วยว่าเด็กเองก็ไม่ได้อยากเกิดมาเป็นเด็กพิเศษ ผู้ปกครองทุกคนก็ไม่อยากให้ลูกเป็นเด็กพิเศษ เด็กพิเศษกลุ่มนี้มีความฉลาดและมีความสามารถพิเศษในตัวทุกคน เป็นหน้าที่ครูที่ต้องศึกษาดูว่าเด็กแต่ละคนฉลาดอะไรบ้าง เก่งอะไร ครูเทียบว่าเด็กพิเศษ 1 คน เท่ากับหนังสือ 1 เล่ม การสอนเด็กออทิสติกไม่ใช่หน้าที่ของครูผู้สอนฝ่ายเดียว แต่เป็นการสอนร่วมกันระหว่างครูและผู้ปกครองด้วย โดยมีความเชื่อร่วมกันว่า นักเรียนทุกคนสามารถพัฒนาตนเองได้ แต่จะต้องใช้เวลา และเอาใจใส่เป็นพิเศษ ครูผู้สอนเรียนจบปริญญาตรีสาขาปฐมวัย เคยอบรมเกี่ยวกับภาวะออทิสติกเบื้องต้น และการพัฒนาทักษะการพูดของบุคคลออทิสติก ครูจึงมีศักยภาพในการสอนเด็กพิเศษ

การจัดห้องเรียนของนักเรียนออทิสติกให้มีความสงบ เพื่อเน้นส่งเสริมการเรียนรู้และลดสิ่งกระตุ้นทางคณะครูและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องได้ตกลงจัดเป็นห้องเรียนคู่ขนานสำหรับบุคคลออทิสติก ควบคู่ไปกับหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2551 โดยครูร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการสอนให้ชัดเจน เพื่อให้เด็กสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะสอนตามหน่วยการเรียนรู้ที่สถานศึกษากำหนดให้สอดคล้องกับเด็ก เนื่องจากเด็กมีความพร้อมทางพัฒนาด้านภาษา การสื่อสารและการเข้าสังคม ชอบทำอะไรซ้ำ ๆ ปรับตัวยาก การทำกิจวัตรประจำวันต้องมีขั้นตอนเหมือนเดิม ด้านภาษาจะพูดซ้ำ หรือไม่พูดเลย มีภาษาแปลก ๆ จะไม่ชี้นิ้วบอกเวลาอยากได้อะไร และจะไม่สบตา (ไม่สบตา ไม่พาที ไม่ชี้นิ้ว) ชอบเล่นคนเดียว สนใจสิ่งของมากกว่าคน ไม่เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกผู้อื่น เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ เมื่อเด็กออทิสติกเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก ๆ ครูจะประเมินพื้นฐานและคัดกรองโดยการสังเกตพฤติกรรม หากจุดเด่นจุดด้อย เพื่อนำมากำหนด และออกแบบจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของนักเรียนแต่ละคนก่อนการสอน จะทำการประเมินขั้นพื้นฐานก่อนว่า เด็กอยู่ในระดับความสามารถใด และมีการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) และแผนการสอนเฉพาะรายบุคคล (IIP) สอนใน 8 กลุ่มสาระวิชา สอนจากง่ายไปหายาก

โดยใช้หลัก 3R จัดกิจกรรมการสอนตามหน่วยการเรียนรู้ที่หลากหลายเป็นขั้นตอน ไม่ซับซ้อน จะต้องมีการสอนทวนซ้ำ ๆ เน้นให้เด็กปฏิบัติได้จะชื่นชมให้กำลังใจเด็ก ซึ่งครูพบว่าเด็กมีระบบในการใช้ชีวิตและมีสมาธิมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

“ครูมีหลักการ คือ 1) สอนเป็นรายบุคคลตามระดับความสามารถ 2) สอนจากง่ายไปหายาก ไล่ตัวไปไล่ตัว 3) สอนโดยใช้หลัก 3R 4) สอนให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติจริง 5) เวลาในการทำกิจกรรมไม่ควรเกิน 15-20 นาที เช่น สอน 1-10 จะสอนเลข 1 ก่อน แล้วค่อยสอนเลข 2,3,4.. บางคนมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร อาจจะใช้บัตรภาพในการสอน” (Teacher 5)

“กิจกรรมชั้นเรียนเน้นเด็กลงมือปฏิบัติ เช่น วิชาคณิตศาสตร์ใช้สื่อการสอนที่มีสีสัน เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็กในการทำกิจกรรมของเด็กออกทิสติก ฝึกให้เด็กเรียนรู้ การแสดงออก เช่น การตีใจ เสียใจ ร้องไห้ หิว ฝึกพูดออกเสียง และต้องชื่นชม ให้รางวัลเวลาทำดี โดยให้นักเรียนได้ทำงานร่วมกันทั้งงานเดี่ยว งานกลุ่ม แต่ทำงานเดี่ยวได้ดีกว่า” (Teacher 6)

“การสอนเด็กออกทิสติก จะต้องมีการสอนซ้ำ ย้ำ ทวน และมีขั้นทำ ขั้นสอน ขั้นสรุป นักเรียนทุกคนหลังจากที่เรียนมาครบปีการศึกษา ครูจะทำการวัดผลหรือสอบนักเรียนทุกคนตามแผน ICE ของแต่ละคนที่ครูได้กำหนดไว้ตั้งแต่ต้นปีการศึกษา ครูต้องเตรียมความพร้อมयेေးในแต่ละวัน การสอนจะต้องเป็นไปตามเป้าหมายตามแผน IED” (Teacher 7)

“ครูจะทำงานร่วมกันกับผู้ปกครอง ก็มีบ้างที่ผู้ปกครองบางท่านไม่ได้กระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้าน ครูต้องเอาใจใส่ทำการสอนตามระบบ ผลการสอนพบว่าเด็กมีระบบในการใช้ชีวิตมากขึ้น มีสมาธิในการทำกิจกรรมมากขึ้น” (Teacher 8)

“ครูเคยอบรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กออกทิสติก ทำให้ได้รับความรู้ทั่วไป การดูแลช่องปากเด็กออกทิสติก การใช้หนังสือสอนเรื่องราวทางสังคม (social story) เพื่อเป็นตัวช่วยให้เด็กอยากไปหาหมอฟัน เป็นการใช้หนังสือเล่าเรื่องราวที่จะกระทำในอนาคต เล่าให้เด็กฟังทุกวัน ซ้ำ ๆ เรื่อย ๆ ให้เด็กคุ้นเคยและมีความอยากที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ” (Teacher 10)

2. ความสำเร็จเกิดจากความเข้าใจการสอนเด็ก ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหาอุปสรรค และได้รับความร่วมมือ

ความสำเร็จจากความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งผู้ปกครองเอาใจใส่ฝึกพัฒนาการลูก ผู้บริหารสนับสนุน เพื่อน ๆ รักและเอ็นดูเด็กพิเศษ รวมทั้งความตั้งใจเรียนของเด็กเอง ครูผู้สอนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในตัวเด็ก เข้าใจพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่เด็กแสดงออกมา รวมทั้งครูจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีศาสตร์และศิลป์ มีประสบการณ์เพียงพอในการสอน ครูจะออกแบบการเรียนรู้และปรับวิธีการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะเด่นของผู้เรียนรายบุคคล กิจกรรมการเรียนการสอนใช้ความหลากหลายเพื่อไม่ให้เด็กเบื่อ ให้เด็กเรียน เล่น นำเกมมาช่วยในการเรียน เด็ก ๆ สนุกสนาน ทำให้พัฒนาการด้านต่าง ๆ ดีขึ้น ครูส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้พัฒนาตัวเอง ปลูกฝังให้เด็กร่วมชั้นเข้าใจธรรมชาติของเพื่อน ยอมรับเป็นเพื่อนเล่นด้วยกัน ไม่ล้อหรือกลั่นแกล้ง นักเรียนปกติก็จะเริ่มพัฒนาความมีเมตตาต่อผู้อื่น.. ผลการสอนก็ผ่านเกณฑ์ ปัญหาครูไม่เพียงพอ ก็ไม่ย่อท้อ พยายามหาวิธีแก้ปัญหา เช่น การฝึกครูพี่เลี้ยงให้มีทักษะ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น

“เป้าหมายในการสอนจะเป็นตามการประเมินพัฒนาการขั้นพื้นฐาน กิจกรรมการเรียนการสอนตามเนื้อหาปฐมวัย เช่น ตัวเลข สี ทักษะต่าง ๆ จะกำกับดูแลนักเรียนแต่ละคนเป็นพิเศษ เช่น ในการศึกษา 2566 วิชาภาษาไทย เด็กสามารถเขียนพยัญชนะ ก ข ค ง ได้ด้วยตนเอง ถ้าเด็กคนนี้สามารถทำได้ เป้าหมายในการศึกษา 2567 จะประเมิน และวางเป้าหมายว่า เด็กสามารถเขียนชื่อตนเองได้ สอนให้เขาสบตา ฝึกทักษะสังคม รู้จักรอ จนมีพัฒนาการดีขึ้น” (Teacher 5)

“ครูต้องเน้นผู้ปกครอง ให้ท่านใจแข็งในการฝึกเด็กที่บ้าน เราทำงานเป็นทีมร่วมด้วยช่วยกัน..” (Teacher 1)

“เด็กมีความสามารถเข้าประกวดเล่าเรื่อง เป็นตัวแทนถึงระดับประเทศ” เด็กเล่าว่า “กรรมการบอกหนูเล่าเรื่องได้ดีแล้วแต่ตัวแข็งเป็นหุ่นยนต์..” เด็กเล่าเสริม “เก่งมาก ๆ ลูก” เด็กหญิงอัมมจิใจ..” (Teacher 1)

“ครูไม่ได้เป็นครูที่นั่นนะคะ ..ที่นี้ขาดครูสอนเด็กออทิสติกเลยขอให้ครูมาช่วย เป็นครูคนเดียวรับผิดชอบสอนเด็กออทิสติก 2 ห้อง มีครูพี่เลี้ยงเด็กช่วย โดยฝึกเค้านในการสอนเด็ก จริง ๆ เห็นแววตั้งแต่เค้าเป็นครูฝึกสอนเลยชวนมาทำงานสอนเด็กพิเศษ” “ครู..บ้านอยู่.. แต่มาอยู่ที่นี่นานแล้ว ครู..โอเคกับทุกสิ่งที่นี่แล้วทุกส่วนดีมาก ลงตัวแล้วบอกแม่ไปแบบนั้น” “ครูทำงานตรงนี้นานาน เป็นครูคนเดียวในโรงเรียนที่เรียนจบมาด้านการศึกษาเด็กพิเศษและกำลังเรียนปริญญาโทด้านหลักสูตรและการสอน ซึ่งครูมีความสนใจในการพัฒนาหลักสูตรการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ.. ตอนนี้ครูขาดแคลน ครูได้ฝึกฝนพี่เลี้ยงเด็กพิเศษให้เป็นครูช่วยสอนโดยให้ไปเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพครูและสอนงานด้วยตนเอง...” (Teacher 1)

3. ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร ผู้ปกครอง และด้านเด็กเอง

มีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรจำนวนไม่เพียงพอต่อการสอนเด็กพิเศษ ครูที่มีน้อยอยู่แล้ว บางครั้งก็ต้องไปประชุมหรือไปทำงานอื่นด้วย ด้านเด็กเองบางทีนักเรียนจะมีพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง ทำให้เกิดอันตรายต่อตัวเด็กเองและนักเรียนคนอื่น ๆ ที่โดนลูกหลงบ้าง นักเรียนบางคนมีผลการเรียนต่ำ ซึ่งจะเอามาเทียบกับเด็กปกติไม่ได้ แต่เขามีพัฒนาการก็บรรลุแล้ว ส่วนเด็กที่กิริยาร้องอาละวาด จริง ๆ แล้วเด็กกำลังสื่อสารแต่บอกแบบเด็กปกติไม่ได้ ไม่ใช่เด็กดื้อรั้นโวยวาย ปัญหาความยากมากในการสอนครูจะคอยกระตุ้น เช่น กิจกรรมของชั้นเรียนรวมกันกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งเด็กมีระดับสติปัญญาที่แตกต่างกันมาก ทำให้ผู้สอนต้องเตรียมการสอนมากในแต่ละวัน เหนื่อยมากแต่ครูก็บอกกับตัวเองว่ายังพอไหว ครูบางท่านมาทำงานแล้วจึงเพิ่งจะรู้จักและเข้าใจว่าเด็กออทิสติกเป็นอย่างไร ครูจะสอนไปด้วยแก้ปัญหาไปด้วย เพราะตระหนักว่าถ้าจะรอให้ครูพร้อมคงไม่มีใครสอนเด็ก มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกัน กรณีผู้ปกครองไม่กลับไปฝึกเด็กที่บ้านต่อหรือเด็กขาดเรียนบ่อย ครูก็เข้าใจจะกระทำเท่าที่ทำได้ ชีวิตความผูกพันของครูผู้ปกครองและเด็กออทิสติกจึงเป็นความมั่งคั่งแห่งมวลมนุษยชาติเกินกว่าที่จะอธิบายเป็นคำพูด ตัวอย่างเช่น

“บางทีขณะสอนเคยเจอปัญหาเด็กมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตัวเองและเพื่อน วิธีการแก้ปัญหาในขณะนั้นคือรีบแยกเด็กที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้อยู่อีกห้อง โดยครูคอยอยู่ดูแลตลอดเวลา” (Teacher 9)

“ในชั้นเรียนรวมปัญหาที่พบคือเด็กจะมีพฤติกรรมลูก ๆ เดิน ๆ ทุก 10 นาที จะแก้ปัญหา คือหลังจากทำกิจกรรมต่าง ๆ เสร็จ อย่อย่างของเล่นไว้บนโต๊ะเรียน เพราะเมื่อเด็กสนใจกับของเล่นเด็กจะมีพฤติกรรมลูกเดิน...” (Teacher 7)

“เด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ แต่จะมีความจำเป็นเลิศ สมารถสั้น แต่ใช้ชีวิตร่วมได้” (Teacher 8)

“เคยมีเหตุการณ์ เด็กวิ่งจะไปกระโดดสะพานลอย ครู..ตกใจมาก ตั้งสติได้โทรหาผอ...” “ผอ. ...เด็กจะกระโดดสะพานลอย...” ผอ.วิ่งตัดสนามหญ้ามาอย่างเร็ว (พร้อมชี้ไปที่สนามหญ้าหน้าตึก อธิบายท่าทางการวิ่งอย่างรวดเร็วของผอ. อย่างเห็นภาพ) “ครู..ดูลาดเลาเด็กสักพักก็ทำให้เจ็บไปสักพักใหญ่ ๆ.. เห็นเด็กมองมาที่ครู...(ดูท่าจะเรียกร้องความสนใจ?..) แล้วครูก็เลยตะโกนว่า.. “โดดเลย ๆ ให้หัวแตกขาหักไปเลย ฯลฯ.. ผอ.รีบบอกครู “อย่าพูดแบบนั้น ๆ เดียวเด็กโดดมาจริง ๆ ...” “ครู..ก็ไม่ว่าทำถูกหรือทำผิด แต่ก็ได้พูดไปแล้ว.. “โดดมาเลย ๆ ..” สักพักเด็กก็เดินหน้าลงจากสะพาน...” ..ครูเล่าต่อ “ครูรู้ว่าเด็กเรียกร้องความสนใจ ถ้าไปตามจ้อตามใจเด็กก็จะทำอีก มีเด็กหลายคนที่ทำพฤติกรรมคล้าย ๆ กันแบบนี้...” (Teacher 1)

“ครั้งหนึ่งครูทำโครงการพาเด็กไปห้างสรรพสินค้า ครูต้องเตรียมผู้ปกครองก่อนว่าถ้าเด็กลงไปอนดินที่พื้นจะเอาของเล่นจะตามใจเด็กไหม” ผู้ปกครองบอก “ทำได้ ๆ” (พร้อมใจพร้อมเพรียงกันทั้งครูทั้งผู้ปกครอง) ครูบอกกับผู้ปกครองว่า “เด็กเค้ากลัวเราจะทิ้งกลัวหายกันกับผู้ปกครองอยู่แล้ว ถ้าลงไปอนดินแค้อยู่เฉย ๆ เดินหนีไปสักพักเค้าจะลุกขึ้นวิ่งตามเราเอง.. เมื่อเค้าทำไม่ได้ผล เค้าก็จะไม่ทำอีก และในวันนั้นเด็กก็ลงไปอนดินจริง ๆ จะเอาของเล่นให้ได้.. ผู้ปกครองก็ร่วมมือครู เดินหนีไปเลยไม่พูดอะไร.. สักพักเด็กก็ลุกวิ่งตามผู้ปกครองไป..” หนูน้อยออทิสติกเติบโต รักนะ ๆ เด็กดี ๆ” (Teacher 4)

“ผู้ปกครองไม่กลับไปฝึกเด็กที่บ้านต่อหรือบางที่เด็กขาดเรียนบ่อย ทำให้เด็กมีพัฒนาการถดถอย แก้ปัญหาโดยติดตามและประเมินพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ จัดสอนเสริมและจัดอบรมให้ผู้ปกครองช่วยสอนด้วย” (Teacher 11)

“ครู ผู้บริหาร ชุมชน ไม่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของครูผู้สอนเด็กพิเศษ มีความคาดหวังสูง ครูต้องเข้มแข็งและเชื่อเชิญผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน” (Teacher 11)

“เด็กจะไม่สามารถสื่อสารกับครูได้ และบางครั้งมีพฤติกรรมที่รุนแรง แต่เมื่อครู และผู้ปกครองให้ความรักและความใกล้ชิด อาจจะมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม ให้ทุกคนมีส่วนร่วม ถ้าเด็กมีอารมณ์ไม่คงที่ ขอบริ่งแกเด็กคนอื่น จัดการโดยให้เด็กเข้ามา หรือแยกเด็กออกจากกลุ่มเพื่อให้เด็กปรับอารมณ์ก่อนค่อยกลับไปทำกิจกรรมต่อ” ทุกปัญหาคลี่คลายเพราะครู (Teacher 10)

4. ความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องที่จำเป็น

ครูรู้สึกขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมพัฒนาเด็ก เข้าใจเด็ก ครูต้องการสื่อสารถึงทุกคนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ปกครอง และทุกคนในสังคม ครูต้องการให้ผู้บริหารโรงเรียนเข้ามาดูแลให้ความช่วยเหลือให้มากขึ้น เช่น ควรกำหนดเป็นนโยบายและพัฒนาระบบการเรียนสำหรับบุคคลออทิสติก ควรเพิ่มศักยภาพและเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอ และกรณีที่เด็กบางคนหายออกไปจากระบบการศึกษา ก็ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่สำรวจอย่างจริงจังและติดตามให้การช่วยเหลือ โดยสร้างเป็นระบบการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ครูต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญช่วยมากระตุ้นการฝึกพูด กระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ไปพร้อมกับครูด้วย สร้างระบบการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองยอมรับและเข้าใจในตัวเด็ก ดูแลเอาใจใส่รักเด็กเพิ่มการเรียนรู้ให้มากขึ้น ให้ความเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หนึ่งพูดคุยและเล่นกับเด็กบ่อย ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นพัฒนาการ ครอบครัวคือคนสำคัญที่สุด สังคมต้องรับรู้ เด็กออทิสติกก็มีความรู้สึกนึกคิดเหมือนเด็กปกติ ช่วยเข้าใจและเมตตาเด็ก ให้เด็กมีโอกาสมากขึ้น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดระบบการช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ง่าย ตัวอย่างเช่น

“ไม่อยากให้คาดหวังกับตัวนักเรียนมากเกินไป ครูผู้สอนจะทำงานลำบาก เด็กออทิสติกเปรียบเหมือนกระจกเงาและพองน้ำ เพราะเขาจะดูดซับพฤติกรรมทุกอย่างจากคนรอบข้าง และสะท้อนพฤติกรรมต่าง ๆ กลับเหมือนกระจกเงา หากรุนแรงเขาก็รุนแรง หากเราอ่อนโยน เขาก็จะอ่อนโยน” “เด็กกลุ่มนี้จะถูกทอดทิ้งและปล่อยให้หลุดจากระบบการศึกษา ครอบครัวยากจน ควรมีหน่วยงานที่สำรวจจริงจังเพื่อติดตามช่วยเหลือเด็ก เพิ่มจำนวนทุนให้เพียงพอ” (Teacher 3, 9, 12)

“ครูควรมีการวิเคราะห์ ประเมินเด็กและแก้ไขปัญา จัด Primary Care Cluster (PCC) ให้ความรู้และปรับทัศนคติผู้บริหาร ผู้ปกครอง ครู และบุคลากร จัดบุคลากรให้เพียงพอ จัดห้องเรียนอย่างเหมาะสม” (Teacher 2, 6, 7, 10)

“บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ช่วยมากระตุ้นการฝึกพูด กระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ไปพร้อมกับครูด้วย โดยสร้างระบบการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง มีทีมงานคุณภาพดูแลเด็ก เช่น 1) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2) นักกิจกรรมบำบัด 3) ครูการศึกษาพิเศษ 4) นักจิตวิทยา 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 7) ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสติก รวมทั้งมูลนิธิทุนคุณงาม ปันตา วงศ์ผู้ดี มาร่วมกันจัดระบบการช่วยเหลือที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น ให้ทุนการศึกษา มอบสิทธิประโยชน์ การสร้างอาชีพให้นักเรียนและผู้ปกครอง ส่งเสริมผลิตภัณฑ์ของครอบครัวเด็ก โรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพ กระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โรงเรียนเปิดโอกาสให้เด็กออทิสติกเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ และมีการพัฒนาห้องเรียนเด็กพิเศษอย่างต่อเนื่อง” (Teacher 7, 8, 9, 11)

“ไม่มีใครที่จะเกิดมาแล้วอยากพิการ อยากบอกว่าเด็กปกติกับเด็กออทิสติกไม่ใช่ภาระ มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เหมือนกันกับเรา แต่เขาจะพูดภาษาของเขา ไม่สามารถบอกความต้องการของตัวเองได้ มักแสดงออกด้วยการโวยวายและ

อาละวาดแทน เป็นการสื่อสารของเขา ไม่ใช่เพราะเขานิสัยไม่ดีที่โวยวาย อยากให้สังคมเข้าใจ ดูแลเอาใจใส่ช่วยกัน และส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศักยภาพเด็กให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข” (Teacher 6, 7, 11, 12)

“ขอบคุณที่เข้าใจ ให้ความรักความเมตตา เอ็นดูเด็กพิเศษ ให้เขาสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ เหนือนี้ก็ถือว่าครูบรรลุลวัตถุประสงค์แล้ว ..ครูหวังแต่ว่าแค่ให้นักเรียนจบออกไปอยู่ในสังคมได้โดยที่ไม่เป็นภาระของสังคม อยู่ร่วมกับคนอื่นได้” “ผู้ปกครองก็หวังเช่นเดียวกันกับครู กตัญญูที่เด็กออทิสติกในอดีตจำนวนมากได้สร้างคุณค่าแท้ให้กับโลกใบนี้มากมาย..ทุกชีวิตในโลกนี้มีคุณค่ามีความหมายในการอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โลกสมดุลและมีความสุขไปด้วยกัน” (Teacher 2, 9, 11)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ครูผู้สอนเด็กออทิสติกทำหน้าที่ทั้งสอน ดูแลสุขภาพ และสอนทักษะชีวิต

ครูผู้สอนที่ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความตั้งใจ ไม่ได้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็ก แต่กลับมีความภูมิใจ มีความรักในงาน ครูบางท่านถึงกับเปลี่ยนใจอยู่ต่อไม่ย้ายกลับบ้าน (แต่เหตุการณ์นี้ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกเห็นใจคุณแม่ของคุณครูที่รอลูกย้ายกลับบ้าน..) แม้ครูผู้สอนได้รับการอบรมการพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับบุคคลออทิสติก และมีครูพี่เลี้ยงเด็กช่วยสอน แต่ภารกิจในการดูแลเด็กที่หนักหน่วงของครู การปรับทัศนคติต่อเด็กพิเศษ การสร้างความตระหนักในหน้าที่ความรับผิดชอบหลักที่หนักมากรายมาก และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ล้วนมีอิทธิพลต่อครู สอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล ทวีพันธ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของครูผู้สอนเด็กพิเศษในโรงเรียนมัธยมศึกษาพิเศษ พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเครียดของครู ได้แก่ ภาระงานที่มาก ขาดแคลนทรัพยากร การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร และความสัมพันธ์ที่ยากลำบากกับนักเรียน และกาญจนาพร ลอยจิว และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 10 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การมีสัมพันธภาพในหน่วยงาน และด้านการสนับสนุนทางสังคม

การจัดห้องเรียนของนักเรียนออทิสติก มีความสงบเพื่อนำมาส่งเสริมการเรียนรู้และลดสิ่งกระตุ้นการเรียนรู้ของนักเรียน สอดคล้องกับหลักการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ของเด็กออทิสติก ของ Gutierrez et al. (2021) กล่าวว่า การจัดห้องเรียนจะเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สงบและเป็นระเบียบในห้องเรียนสำหรับเด็กออทิสติก โดยชี้ให้เห็นว่าเด็กที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นจะได้รับประโยชน์จากการลดเสียงรบกวนและการจัดระเบียบที่ดีในห้องเรียน สภาพห้องเรียนมีมุมแสดงชิ้นงานนักเรียน เนื่องจากพฤติกรรมสนใจของเด็กจะน้อย เลื่อนลอยในจินตนาการของตนเองไม่ได้สนใจโลกความเป็นจริงหรือสิ่งที่ทำในปัจจุบัน การมีสื่อที่ดีจะช่วยพัฒนานักเรียนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Arthur-Kelly et al. (2009) พบว่า เด็กออทิสติกมักจะตอบสนองต่อสื่อการสอนที่ใช้ภาพและสัญลักษณ์ได้ดีกว่าการใช้คำพูดเพียงอย่างเดียว ทำให้การใช้สื่อภาพในการสอนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการสังเกตภายในห้องเรียนเด็กออทิสติกของแต่ละโรงเรียนในเขตพื้นที่ศึกษาวิจัยก็มีครูที่พูดไม่ได้ หรือสื่อการเรียนรู้อย่างต่าง ๆ มากมายตระการตา

ภาวะออทิสติกส่งผลต่อการปรับตัวของเด็กเมื่อต้องเข้าโรงเรียน อีกทั้งนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาสำหรับบุคคลออทิสติกยังมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับครู ครูจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะออทิสติก ครูผู้สอนไม่ได้ทำหน้าที่แค่สอน แต่ต้องทำทุกอย่าง ตั้งแต่การวางแผนการจัดห้องเรียนเด็กพิเศษจนถึงกระบวนการเรียนทั้งหมด จึงมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูงจากการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ดูแลสุขภาพเด็กกระตุ้นเด็กเหมือนเป็นหมอ สอนทักษะชีวิตเหมือนเป็นลูกตัวเอง ครูสามารถเป็นมากกว่าครู ครูจึงเป็นเหมือนสวรรค์ส่งมาอุ้มชูดูแลเด็กพิเศษจากสวรรค์ การจะทำเช่นนั้นได้ ครูต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการสอนและทุ่มเท จึงจะทำให้ครูสามารถดำเนินการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนทั้งความตั้งใจของครู และความเอาใจใส่ของผู้บริหารโรงเรียนด้วยเช่นกัน ที่สามารถบริหารจัดการได้ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาความเครียด ภาระการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติกของ นฤมล ทวีพันธ์ (2555) ที่พบว่า ครูมีภาระงานที่มาก ขาดแคลนทรัพยากร การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร และความสัมพันธ์ที่ยากลำบากกับนักเรียน แต่กลับพบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าครูผู้สอนเด็กออทิสติกมีพลังพิเศษ ท่านสามารถเป็นได้มากกว่าแม่พิมพ์ของชาติ ท่านทุ่มเทด้วยใจและกำลังกาย

2. ความสำเร็จเกิดจากความเข้าใจ ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหาอุปสรรค และได้รับความร่วมมือ

ความสำเร็จล้วนมาจากทุกส่วน การได้รับการสนับสนุนในการแสดงบทบาท ให้สามารถออกแบบการเรียนรู้และปรับวิธีการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะเด่นของผู้เรียนรายบุคคล จะทำให้ผู้เรียนค้นพบตัวเอง และประสบความสำเร็จ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนักเรียน ได้แก่ การสนับสนุนจากครู: ครูผู้สอนที่เข้าใจความต้องการของนักเรียน มีความมุ่งมั่นที่จะช่วยให้เด็กประสบความสำเร็จ และสามารถปรับวิธีการสอนให้เหมาะสมกับนักเรียนแต่ละคน ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน: นักเรียนที่มีเพื่อนที่ดี ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ เพราะต่างช่วยเติมเต็มซึ่งกันและกัน ความเป็นกัลยาณมิตร การมีความเมตตาต่อเพื่อนร่วมโลก ก็เกิดได้จากตรงนี้ด้วย ความสำเร็จย้อนเกิดคุณค่ากับทุกฝ่าย ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนักเรียน ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา: นักเรียนที่มีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในโรงเรียนมากกว่า พฤติกรรม: นักเรียนที่มีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถปรับตัวเข้ากับการเรียนการสอนในโรงเรียนได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริสรา ทองเหม และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม (2560) ผู้ปกครองพบว่าปัญหาหลักที่สำคัญของเด็กออทิสติก คือความบกพร่องทางพัฒนาการทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือได้ โดยการสอนเด็กหรือการฝึกให้เด็กหันหน้ามาสบตาเมื่อถูกเรียกชื่อ สอนให้เด็กรู้จักกฎเกณฑ์ทางสังคมอย่างง่าย ๆ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก พบว่า ด้านการปฐมนิเทศ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษาและการสื่อความหมาย และด้านสังคม อยู่ในระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของฉามรา แก้วมา (2553) พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีความสำคัญต่อการพัฒนาเด็กและการทำงานของ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ปกครองจึงต้องมีความเข้าใจและยอมรับในข้อจำกัดในตัวเด็กและมีความรู้สึกที่ดีต่อเด็ก จะทำให้การฝึกนั้นได้ผลดี เอื้อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการศึกษา การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบการช่วยเหลือเด็กพิการแบบ

มีส่วนร่วมระหว่างผู้เชี่ยวชาญ กับผู้ปกครอง เพื่อให้เด็กได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มศักยภาพ ทุกคนก็มีทักษะเพิ่มศักยภาพไปด้วยกัน

ผู้บริหารโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาที่มีคุณภาพสำหรับเด็กออทิสติก การมีวิสัยทัศน์ เห็นคุณค่า มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ ความมุ่งมั่น และความตั้งใจจริง ของผู้บริหาร ล้วนส่งผลต่อการจัดการเรียนรู้ สนับสนุนทรัพยากร และส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาเด็กออทิสติก สนับสนุนนโยบายและแนวทางการจัดการศึกษาแบบองค์รวม พัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนความหลากหลาย การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้นำที่สร้างแรงบันดาลใจ การมีผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ เห็นคุณค่า มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ มีความมุ่งมั่น และความตั้งใจจริง พร้อมกับมีทักษะการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนภา วงศ์วารี และคณะ (2562) พบว่า การมีส่วนร่วมลำดับแรกคือด้านผู้บริหาร รองลงมา ด้านการจัดการเรียนการสอน ด้านบุคลากร และด้านสภาพแวดล้อม ส่วนลำดับสุดท้าย ด้านเครือข่าย ด้านผู้บริหารและด้านการจัดการเรียนการสอนที่ประกอบด้วย นโยบายการสร้างสรรค์สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมเชิงบวก และนโยบายการเสริมสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้สู่การยกระดับการเรียนรวมการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับด้านผู้บริหาร ด้านการจัดการเรียนการสอน และด้านบุคลากร เป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริหารการเรียนรวม อันนำไปสู่การยกระดับคุณภาพผู้เรียนและโรงเรียนต่อไป นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพงศ์ ปรากฏ และคณะ (2564) ที่ศึกษาการบริหารระบบการเปลี่ยนผ่านนักเรียนพิการเข้าสู่สถานศึกษาที่ส่งผลต่อความพร้อมของนักเรียนพิการในศูนย์การศึกษาพิเศษ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารระบบการเปลี่ยนผ่านนักเรียนพิการเข้าสู่สถานศึกษากับความพร้อมของนักเรียนพิการในศูนย์ ร่วมกันพยากรณ์ความพร้อมของนักเรียนพิการ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้เรียน

3. ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร ผู้ปกครอง และด้านเด็กเอง

มีปัญหาและอุปสรรคด้านบุคลากรเป็นส่วนใหญ่ จะเป็นจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลนักเรียนซึ่งจะต้องดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ โดยบุคลากรมีจำนวนจำกัด หรือมีแต่ขาดความเชี่ยวชาญชำนาญเฉพาะทางในการดูแล ตลอดจนครูทำหน้าที่หลายตำแหน่ง จึงทำให้การดูแลเด็กกลุ่มนี้ที่ต้องใส่ใจและใกล้ชิดทำได้ไม่เพียงพอ ครูผู้สอนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับออทิสติก บางคนขาดทักษะและประสบการณ์ในการจัดการเรียนรู้สำหรับเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวัลลักษณ์ ศรีอุดม และคณะ (2565) บทบาทของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะออทิสติกและครอบครัว พบว่า โรงเรียนศึกษาพิเศษส่วนใหญ่มีจำนวนครูผู้สอนไม่เพียงพอต่อจำนวนนักเรียนออทิสติก ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและสนับสนุนนักเรียน และการศึกษาของ อารีวรรณ เรือนพิบูลย์ (2565) แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ของหน่วยบริการ ประจำอำเภอศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดอุดรดิตถ์ สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ พบว่า โรงเรียนมัธยมศึกษาพิเศษส่วนใหญ่ขาดแคลนทรัพยากร เช่น อุปกรณ์การสอน สื่อการเรียนรู้ และเทคโนโลยี การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น การขอความ

ร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาสื่อการสอน สำหรับปัญหาอุปสรรคด้านผู้ปกครอง ตัวเด็กเอง และจากสาขาวิชาชีพ ที่จำเป็นต้องดูแลเด็กร่วมกัน เพราะนอกจากพ่อแม่ ผู้ปกครองแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือกันจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะสาขาวิชาชีพที่ต้องช่วยเหลือกันอย่างเป็นระบบ จึงจะเห็นผลของการพัฒนาอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง และทวี เชื้อสุวรรณทวี (2565) ที่กล่าวว่าหากเด็กออทิสติกที่เรียนในโรงเรียนเรียนรวมพบปัญหาในการเล่นกับเพื่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชั้นเรียน และแม้กระทั่งการเปลี่ยนผ่านชั้นเรียนหรือเปลี่ยนโรงเรียน ซึ่งครู ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีส่วนช่วยกันอย่างเป็นระบบและมีรูปแบบการเปลี่ยนผ่านสำหรับนักเรียนออทิสติกที่ชัดเจนเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและความร่วมมือกันของทุกฝ่ายและเพื่อให้นักเรียนออทิสติกสามารถเปลี่ยนผ่านและเรียนในระดับชั้นที่สูงขึ้นหรือในโรงเรียนใหม่ได้อย่างราบรื่นและมีความสุข

4. ความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องที่จำเป็น

ความต้องการให้ผู้ปกครองยอมรับและเข้าใจในตัวเด็ก ส่งเสริมช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาการของเด็ก ดูแลเอาใจใส่รักเด็กให้มาก เพิ่มการเรียนรู้ให้มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพเด็กให้มากขึ้น ต้องการให้ผู้ปกครองใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับเด็กให้มากขึ้น หมั่นพูดคุยและเล่นกับเด็กบ่อย ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นพัฒนาการ ครอบครัวคือคนสำคัญที่สุดเป็นผู้ดูแลหลักและคือครูคนแรกของเด็ก มีบทบาทสำคัญที่สุดในกระบวนการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก การดูแลไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน พลังครอบครัว คือพลังแห่งความสำเร็จ ผู้ปกครองและพี่น้องของเด็กออทิสติกอาจมีความต้องการพิเศษเป็นการเฉพาะซึ่งจะต้องให้การช่วยเหลือพิเศษด้วย โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีโอกาสช่วยเหลือเด็กเท่า ๆ กัน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับออทิสติกเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ปกครองแต่ละคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือน ๆ กัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคนทักษะต่าง ๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำ บางครอบครัวมีลูก 3 คนเป็นออทิสติกถึง 2 คน เขาก้าวข้ามความยากลำบากมาได้อย่างไร ผู้ปกครองที่มากประสบการณ์เหล่านี้เสมือนเป็นตำราเล่มใหญ่ ๆ ให้เรียนรู้ การมีกิจกรรมเรียนรู้และยกย่องบุคคลกลุ่มนี้อาจจะเป็นเส้นทางสำเร็จที่เพิ่มเติมขึ้นมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริสรา ทองเหม และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม (2560) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก ที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า เด็กออทิสติกหลังได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยโปรแกรมการฝึกกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก มีพัฒนาการสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก พบว่า ด้านปฐมนิเทศ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษาและการสื่อความหมาย และด้านสังคม อยู่ในระดับมากทุกด้าน

ความต้องการให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนการจัดการศึกษาแบบองค์รวมสำหรับบุคคลออทิสติก ให้บรรลุผลสำเร็จ ผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ ความรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่น สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ส่งผลดีต่อโอกาส คุณภาพชีวิต ของเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาของ Luddeckens et al. (2021) ที่ศึกษาบทบาทสำคัญของผู้บริหารในการส่งเสริมการศึกษาแบบองค์รวมสำหรับเด็กออทิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีบทบาทสำคัญส่งผลต่อการพัฒนา การจัดการ และการสนับสนุนระบบ การศึกษาแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของเด็กออทิสติกอย่างแท้จริง งานวิจัย เสนอแนะแนวทางการทำงานของผู้บริหาร เช่น การสร้างวิสัยทัศน์ การสื่อสาร การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญช่วยมากระตุ้นการฝึกพูด กระตุ้นพัฒนาการ ด้านต่าง ๆ ไปพร้อมกับครูด้วย โดยสร้างระบบการดูแลเด็กออทิสติกที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่อง ดังการศึกษา ของจิณัฐตา ศุภศรี และคณะ (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของ ผู้ดูแลเด็กออทิสติก: การศึกษาเบื้องต้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแล ในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการดูแล และความ ยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลทั้ง 2 ส่วน ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t=7.97, p=.00$; $t=9.21, p=.00$) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาระการดูแล รายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาระการดูแล ในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน และหลังได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติก มีการรับรู้ภาระการดูแลในส่วนของ ความยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 40.21, SD = 5.77$; $M = 52.29, SD = 7.13$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.21, p=.00$) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ภาระการดูแลรายด้าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีการรับรู้ภาระการดูแลในส่วนของ ความยากลำบากในการดูแล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้านเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแล มีการรับรู้ในสถานการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ว่าเป็นสิ่งที่ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต ไม่ได้เป็นความยาก ลำบาก หรือต้องใช้เวลามากในการดูแลเด็กออทิสติก นอกจากนี้ความรู้และทักษะที่มีมากขึ้น ยังส่งผลให้ผู้ดูแล มีความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น สามารถให้กิจกรรมการดูแลได้เร็วขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแล มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กออทิสติกลดลง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือ และเผชิญ กับสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมที่อาจเกิดขึ้น ดังครอบครัวที่มีลูกเป็นออทิสติก 2 คน จะมีประสบการณ์ตรง รู้วิธี และดูแลได้ง่ายขึ้น จึงเป็นความต้องการจำเป็นที่ภาครัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข ในทุกหน่วยบริการสุขภาพ พึงจัดบริการให้กับผู้ปกครองโดยไม่ต้องร้องขอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กพิเศษ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดเป็น นโยบาย จัดระบบการศึกษาที่มีคุณภาพแก่เด็กออทิสติก รวมทั้งจัดระบบการส่งเสริมสนับสนุนผู้ปกครองเด็ก อย่างเป็นรูปธรรมให้มากขึ้น และควรให้การช่วยเหลือตามความต้องการของครู เช่น เพิ่มจำนวนครู และพัฒนา ศักยภาพครู ใช้อำนาจการจัดห้องเรียนที่มีความเหมาะสม ควรให้การรับฟัง เข้าใจ เห็นใจและตระหนักใน ประสบการณ์การสอนเด็กพิเศษของครูและผู้ปกครอง ครูผู้สอนก็ควรเรียนรู้ทักษะการสอนเด็กออทิสติก

ให้มากขึ้น เคารพในทักษะและประสบการณ์ตรงที่มีความเชี่ยวชาญของผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญควรเข้ามาให้การช่วยเหลือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กไปพร้อมกับครูด้วย โดยร่วมกันจัดระบบการดูแลเด็ก และระบบการจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพสำหรับบุคคลออทิสติก และมีการติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลวิจัยยังเป็นบทเรียนที่ดีสำหรับครอบครัว ชุมชน นักศึกษา และผู้สนใจโดยทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมสนับสนุนด้านการสอนเด็กออทิสติก โดยให้ครูผู้สอนได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการสอนเด็กพิเศษออทิสติก เป็นแนวทางให้ครูในการสอนและการมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้ปกครองและเด็กออทิสติกให้ทุกคนทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม มีความเข้าใจกันช่วยเหลือสนับสนุนกันและกัน พัฒนาคุณภาพชีวิต การเรียนรู้และพัฒนาอาชีพให้เด็กออทิสติกสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมไทยอย่างร่มเย็นเป็นสุขสืบไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต, สถาบันราชานุกูล. (2554). *เมื่อลูกรักออทิสติกไปโรงเรียน: คู่มือสำหรับผู้ปกครอง*. ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กัญญพร ลอยจีว, วิษญาดา ทองเคร็ง, ศุภชัย ฌณิบาล, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของครูผู้ดูแลเด็กพิเศษในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 10. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 2(1), 91-106.
- จิณัฐตา ศุภศรี, อรวรรณ หนูแก้ว, และวันดี สุทธรังสี. (2560). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลเด็กออทิสติก: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(ฉบับพิเศษ), 196-213.
- ชวัลลักษณ์ ศรีอุดม, สุปราณี มาศวรรณ, และสุวิยา เพชรชู (2565). บทบาทของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะออทิสติกและครอบครัว. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 17(2), 1-10.
- ตามรา แก้วมา. (2553). *พฤติกรรมมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกในพื้นที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1*. [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- นงนา วงศ์วารี, สงบ อินทรมณี, และธีระดา ภิญโญ. (2562). การบริหารการเรียนรวมสำหรับเด็กออทิสติกของโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร. *Verdian E-Journal Silpakorn University Humanities, Social Sciences and Arts*, 12(4), 1093-1111.

- นฤมล ทวีพนธ์. (2555). *ความเครียด ภาวะการดูแล และทัศนคติที่มีต่อเด็กออทิสติกของครูที่ดูแลเด็กออทิสติก ในโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิดา รัตนไพโรจน์, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร, และเทียนทอง หาระบุตร. (2566). บทบาทพยาบาลกับการเตรียมพ่อแม่ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวันแก่เด็กออทิสติกปฐมวัย. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 40(2), 1-10.
- พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551. (5 กุมภาพันธ์ 2551). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 28 ก. หน้า 1-13.
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา, และธีรารัตน์ แทนขำ. (2562). *คู่มือฝึกและดูแลเด็กออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพยาบาลอุบลราชธานี. 2019.
- วรวรรณ จุฑา, เรวดี จายานะ, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, และกมลลักษณ์ มากคล้าย. (2566). *สถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565-พฤษภาคม พ.ศ. 2566: การเฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC)*. คลังความรู้สุขภาพจิต หอสมุดกรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1480>
- วัชรพงศ์ ปรากฏ, ทศพล อธิษะพร, และสิทธิพร เขาอ่อน. (2564). การบริหารระบบการเปลี่ยนผ่านนักเรียนพิการเข้าสู่สถานศึกษาที่ส่งผลต่อความพร้อมของนักเรียนพิการในศูนย์การศึกษาพิเศษเครือข่าย 7 สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 4(3), 215-228.
- สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง, และทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2565). การเปลี่ยนผ่านสำหรับนักเรียนออทิสติกมีความสำคัญเพียงใด. *วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย*, 4(1), 35-52.
- สุภัททา ปินทะแพทย์. (2564). การสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย. *วารสารพัฒนาธุรกิจและอุตสาหกรรม*, 1(3), 1-3.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์. (2565). *รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดสุรินทร์ประจำปี 2565*. https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20220922105520.pdf
- อาริสรา ทองเหม, และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม. (2560). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ*, 6(2), 21-36.
- อารีวรรณ เรือนพิบูลย์. (2565). *แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ของหน่วยบริการประจำอำเภอ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดอุดรธานี*. สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 9(8), 146-161.

- Arthur-Kelly, M., Sigafoos, J., Green, V., Mathisen, B., & Arthur-Kelly, R. (2009). Issues in the use of visual supports to promote communication in individuals with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*, 31(18), 1474-1486.
<https://doi.org/10.1080/09638280802590629>
- Gutierrez, A., Cuesta-Gomez, J. L., Rodriguez-Fernandez, P., & Gonzalez-Bernal, J. J. (2021). Implication of the sensory environment in children with autism spectrum disorder: Perspectives from school. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7670. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147670>
- Cahyo Adi Kistoro, H., Setiawan, C., Latipah, E., & Putranta, H. (2021). Teachers' experiences in character education for autistic children. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 10(1), 65-77.
- Luddeckens, J., Anderson, L., & Ostlund, D. (2021). Principals' perspectives of inclusive education involving students with autism spectrum conditions - a Swedish case study. *Journal of Educational Administration*, 60(2), 207-221.
<https://doi.org/10.1108/JEA-02-2021-0022>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage.
<https://www.metodos.work/wp-content/uploads/2024/01/Qualitative-Data-Analysis.pdf>
- StEvens, C. (2024). The lived experience of autistic teachers: A review of the literature. *International Journal of Inclusive Education*, 28(9), 1871-1885.
<https://doi.org/10.1080/13603116.2022.2041738>
- Walters, A. J. (1995). The phenomenological movement: Implications for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 791-799.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22040791.x>
- World Health Organization. (2023, November 15). *Autism: Key facts*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น

สุภาพร กุลสุวรรณ, สม.*

นฤมล ลินสุพรรณ, ศศ.ม.**

ชนะพล ศรีฤชา, ประ.ด.**

Received: June 23, 2024

Revised: September 8, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 36 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอก 45 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินผลลัพธ์ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ด้วยการใช้สถิติทดสอบ paired sample t-test

ผลวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ที่ชัดเจน 2) แนวปฏิบัติการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินทางการพยาบาล การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล 3) ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็วมากยิ่งขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีคะแนนความรู้เฉลี่ยแต่ละด้านหลังใช้แนวปฏิบัติ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.41-31.25 และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด ($M = 4.93$, $SD = 0.12$)

คำสำคัญ: ความดันในกะโหลกศีรษะสูง สัญญาณเตือนเริ่มแรก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: gulsuwan_s2020@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

Development of The Modified Early Warning Signs of Increased Intracranial Pressure
Evaluated Guidelines in Postoperative Brain Tumor Patients in
Neurosurgery Intensive Care Unit, Khon Kaen Hospital

Supaporn Gulsuwan, MPH.*

Nurumon Sinsupan, MA.**

Chanaphol Sriruecha, Ph.D.**

Abstract

The objectives of this action research were to 1) Study the situation of evaluating warning signs of increased intracranial pressure (IICP) in postoperative brain tumor patients in the neurosurgery intensive care unit at Khon Kaen Hospital 2) Develop guidelines for evaluating warning signs of IICP, and 3) Study the results of using the guidelines. The sample group consisted of 36 registered nurses and 45 postoperative tumor patients between November 2023 to January 2024. The research tool includes guidelines. The tools used to collect data include personal information questionnaire, interview guide, evaluation form, knowledge testing form, and satisfaction survey form. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were presented as frequencies, percentages, means, and standard deviations. Compare the average knowledge scores before and after using the guidelines by the Paired Sample T-Test.

The research results found that 1) There was still no clear of using IICP guidelines in postoperative brain tumor patients, 2) Operating IICP guidelines, which were developed in this study, consisting of nursing assessments, nursing diagnosis, nursing planning, nursing practice, and nursing evaluation, and 3) After using the IICP guidelines found that patients were received the standard of care, accuracy, faster, and no life-threatening complications. The professional nurses had a significantly higher average knowledge score in each field after using IICP guidelines compared to before ($p \leq 0.01$). In addition, professional nurses followed the guidelines, which increased by 10.41-31.25 percent, and were satisfied with the guidelines at the highest level ($M = 4.93$, $SD = 0.12$).

Keywords: Increased intracranial pressure, Early warning signs, Postoperative brain tumor patients

* Students of Master degree of Public Health in Leadership and Innovative Health Management, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars; Corresponding Author E-mail: gulsuwan_s2020@hotmail.com

** Associate Professor, Public Health in Leadership and Innovative Health Management, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars

บทนำ

โรคเนื้องอกสมอง (brain tumor) หมายถึง ภาวะที่มีก้อนเนื้องอกผิดปกติเกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะหรือบริเวณเนื้อเยื่อและต่อมต่าง ๆ บริเวณใกล้เคียงกับสมอง ซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ เนื้องอกที่เกิดจากเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติจากเซลล์ในสมองเอง (primary intracranial tumor) และเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์มะเร็งที่กระจายมาจากที่อื่น (metastatic intracranial tumor) (Butowski, 2015) อาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่พบได้ คือ อาการปวดศีรษะ ความจำผิดปกติ กระสับกระส่าย ซึมและไม่รู้สึกตัวในที่สุด อาการชัก โดยอาจชักเกร็งกระตุกทั้งตัวหรือชักเกร็งเฉพาะที่ หากเป็นมากอาจหมดสติได้ อาการที่พบได้อีกอาการคือ แขนขาอ่อนแรง รวมถึงกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า มีอาการชา ทำให้เสียการทรงตัว เดินเซได้ วิธีการรักษาคือการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่มีขั้นตอนและกระบวนการที่ซับซ้อน รวมถึงใช้เวลาในการผ่าตัดนาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอันตรายอีกภาวะคือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น (วรรณวิศापะเสทะกิง และคณะ, 2563)

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองที่เกิดจากการเพิ่มปริมาตรของส่วนประกอบในกะโหลกศีรษะจนเกินความสามารถในการรักษาความสมดุลภายในสมอง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ผู้ป่วยที่สมองมีพยาธิสภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากกว่าร้อยละ 70 โดยจะเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงภายใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และมีโอกาสเกิดได้สูงสุดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาการเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning signs of increased intracranial pressure) ได้แก่ ปวดศีรษะมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรงลง ขนาดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาเปลี่ยนแปลง โดยวัดค่าความดันในกะโหลกศีรษะ สูงตั้งแต่ 20 มม.ปรอทขึ้นไป ซึ่งประเทศไทยยังไม่พบว่ามีอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในการติดตามค่าภาวะความดันในกะโหลกศีรษะแบบตลอดเวลา ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในระยะเริ่มแรกจะช่วยให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ สามารถลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการและลดอัตราการเสียชีวิตได้ (ขวัญเรือน สิงห์กวาง, 2563)

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยเฉพาะ จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมารับบริการจำนวน 322, 369 และ 309 ราย ตามลำดับ ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จากการมีเลือดออกซ้ำหรือมีภาวะสมองบวมต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ จำนวน 4, 5 และ 4 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิต 8, 11 และ 7 รายตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น, 2566) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าจำนวนอุบัติการณ์การตายที่สามารถป้องกันได้ (preventable death) 7 ราย โดยสาเหตุเกิดจากความล่าช้าในการตรวจพบโรคระยะเริ่มต้น (delay early detect) 6 ราย และความล่าช้าในการรักษา (delay treatment) 1 ราย โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วย คือ แบบประเมินที่ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การตอบสนองของรูม่านตา และการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตามการประเมินอาการ

ยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคนที่มีความหลากหลาย

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Teasdale and Jennett (1974) ฉัตรมงคล ประจวบลาภ (2561) ขวัญเรือน สิงห์ทวง (2563) และโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน (2553) ที่ทำการศึกษาและสร้างแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยมีแนวคิดไปในทิศทางเดียวกันว่าถ้าสามารถค้นพบอาการแสดงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและผู้ป่วยได้รับการแก้ไขได้ทันทั่วที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งสรุปได้ว่าประกอบไปด้วย 17 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตตัวบน 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) อัตราการหายใจ 4) อุณหภูมิกาย 5) ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว 6) จำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง 7) การลืมตา 8) การสื่อภาษา 9) การเคลื่อนไหว 10) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 11) ขนาดของรูม่านตา 12) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังจากออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ใน ICU ภายใน 1 ชั่วโมง 13) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังจากออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ใน ICU ภายใน 2 ชั่วโมง 14) ค่าความดันในกะโหลกศีรษะสูง 15) อาการปวดศีรษะ 16) การชักเกร็ง และ 17) การอาเจียน

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น เนื่องจากการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ครั้งนี้จะป็นหนทางหนึ่งขององค์กรในการพัฒนาบุคคล โดยใช้กระบวนการของการจัดการความรู้เพื่อลดช่องว่างและเติมเต็มความรู้เพิ่มเติมให้กับบุคลากรเหล่านั้น เพื่อให้มีการประเมินที่เป็นรูปธรรมเป็นแนวทางในการตัดสินใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้บุคลากรพยาบาลสามารถประเมินอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วที่จะเพิ่มความปลอดภัยต่อชีวิตผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

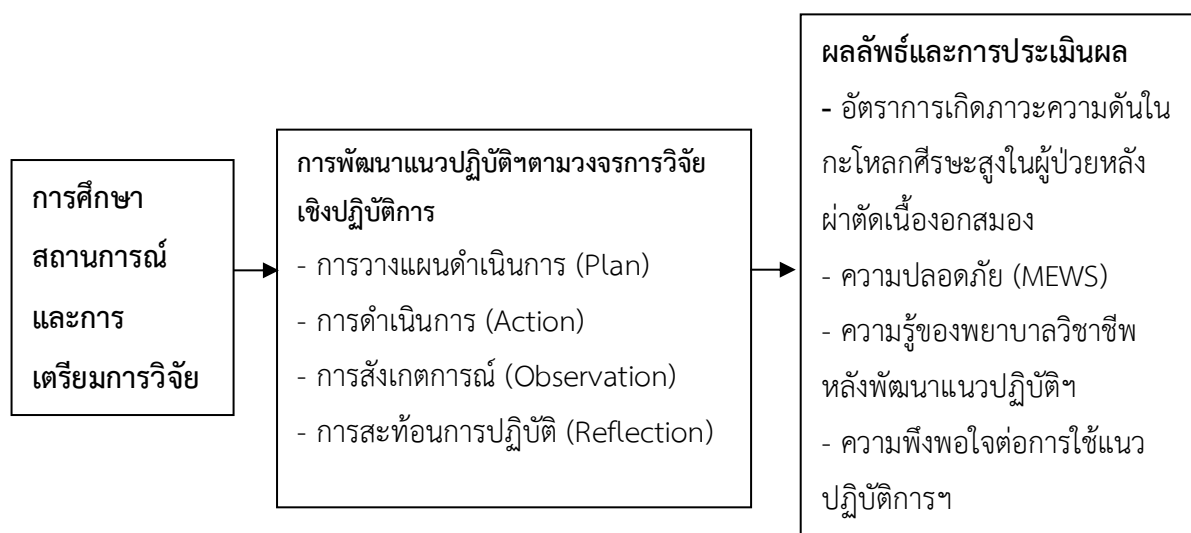
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ นี้ ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเป็นวิธีการดำเนินการตามวงจรการปฏิบัติ (action research spiral) ซึ่งมีขั้นตอนดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะศึกษาสถานการณ์

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 3

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดฯ จำนวนโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = 0.05 และค่า power = 0.95 จำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนำเนื้องอกสมองออก โดยอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะอยู่เดิมแล้วก่อนผ่าตัด และผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา หรือผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยด้วยกรณีต่าง ๆ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพแกนนำ จำนวน 5 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน และมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษา

2. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

ประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ทำการศึกษาในระยะศึกษาสถานการณ์ และ 2) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วยหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 3 จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ทำการศึกษาในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 45 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา คือ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาคครั้งนี้ โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 3 โรงพยาบาลขอนแก่น ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือพยาบาลกลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา

3. ระยะศึกษาผลลัพธ์ ประกอบด้วย

ประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ทำการศึกษาในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ทำการศึกษาในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท ที่ได้เก็บข้อมูลในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 45 คน ศึกษาผลลัพธ์ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีส่วนร่วมในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 36 คน ศึกษาผลลัพธ์ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง (MEWS) โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการดัดแปลงและพัฒนาจากแนวคิดของ Teasdale and Jennett (1974) ฉัตรกมล ประจวบลาภ (2561) ขวัญเรือน สิงห์ทวง (2563) และแนวทางการประเมินระบบสัญญาณเตือนของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน (2553) แนวปฏิบัติประกอบด้วย 17 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตตัวบน 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) อัตราการหายใจ 4) อุณหภูมิกาย 5) ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว 6) จำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง 7) การลืมตา

8) การสื่อสาร 9) การเคลื่อนไหว 10) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 11) ขนาดของรูม่านตา 12) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังจากออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ใน ICU ภายใน 1 ชั่วโมง 13) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังจากออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ใน ICU ภายใน 2 ชั่วโมง 14) ค่าความดันในกะโหลกศีรษะสูง 15) อาการปวดศีรษะ 16) การชักเกร็ง และ 17) การอาเจียน

1.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลให้ประเมนหลังจากดูแลผู้ป่วยครบ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดแล้ว โดยใส่เครื่องหมายถูกตามผลลัพธ์การดูแล ดังนี้ 1) การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื่องอกสมอง 2) ผู้ป่วยปลอดภัยหลังการดูแล (MEWS score 0-1 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคว่าเป็นเนื้องอกในสมอง การได้รับการผ่าตัด craniotomy with tumor removal ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย และระยะเวลาในการนอนหอผู้ป่วยวิกฤติ

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนฯ เป็นแบบเลือกตอบถูกผิดผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาของข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง มีลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือถูก (1) และผิด (0) จำนวน 10 ข้อ รวมเป็น 10 คะแนน เกณฑ์ผ่านคือผู้เข้าร่วมอบรมสามารถทำคะแนนแบบทดสอบความรู้หลังการอบรมได้เกินร้อยละ 80 (8 คะแนนขึ้นไป)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาฯ ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินนี้โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปรับปรุงมาจาก เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และดลวิวัฒน์ แสนโสม (2561) แล้วจัดทำหัวข้อสำหรับประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาฯ ทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามปลายปิด เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ความหมาย ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

2.4 แบบสัมภาษณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพแกนนำ โดยมี 4 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) สถานการณ์ในหอผู้ป่วยของท่านเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองเป็นอย่างไร 2) การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองมีรูปแบบและแนวทางอย่างไร 3) เครื่องมืออะไรบ้างที่จะช่วยให้การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ท่านต้องการที่จะพัฒนาให้หน่วยงานของท่านมีเครื่องมือในการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองหรือไม่อย่างไร

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยที่ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการแสดงความคิดเห็นร่วมของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง 3 คน อาจารย์แพทย์ 2 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ โดยในการวิจัยครั้งนี้ ข้อคำถามแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนๆ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกา และแบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ในส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทำการทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบัลล์อัลฟา (Cronbach' coefficient alpha) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.93 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนๆ จำนวน 10 ข้อ ทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยหาค่า KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 ซึ่งได้ปรับแก้ไขจนได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง 0.20-0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามหลักการแห่งประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: GCP) โดยรับรอง ณ วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2566 โครงการวิจัยเลขที่ CASHE660003 โดยในการทำวิจัยจะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะศึกษาสถานการณ์

1.1 รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 3 จำนวน 45 คน

1.2 สนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพแกนนำ

2. ระยะพัฒนา

1) การวางแผนดำเนินการ (plan) ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพแกนนำของหอผู้ป่วย ภายหลังกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงของหน่วยงานและวางแผนดำเนินการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้

เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 3 2) ระยะดำเนินการ (action) นำแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย 3) ระยะสังเกตการณ์ (observation) ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการใช้แนวทางและการสอนงาน 4) ระยะสะท้อนการปฏิบัติ (reflection) โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกับทีมผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพของหน่วยงานเพื่อการสะท้อนผลการปฏิบัติ และหาวิธีการในการปรับปรุงการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

3. ระยะประเมินผล

3.1 ประเมินผลจากการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติฯ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง เป็นแบบเลือกตอบถูกผิดผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยทำการประเมินก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการอบรม

3.2 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ได้เก็บข้อมูลในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 45 คน โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลฯ โดยทำหลังมีการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยแล้วภายใน 1 สัปดาห์ ทำการประเมินจากความถี่และร้อยละในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติฯ กำหนดการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สัปดาห์ละ 5 วัน โดยเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในระยะเวลา 72 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด กำหนดการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ 36 คน คนละ 4 ครั้ง ได้แก่ เวรเช้า 2 ครั้ง เวรบ่าย 1 ครั้ง และเวรดึก 1 ครั้ง จะได้จำนวนที่สังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 144 ครั้ง

3.3 ในกรณีของผู้ป่วยที่ต้องขอความยินยอมจากญาติหรือผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้จัดห้องรับรองสำหรับการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ความเสี่ยงการวิจัย เพื่อให้ลงลายมือยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง โดยทำหลังสิ้นสุดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2. การวิเคราะห์อัตราการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง และความปลอดภัย ใช้ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

3. การวิเคราะห์ความปลอดภัย (MEWS score 0-1 คะแนน) โดยการเปรียบเทียบอัตราความถี่ และร้อยละของการเพิ่มลดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง

4. การวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลก ศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้สถิติการทดสอบ paired sample t-test

5. การวิเคราะห์ความพึงพอใจในพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท 3 จำนวน 45 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี (ร้อยละ 53.33) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.56) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.11) ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเนื้องอกในสมอง (brain tumor) (ร้อยละ 73.33) ได้รับการผ่าตัด craniotomy with tumor removal (ร้อยละ 100.00) มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 4.18 ชั่วโมง และมีระยะเวลาในการนอนหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit: ICU) เฉลี่ย 3.67 วัน

1.2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค จากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพแกนนำ จำนวน 5 คน พบว่า

ด้านบุคลากรพยาบาล พบว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่ 4 เดือน จนถึง 5 ปี ซึ่งทำให้พยาบาลแต่ละคนมีความรู้ ความเข้าใจ และความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละคน ด้วยอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อสมอง ทำให้ต้องมีการประเมินอาการทางระบบประสาทหลายอาการ บางครั้งผู้ป่วยมีพยาธิสภาพด้านอื่น เช่น ความดันโลหิตต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ อัตราการหายใจผิดปกติ อุณหภูมิร่างกายสูง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้อาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลงได้

ด้านงานบริการดูแลผู้ป่วย พบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ตามระยะเวลาความถี่ที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือการให้ค่าคะแนนของอาการแสดงแต่ละอาการ ไม่มีแนวทางลำดับขั้นตอน

การรายงานแพทย์และระยะเวลาที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยหรือมีคำสั่งให้การดูแลรักษา บางครั้งรายงานแพทย์เวรใช้ทุนโดยแพทย์เวรเฉพาะทางไม่ได้รายงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า เสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะวิกฤต และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น

2.1 การประเมินทางพยาบาล (nursing assessment) โดยมีแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง (MEWS) ประกอบด้วย 17 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) (≤ 90 mmHg หรือ ≥ 200 mmHg ให้ 2.0 คะแนน) 2) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) (≤ 50 BPM ให้ 1.0 คะแนน และ ≥ 130 BPM ให้ 2.0 คะแนน) 3) อัตราการหายใจ (respiratory rate) (≤ 8 BPM หรือ ≥ 30 BPM ให้ 2.0 คะแนน) 4) อุณหภูมิกาย (body temperature) (≤ 36.0 °C หรือ ≥ 38.5 ให้ 1.0 คะแนน) 5) ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว (≤ 89 % ให้ 2.0 คะแนน และ 90-94 % ให้ 1.0 คะแนน) 6) จำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง (< 80 ml ให้ 2 คะแนน และ > 800 ml ให้ 1.0 คะแนน) 7) การลืมตา (eye opening response) (ลดลงจากเดิม ให้ 1.0 คะแนน) 8) การสื่อสาร (verbal response) (ลดลงจากเดิม ให้ 1.0 คะแนน) 9) การเคลื่อนไหว (motor response) (ลดลงจากเดิม ให้ 2.0 คะแนน) 10) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย ง่วงซึม เป็นต้น (มีการเปลี่ยนแปลง ให้ 1.0 คะแนน) 11) ขนาดของรูม่านตา (pupil) เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกันเกิน 1 mm. (ปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงข้างให้ 2.0 คะแนน) 12) หลังออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ใน ICU ภายใน 1 ชั่วโมง (ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือน้อยกว่าก่อนผ่าตัดให้ 1.0 คะแนน) 13) หลังออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ใน ICU ภายใน 2 ชั่วโมง (ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหรือน้อยกว่าก่อนผ่าตัดให้ 2.0 คะแนน) 14) ค่าความดันในกะโหลกศีรษะสูง (กรณีมี ICP monitoring) ($ICP \geq 15$ mmHg หรือ ≥ 20 cmH₂O ให้ 2.0 คะแนน) 15) ปวดศีรษะมากขึ้น โดยแตกต่างจากการปวดแผลผ่าตัดซึ่งให้ยาบรรเทาปวดแล้วอาการจะทุเลา (มีอาการให้ 1.0 คะแนน) 16) ชักเกร็ง (มีอาการให้ 2.0 คะแนน) 17) อาเจียน (มีอาการให้ 1.0 คะแนน)

2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) พยาบาลวิชาชีพประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิด early detection หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปให้วินิจฉัยว่า ถือว่ามีความเสี่ยงในการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และรายงานแพทย์ทันที

2.3 การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) เมื่อวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแล้ว พยาบาลวิชาชีพต้องวางแผนให้การพยาบาลในเรื่องการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย การรายงานแพทย์ และการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม

2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (nursing care) โดยแบ่งเป็น 2 แนวทางคือ

2.4.1 เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ รายงานแพทย์/ประเมิน signs and symptoms of IICP

หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังกล่าวข้างต้น แม้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที โดยมีลำดับขั้นการรายงานแพทย์ดังนี้ 1) หลังผ่าตัด 6 ชม.แรก ประเมินทุก 15 นาที x 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง x 4 ครั้ง 2) แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ติดตามเฝ้าระวัง 3) มีอาการแสดงของ early signs and symptoms of IICP = 1 ต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวดใช้ทุก 1 ชั่วโมง 4) มีอาการแสดงของ early signs and symptoms of IICP = 2 รายงานแพทย์เฉพาะทาง/เฉพาะทางให้มาดูอาการ/สั่งการรักษาภายใน 15 นาที หรือทุก 15-30 นาที 5) มีอาการแสดงของ early signs and symptoms of IICP = 3 ขึ้นไป รายงานแพทย์เฉพาะทาง/แพทย์เจ้าของไข้ทันทีทุก 15-30 นาที

2.4.2 แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง โดยแนวทางการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการติดตามค่าความดันในกะโหลกศีรษะอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด และติดตามค่า Ischemic Modified Albumin (IMA) ซึ่งสามารถสังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (early warning signs of increased intracranial pressure)

ภาพที่ 2

แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น



3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น

3.1 ผลลัพธ์ของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมานอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท ที่ได้เก็บข้อมูลในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวน 45 คน ศึกษาผลลัพธ์ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากระยะพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการประเมินตามระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 42 คน (ร้อยละ 93.33) ได้รับการประเมินอาการครบถ้วน จำนวน 42 คน (ร้อยละ 93.33) ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 88.89) และได้รับการดูแลรักษาตามกำหนดเวลา จำนวน 45 คน (ร้อยละ 100.00) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ พบว่ามีเลือดออก (rebleed) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.44) เกิดภาวะสมองบวม (brain edema) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.44) และเกิดความผิดปกติของระบบประสาท (neurological deficit) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.44) และในการวิจัยครั้งนี้หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ไม่พบผู้เสียชีวิต (โดยผู้ป่วย 2 รายที่มีเลือดออก (rebleed)) เกิดภาวะสมองบวม (brain edema) และเกิดความผิดปกติของระบบประสาท (neurological deficit) เป็นผลจากการประเมินตามแบบประเมินของผู้วิจัยและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญห และผู้ป่วยปลอดภัย

3.2 ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพ

3.2.1 ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้

ทำการประเมินจากแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถทำคะแนนในแบบทดสอบก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.40 ส่วนในแบบทดสอบหลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทั้งสองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือคือพยาบาลวิชาชีพสามารถทำคะแนนแบบทดสอบหลังการอบรมได้มากกว่าแบบทดสอบก่อนการอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมา 2.58 คะแนน หรือคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นมาจากก่อนอบรม ร้อยละ 35.59 โดยมีผลลัพธ์ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงค่าสถิติ T-test ในการเปรียบเทียบคะแนนแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ฯ

แบบทดสอบ	M	SD	df	t	sig
ก่อน	7.25	1.40			
หลัง	9.83	0.51	35	-11.96	0.00

* $p \leq 0.01$

3.2.2 ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

ทำการประเมินจากความถี่และร้อยละในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ หลังพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง กำหนดการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สัปดาห์ละ 5 วัน โดยเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด กำหนดการสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ 36 คน คนละ 4 ครั้ง ได้แก่ เวรเช้า 2 ครั้ง เวรบ่าย 1 ครั้ง และเวรดึก 1 ครั้ง จะได้จำนวนที่สังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 144 ครั้ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ สูงมากกว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เมื่อพิจารณาเป็นรายการ พบว่า การติดตามค่าความดันในกะโหลกศีรษะตามระยะเวลา เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.37 การตรวจสอบสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทตามระยะเวลา เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.50 การประเมินอาการเมื่อมีสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.83 การติดตามค่า Ischemic Modified Albumin (IMA) เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.41 การหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.25 และการรายงานแพทย์ตามลำดับขั้นตอน เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.52 ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยภาพรวมพบว่า ภายหลังจากพัฒนามีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ก่อนและหลังการพัฒนาโดยภาพรวม

การทดสอบ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>sig</i>
ก่อนการพัฒนา	102.00	2.24			
หลังการพัฒนา	129.33	1.95	35	-9.86	0.00

* $p \leq 0.01$

3.2.3 ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพด้านความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประเมินฯ โดยทำหลังสิ้นสุดการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการประเมินฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.93$, $SD = 0.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดมี 4 ข้อ ได้แก่ 1) นโยบายปฏิบัติการประเมินฯ มีขั้นตอนและกระบวนการที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) 2) นโยบายปฏิบัติการประเมินฯ สามารถตรวจพบความผิดปกติและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) 3) นโยบายปฏิบัติการประเมินฯ ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้น ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) และ 4) นโยบายปฏิบัติการประเมินฯ ทำให้พยาบาล

วิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) รองลงมาคือ แนวปฏิบัติการประเมินฯ มีเนื้อหาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ($M = 4.81$, $SD = 0.40$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ แนวปฏิบัติการประเมินฯ ทำให้การปฏิบัติงานมีความสะดวกและรวดเร็ว ($M = 4.78$, $SD = 0.42$)

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้แนวทางสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ตามระยะเวลาความถี่ที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือการให้ค่าคะแนนของอาการแสดงแต่ละอาการ ไม่มีแนวทางลำดับขั้นตอนการรายงานแพทย์และระยะเวลาที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยหรือมีคำสั่งให้การดูแลรักษา บางครั้งรายงานแพทย์เวรใช้ทุนโดยแพทย์เวรเฉพาะทางไม่ได้ ตลอดจนพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันทำให้การสื่อสาร และการปฏิบัติงานไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดความสับสน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พนิดา จันทรรัตน์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตยังขาดความต่อเนื่องและความชัดเจน รวมถึงความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. แนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การประเมินทางการพยาบาล 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ผลจากการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และเมื่อพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองมีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามระดับคะแนนที่ประเมินได้ ช่วยทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจรายงานแพทย์และทำกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิต แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินสัญญาณเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญเรือน สิงห์กว้าง (2563) ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจมีผลกระทบรุนแรงถึงชีวิต

การเฝ้าระวังอาการอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างรวดเร็วช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถนำเสนอใน 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่า หลังจากพยาบาลวิชาชีพได้นำแนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้ในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น มีประสิทธิภาพในการช่วยลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น การมีเลือดออก (rebleed) การเกิดภาวะสมองบวม (brain edema) การเกิดความผิดปกติของระบบประสาท (neurological deficit) เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีนทิพย์ บุตราช และสุทธิพร วรบรรณการ (2563) ที่พบว่า แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง เช่น ลดภาวะไข้ ภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์ และภาวะชักในผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความพิการ และสูญเสียชีวิต

3.2 ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ นอกจากนั้น ผลลัพธ์ของพยาบาลวิชาชีพด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ แต่ละด้านในระดับมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพรู้สึกสามารถนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยได้จริง มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยได้และทำให้รู้สึกมั่นใจในการรายงานแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญศรี ปักกิ่งวะยัง และสุรชาติ สิทธิปรกรณ์ (2564) ที่พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เพราะแนวปฏิบัติทางการพยาบาลง่ายต่อการนำไปใช้ มีเนื้อหาชัดเจนและถูกต้องตรงประเด็น ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งด้านเนื้อหาและความเข้าใจ

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าแนวทางสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้พัฒนาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และช่วยในการตัดสินใจเชิงคลินิกได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ลดอัตราการเสียชีวิต มีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพทั้งภายในทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นควรนำแนวทางสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองนี้ไปใช้ประเมินอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยระบบประสาทสมองโรคอื่น ๆ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระบบประสาทสมอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ควรมีการนำผลแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น
2. ด้านการปฏิบัติงาน ควรมีการเผยแพร่และจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพก่อนนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงควรจัดบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติฯ การประเมินความรุนแรง การค้นหาระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย ตลอดจนถึงแนวทางการดูแล เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ไปประยุกต์ใช้และศึกษาวิจัยในบริบทอื่น ๆ
2. ควรนำแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองไปใช้และมีการติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกการเข้าสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากรในหอผู้ป่วย เพื่อให้มีการบริหารจัดการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเรือน สิงห์ควาง. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสัญญาณเตือนเริ่มแรกของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 37(2), 136-148.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15-28.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 8). สุวีริยาสาส์น.
- เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(1), 25-42.
- พนิดา จันทรรัตน์, เพ็ญแข รัตนพันธ์, ภคินี ขุนเศรษฐ์, และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. (2566). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 109-119.

- เพ็ญศรี ปักกังวาลยัง, และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยที่มีการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 98-107.
- โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. (2553). *Modified early warning scoring system*.
- วรรณวิศา ปะเสทะกัง, ณิชากัทร พุฒิกามิน, และศรินรัตน์ จันทพิมพ์. (2563). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของโรคเนื้องอกสมอง: การจัดการทางพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(4), 35-44.
- เวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). *สถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พ.ศ. 2563-พ.ศ. 2565*.
- ศรินทิพย์ บุตราช, และสุทธิพร วรบรรณากร. (2563). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(1), 15-27.
- Butowski N. A. (2015). Epidemiology and diagnosis of brain tumors. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 21(2 Neuro-oncology), 301-313.
<https://doi.org/10.1212/01.CON.0000464171.50638.fa>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. (3rd ed.). Deakin University.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(โควิด-19) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่
ตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, พย.ม.*

ธีรณัฐ ยืนดีสุข, พย.ม.**

อรรถัย พินสุวรรณ, พย.ม.***

ปาริชาติ ศรีหนา, พย.บ.****

Received: June 27, 2024

Revised: October 25, 2024

Accepted: November 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองชนิดแบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 40 ราย เลือกโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ คู่มือการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ paired-t test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง ($M = 139.35$, $SD = 3.28$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 123.83$, $SD = 10.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.18$) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในภาวะปกติ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ โควิด-19 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: oohyinde74@gmail.com

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

Effect of Health Promotion on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention for
Behaviors Prevention Coronavirus Disease-2019
in Chronic Diseases Patients

Pensri Jitchan, M.N.S.*

Teranut Yindesuk, M.N.S.**

Orathai Pinsuwan, M.N.S.****

Parichat Srina, B.N.S.****

Abstract

This study used a quasi-experimental research design, the one group pretest-posttest to examine the effect of health Promotion for Behavior Prevention coronavirus disease-2019 in Chronic diseases patients Tambon Patum Amphoe Mueang Ubon Ratchathani Province. The subjects were 40 chronic disease patients. The instruments consisted of two part, 1) Data collection tools, including of the personal data record form, the behavior assessment form for preventing infection with COVID-19 2) The tools used in the experiment were Pender Concept Health Promotion Program, Guide to preventing COVID-19 infection. The statistics applied for analyzing data are frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test.

The result of this study found that, the sample group had a statistically significantly higher mean score on COVID-19 prevention behaviors ($M = 139.35$, $SD = 3.28$) than before ($M = 123.83$, $SD = 10.67$) $p = <.05$ ($t = -12.18$). It is recommended that the study can be used as a guideline for health promotion in order for patients with chronic diseases to practice behaviors to prevent infection with COVID-19. Furthermore, applying a guideline to promote health for patients with chronic diseases to practice health care behaviors continuously may help control their underlying diseases to be in a normal state.

Keywords: Health promotion, Covid-19, Chronic diseases patients

* Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani Ubonratchathani University;

Corresponding Author E-mail: oohyinde74@gmail.com

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani Ubonratchathani University

**** Registered Nurse, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงในแทบทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความรุนแรงจนทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด (COVID-19) ทั่วโลกจำนวน 289 ล้านคน เสียชีวิต 5.44 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมจำนวน 2.23 ล้านคน เสียชีวิต 21,708 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, 2565) จะเห็นได้ว่าโรคโควิด 19 เป็นภัยคุกคามที่สำคัญและเร่งด่วนต่อสุขภาพของประชากรโลก ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน แม้ว่าจะมีวัคซีน และมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด แต่การระบาดก็ยังมีต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงต้องได้รับการแก้ไขเพื่อลดการติดเชื้อ การแพร่ระบาด และการเสียชีวิต

โควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดหนึ่ง เกิดจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: SARS-CoV-2) สามารถติดต่อหรือแพร่กระจายได้จากการได้รับเชื้อไวรัสที่ปะปนมากับสารคัดหลั่งของร่างกายจากการไอและการจามที่เป็นละอองฝอย (aerosols) หรือการสัมผัสกับสิ่งของที่มีสารคัดหลั่งที่มีเชื้อไวรัสปนเปื้อนอยู่ ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้เร็ว เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการแสดงประมาณ 2-14 วัน จะมีอาการไข้ ไอ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และเหนื่อยหอบ ในรายที่รุนแรงจะมีการอักเสบของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เกิดภาวะ acute respiratory distress syndrome เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยผู้สูงอายุจะมีโอกาสของการเสียชีวิตมากกว่าคนหนุ่มสาวถึง 15% (Morley & Vellas, 2020) โดยผู้ที่มียุทธศาสตร์ความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อโควิด (COVID-19) คือ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และพบว่าจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต (Yang et al., 2020; Zhou et al., 2020) และจากการศึกษาแบบ meta-analysis ที่ประเทศจีนในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1,527 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดและเมตาบอลิก เช่น โรคความดันโลหิตสูง 17.1% โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง 16.4% โรคเบาหวาน 9.7% และในการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าที่จะทำให้อาการรุนแรง และต้องนอนใน ICU และมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Hussain et al., 2020; Li et al., 2020)

จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมาก จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยสะสมจำนวน 24,133 ราย เสียชีวิต 193 ราย (สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จากสถิติแสดงให้เห็นว่าการระบาดของเชื้อโควิด-19 กระจายไปเกือบทุกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มแล้ว แต่ปัจจุบันมีการระบาดของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่คือ โอไมครอน ซึ่งติดได้ง่าย จึงต้องมีการป้องกันและลดการแพร่ระบาดการติดเชื้อโควิด-19 อย่างเร่งด่วน ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 10,564 คน ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีสถานบริการสุขภาพ 2 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ และในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง

จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มารับบริการจำนวน 734 คน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกันมักจะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตได้หากติดเชื้อโควิด-19 แม้จะมีวัคซีนฉีดป้องกันและลดความรุนแรง แต่ก็ยังฉีดไม่ครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งใด ๆ นั้นเพราะเห็นว่ามีประโยชน์ มีคุณค่า และหากผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค ส่งเสริมความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล การทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ด้านการศึกษาของอุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า คณะแผนกสุขภาพพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาของ สมสมัย มวงแย้ม และคณะ (2561) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมดีขึ้น สามารถนำมาใช้ในการวิจัยด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยลดการติดเชื้อและลดการแพร่ระบาดในผู้ป่วยและชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ดีขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

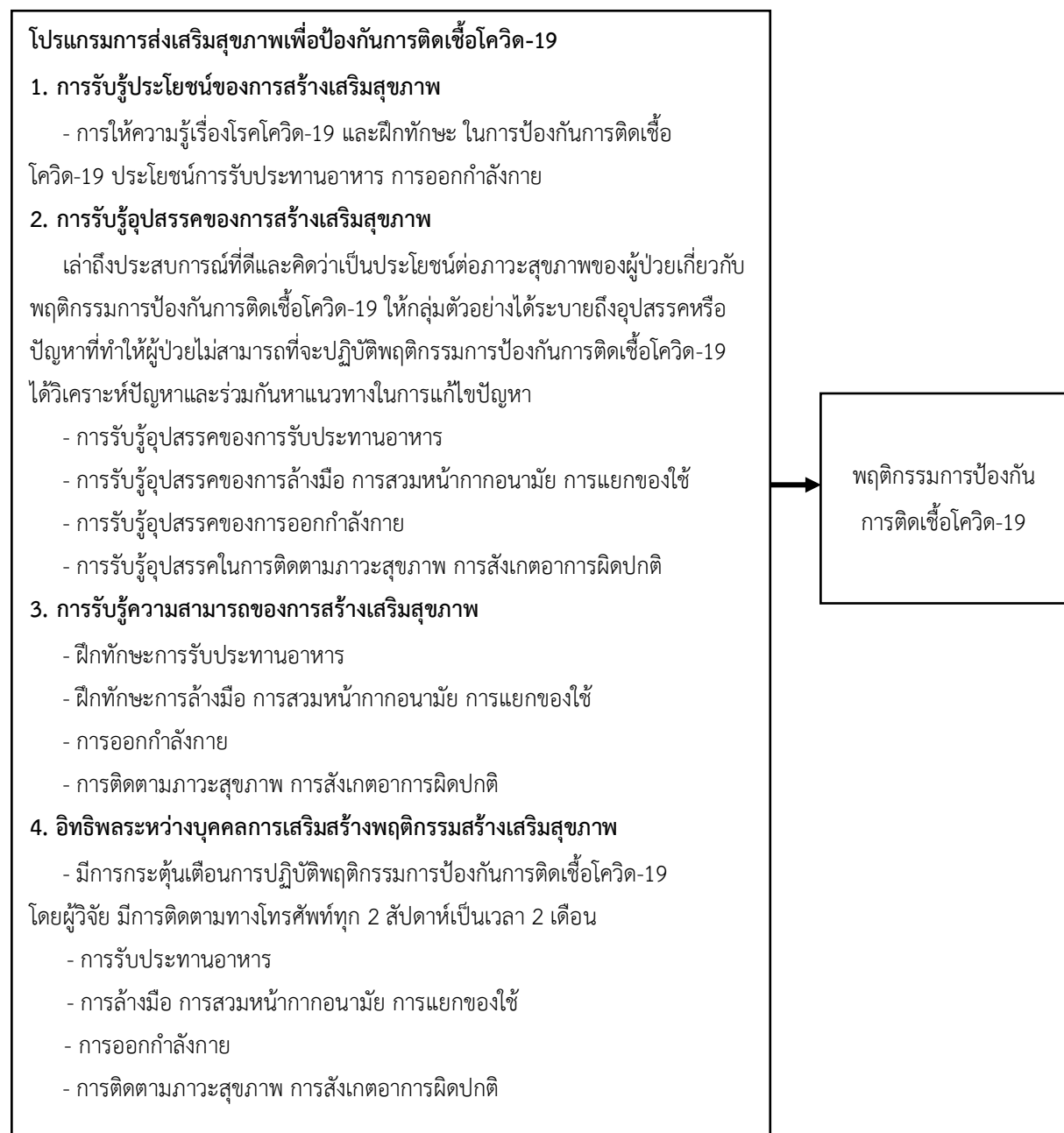
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาใช้ในการดำเนินการวิจัย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้

เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการให้ความรู้และแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีการสาธิต ฝึกทักษะ และมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 21 สัปดาห์ เดือนเป็นเวลา 2 เดือน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แล้วจึงประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

หลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้โปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi experiment) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pretest posttest design) ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 734 ราย ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง จำนวน 40 ราย เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.4 และเมื่อกำหนดค่า α (level of significance) = .05 และ β (power of analysis) = 0.8 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 คน (รัตนศิริ ทาโต, 2551) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าสู่โครงการ (inclusion criteria) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ 3) มีอาการคงที่ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ 4) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ และมีความยินดี และเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ระบุเกณฑ์คัดออก มีอาการกำเริบในระหว่างการทดลองและต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล เช่น ไม่มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร และมีระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างอาจจะอยู่ไม่อยู่ครบตามระยะเวลา ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้จึงควรกำหนดเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal criteria) เช่น เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ ย้าย เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติมากที่สุด จำนวน 29 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติมากที่สุดให้ 5 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 29 คะแนนสูงสุด เท่ากับ 145 โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการ ติดเชื้อโควิด-19 ดีที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสร้างขึ้นและบูรณาการ มาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบและแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ โดยให้ความรู้ เรื่องโรคโควิด-19 สาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษา และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดอุปสรรคโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ดี และคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโควิด-19 ได้วิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันทั้งผู้วิจัย ผู้ป่วย และ ญาติ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยฝึกทักษะการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การเลือก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การติดตามภาวะสุขภาพ และสังเกตอาการ ผิดปกติ และอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 กิจกรรมดังนี้

2.1.1 จัดอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การติดตามภาวะสุขภาพ สังเกต อาการผิดปกติ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การแยกของใช้

2.1.2 ฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหาร

2.1.3 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ ฝึกทักษะการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ

2.1.4 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบไปด้วย ความหมาย วิธีที่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย ระยะฟักตัวของโรค แหล่งแพร่เชื้อและการแพร่เชื้อ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ และ รับเชื้อ อาการของโรคโควิด-19 หลักปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และวิธีหนี โควิด-19

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล

ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 1 ท่าน เพื่อพิจารณาดูตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (CVI) การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยดูจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกัน ทุกท่าน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2554) โดยแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และคู่มือการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยจำนวน 10 ราย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม โดยแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน และวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยได้เลขที่ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ SSJ.UB 2566-002 วันที่รับรอง 21 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเหตุผลของการทำวิจัย ผลดี และผลเสีย ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอม จึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นก็จะถูกทำลายโดยทีมผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1) สร้างสัมพันธภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 (pre-test) 2) ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติในเรื่อง 2.1) สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสรีรวิทยา และการดำเนินของโรค 2.2) การรักษาด้วยยา 2.3) การเลือกรับประทานอาหาร 2.4) การออกกำลังกาย โดยเนื้อหาสั้นกระชับและเข้าใจง่าย ภายหลังจากการให้ข้อมูลผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย (ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที) 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ดีและคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายถึงอุปสรรคหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ วิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันทั้งพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที) การสอนสาธิตและการฝึกทักษะให้แก่กลุ่มตัวอย่างในเรื่องการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 นักกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พร้อมทั้งสอบถามการปฏิบัติและกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (ใช้ระยะเวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลาในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก (ใช้ระยะเวลา 15-30 นาที)

สัปดาห์ที่ 8 นักกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดติดตามอาการ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 (post-test)

การส่งเสริมสุขภาพมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ 1) พบชุมชนและกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 2) จัดประชุมอบรมวิชาการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) ทบทวนความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง 1) วันที่ 1 ทีมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย ประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 2) วันที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ฝึกทักษะการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ 3) วันที่ 3 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโรคโควิด-19 และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง ติดตามผู้ป่วยโดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1 เดือนเป็นเวลา 2 เดือน จึงประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์โดย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (paired t-test) กรณีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นปกติ หากการกระจายไม่ปกติจะใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 65 มีอายุเฉลี่ย 61 ปี ($SD = 8.3$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 45 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 47.5 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 40 ไม่เคยติดโควิด 19 ร้อยละ 57.5 เคยติดโควิด 19 ร้อยละ 42.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 40$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			อาชีพ		
40-49	8	20	ค้าขาย	3	7.5
50-59	6	15	รับราชการ	4	10
60 ปีขึ้นไป	26	65	เกษตรกร	15	37.5
($M = 61, SD = 8.3$)			ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	45
เพศ			โรคประจำตัว		
หญิง	28	70	โรคเบาหวาน	16	40
ชาย	12	30	โรคความดันโลหิตสูง	17	42.5
ระดับการศึกษา			โรคหัวใจ	3	7.5
ไม่ได้เรียน	4	10	ไขมันในเลือดสูง	4	10
ประถมศึกษา	29	72.5	ประวัติการติดโควิด-19		
มัธยมศึกษา	5	12.5	เคยติดโควิด-19	17	42.5
ปริญญาตรี	2	5	ไม่เคยติดโควิด-19	23	57.5

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง ($M = 139.35, SD = 3.28$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 123.83, SD = 10.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.18$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test (n = 40)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม	n	M	SD	t	p
ก่อน	40	123.83	10.67	-12.18	< .001
หลัง	40	139.35	3.28		

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจได้ นำมาส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดอบรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การฝึกทักษะการล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งการที่จะให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ นั้น มาจากการได้รับอิทธิพลของมนทัศน์หลัก 3 ด้านของเพนเดอร์ คือแนวคิดลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งบุคคลมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม แนวคิดอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจมากที่สุด มีอิทธิพลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด และนำไปสู่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้าย ดังนั้นการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นเพราะเห็นว่ามียุทธศาสตร์ และมีคุณค่า และเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และหากได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากยิ่งขึ้น (Pender, 1996)

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาขึ้น จะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และให้เห็นภาวะอันตรายของการติดเชื้อโควิด-19 วิธีการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยทำการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้ คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาหารสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามภาวะสุขภาพ การสังเกตและติดตามอาการผิดปกติ การติดตามวัดความดันโลหิต และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคประจำตัว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่ง

ภาวะสุขภาพที่ปกติ ตลอดจนวิธีการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ฝึกทักษะการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และให้คู่มือในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์ และเห็นคุณค่า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชชา โพระดก (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการของเมตาบอลิก ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการและด้านการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง (ณิชชา โพระดก, 2555) และทำให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีขึ้น ดังการศึกษาของสิริขยา อังกูรขจร (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ $p < 0.05$ (สิริขยา อังกูรขจร, 2556; Faroughi et al., 2021)

การที่จะให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องนั้น ขึ้นกับบุคคล และประสบการณ์ที่ได้รับ ผู้วิจัยจึงส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์ด้านรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีอัตราความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ พบว่าจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต (Yang, et al., 2020; Zhou, et al., 2020) และผู้สูงอายุจะมีโอกาสของการเสียชีวิตมากกว่าคนหนุ่มสาวถึง 15% (Morley & Vellas, 2020) จากผลการวิจัยพบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.5% รองลงมาคือเบาหวาน ร้อยละ 40% และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 65 ปี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักและรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในภาวะปกติ รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและอาหารที่สร้างภูมิคุ้มกันกลุ่มที่มีวิตามินซี ผักและสมุนไพรไทย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทาน ตลอดจนรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติ ทำให้ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่ต้องรีบไปพบแพทย์ และต้องส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าส้วม รวมถึงการหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก ดูแลตนเองด้วยการเลือกรับประทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ ๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ หากมีอาการไอ จาม ให้ไอ จาม ใส่กระดาษทิชชู และทิ้งทิชชูลงในถุงพลาสติก ปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง ให้อยู่ในที่ที่ปกอ้าย เว้นการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลรักษา ระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร งดใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อต้องออกนอกที่ปกอ้าย สอบถามสถานพยาบาลที่รักษาประจำ

ในการขอคำแนะนำเพื่อรับการตรวจหรือรับยาประจำใกล้บ้าน หมั่นตรวจสุขภาพตนเองเบื้องต้นเป็นประจำ เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตนเองที่บ้าน และควรมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อแพทย์หรือเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเรื่องการไข้ หากมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้โทรเรียก 1669 (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งจะต้องปฏิบัติทุกครั้งและสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และลดความรุนแรงได้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพที่จะให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จะต้องให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญ และประโยชน์ เห็นคุณค่า และภาวะอันตรายจากการติดเชื้อโควิด-19 จึงทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ลอยแก้ว และคณะ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายดีขึ้น (Rahimian et al., 2016)

การส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับรู้ถึงประโยชน์ เห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรม และส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติได้ และชี้ให้เห็นภาวะอันตรายของการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ช่วยลดการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 จะช่วยให้คนในชุมชนปลอดภัย ลดการแพร่กระจายเชื้อ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรรพยาบาล พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบภาวะสุขภาพของตนเอง ควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในภาวะปกติ โดยรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค และอาหารที่สร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการผิดปกติ ติดต่อแพทย์ประจำตัว และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง และชี้ให้เห็นความสำคัญและอันตรายจากการติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ต้องเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่า เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยการฝึกทักษะ โดยเฉพาะการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การรักษาระยะห่าง จะช่วยป้องกันและลดการติดเชื้อโควิด-19 ได้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรสนับสนุนการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน และจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

3. ด้านวิชาการ นำผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19
2. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ได้รับรู้ประโยชน์ เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2563). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์ในประเทศไทยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- ขวัญใจ ลอยแก้ว, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, ธวัชชัย วรพงศธร, และเกษม ชูรัตน์. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. วารสารเวชศาสตร์และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63(4), 283-296.
- ณัฏชา โพระดก. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคน กลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิกในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน. <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T033150.pdf>
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2554). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมสมัย ม่วงแย้ม, สุภาพร แนวนุตร, และประพума ฤทธิ์โพธิ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและอัตราการครองชีพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 12(ฉบับพิเศษ), 97-109.

- สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดอุบลราชธานี. (2565). รายงานสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 จังหวัดอุบลราชธานี. Facebook. <https://www.facebook.com/prubon>
- สิริขยา อังกูรขจร. (2556). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คลังปัญญาจุฬาฯ.
<https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43378>
- อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด, รักน้ำ โมรรราช, และจริยา บุญอนันต์. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 17(1), 91-105.
- Faroughi, F., Shahriari, M., Keshvari, M., & Shirani, F. (2021). The Effect of an Educational Intervention based on Pender's Health Promotion Model on Treatment Adherence in the Patients with Coronary Artery Disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(3), 216–222. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_53_20
- Hussain, A., Bhowmik, B., & Moreira, N.C. (2020). COVID-19 and diabetes: Knowledge in Progress. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 162, 108142.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108142>
- Li, B., Yang, J., Zhao, F., Zhi, L., Wang, X., Liu, L., Bi, Z., & Zhao, Y. (2020). Prevalence and impact of cardiovascular metabolic disease on COVID-19 in China. *Clinical Research in Cardiology*, 109, 531-538. <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>
- Morley, J. E., & Vellas, B. (2020). COVID-19 and Older Adults. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(4), 364-365.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Pearson Prentice Hall.
- Rahimian, M., Mohammadi, M., Mehri, A., & Rakhshani, M. H. (2016). Impact of performing health promotion model intervention on physical activity of health volunteer of Torbat-e-Jam City, Iran. *International Archives of Health Science*, 3(3), 87-91.
- Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Guo, Q., Wang, H., Wang, Y., & Zhou, Y. (2020). Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 91-95.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., & Chen, H. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกัน
การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

ธัญลักษณ์ สีทองภาพ, พย.บ.*, อรพนิต ภูวษไกร, พย.ม.**

กัตติกา วังทะพันธ์, พย.ม.***, สมลักษณ์ สิทธิพรหม, พย.ม.*

พรพรชนม์ ธนิกภัทร, พย.บ.****

Received: May 27, 2024

Revised: September 22, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 80 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ค่า KR20 = .68) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยค่าความเที่ยง .80 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ($r = -.656$) และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .440$) กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: kattikawangtapan1989@gmail.com

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

The Relationship between Knowledge and Perception of Preterm Labour and
Prevention Behavior of Preterm Labour in Pregnant Women
Ban Dung Crown Prince Hospital

Tanyalak Seethongphap, B.N.S. *, Ornpanit Phuwongkrai, M.N.S. **

Kattika Wangtapan, M.N.S. ***, Somlak Sittiprom, M.N.S. *

Patsachon Thanikphat, B.N.S. ****

Abstract

This study aimed to examine the relationship between knowledge and perception of preterm labor and preventive behavior toward preterm labor among pregnant women. In 80 pregnant women with a gestational age of 24 weeks or more who were receiving antenatal care at Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani Participants were selected through simple random sampling.

The study tools are questionnaires. Knowledge of preterm labor (KR20 = .68) Perception of preterm labor and preventive behavior toward preterm labor (reliability coefficients .80 and .86). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. The findings revealed that knowledge of preterm labor had a significant negative relationship with preventive behavior ($r = -.656$), while perception of preterm labor had a moderate positive relationship with preventive behavior ($r = .440$). These relationships were statistically significant at the $p < .001$. The study concludes that pregnant women should be provided with both knowledge and perception of preterm labor to effectively promote appropriate preventive behaviors toward preterm labor.

Keywords: Preterm labor pain, Knowledge, Perception, Self-care behavior

* Professional nurse, Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University; Corresponding Author E-mail: kattikawangtapan1989@gmail.com

**** Registered nurse, Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหานานาัยแม่และเด็กที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก อัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 4-16 ของการคลอดทั้งหมด ทำให้มีจำนวนทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 10.4 และคาดว่าจะมีเด็กคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยประมาณ 50,000 คนต่อปี (จินดา โรจนเมธินทร์, 2566) ซึ่งประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มที่สูงและเกินเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 7) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ระหว่างปีพ.ศ. 2564 - 2566 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย เช่น เขตสุขภาพที่ 8 พบร้อยละ 10.67, 10.87 และ 10.58 ในส่วนของจังหวัดอุดรธานี พบร้อยละ 13.21, 13.24 และ 9.29 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ที่ยังพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์จำนวนมากกว่า 50 รายต่อปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 34 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน คิดเป็นร้อยละ 82.8 จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5.76, 4.85 และ 4.82 สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการยับยั้งคลอด ร้อยละ 2.38, 1.48 และ 2.65 และสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี เนื่องจากศักยภาพในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชนไม่เพียงพอ ร้อยละ 10.00, 8.33 และ 5.12 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, งานการพยาบาลผู้คลอด, 2566)

ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่เพียงแค่นำไปสู่การคลอดทารกก่อนกำหนดเท่านั้น สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอด ทำให้เสี่ยงต่อผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น ปวดศีรษะ น้ำท่วมปอด ชีพจรเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ การเผาผลาญและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เป็นต้น (เฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2554) ทารกในครรภ์อาจได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับอีกด้วย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว น้ำตาลในเลือดสูงในครรภ์และน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด ความดันโลหิตต่ำหลังคลอด (เฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2554) จากการศึกษาพบว่าเมื่อทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกจะมีปัญหาตัวเหลือง อุนหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อและภาวะหายใจลำบาก (จิรัชยา ถาวะโร, 2564) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการความบกพร่องทางการเรียนรู้ สติปัญญา การมองเห็นและการได้ยินและเป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบเด็กเสียชีวิตประมาณ 1 ใน 10 หรือ 900,000 ราย ในปี พ.ศ. 2562 (WHO, 2023)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยศึกษางานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถร่วมทำนายการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (Laelago et al., 2020) มีลักษณะอาชีพหรือการทำงาน (วิธมา ธรรมเจริญ และคณะ, 2561) มีเศรษฐกิจหรือรายได้ครอบครัวต่ำ (Sendeku et al., 2021) การอาศัยอยู่ในความห่างไกลจากระบบ

สาธารณสุข (Sendeku et al., 2021) เป็นอุปสรรคในการเดินทางไปฝากครรภ์ จึงฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ คุณภาพ (Laelago et al., 2020) จึงไม่ได้รับการดูแลหรือป้องกันความรุนแรงเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสูติกรรม (Mitrogiannis et al., 2023; วิไลรัตน์ วิศวไพศาล และคณะ, 2559) นรีเวชกรรม (วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ, 2561) เช่น โลหิตจาง การตกเลือดก่อนคลอด (Laelago et al., 2020; วิไลรัตน์ วิศวไพศาล และคณะ, 2559) ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ (PIH) (Laelago et al., 2020; วิไลรัตน์ วิศวไพศาล และคณะ, 2559) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัยชนบท (วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ, 2561)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น มีการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (อัสมะ จารู, 2561) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา เพ็ชรรัช และคณะ, 2562; จิราจันท์ คนทา, 2561; ชุติมา เทียนชัยทัศน์ และคณะ, 2565; ศลาชนันท์ หงษ์สวัสดิ์, 2566; อติยา สุวรรณสาร และนิลบล รุจิระประเสริฐ, 2562) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การฝากครรภ์ตามนัด การรับประทานอาหารและโภชนาการ การจัดการความเครียด คุณภาพการนอนหลับพักผ่อน (Mitrogiannis et al., 2023) การหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางกายหรือการทำงานเป็นเวลานานหรือกะและได้รับการสั่นสะเทือนทั่วร่างกาย (Adane et al., 2024) การป้องกันการภาวะติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Mitrogiannis et al., 2023) ได้แก่ การมีตกขาว (Laelago et al., 2020) การติดเชื้อในช่องคลอด (Kanninen et al., 2019) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI) (Ansaldi & Martinez de Tejada Weber, 2023; Laelago et al., 2020; Balachandran et al., 2022; Loh & Sivalingam, 2007) หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด (อดิศักดิ์ ไวกะเทศการณ์, 2564) การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ (Cui et al., 2016) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่าปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและจากอุบัติการณ์ที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาของการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดแนวโน้มที่สูง โดยพบว่าในเขตพื้นที่อยู่อาศัยชนบท หรือพื้นที่ห่างไกลระบบสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลสมเด็จ พระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแล หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

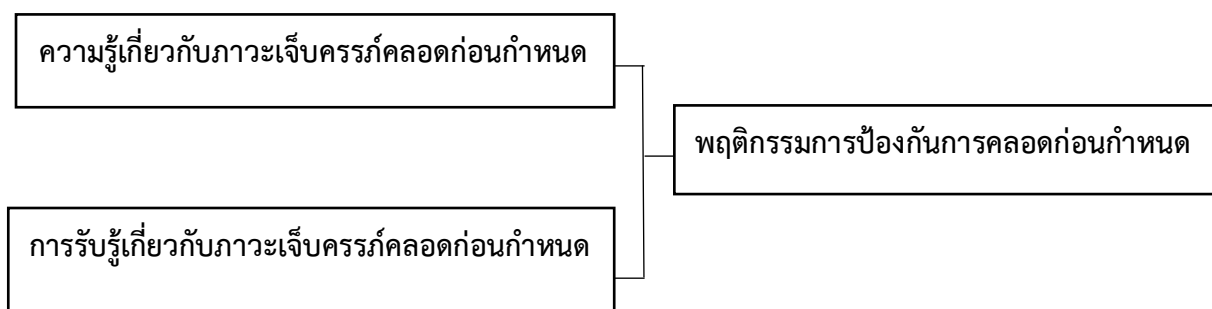
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของของหญิงตั้งครรภ์ และจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของเบคเกอร์ (Becker & Clark, 1998) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่า จะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) และปัจจัยร่วม (modifying factors) เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังแสดงในภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 181 คน ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 มกราคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไปเข้ารับบริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี การวิจัยในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 80 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ test family เลือก exact, statistical test เลือก correlation: bivariate normal model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.3 ได้ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) = .05 และค่า power = .80 (Cohen, 1988) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 84 คน เนื่องจากมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ 4 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 80 คน วิธีการสุ่มใช้การสุ่มอย่างง่าย (sample random sampling) จากบัตรคิวในแต่ละวัน ๆ ละ 10 คน เก็บจนครบตามที่คำนวณ และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2006) ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 101 ราย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป และ 3) สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรายที่ยินดีให้ความร่วมมือ ให้กลุ่มตัวอย่างและหรือผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบตามกฎหมายลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ชั่วโมงการทำงาน รายได้ ฐานะเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัย บุตรหลานที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู กิจกรรมประจำวัน เมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ และการทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์

1.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย ลำดับการตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ความผิดปกติของครรภ์ก่อน ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน และประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ (ตอบถูกได้คะแนน = 1 และตอบผิดได้คะแนน = 0 คะแนนเต็ม 10) การแปลผลแบ่งตามเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 50)	มีความรู้ระดับต่ำ
คะแนน 6-8 คะแนน (ร้อยละ 60-80)	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 9-10 คะแนน (ร้อยละ 90 ขึ้นไป)	มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของอัสมะ จารู (2561) มาปรับใช้ มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ คำตอบเป็นแบบสอบถามมาตรา Likert Scale 4 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 13 ข้อ ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยน โดยลดข้อคำถามลงเหลือ 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 15 ข้อ คือ

1, 4-5, 7-19 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ คือ 2-3, 6, 10, 20-28 ความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ .80 โดยแบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และจากไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00	การรับรู้ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00	การรับรู้ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00	การรับรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัย นำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของ อัสมะ จารู (2561) มาปรับใช้ มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งออกเป็น ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ด้านการฝากครรภ์และการสังเกตอาการผิดปกติ ได้ความเที่ยงของ เครื่องมือได้เท่ากับ .86 โดยแบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และจาก ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแบ่งระดับโดยใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงชั้น ที่ต้องการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00	พฤติกรรมการป้องกันในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00	พฤติกรรมการป้องกันในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00	พฤติกรรมการป้องกันในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยเป็น อาจารย์พยาบาล 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 แล้วนำมาทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยแบบสอบถามความรู้นี้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.68 แบบสอบถามการรับรู้ และพฤติกรรมได้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .8 และ .8 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จังหวัดอุตรธานี เอกสารรับรองเลขที่ IRB.BCNU 18/2566 ลงวันที่ 29 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ด้วยการ

ลงรหัส นำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรและ ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป หากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรายที่ยินดีให้ความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างและหรือผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบตามกฎหมายลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จากบัตรคิวในแต่ละวัน ๆ ละ 10 คน เก็บจนครบตามที่คำนวณ และมีการนัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที ภายหลังกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 84 ฉบับ มีแบบสอบถามสมบูรณ์ 80 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.24

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ชั่วโมงการทำงาน รายได้ ฐานะเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัย บุตรหลานที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู กิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ และการทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ความผิดปกติของครรภ์ก่อน ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน และประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับ พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
 ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
 ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
 ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูล เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 25-29 ปี (ร้อยละ 32.68) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.43) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 30.00) ทำงานวันละ 6-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 56.67) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 66.67) ลักษณะของการอยู่อาศัยอยู่กับสามีและสมาชิกครอบครัวสามี (ร้อยละ 51.45) ลำดับการตั้งครรภ์พบตั้งครรภ์ที่ 2 (ร้อยละ 41.45) ประวัติการฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 56.45)

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำทุกคน (คะแนน 0 ถึง 5) คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=80)

ความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนน 0 ถึง 5)	80	100
ปานกลาง (คะแนน 6 ถึง 8)	0	0
สูง (คะแนน 9 ถึง 10)	0	0

ระดับการรับรู้ในหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = 0.23$) พบว่าการรับรู้เรื่องการกระตุ้นห้วงขณะตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีความรู้ในระดับน้อย ($M = 2.40, SD = 0.64$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์

ลำดับ	ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1	การได้รับอุบัติเหตุบริเวณหน้าท้องทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.66	0.86	ปานกลาง
2	การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ไม่ส่งผลต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2.69	0.86	ปานกลาง
3	การดื่มแอลกอฮอล์ไม่ส่งผลต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด	2.76	0.83	ปานกลาง
4	การที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.90	0.97	ปานกลาง
5	การมีเลือดออกระยะตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.84	0.77	ปานกลาง
6	การทำแท้งในครรภ์ก่อนไม่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2.68	0.75	ปานกลาง
7	การที่มีไข้สูงเป็นสาเหตุทำให้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.36	0.82	น้อย
8	การที่มีภาวะโลหิตจางเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.25	0.78	น้อย
9	อาการปวดท้องหรือปวดหน่วงหัวเหน่าเป็นพัก ๆ คล้ายปวดประจำเดือนหรือท้องแข็งเป็นอาการเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2.76	0.60	ปานกลาง
10	การคลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่ดีเพราะทารกตัวเล็ก ทำให้คลอดง่าย	3.28	0.77	ปานกลาง
11	การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้หญิงตั้งครรภ์ ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายวัน	2.80	0.75	ปานกลาง
12	ทารกที่คลอดก่อนกำหนดอาจมีความพิการได้ เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ยังสร้างไม่สมบูรณ์	2.76	0.88	ปานกลาง
13	ทารกที่คลอดก่อนกำหนดอาจต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	2.39	0.98	น้อย
14	ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หายใจลำบาก ตัวเหลือง ปอดอักเสบมากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด	2.89	0.79	ปานกลาง
15	การผ่อนคลายความเครียดอยู่เสมอ เป็นการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.96	0.78	ปานกลาง
16	การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8 ชม./วัน เป็นการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.93	0.58	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
17	การตรวจครรภ์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	3.08	0.51	ปานกลาง
18	การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสม ป้องกัน การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	2.92	0.41	ปานกลาง
19	การรับประทานยาบำรุงที่ทางโรงพยาบาลจัดให้อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดภาวะซีดป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	3.12	0.46	ปานกลาง
20	การมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ ไม่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด	2.47	0.69	น้อย
21	การกระตุ้นห้วงมขณะตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด	2.40	0.64	น้อย
22	การรอตรวจครรภ์ต้องใช้เวลาานาน น่าเบื่อ ทำให้ไม่อยากมาตรวจครรภ์	2.90	0.82	ปานกลาง
23	การเดินทางมาตรวจครรภ์แต่ละครั้งมีความยากลำบาก	2.80	0.62	ปานกลาง
24	การมาตรวจครรภ์มีค่าใช้จ่ายสูงจนไม่อยากมาตรวจ	3.13	0.68	ปานกลาง
25	กิจกรรมบางอย่างทำให้รู้สึกกลัวและเจ็บ เช่น การเจาะเลือด การตรวจภายใน ทำให้ไม่อยากมาตรวจ	2.85	0.76	ปานกลาง
26	การผ่อนคลายความเครียดเป็นสิ่งที่พุดง่ายแต่ สามารถทำได้ยาก	2.55	0.88	ปานกลาง
27	การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่สามารถปฏิบัติได้	2.89	0.69	ปานกลาง
28	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นเรื่องยุ่งยาก และสิ้นเปลือง	3.25	0.73	ปานกลาง
โดยภาพรวม		2.80	0.23	ปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.02$, $SD = 0.34$) พบปัจจัยด้านการรอตรวจครรภ์ต้องใช้เวลาานาน น่าเบื่อ ทำให้ท่านไม่อยากมาตรวจครรภ์ ตกขาวผิดปกติ ($M = 3.71$, $SD = 0.57$) พบมากที่สุด รองลงมา ปัจจัยด้านการแปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ($M = 3.54$, $SD = 0.50$) และปัจจัยพบน้อยที่สุดคือปัจจัยด้านเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะทำจิตใจให้สงบด้วยการสวดมนต์ หรืออธิษฐานตามศาสนาที่ท่านนับถือ ($M = 2.12$, $SD = 0.70$) การยังคงสวมรองเท้าที่มีส้นในขณะตั้งครรภ์ ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ปวดมดลูก ท้องแข็ง ภู่น้ำคร่ำแตก หรือร่วก่อนกำหนดเพื่อท่านจะได้มาพบแพทย์โดยเร็ว ($M = 1.86$, $SD = 1.06$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

ลำดับ	ปัจจัย	M	SD	การแปลผล
1	การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว และดื่มน้ำ ผลไม้ทุกวัน	2.65	0.86	ปานกลาง
2	การเดินทางไกลติดต่อกันนานกว่า 90 นาที/วัน	2.82	0.77	ปานกลาง
3	การทำงานหนัก เช่น ยกของหนัก ยืนนาน ๆ หรือนั่งท่าเดิมเกิน 4 ชั่วโมง/วัน	2.87	0.66	ปานกลาง
4	การนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง	3.15	0.75	ปานกลาง
5	การนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน อย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกัน	2.80	0.60	ปานกลาง
6	การสูบบุหรี่ เสพสารเสพติด หรือดื่มเครื่องดื่ม ที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์	3.63	0.78	ปานกลาง
7	การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่	2.91	0.94	ปานกลาง
8	การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์	2.73	0.91	ปานกลาง
9	การนวดเต้านมหรือกระตุ้นหัวนม	2.97	0.74	ปานกลาง
10	เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี พ่อแม่ เพื่อน พี่ น้อง	2.83	1.48	ปานกลาง
11	ในแต่ละวันท่านมีเวลาเป็นส่วนตัวเพื่อพักผ่อน หย่อนใจ เช่น นั่งพัก อ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ชอบ ดู โทรทัศน์	2.94	0.75	ปานกลาง
12	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะทำจิตใจให้สงบ ด้วยการสวดมนต์ หรือ อธิษฐานตามศาสนาที่ท่านนับถือ	2.12	0.70	น้อย
13	การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง	3.54	0.50	ดี
14	การกลืนปัสสาวะ โดยจะขยับถ่ายปัสสาวะ เฉพาะเมื่อไม่สามารถทนได้	3.12	0.60	ปานกลาง
15	การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอกหลังถ่ายถ่าย ด้วยน้ำสะอาดและซับให้แห้ง สนิทเสมอ	3.07	0.79	ปานกลาง
16	การมักจะอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า	2.96	0.66	ปานกลาง
17	การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ป่วยโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น ไข้หวัด วัณโรค หัดเยอรมัน อีสุกอีใส	3.26	0.92	ปานกลาง
18	การมาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด	3.70	0.46	ปานกลาง
19	เมื่อมีอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ครอบครัวของท่านจะสามารถพาท่าน มาตรวจรักษาก่อนวันนัดได้	3.38	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัย	M	SD	การแปลผล
20	การรอตรวจครรภ์ต้องใช้เวลา นาน น่าเบื่อ ทำให้ท่านไม่ยอมมาตรวจครรภ์ ตกขาวผิดปกติ	3.71	0.57	ดี
21	การยังคงสวมรองเท้าที่มีสนในขณะตั้งครรภ์ ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ปวดมดลูก ท้องแข็ง ฤุน้ำคร่ำแตก หรือร่วก่อนกำหนดเพื่อท่านจะได้มาพบแพทย์โดยเร็ว	1.86	1.06	น้อย
22	การไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ ท้องเสีย	3.26	0.91	ปานกลาง
โดยภาพรวม		3.02	0.34	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างโดยความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ($r = -.656$), $p < .001$ การส่วนการรับรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ($r = .440$), $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ	P-value
ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์	-.656	สูง	.001
การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม	.440	ปานกลาง	.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำทุกคน (คะแนน 0 ถึง 5) คิดเป็นร้อยละ 100 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี (ร้อยละ 32.68) ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์เป็นช่วงวัยที่มีความเหมาะสมในการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.43) จึงมีโอกาสขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ก็ตาม ส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 30.00) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 66.67) พบผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของเครือวัลย์ พลาชัยภิรมย์ศิลป์ และคณะ (2567) ซึ่งพบว่าความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 6.67 คะแนน ($SD = 1.80$) อยู่ในระดับปานกลาง

2. การรับรู้ในหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.80$, $SD = 0.23$) พบว่าการรับรู้เรื่องการกระตุ้นหัวนมขณะตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีความรู้ในระดับน้อย ($M = 2.40$, $SD = 0.64$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรณิกา ฉายยิ่งเขียว และคณะ (2559) ที่ศึกษาพบว่ามีการรับรู้กลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราจันท์ คณหา (2561) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.52 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมและถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากส่วนมากมีความพร้อมในการตั้งครรภ์และอยู่กับครอบครัวฝ่ายหนึ่งหรือสองฝ่าย และครอบครัวให้การสนับสนุนการดูแล ซึ่งแตกต่างจากกรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาไว้ว่า มารดาหลังคลอดมีการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.7$, $SD = 0.3$)

3. พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.02$, $SD = 0.34$) พบ ปัจจัยด้านการตรวจครรภ์ต้องใช้เวลานาน นำไปทำให้ท่านไม่ยอมมาตรวจครรภ์ ตกขาวผิดปกติ ($M = 3.71$, $SD = 0.57$) พบมากที่สุด รองลงมา ปัจจัยด้านการประคบพืชน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ($M = 3.54$, $SD = 0.50$) และปัจจัยที่พบน้อยที่สุดคือปัจจัยด้านเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะทำจิตใจให้สงบด้วยการสวดมนต์ หรืออธิษฐานตามศาสนาที่ท่านนับถือ ($M = 2.12$, $SD = 0.70$) การยังคงสวมรองเท้าที่มีส้นในขณะตั้งครรภ์ ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ปวดมดลูก ท้องแข็ง ภู่น้ำคร่ำแตก หรือร่วก่อนกำหนดเพื่อท่านจะได้มาพบแพทย์โดยเร็ว ($M = 1.86$, $SD = 1.06$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัสมะ จารู (2561) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.11$, $SD = 0.28$) และมีความแตกต่างจากการศึกษาของกรณิกา เพ็ชรักษ์ และคณะ (2562) มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.3$, $SD = 0.3$)

4. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ($r = -.656, p < .001$) และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ($r = 0.440, p < .001$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับดีและมีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย และความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ($r = -0.744, p < 0.001$) สอดคล้องกับกรณีศึกษา เพ็ชรักษ์ และคณะ (2562) กล่าวไว้ว่า มารดาหลังคลอดมีการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.433, p < 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัสมะ จารู (2561) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34 ($R^2 = .34, p < .001$) และการศึกษาของกรณีศึกษา ฉายยิ่งเขียว และคณะ (2559) พบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในมารดาอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518, p < .001$)

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดีและมีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะความรู้และการรับรู้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ดี ที่เหมาะสมและการเห็นคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมจะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องยากสามารถปฏิบัติได้ จึงเกิดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่รู้ว่าตั้งครรภ์ ตามแนวคิดของ Becker & Clark (1998) ได้กล่าวว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเองแล้ว ย่อมจะเกิดแรงจูงใจในการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงกลุ่มอายุ และการรับรู้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดที่ดีขึ้น และการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
2. ควรศึกษาและพัฒนาช่องทางในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จำเป็นต่อสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา ฉายยิ่งเขียว, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตตวงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในมารดาอายุมาก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26*(3), 196-207.
- กรรณิกา เพ็ชรรัช, อุทิศชญาณ์ อินทเรือง, และฝนทอง จิตจำนง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34*(1), 87-100.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC). <https://hdcservice.moph.go.th>
- เครือวัลย์ พลาชัยภิมย์ศิลป์, อรพนิต ภูวงษ์ไกร, และภริญพัทธ์ สายทอง. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความรู้ การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9*(1), 605-616.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, งานการพยาบาลผู้คลอด. (2566). รายงานอนามัยแม่และเด็ก 2564-2566. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง.
- จินดา โรจนเมธินทร์. (2566). กรมการแพทย์ จัดกิจกรรมเนื่องใน วันทารกเกิดก่อนกำหนดโลก (World Prematurity Day). โรงพยาบาลราชวิถี. <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=26095>
- จิรัชยา ถาวโร. (2564). การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกของทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้ายกับการคลอดครบกำหนด ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. *สรรพสิทธิเวชสาร, 42*(2), 53-61.
- จิราจันท์ คนหา. (2561). การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 8*(1), 1-12.
- ชุติมา เทียนชัยทัศน, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาพร เกตุทอง, และชณุตพร สมใจ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 5*(1), 35-46.
- เพ็ญลดดา ทองประเสริฐ. (2554). ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด *Preterm Labor*. คอร์สเรียนเรื่องภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/preterm-labor/>
- วิมา ธรรมเจริญ, นิทัศน์ย์ เจริญงาม, และญาดาภา โชติติลล. (2561). ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 10*(19), 188-200.

- วิไลรัตน์ วิศวไพศาล, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, และสาธิษฐ์ นากกระแสร. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 83-90.
- ศลาภนันท์ หงษ์สวัสดิ์. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดราชบุรี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 822-833.
- อดิศักดิ์ ไชยเทศการณ. (2564). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีน ระหว่างตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 105-112.
- อติยา สุวรรณสาร, และนิลุบล รุจิรประเสริฐ. (2562). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในหญิงตั้งครรภ์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 93-102.
- อัสมะ จารู. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Adane, H. A., Iles, R., Boyle, J. A., Gelaw, A., & Collie, A. (2024). Effects of psychosocial work factors on preterm birth: systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 228, 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.002>
- Ansaldi, Y., & de Tejada Weber, B. M. (2023). Urinary tract infections in pregnancy. *Clinical Microbiology and Infection*, 29(10), 1249-1253. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.08.015>
- Balachandran, L., Jacob, L., Al Awadhi, R., Yahya, L. O., Catroon, K. M., Soundararajan, L. P., Wani, S., Alabadla, S., & Hussein, Y. A. (2022). Urinary Tract Infection in Pregnancy and Its Effects on Maternal and Perinatal Outcome: A Retrospective Study. *Cureus*, 14(1), e21500. <https://doi.org/10.7759/cureus.21500>
- Becker, M. H., & Clark, N. M. (1998). Theoretical model and strategies for improving adherence and diseases management. In A. S. Sally, B. S. Elenor, K. O. Judith, & L. M. Wendy (Eds.), *The handbook of health behavior change* (2nd ed., pp. 5-26). Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Cui, H., Gong, T. T., Liu, C. X., & Wu, Q. J. (2016). Associations between passive maternal smoking during pregnancy and preterm birth: Evidence from a meta-analysis of observational studies. *PLoS One*, 11(1), e0147848.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147848>
- Kanninen, T. T., Quist-Nelson, J., Sisti, G., & Berghella, V. (2019). Chlamydia trachomatis screening in preterm labor: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 240, 242–247.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.032>
- Laelago, T., Yohannes, T., & Tsige, G. (2020). Determinants of preterm birth among mothers who gave birth in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-0772-1>
- Loh, K., & Sivalingam, N. (2007). Urinary tract infections in pregnancy. *Malaysian Family physician: The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 2(2), 54–57.
- Mitrogiannis, I., Evangelou, E., Efthymiou, A., Kanavos, T., Birbas, E., Makrydimas, G., & Papatheodorou, S. (2023). Risk factors for preterm birth: An umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMC Medicine*, 21, 494.
<https://doi.org/10.1186/s12916-023-03171-4>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sendeku, F. W., Beyene, F. Y., Tesfu, A. A., Bante, S. A., & Azeze, G. G. (2021). Preterm birth and its associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *African Health Sciences*, 21(3), 1321-1333. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i3.43>
- Wiersma, W. & Jurs, S.G. (2009). *Research methods in education*. Pearson.
- World Health Organization. (2023, May 10). *Preterm birth*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3:

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ชญญา สงวนสม, พย.บ.*, ชลดา กิ่งมาลา, พย.ม.**

ชวัลลักษณ์ แดงงาม, พย.บ.*, ถิรนนท์ ยอดเจริญ, พย.บ.*

ทรายวรินทร์ สมส่วน, พย.บ.*, ธารรัตน์ ชัยนิต, พย.บ.*

ธาริตา กลองชัย, พย.บ.*, ธิดารัตน์ สุภิชะ, พย.บ.*

พรรณพนัช ชาติธรรม, พย.บ.*

Received: June 5, 2024

Revised: December 9, 2024

Accepted: December 20, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่สามารถชะลอการเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสื่อมของไตในระยะที่ 1-3 โดยใช้แนวทางการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs) สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญของงานวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ Google scholar, ThaiLIS และวารสารวิชาการไทย (Thai-Journal Citation Index Centre) ตีพิมพ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 -วันที่ 31 ธันวาคม 2566 โดยคัดเลือกรายงานวิจัยที่เป็นลักษณะวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย และแบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัย คัดเลือกรายงานวิจัยเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด ดึงข้อมูลและประเมินอคติโดยทำอย่างเป็นอิสระต่อกัน หากความคิดเห็นไม่ตรงกันได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาข้อสรุป

ผลการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 6 เรื่อง กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะ การสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผลของโปรแกรมพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมีค่า HbA1c eGFR และ Creatinine มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับบริการปกติ พบว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสื่อมของไตในระยะที่ 1 - 3 ร่วมด้วย ทำให้การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปในทางที่ดีขึ้นจากผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาเป็นหลักสูตรระยะสั้นในการฝึกอบรมให้กับพยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวาน เพื่อช่วยส่งเสริมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่ไต

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: chonladanu@gmail.com

Programs to Delay Kidney Deterioration in Diabetic Patients with Stage 1-3 Kidney Impairment: A Systematic Review

Chanya Sa-nguansom, B.N.S.* , Chonlada Kingmala, M.N.S.**
Chawanlak Dangngam, B.N.S.* , Thiranan Yodcharoen, B.N.S.*
Saiwarin Somsuan, B.N.S.* , Taratat Chainit, B.N.S.*
Tharita Klongchai, B.N.S.* , Thidarat Supisa, B.N.S.*
Phunpanut Chardtum, B.N.S.*

Abstract

This study aims to summarize the knowledge of health care that can slow down the deterioration in diabetic patients with kidney disease in stages 1-3. A systematic literature review was conducted by Joanna Briggs Institute's Guidelines for Systematic Literature Reviews. Important electronic information for medical and public health research includes Google scholar, ThaiLIS and Thai journals (Thai-Journal Citation Index Centre) published between 1 January 2018 – 31 December 2023. Selected quasi-experimental research reports (2 groups, pre-post test). The research instruments were a research quality assessment form, a research characteristics recording form, and a research data collection form. Selected research reports according to the specified criteria, extracting data. Bias assessments were performed independently. If there were disagreements, experts were consulted to reach a conclusion.

The results of the research synthesis found that there were 6 research studies that passed the criteria. The activities in the program included knowledge and skills training, motivation, knowledge exchange, and patient participation. It was found that the group that received a health care program to slow down kidney deterioration had higher HbA1c, eGFR and Creatinine values. It was different from the group receiving regular services. In the health care program to delay kidney failure in diabetic patients with stage 1-3 kidney failure resulted in positive changes in clinical outcomes. Based on these results, it is recommended should be developed into a short-term training course for nurses responsible for diabetes clinics to help promote the slowing of kidney deterioration in diabetic patients.

Keywords: Delay kidney deterioration program, Diabetic patients, Diabetic nephropathy

* Student nurse, Boromarajonani college of nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;

Corresponding Author E-mail: chonladanu@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) สถานการณ์และความรุนแรงของโรคเบาหวานในประเทศไทย จากข้อมูลระหว่างปี 2564-2566 พบว่ามีอัตราป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 820.93, 537.25, และ 866.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (พวงเงิน พานทอง, 2567) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และคาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี 2583 ซึ่งโรคเบาหวาน หากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย (ชัชลิต รัตสาร, 2560) ประกอบกับผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จนทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายตามมาได้

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ไตขับของเสียได้น้อยลง ของเสียคั่งในร่างกาย และยังทำให้มีโปรตีนรั่วร่วมกับปัสสาวะ ผู้ที่เป็นเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 10 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางตา ทำให้การมองเห็นลดลง หนึ่งในสามของผู้เป็นเบาหวานจะนำไปสู่ปัญหาเรื่องการมองเห็น โดยเฉพาะในวัยทำงาน และปัญหาที่เกิดขึ้นกับเท้า เกิดการสูญเสียการปกป้องอันตรายที่เท้าจากประสาทรับความรู้สึก เสียหน้าที่ และประสาทสั่งการเสียหน้าที่ ทำให้เท้าผิดรูป ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้า และถูกตัดนิ้วเท้า เท้า และขาในที่สุด อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ในระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการใด ๆ ที่แสดงออก เป็นระยะที่ไตมีขนาดใหญ่ขึ้น เลือดไปเลี้ยงที่ไตมากขึ้น ในระยะที่ 2 หลังจากที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 2 ปี ในระยะนี้จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ตัวกรองไต หรือไตไม่สามารถควบคุมรักษาสมดุลได้ และในระยะที่ 3 ร่างกายของผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการผิดปกติแสดงออกมา เช่น ตรวจพบไข่ขาว หรือโปรตีนปริมาณน้อยในปัสสาวะ และจะมีปริมาณค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี เริ่มมีความดันโลหิตสูง มักจะเกิดขึ้นภายหลังการตรวจพบ โปรตีนในปัสสาวะเป็นเวลา 2 ปี ในระยะที่ 4 ผู้ป่วยสามารถตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 0.5 กรัมต่อวัน ในระยะนี้จะเริ่มมีการเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่อง มากกว่าคนปกติ โดยคนปกติที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ไตจะเสื่อมร้อยละ 1 ต่อปี แต่ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไต จะมีการเสื่อมของไตมากถึงร้อยละ 10 หากปล่อยให้การทำงานของไตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20 ของภาวะปกติ จะมีของเสียคั่งค้างมากในร่างกาย จนผู้ป่วยจะเกิดอาการ เช่น คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร ไม่มีแรง รู้สึกหนาวง่าย อาการเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการซีดเนื่องจากปริมาณเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ โรคเบาหวานลงไต ระยะที่ 5 ระยะนี้เรียกว่าเป็นระยะของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งการทำงานของไตจะลดลงจนเหลือไม่ถึงร้อยละ 5 จะมีของเสียตกค้างที่ร่างกายมาก ค่าบียูเอ็นสูงกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าครีเอตินินสูงกว่า 10 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนอาการที่จะพบและสังเกตได้จากผู้ป่วยคือ ซึม ไม่รู้ตัว ปัสสาวะลดลงจนเกือบไม่มี หากปล่อยไว้อาจจะเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างเร่งด่วน โดยการล้างไต เป็นต้น จากสถิติทั่วโลก พบว่า ทุก ๆ 30 วินาที จะมีผู้เป็นเบาหวาน ถูกตัดนิ้วเท้า หรือเท้า 1 คน ซึ่งก่อให้เกิดความพิการในผู้ที่เป็นเบาหวาน นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อภาวะค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตมีรายจ่ายสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 50 ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่มีแผลที่เท้าเบาหวานมีรายจ่ายสูงกว่าผู้ไม่มีแผลที่เท้า 5 เท่า ซึ่งจากการสำรวจภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็นเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 34 มีภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทที่เท้า ร้อยละ 17.0 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และร้อยละ 13.6 พบภาวะแทรกซ้อนทางตา และการศึกษาสภาวะเท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า มีความเสื่อมของประสาทส่วนปลายที่เท้า ร้อยละ 30.22 (สายฝน ม่วงคำ และคณะ, 2563) จากสถิติดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมิได้ก่อให้เกิดผลกระทบและความทุกข์ทรมานต่อผู้ที่เป็นเบาหวานและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและประเทศชาติ ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เพียงแต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น แต่รวมไปถึงปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน การสูญเสียผลผลิต ความพิการ การเกษียณอายุก่อนวัย ตลอดจนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีโปรแกรมออกแบบขึ้นเพื่อชะลอความเสื่อมของไตที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเอง (สุนันทา สุกุลยืนยง, 2560; สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และคณะ, 2561; วีนัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561; ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร และคณะ, 2562; จันจิรา หินขาว และคณะ, 2562; เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และคณะ, 2565) โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้อย่างชัดเจน และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายมุ่งหวังในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมา พบว่ามีความหลากหลายของการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ลักษณะกิจกรรม และระยะเวลาในการศึกษา จากข้อมูลดังกล่าวนี้ทำให้เห็นความสำคัญของกิจกรรมการชะลอความเสื่อมของไต จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานลดภาวะแทรกซ้อนทางไตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2566

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการชะลอไตเสื่อมของไตสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างไร

นิยามศัพท์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) หมายถึง การศึกษาค้นคว้า รวบรวมผลงานวิจัยที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน โดยผ่านกระบวนการประเมินค่าคุณภาพงานวิจัย และคัดเลือก ผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ นำมาสรุปเป็น องค์ความรู้ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ เพื่อนำมาอ้างอิงประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ต่อไป

โปรแกรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ในระยะที่ 1-3 ร่วมด้วย ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการตนเอง การจัดการความเชื่อด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษา การจัดการความเครียด การให้คำปรึกษา สมาชิกบำบัด การลดการสูบบุหรี่ การลดการดื่มแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ร่วมด้วย หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีระดับ น้ำตาลกลูโคสในร่างกายสูง ทำให้ไตเกิดการสูญเสียความสามารถในการกรองของเสียออกจากร่างกาย เนื้อไต และหลอดเลือดเสื่อมสภาพ ไตทำงานน้อยลงจนไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ทำให้เกิด มีสารโปรตีนไข่ขาว (albumin) หลุดรอดออกทางปัสสาวะ

กรอบแนวคิดในการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011) โดยมีขั้นตอน การกำหนดหัวข้อ การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยและการนำเสนอผลการทบทวน และมีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัย ตามกรอบ PICO เป็นแนวทางในการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่ศึกษาการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ (P) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่เกินระยะที่ 3 (I) โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (C) เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม (two-group pretest-posttest design) (O) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA1c) อัตราการกรองของไต (eGFR) และ ค่า Creatinine อย่างน้อย 1 ตัวแปร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญของงานวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ Google scholar, ThaiLIS วารสารวิชาการไทย (Thai-Journal Citation Index Centre) และ CINAHL ตีพิมพ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 - 31 ธันวาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011) โดยมีกระบวนการขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามความสำคัญ (keywords) ระบุลักษณะของกลุ่มประชากร วิธีการจัดทำและตัวแปรผลลัพธ์ ในฐานข้อมูลรวมกับการสืบค้นด้วยมือ

1.1 กำหนดคำสำคัญ ผู้วิจัยกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

“Diabetes” AND “delay kidney deterioration” AND “program” AND “Quasi-experimental research” AND “Intervention” และ “เบาหวาน” AND “ชะลอความเสื่อมของไต” AND “โปรแกรม” AND “การวิจัยกึ่งทดลอง” AND “กิจกรรม”

1.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดแหล่งของการสืบค้นงานวิจัยครั้งนี้ไว้ว่าเป็นการสืบค้นผลงานวิจัยในฐานข้อมูล ได้แก่ Google scholar, ThaiLIS และ ThaiJO

1.3 ทำการสืบค้นงานวิจัยโดยนักวิจัยในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

2. ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัย โดยใช้

2.1 เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

2.1.1 เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตร่วมด้วยไม่เกินระยะที่ 3 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน (P) ดังนี้

1) ตรวจพบค่าฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 8 % หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง มากกว่า 180 มิลลิกรัมเดซิเบล

2) มีค่าการกรองไต (eGFR) ลดลงไม่ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาที

3) ตรวจพบ creatinine ผู้ชายมีค่ามากกว่า 2.1 mg/dl ผู้หญิง มีค่ามากกว่า 1.8 mg/dl

2.1.2 เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (I)

2.1.3 รูปแบบของการศึกษา เป็นการศึกษากึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม (two-group pretest-posttest design) (C)

2.1.4 เป็นงานวิจัยที่แสดงผลลัพธ์ คือ ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA_{1c}) อัตราการกรองของไต (eGFR) และค่า creatinine (O)

2.1.5 เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย

2.2 เกณฑ์คัดออก คือ

2.2.1 เป็นงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมอื่น

2.2.3 บทความวิจัยที่มีแต่บทคัดย่อไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้

2.3.3 เอกสารวิทยานิพนธ์ภาษาไทยที่ไม่ตีพิมพ์และไม่สามารถสืบค้นเล่มฉบับเต็มได้ในช่วงเวลาที่สืบค้น

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมคนที่ 1 ประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยอิสระจากกัน โดยใช้แบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลอง และกึ่งทดลอง เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011)

4. ผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองงานวิจัย คือ แบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย โดยใช้ตามหลัก PICO ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 2) โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) การเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการใช้โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไต และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการใช้โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไต 4) ผลลัพธ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ HbA1C, eGFR, และ creatinine

2. เครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลอง และกึ่งทดลอง เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์งานวิจัย คือ แบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.1 ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย ประกอบด้วย 1) ชื่องานวิจัย 2) ชื่อผู้วิจัย 3) วารสาร 4) ปีที่ตีพิมพ์

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหางานวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการวิจัย (quasi experimental research) 2) การทดลอง (two-groups pretest-posttest design) 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4) กิจกรรมการดำเนินการวิจัย 5) ผลการวิจัย

3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

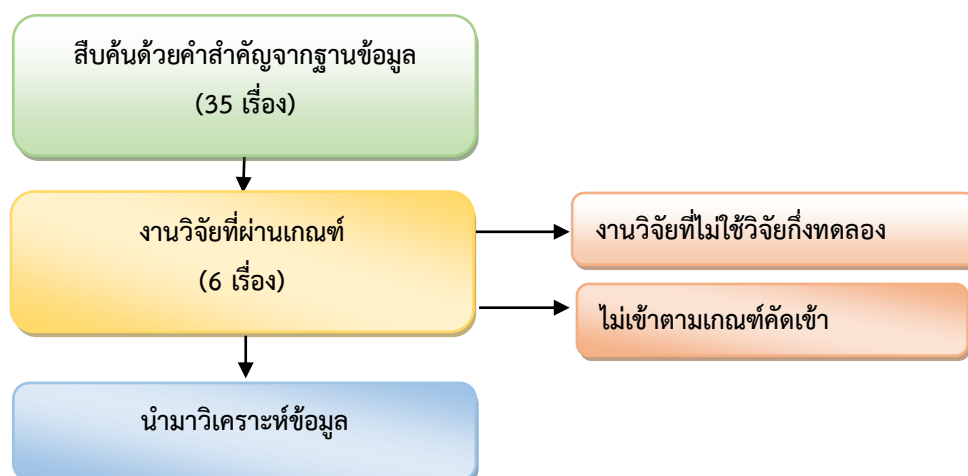
การวิจัยครั้งนี้หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร เลขที่ P-EC 03-02-67 ลงวันที่ 29 มกราคม 2567 นักวิจัยได้เริ่มดำเนินการสืบค้นข้อมูลงานตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ จากนั้นดำเนินการส่งเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานวิจัยมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ โดยลักษณะทั่วไป และคุณลักษณะเชิงระเบียบวิธีวิจัยของรายงานวิจัย มีรายงานวิจัยที่เข้าสู่การพิจารณาคัดเลือกจากชื่อเรื่อง รูปแบบการวิจัย ระยะเวลาที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 5 ปี กลุ่มการทดลองที่ใช้วิธีการทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่มตัวอย่าง 5 รายงานวิจัย รายงานวิจัยที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการพิจารณาคัดเลือก จากการพิจารณาจากชื่อเรื่อง รูปแบบการวิจัย ระยะเวลาที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 5 ปี กลุ่มการทดลองที่ใช้วิธีการทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้คัดรายงานวิจัยที่ไม่ตรงตามเงื่อนไขออก 18 รายงานวิจัย เหลือรายงานวิจัยที่ผ่านเงื่อนไขการคัดเลือก จำนวน 5 รายงานวิจัย ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิจัย และวิเคราะห์สรุปผลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) (ดังแสดงภาพที่ 1)

ภาพที่ 1

ขั้นตอนกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล



ผลการวิจัย

1. ผลการสืบค้น

งานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แบบคัดกรองงานวิจัย ที่สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ ตีพิมพ์ในปี 2561–2566 พบงานวิจัย จำนวน 35 รายงานวิจัย และมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 6 เรื่อง โดยงานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100) และเป็นบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ (ร้อยละ 100) งานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ 60 ราย (ร้อยละ 66.66) และใช้ระยะเวลาในการศึกษาจำนวน 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 66.66) (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย (n=6)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระเบียบวิธีวิจัย		
งานวิจัยกึ่งทดลองมีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุม	6	100
ประเภทงานวิจัย		
บทความวิจัยที่ได้รับตีพิมพ์	6	100
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา		
40 ราย	1	16.67
60 ราย	4	66.66
64 ราย	1	16.67
ระยะเวลาของการศึกษา		
4 สัปดาห์	1	16.67
12 สัปดาห์	4	66.66
48 สัปดาห์ (1 ปี)	1	16.67

2. รูปแบบของโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่

1-3

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ในช่วงเวลาที่ศึกษามีจำนวน 6 เรื่อง โดยการวิจัยทุกเรื่องเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) วัดก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก คือ HbA1C, eGFR และ creatinine อย่างน้อย 1 รายการ ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบว่า ลักษณะสำคัญของโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ดังกล่าว ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะ การสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

การให้ความรู้และฝึกทักษะ

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องมีการจัดให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน นอกจากนี้รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด โดยมีวิธีการให้ความรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การดูวิดีโอ การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คู่มือการดูแลตนเอง เป็นต้น และมีการฝึกทักษะให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เช่น ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการออกกำลังกาย ทักษะการจัดการกับความเครียด (สุนันทา สุกุลยืนยง, 2560;

สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และคณะ, 2561; วินัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561; ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร และคณะ, 2562; จันจิรา หินขาว และคณะ, 2562; เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และคณะ, 2565)

การสร้างแรงจูงใจ

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง การสร้างความตระหนัก เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า งานวิจัย 4 เรื่องใน 6 เรื่อง มีการติดตามและสร้างแรงจูงใจผ่านการโทรศัพท์ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-11 (จันจิรา หินขาว และคณะ, 2562; ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร และคณะ, 2562; วินัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561; สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และคณะ, 2561) มีงานวิจัย 3 เรื่องใน 6 เรื่อง ที่มีเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการเยี่ยมบ้าน (วินัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561; สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และคณะ, 2561; เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และคณะ, 2565) และ มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใน 6 เรื่อง มีการติดตามเยี่ยมอาการที่คลินิกโรคเบาหวาน (สุนันทา สกุลยีนยง, 2560)

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

งานวิจัย 2 ใน 6 เรื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันแบบกลุ่ม เกี่ยวกับการวางแผนการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับตัวแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี ประสบความสำเร็จในการชะลอไตเสื่อม สามารถเปลี่ยนระดับความรุนแรง เช่น ออกกำลังกายประจำทำให้รูปร่างดี และสุขภาพแข็งแรง รวมถึงการนำวิถีทัศน์ที่มีการออกกำลังกายมาให้ดู (วินัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561; เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และคณะ, 2565)

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

งานวิจัย 4 ใน 6 เรื่อง มีการให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการตนเอง เช่น การกำหนดเป้าหมายในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเขียนพันธะสัญญา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต (จันจิรา หินขาว และคณะ, 2562; ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร และคณะ, 2562; สุนันทา สกุลยีนยง, 2560; สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร และคณะ, 2561)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่

1-3

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีจำนวน 7 เรื่อง มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีการวัดผลเรื่องพฤติกรรมจัดการตนเอง ความเชื่อในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ซึ่งผลการศึกษาทุกเรื่องแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการจัดการตนเอง และการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม และเมื่อเกิดการเปลี่ยนทางด้านพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ผลานทุกเรื่องมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ระดับซีรั่มครีเอตินิน (serum creatinine) อัตราการกรองของไต (GFR) มีค่าลดลง

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ พบว่า ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 มุ่งเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ระดับซีรีรัมครีเอตินิน (serum creatinine) อัตราการกรองของไต (GFR) ในการออกแบบงานวิจัย ผู้วิจัยมีการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (ปุนญณิน เชื้อนเพ็ชร และคณะ, 2562; จันจิรา หินขาว และคณะ, 2562; สุพัตรา พงษ์ศรีศรานุพร และคณะ, 2561; วินัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (สุนันทา สกุลยีนยง, 2560) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ และคณะ, 2565) มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมอยู่ระหว่าง 4 สัปดาห์ ถึง 1 ปี ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการออกกำลังกาย ทักษะการจัดการกับความเครียด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self management concept) (Creer, 2000; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยพบว่าในงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและมีการฝึกทักษะที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. การสร้างแรงจูงใจ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง พบว่านักวิจัยมีการออกแบบในการสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านกิจกรรมการติดตามในคลินิกโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self management concept) (Creer, 2000; Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) (Bandura, 1977) โดยพบว่าในงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง มีการจัดกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และมีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพบว่างานวิจัย 2 เรื่อง ที่มีการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

4. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง โดยพบว่างานวิจัย 4 เรื่อง นักวิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง และวางแผนในการดูแลตนเอง โดยมีนักวิจัยเป็นผู้กำกับ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามในคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น และส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

สามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 นั้นมีกิจกรรมหลัก ๆ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน ผลกระทบจากโรคเบาหวานที่มีต่อไต พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านกระบวนการติดตามในคลินิก และการเยี่ยมบ้าน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองและแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นกระบวนการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ที่ประสบผลสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผ่านต้นแบบด้านสุขภาพ และการดูวิดีโอ โดยใช้นักวิชาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เป็นการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกำหนดเป้าหมายของตนเองในการดูแลสุขภาพ และวางแผนกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผ่านกิจกรรมการติดตามในคลินิก และการเยี่ยมบ้าน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 จำนวน 6 เรื่อง มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ ซึ่งมีการวัดผลเรื่องพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ความเชื่อในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ซึ่งผลการศึกษาทุกเรื่องแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองและการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้พบว่าการเปลี่ยนทางด้านพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ผลงานทุกเรื่องมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ระดับซีรั่มครีเอตินิน (serum creatinine) อัตราการกรองของไต (GFR) มีค่าที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ที่เหมาะสม การฝึกทักษะที่ถูกต้อง การได้รับการสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกมีค่าที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาเป็นหลักสูตรระยะสั้นในการฝึกอบรมให้กับพยาบาลที่รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวาน เพื่อช่วยส่งเสริมการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพ และระยะเวลาของโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพแต่ละแบบ เพื่อค้นหารูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดต่อไป
3. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลของประสิทธิผลของรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพระยะยาวหรือความยั่งยืนในรูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสื่อมของไตระยะที่ 3. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 185-202.
- ชัชลิตร รัตสาร. (2560). *สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย*.
https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/sustainablebusiness/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20value/PDF/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017_TH.pdf
- ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร, รุ่งลาวัลย์ กาวิละ, และมนัษยา มรรคอนันตโชติ. (2562). ผลการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ 3 จากโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว. *เชียงใหม่เวชสาร*, 11(2), 93-99.
- วินัส สาระจรัส, และแอนนา สุมะโน. (2561). ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(3), 13-26.

- สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุติมา ฉันทมิตร โอภาส, และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 74-84.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ปี 2559-2562. กองโรคไม่ติดต่อ. <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
- สุนันทา สุกุลยนิยง. (2560). ผลของรูปแบบการให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ*, 11(2), 1-14.
- สุพัตรา พงษ์อิศรานุกุล, ศศรส หลายพูนสวัสดิ์, และประทุม สุกชัยพานิชพงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(2), 148-159.
- เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, เทพไทย โชติชัย, อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์, นุสรา โชติชัย, และอิสริย์ ปัดภัย. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาคำตอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 195-205.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy Theory: toward a unify theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). Academic Press.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). Pergamon Press.
- The Joanna Briggs Institute For Evidence Based Nursing & Midwifery. (2011). *Joanna Briggs Institute reviewer's manual: 2011 edition*. <https://dl.icdst.org/pdfs/files3/585eb6f9b7a3929ea6a3c98c6bc9f66d.pdf>

บทบาทพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา

นันท์ธิดา เชื้อมโนชาญ, พย.ม.*

จุฬาพร ยาพรหม, ปร.ด.**

Received: June 11, 2024

Revised: September 16, 2024

Accepted: September 22, 2024

บทคัดย่อ

การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพการดูแลและเสริมสร้างความผาสุกทั้งทางกายและใจของผู้ป่วยและครอบครัว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเพื่อการเยียวยา โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ เนื้อหาครอบคลุมแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังอธิบายถึงทักษะการสื่อสารที่จำเป็น เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนความรู้สึก การใช้ความเงียบ การใช้คำถาม การทวนซ้ำ และการสัมผัส ซึ่งพยาบาลจะสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองรวมถึงญาติและครอบครัว จะช่วยให้เกิดส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสาร การเยียวยา บทบาทพยาบาล

* อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

** อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: chulaporn@nmu.ac.th

The Nurse's Role in Communicating with Palliative Care Patients and their Families for Healing

Nunthida Chuamanochan, M.S.N.*

Chulaporn Yaprom, Ph.D.**

Abstract

Communication with palliative care patients and their families for healing is essential to improve the quality of care while promoting the physical and mental well-being of patients and families. This article aims to explain the role of nurses in communicating with palliative care patients and their families for healing, focusing on providing patients with proper care according to professional standards and ethics. The content covers holistic physical and mental care and the application of nursing processes in patient care, including comprehensive patient information assessment, diagnosis, nursing planning, implementation, and evaluation appropriate to each patient. It also describes essential communication skills, such as deep listening, reflection of feelings, silent technique, questioning, restarting, and touching, that nurses can apply to care for palliative care patients, including their relatives and families, promoting more effective patient care.

Keywords: Palliative care, Communication, Healing, Nurse's role

* Lecturer in Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

** Lecturer in Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University; Corresponding Author E-mail: chulaporn@nmu.ac.th

บทนำ

การสื่อสารมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นความจำเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความเป็นสังคม การมีความสามารถในการสื่อสารจะส่งผลให้สามารถสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับในด้านการพยาบาลจะเห็นได้ว่าการสื่อสารจะมีส่วนร่วมอยู่ในทุกกิจกรรมการพยาบาล ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของการพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (ราตรี นิมฉลอง, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้มีความเข้าใจ และสามารถก้าวผ่านความรู้สึกเสียใจ กังวล นับเป็นสิ่งสำคัญ อีกทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติผู้ป่วย เพื่อน และทีมรักษาพยาบาล ดังนั้นการสื่อสารจึงควรมีความชัดเจน และเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) โดยมีความเห็นร่วมระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการสื่อสารนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ในกรณีที่ผู้ป่วยอนุญาต) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยยึดหลักจริยธรรมทางการแพทย์และเคารพสิทธิของผู้ป่วย (ปัทมพร อภัยจิตต์, 2563)

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัยของผู้ป่วย โดยมีหลักการคือการยอมรับในเวลาที่เหลืออยู่ โดยไม่ยืดหรือเร่งเวลาที่เหลือ แต่ดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งต้องดูแลทั้งด้านการจัดการอาการไม่สุขสบาย ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง รวมถึงทางเลือกต่าง ๆ การตัดสินใจ การช่วยกันวางแผนชีวิตข้างหน้า ซึ่งทั้งหมดนี้จำเป็นที่จะต้องอาศัยการสื่อสารที่มีคุณภาพ และเป็นการเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ได้ทำความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมถึงได้ร่วมกันเตรียมตัวในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ท่ามกลางครอบครัวที่เข้าใจกันมากที่สุด (เยาวรัตน์ มัชฌิม, 2565)

การสื่อสารที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ นอกจากความรู้ ทักษะการประเมิน การจัดการความปวดและอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทักษะในการปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้นสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองคือความสามารถในการดูแลด้วยความกรุณาหรืออย่างเข้าอกเข้าใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมาน (compassion) และการดูแลที่เข้าใจหรือตอบสนองตรงตามความต้องการนั้นได้ (รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, 2558)

อย่างไรก็ตามการสื่อสารไม่เพียงแต่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนในการดูแลแบบประคับประคอง หากขาดทักษะการสื่อสาร ก็จะทำให้กระทบต่อคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการสื่อสารนั้นสร้างจากสัมพันธภาพที่มีความไว้วางใจ โดยมีเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองความต้องการของตนเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือเน้นความคิด ประสพการณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเครียดและผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารความคิดและความรู้สึกที่ตึงเครียด (distress) รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ยอมรับข้อจำกัดตระหนักถึงศักยภาพความเป็นจริง รับรู้ปัญหาและพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง

โดยมีความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2564) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (ราตรี ฉิมฉลอง, 2564; อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธุ์, 2567) พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติระยะท้าย การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยและเอกสารวิชาการจะเน้นเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนั้นพยาบาลควรดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และไม่เพียงแต่สื่อสารเพื่อให้ข้อมูลเท่านั้น พยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการสื่อสารเพื่อการเยียวยาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความทุกข์ทรมานได้ผ่อนคลายความรู้สึกต่าง ๆ ที่มี จึงจะเรียกได้ว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่แท้จริง

ความหมายและความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสาร (communication) หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร (message) รวมถึงความรู้สึก นึกคิด ทศนคติ ตลอดจนประสบการณ์จากผู้ส่งสาร (source) ไปยังผู้รับสาร (receiver) ผ่านช่องทางหรือสื่อ (channel) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารคือวิธีการที่ทำให้มนุษย์เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่ดีจะเป็นสะพานที่เชื่อมต่อหัวใจของมนุษย์ให้ก้าวเดินไปสู่ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งเรื่องราวชีวิต อารมณ์ ความรู้สึก ที่ส่งผ่านการรับรู้ การเห็น การฟัง การสัมผัส และกระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและซื่อสัตย์ในการแบ่งปันความคิดและความรู้สึกต่อเหตุการณ์ด้วยการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล (Rapoport, 1990)

ส่วนการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (healing communication) เป็นการสื่อสารที่เน้นเป้าหมาย (goal-directed) การส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก โดยใช้กระบวนการสื่อสารร่วมกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ข้อมูลใหม่ แก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตรวจสอบทางเลือกและการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มพลังความเข้มแข็งและการส่งเสริมความผาสุก (เบญจวรรณ นันทชัย และกอบปรกมล ศรีภิรมย์, 2563)

ระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังมีการดูแลเฉพาะในบางพื้นที่ ยังไม่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด นั้นหมายความว่า ยังมีข้อจำกัดในการให้การดูแลแบบประคับประคอง การสนับสนุนงบประมาณ การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ และยังขาดการฝึกอบรมบุคลากรที่ทำให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจัง ซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้นน้อยลงไปด้วย ดังนั้นความรู้และทักษะด้านการสื่อสารของพยาบาลจะช่วยเป็นตัวกลางในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ การยอมรับในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยและครอบครัวได้มากยิ่งขึ้น

แนวคิดพื้นฐานของการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (Arnold & Boggs, 2019; รุ่งนภา ภาณิรัตน์, 2558)

1. การสื่อสารด้วยวาจาและท่าทางของบุคคล มีความหมายเฉพาะตัว ดังนั้นพยาบาลควรระวังการตีความตามแนวคิดของตนเอง หากพยาบาลไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริง ควรถามเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

2. แบบแผนการรับและส่งสารเป็นวิธีเฉพาะตัว ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ ค่านิยม มุมมอง และอื่น ๆ พยาบาลควรเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล ยอมรับในตัวบุคคล อย่างไม่มีเงื่อนไข และเคารพในการเป็นบุคคลของผู้ป่วย

3. ประสบการณ์และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อการรับรู้ การแปลความหมาย และการรับ-ส่งสาร

4. ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่นามธรรม (สิ่งที่ไม่สามารถรับรู้ได้ด้วยตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส ความไม่มีรูป ความไม่มีตัวตน การจับต้องไม่ได้) ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การปรับตัวที่ผิดปกตินำมาซึ่งความวิตกกังวลหรืออารมณ์เศร้า การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาบรรเทาอาการเบื้องต้นให้ทุเลาลง แต่การรักษาที่ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่ผิดปกตินั้นจึงมีความสำคัญซึ่งสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการดูแลแบบประคับประคองคือการใช้กระบวนการสื่อสารตามหลัก PSU model ประกอบด้วย 1) การแขวนความคิดที่เข้ามาในจิตใจ (dialogue and suspension of assumption) 2) การเข้าใจโลกและมุมมองของผู้ป่วย (tune in) 3) การมองโลกด้วยสายตาของผู้ป่วย (see the world with the patient's eyes) 4) การเล่าเรื่องที่สร้างความหมายของตัวตนหรือเรื่องราวที่สัมพันธ์กับเวลา (narrative process) 5) การเชื่อมและแลกเปลี่ยนอารมณ์ซึ่งกันและกันอย่างแท้จริง ระหว่างผู้ฟังและผู้ป่วย (empathy) โดยมีสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเพิ่มเติมคือ

1. บริบทของสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และอยู่ในท่าที่สบาย

2. การสร้างความสัมพันธ์ ควรแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของบทสนทนา และให้ผู้ป่วยนำไปหนึ่งก้าว ร่วมกับเปิดโอกาสให้ญาติของผู้ป่วยได้ร่วมรับฟังด้วย (ถ้าผู้ป่วยอนุญาต)

3. ภาษากาย หรือการสัมผัส การใช้ภาษากายที่เหมาะสม เช่น การแสดงท่าที่รับฟัง พยักหน้า หรือคำพูดตอบรับ จะช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการสนทนาให้เกิดความไว้วางใจ

4. การใช้คำถาม การเปิดบทสนทนา ควรมีลักษณะคำถามที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมสนทนาได้แก่ “ช่วยเล่าเพิ่มเติมอีกสักนิด...จะได้ไหม” หรือการหยุดนิ่ง รอฟังเมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเงียบ (silence or pause) โดยไม่ขัดจังหวะ การใช้คำถามที่แสดงความใส่ใจ เห็นใจในช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือการสะท้อนปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่สังเกตเห็น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ท่าที่ที่รับฟังและเข้าใจอารมณ์ของตนเองได้มากขึ้น (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2564)

การสื่อสารในผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการเยียวยา (therapeutic/supportive dialogue หรือ healing communication)

สิ่งสำคัญในการสื่อสารที่บำบัดจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวระยะประคับประคองคือการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (healing communication) โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ที่มาจากปฏิกิริยาทางจิตใจในเชิงบวก ซึ่งการสื่อสารเพื่อการเยียวยา มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มีแนวทางในการปรับตัว (coping) ต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น
2. มองเห็นจุดแข็ง (strength) ของตนเอง
3. มีการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ที่แข็งแรง (Branden, 2021)
4. สามารถพูดคุยถึงสิ่งที่ปรารถนา (wish) ในชีวิต หรือสิ่งที่กังวลใจ รวมถึงความตายได้
5. มีความรู้สึกว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ได้ (sense of control) หรือมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) (สุพัตรา สิ่งห่อหุ้มห่อหุ้ม และคณะ, 2565)

ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง ปลดปล่อยความคิดและความรู้สึก รวมถึงตอบสนองความต้องการของตนเองแบบองค์รวม โดยกระบวนการสนทนาที่ดีจะทำให้เกิดการรักษาเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ประกอบด้วย 1) การเล่าเรื่อง (narrative interview) 2) ค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคล (individual meaning-centered interview: IMCI) และ 3) ค้นหาทางออกของชีวิต (solution focused interview: SFI) ซึ่งในกระบวนการสื่อสารจะผ่านการควบคุมจิตใจได้สำนึกของการฟัง และค้นหาเนื้อหาจากเรื่องเล่า (narrative story) ที่มีความหมายของชีวิต (meaning of life) จนค้นพบทางออก (solution) จะทำให้พยาบาลและทีมรักษาพยาบาล เข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง ซึ่งความจริงเหล่านี้จะช่วยเยียวยา (healing) จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้นอกจากเรื่องเล่า (narrative) เกี่ยวกับชีวิตแล้วนั้น การเข้าใจเรื่องความหมายของชีวิต (meaning of life) ที่ดำรงอยู่ของผู้ป่วยก็มีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเข้าใจความหมายของจิตวิญญาณและการดำรงอยู่ของชีวิตที่หล่ออยู่กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญในการปรับตัวการต่อสู้กับโรคในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย (Riklikiene et al., 2020; Scherer et al., 2021)

การเล่าเรื่อง (narrative interview) เป็นวิถีคิดอย่างหนึ่งของมนุษย์ กระบวนการเล่าเรื่องจะถูกใช้อย่างเป็นธรรมชาติโดยไม่รู้ตัว และเป็นกระบวนการรับรู้ของมนุษย์ที่ใช้สร้างความหมายต่อเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยเลือกเอาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์และสอดคล้องกัน มาเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่ต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการเล่าเรื่องจะต้องเลือกพื้นเรื่องเพียงหนึ่งเดียวมาเขียนหรือเป็นกรอบ ร่วมกับเลือกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สอดคล้องและต่อเนื่อง เพื่อนำมายึดเป็นพื้นที่ทางจิตใจที่สามารถทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง และมีเป้าหมายไปสู่อนาคต โดยตัดพื้นเรื่องและเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับกรอบเรื่องเล่านั้นออกไป สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยระยะประคับประคอง เมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายโรคร้ายนั้นจะมีความหมายเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นมาในชีวิตที่ไม่มีความสอดคล้องกับกรอบเรื่องเล่าชีวิตเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงตนหรือดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความหวัง หหมดเป้าหมายที่มุ่งไปสู่อนาคตและเกิดความทุกข์จากความเจ็บป่วย

การค้นหาคำหมายของชีวิตในส่วนบุคคล (individual meaning-centered interview: IMCI) มนุษย์ คือการดำรงตนโดยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยหรือความเครียด มนุษย์ต้องการที่จะจัดสมดุลชีวิตใหม่ เพื่อให้ชีวิตที่เหลืออยู่นั้นดำรงต่อไปได้ โดยมีความหมายแบบเดิม หรือสร้างความหมายใหม่ การสื่อสารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาเรื่องราวหรือพื้นเรื่องที่มีความหมายกับชีวิต ซึ่งเป็นอัตลักษณ์เฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคน (Fraguell-Hernando et al., 2020) การสื่อสารด้วยการค้นหาคำหมายของชีวิตในส่วนบุคคลนั้นมีเป้าหมายสำคัญคือ 1) ช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และสร้างสรรค์ คำหมายชีวิต ถึงแม้จะต้องเผชิญกับโรคที่ร้ายแรงรักษาไม่หาย 2) ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นพบ เชื่อมต่อความหมายของโรคที่คงประสบการณ์การมีชีวิตที่มีความหมายได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา ของการเจ็บป่วย 3) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบและเข้าใจศักยภาพของความหมายชีวิตของตนเองตั้งแต่ได้รับการ วินิจฉัยโรค 4) ช่วยให้ผู้ป่วยส่งเสริมความเข้าใจในด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วย การรักษา และบุคลลรอบข้าง (Dietrich et al., 2021)

การค้นหาลทางออกของชีวิต (solution focused interview: SFI) เป็นการสื่อสารเพื่อหาทางออก ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมตั้งแต่ในปีพ.ศ. 2523 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย De Shazer et al. (2021) เป็นคนเสนอต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยที่เน้นเรื่องกระบวนการสร้างทางออกของปัญหา (solution-building) มากกว่ามุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem-solving) หรือหาสาเหตุของปัญหา จะช่วยทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถคิดหาทางออกให้กับชีวิตที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง การสื่อสารเพื่อค้นหา ทางออกของชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ค้นหาศักยภาพภายในที่เป็นปัจจุบัน (current resources) กลไกทางจิต (coping mechanism) ใช้ในการจัดการปัญหาและเป็นจุดแข็งของผู้ป่วย 2) ประเมินความหวัง ในอนาคต (future hope) รวมทั้งโอกาสที่จะไปถึงเป้าหมายนั้น ๆ 3) ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ (motivation) ในการค้นหาข้อสรุปที่เป็นทางออกที่มีโอกาสทำได้สำเร็จสูงตามศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวหรือจุดแข็งที่ มีและท้ายสุดปัญหานั้นจะเบาบางลง

ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการเยียวยา (Arnold & Boggs, 2019)

1. การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep or compassionate listening skill) เป็นการฟังด้วยความรักและ เมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ เช่น โกรธ กลัว กังวล สับสน ท้อใจ ทำให้สัมผัสได้ ถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยความทุกข์ เป็นการเยียวยาจิตใจ เพราะ ความรู้สึกที่ล้นไหลออกมาได้รับการโอบอุ้ม ดูแล ให้เกียรติ เป็นเหมือนกระจกเงา ช่วยสะท้อนให้เห็นความคิด ความรู้สึกและปัญหาของตัวเองอย่างชัดเจน มีสติ มองปัญหาอย่างถ่องแท้ เริ่มเห็นทางออกของปัญหา โดยผู้ฟังจะฟังอย่างไม่ตัดสินว่าความคิดนั้นถูกหรือผิด รับฟังอย่างเปิดใจ สงบ ไม่โต้แย้ง หรือพูดขัดจังหวะ แม้ว่าคำพูดของอีกฝ่ายจะเต็มไปด้วยความขัดแย้ง อารมณ์และเข้าใจผิด

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย: อายุ 72 ปี มีอาการปวดบริเวณข้อที่เข่ามาพบแพทย์ตามนัด พยาบาลสังเกตเห็นสีหน้า
ผู้ป่วยเศร้า

พยาบาล: คุณ...ปวดตรงไหนหรือเปล่าคะ

ผู้ป่วย: ปวดอยู่ข้างเหมือนกัน

พยาบาล: ไหวไหมคะคุณ... เจ็บ... ฟัง

ผู้ป่วย: ก้มหน้า เจ็บ

พยาบาล: (เจ็บ...สังเกตว่าผู้ป่วยตัวสั่น) ผู้ป่วยปวดทนต์ไม่ไหว (สะท้อนความรู้สึก)

ผู้ป่วย: เงยหน้า น้ำตาคลอ...ไม่มีใครสนใจหรือรู้หรือกว่าเจ็บปวดแค่ไหน

พยาบาล: ... เจ็บ...รับฟัง

ผู้ป่วย: ร้องไห้...ไม่มีใครสนใจ อยากนอนพักที่บ้าน แต่ลูก ๆ ก็เค้ายืนคอยให้มารักษา อายุเยอะแล้ว
ร่างกายก็ไม่ไหว ก็คงอยู่ได้อีกไม่นานหรอก (ผู้ป่วยระบายความเจ็บปวดที่อยู่ภายใน)

2. การสะท้อน (reflection) เป็นทักษะที่แสดงถึงความเข้าใจที่มีต่อผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความคิด หรือคำพูดของตนเองและยอมรับตนเอง โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ทักษะนี้สามารถใช้ได้ทันทีที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนั้นออกมา การจะสะท้อนความรู้สึกได้นั้น พยาบาลจะต้องรวบรวมความคิดและ
ความรู้สึกของผู้ป่วย แล้วสะท้อนออกมาเป็นคำพูด ความไว้วางใจในการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อน
ความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย: กดกริ่งบ่อยทุก 10 นาที

พยาบาล: (เดินเข้าไปที่เตียง)...คุณ...อยากให้พยาบาลช่วยอะไรคะ

ผู้ป่วย: สายหน้า

พยาบาล: ไม่อยากให้ช่วยอะไร (เป็นการแปลพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบการสื่อสารของผู้ป่วย)

ผู้ป่วย: จับแขนพยาบาล

พยาบาล: อยากให้อยู่เป็นเพื่อนด้วย (สะท้อนเนื้อหา)

ผู้ป่วย: พยักหน้า

พยาบาล: กลัว...(สะท้อนความรู้สึก)

ผู้ป่วย: พยักหน้า

3. การใช้ความเงียบ (silent technique) เป็นการปล่อยให้การสื่อสารเป็นแบบไม่ใช้คำพูดในระยะ
เวลาหนึ่ง อาจเป็นนาทีหรือหลายนาที ซึ่งการใช้ความเงียบแบ่งออกเป็น การใช้ความเงียบทางบวกและการใช้
ความเงียบทางลบ

3.1 การเจียบทางบวก เป็นการเจียบเพื่อให้เวลาผู้ป่วยในการคิดทบทวน อาจเป็นสัญญาณของความเจ็บปวด หรือพักจากความรู้สึกเหนื่อยล้า หรือเป็นการรอรับการตอบสนองของพยาบาล ซึ่งเป็นสัญญาณบอกความก้าวหน้าในการช่วยเหลือ

3.2 การเจียบทางลบ เป็นการเจียบที่บอกถึงสัญญาณความกลัว ความไม่เข้าใจในบทบาทการไม่พร้อมพูดคุย อึดอัด อาย ไม่อยากพูดเรื่องส่วนตัว หรือแสดงความไม่พอใจ โดยพยาบาลอาจใช้วิธีการเริ่มสร้างสัมพันธภาพ ตกลงเรื่องการรักษาความลับ และใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในความคิดหรือความรู้สึกของตนเอง

ตัวอย่างเช่น

พยาบาล: สวัสดีค่ะคุณ...วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ

ผู้ป่วย: สวัสดีค่ะคุณพยาบาล วันนี้รู้สึกดีขึ้น การได้คุยกันเหมือนได้ระบายค่ะ มันอึดอัด ไม่รู้จะพูดกับใครได้

พยาบาล: ไม่รู้จะพูดกับใคร

ผู้ป่วย: มันท้อแท้ มีแต่เรื่องราวแย่ ๆ รักษาไม่หายสักที (เสียงสั่น น้ำตาคลอ)

พยาบาล: เจียบ...จนผู้ป่วยเริ่มระบายต่อ (เป็นการใช้ความเจียบทางบวก)

ผู้ป่วย: (เสียงสั่น น้ำตาคลอ) พยายามรักษาทุกทางแต่ก็ไม่ดีขึ้น บางครั้งดีแล้วก็กลับไปแย่อีก สร้างความเดือดร้อนให้ลูก ๆ ต้องมาคอยรับ-ส่ง เงินทองก็ไม่ค่อยจะมี รู้สึกว่าเราทำให้เค้าลำบาก ถ้าไม่มีเราเค้าคงจะเหนื่อยน้อยลง

4. การใช้คำถาม (questioning) เป็นทักษะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ใช้ในการเข้าใจปัญหา สถานการณ์ชีวิต เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้รบกวนใจ รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้ใช้เวลาในการคิดทบทวน ทำความเข้าใจปัญหา และสาเหตุของตนเอง เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน หรือเป็นการตรวจสอบประเด็นที่สำคัญ โดยพยาบาลอาจขึ้นคำถามสนทนาต่อในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งอาจใช้คำถามปิดที่ถามเพื่อต้องการคำตอบสั้นๆ เช่น ใช่/ไม่ใช่ และคำถามเปิด เช่น อย่างไร เพราะอะไร

ข้อควรระวังในการใช้คำถาม

1. ไม่ควรถามเพราะความอยากรู้ในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย

2. ควรหลีกเลี่ยงคำถามที่ขึ้นต้นว่า “ทำไม” “มีปัญหอะไร” เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ส่งผล

กระทบต่อสัมพันธภาพ

ตัวอย่างเช่น

“คุณ...พอจะเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ฟังได้ไหมคะ”

“คุณรู้สึกอย่างไรกับ...”

“มีอะไรที่ทำให้คุณ...”

5. การทวนซ้ำ (restarting) เป็นการทวนซ้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกโดยใช้คำน้อยลง เป็นการตรวจสอบว่าทำความเข้าใจตรงกัน รวมถึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลรับฟัง ใส่ใจ ติดตามเรื่องราว ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นที่ยอมรับ อบอุ่น และไว้วางใจ

สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในการทวนซ้ำ

1. ใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
2. การพูดต่อหรือขยายความ

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย: ร้องไห้... อยากกลับบ้าน อยากกลับไปนอนที่บ้าน แต่ลูก ๆ ก็ไม่ยอม บอกให้มานอนที่

โรงพยาบาลแทน อายุเยอะแล้ว ไม่ไหวแล้ว ก็คงอยู่ได้อีกไม่นานหรอก มันไม่ไหวแล้ว

พยาบาล: คุณ...รู้สึกว่าคุณไม่ไหวแล้ว (ทวนซ้ำสั้น ๆ)

ผู้ป่วย: ใช่ รู้ตัวดีว่าเป็นยังไง อยากอยู่บ้าน จะเป็นอะไรก็เป็นที่บ้านแล้วกัน พอแล้ว ไม่อยากตายที่

โรงพยาบาล

พยาบาล: ไม่อยากตายที่โรงพยาบาล (ทวนซ้ำสั้น ๆ)

ผู้ป่วย: (พยักหน้า) ใช่

6. การสัมผัส (touch) เป็นการสื่อสารถึงความรู้สึกในรูปแบบอวัจนภาษา เป็นการแสดงความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ การประคับประคองและความเมตตา ใช้ในการสื่อความรู้สึกในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถใช้ถ้อยคำสื่อสารได้เหมาะสม

ข้อควรระวังในการสัมผัส

1. ควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบุคคลหรือสถานการณ์
2. ควรคำนึงถึง วัย เพศ วัฒนธรรม ความชอบ และอื่น ๆ

ตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ป่วย: นั่งร้องไห้อยู่มุมห้อง

พยาบาล: คุณ...มีอะไรให้พยาบาลช่วยไหมคะ

ญาติผู้ป่วย: คุณแม่ไม่ยอมรักษาอะไรเลย จะขอตายอย่างเดียว พยายามอธิบายหลายครั้ง

ก็ไม่ยอมฟัง ทุกคนที่บ้านก็บอกว่าเราบังคับคุณแม่ ไม่มีใครเข้าใจเลย

พยาบาล: (ลากเก้าอี้มานั่งข้าง ๆ เติง) พยาบาลนั่งเป็นเพื่อนนะคะ (จับมือ) (สัมผัส)

ญาติผู้ป่วย: (เริ่มสงบลง) คุณพยาบาลเข้าใจใช่ไหมคะว่ารู้สึกอย่างไร

จะเห็นได้ว่าการสื่อสารตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลนั้นจะเป็นการสื่อสารด้านการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ หรือเพื่อการประเมินอาการผู้ป่วย เป็นต้น แต่การสื่อสารในผู้ป่วยแบบประคับประคองและครอบครัวนั้นจะเป็นการสื่อสารเพื่อการเยียวยา เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบุคคลที่กำลังมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ดังนั้นการสื่อสารใด ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้จะมีผลต่อสุขภาวะโดยรวมในระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ด้วย สิ่งสำคัญคือ การสื่อสารนั้นเกิดขึ้นใน

ทุกกิจกรรมที่กระทำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องดูแลทั้งความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของ ผู้ป่วยและครอบครัว ระมัดระวังการแสดงออกทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา โดยพยาบาลควรใช้ทั้งทักษะ การรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ เลือกใช้ภาษา และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อในเรื่องราว ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์ต่าง ๆ การสื่อสารที่ดีจะช่วยเสริมประสิทธิภาพกับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการหล่อเลี้ยงความสัมพันธ์ระหว่างทีมรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นศูนย์กลาง

บทบาทพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว เพื่อการ เยียวยาโดยใช้กระบวนการทางการแพทย์

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติตามกับ ผู้ป่วยทุกราย พยาบาลต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคล หาแนวทางที่ ชัดเจนในแต่ละสถานการณ์ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ตามชุมชนท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากญาติและจากแพทย์ พยาบาลเหมือนผู้ป่วยอื่น ๆ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพันต่อสิ่งต่าง ๆ ความสุขที่ได้เล่าให้ใครสักคนได้รับรู้ บางเรื่องไม่สามารถพูดให้สมาชิกครอบครัวฟังได้ พยาบาลจึงควรทำหน้าที่เป็นคนกลางในการรับรู้ความรู้สึก ดังกล่าว การสัมผัสทางกายเป็นครั้งคราวก็เป็นสื่อถึงความรักและความห่วงใยที่ดีวิธีหนึ่ง ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต บางรายไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ พยาบาลจึงควรตระหนักในบทบาทดังกล่าวเพื่อจะเป็นสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วยกับญาติและเป็นการเยียวยาความรู้สึกทั้งสองฝ่าย ทั้งนี้การใช้กระบวนการพยาบาลเข้ามาเป็นกรอบ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจบทบาทและสื่อสารได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอยกตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน มาปรับใช้กับรูปการสื่อสาร เพื่อการเยียวยา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (planning) ขั้นตอนที่ 4 การนำไปปฏิบัติ (implementation) และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) โดยขออธิบาย รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) เป็นการสื่อสาร/มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ในการ พยายามที่จะรับรู้ปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งได้จากการพูดคุย การสังเกต เพื่อนำมาแปลข้อมูล ดีความ และตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ

1.1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีโอกาสได้พบกับแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง โดยใช้จริยธรรมในการสื่อสารกับผู้ป่วย การพูดความจริงที่เกี่ยวข้อง กับการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยความเห็นใจ และเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยเสมอ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2558)

1.2 ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ ในการประเมินอาจใช้แบบประเมินเพื่อการสื่อสารกับทีมดูแล หรือเพื่อติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้แบบประเมินเพื่อการสื่อสาร หรือใช้แบบประเมินติดตามอาการ เพื่อสื่อสารให้ทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองทราบถึงสภาพของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล

1.3 ค้นหาสาเหตุของปัญหา/สิ่งที่มักกระทบ หรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตความสอดคล้องของภาษาพูดและภาษาท่าทาง เช่น สีหน้าและน้ำเสียง

1.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ระบุความเชื่อของตนเอง ปัญหาที่เผชิญอยู่ ประเด็นสำคัญคือการรับฟังเพื่อค้นหาสิ่งสำคัญที่สุดของชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อที่จะช่วยให้ได้รับการคลี่คลายปมในใจ หรือสิ่งที่ยังติดค้างคาใจ (สุริย์ ลิ้มมล, 2558)

1.5 พิจารณารอบคอบ ละเอียดถี่ถ้วน เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอนหรือเปลี่ยนแปลงเร็ว หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษา พยาบาลควรคำนึงทั้งในด้านหลักวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาล จรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและกฎหมาย ซึ่งอย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการมีข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และควรให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การพูดคุย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และอื่น ๆ มาวิเคราะห์เพื่อค้นหาความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในขั้นตอนต่อไป (อรนนท์ หาญยุทธ, 2565)

2.1 การวินิจฉัยการพยาบาลที่เน้นปัญหา เช่น “ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยและไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา” “ความสัมพันธ์ในครอบครัวเสื่อมลงเนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการสื่อสาร”

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาลที่เกี่ยวกับความเสี่ยง เช่น “เสี่ยงต่อการเกิดการมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้”

2.3 การวินิจฉัยการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพดี เช่น “มีความพร้อมสำหรับการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าคุณค่าและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว”

2.4 การวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มอาการ เช่น “กลุ่มอาการเครียด จากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต”

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการจัดทำแผนการพยาบาลกำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จะเป็นการสื่อสารที่มีเป้าหมายและมีมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการดูแล

3.1 การดูแลเพื่อความสุขสบายตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และสนับสนุนครอบครัวในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

3.2 การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดจนวางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

3.3 เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และสัมพันธภาพในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การนำแผนไปปฏิบัติ (implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติพยาบาล

4.1 ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลแก่แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ หรือในทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการสื่อสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน อีกทั้งยังทำให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเท่าเทียม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีช่องทางในการสื่อสาร

4.2 เตรียมจิตใจและอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและญาติ ในยามที่เผชิญความยากลำบากในการตัดสินใจ และเผชิญกับการสูญเสีย

4.3 รับฟังและตอบรับ หรือเสนอตัวช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

4.4 เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหาที่เกิดขึ้น การปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4.5 ประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง และเข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง ร่วมกันวางแผนในสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม

4.7 ยอมรับในการตัดสินใจของครอบครัว และเสริมพลังบวกในการดูแล

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินและพิจารณาว่ากระบวนการทั้งหมดที่พยาบาลดำเนินการมานั้นบรรลุตามเป้าหมายหรือความต้องการที่วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติไว้หรือไม่ เป็นการตรวจสอบพฤติกรรม การรับรู้ ความรู้สึก การตอบสนองของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงประเมินการสื่อสารของพยาบาลว่ามีคุณภาพหรือไม่ อย่างไร หากไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ พยาบาลควรกลับมาตรวจสอบข้อผิดพลาดในแผนการพยาบาล เพื่อปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

อีกทั้งพยาบาลควรใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบรรลุผลตามเป้าหมาย พิจารณาประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา และสรุปสถานะของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาจสรุปว่าการแก้ไขปัญหายังไม่บรรลุผล จึงต้องมีการดำเนินการต่อหรือต้องมีการปรับปรุงแผนการพยาบาล หรือหากบรรลุผลแล้วอาจยุติแผนการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลต้องประเมินผลด้วยความรอบคอบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและญาติต่อไป

ตารางที่ 1

แสดงตัวอย่างโดยใช้กระบวนการพยาบาล สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

N: ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis)	A: การประเมิน (assessment)
- หมดความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น	- ผู้ป่วยอายุ 81 ปี มักพูดว่า “แก่แล้ว เดี่ยวก็ตาย จะได้ไม่เป็นภาระของลูก” ขณะพูดมีสีหน้าเศร้า และแยกตัว
P: การวางแผนการพยาบาล/วัตถุประสงค์ (planning)	I: การนำไปปฏิบัติ (implementation)
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นที่รักของครอบครัว	- ประเมินความรู้สึก การแสดงออกของผู้ป่วยทั้งคำพูดและพฤติกรรม
	- รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างตั้งใจ
	- แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
	- ดูแลสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยน ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือรีบร้อน
	- สื่อสารโดยไม่ตำหนิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยทำผิด มีอารมณ์โกรธหรืออ่อนไหวกับสถานการณ์ต่าง ๆ
	- ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย สื่อสารเกี่ยวกับเรื่องที่ดี ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความภาคภูมิใจของตนเอง เช่น คุณ...เก่งมากเลยนะคะ สามารถดูแลครอบครัวได้อย่างดี
	- ดูแลรับฟังและเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหา
	- ช่วยเหลือดูแลประสานงานส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ
	- เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแล และเสริมพลังบวกในการดูแล
	E: การประเมินผล (Evaluation)
	- ผู้ป่วยมีอาการเศร้าบางครั้ง เมื่อญาติและพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยมีสีหน้าที่ดีขึ้น พูดคุยกับเพื่อนข้างเตียงมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความต้องการแบบองค์รวมที่ต้องครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย ใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม สิ่งสำคัญในการสื่อสารที่จะบำบัดจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวในระยการดูแลแบบประคับประคองคือการสื่อสารเพื่อการเยียวยา (healing communication) ซึ่งหลักสำคัญที่สุด พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง ปลดปล่อยความคิดและความรู้สึกรวมถึงตอบสนองความต้องการของตนเองแบบองค์รวม โดยพยาบาลต้องอาศัยกระบวนการสนทนาที่ดีจะทำให้เกิดการรักษาเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะประกอบด้วย การเล่าเรื่อง การค้นหาความหมายของชีวิตในส่วนบุคคล และค้นหาทางออกของชีวิต ซึ่งในกระบวนการสื่อสารจะผ่านการควบคุมจิตใจสำนึกของการฟังและค้นหาเนื้อหาจากเรื่องเล่าที่มีความหมายของชีวิตจนค้นพบทางออก จึงจะทำให้

พยาบาลเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและญาติได้อย่างแท้จริง ซึ่งความจริงเหล่านี้จะช่วยเยียวยา (healing) จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลที่จะต้องพัฒนาไปสู่การสื่อสารเพื่อการเยียวยาอย่างแท้จริงประกอบไปด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการฟังด้วยความรักและเมตตาอย่างไม่มีเงื่อนไข การสะท้อนความความคิดความรู้สึก การใช้ความเงียบ การใช้คำถาม การทวนซ้ำและการสัมผัส ซึ่งเป็นการแสดงความเข้าใจ ห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วย อีกทั้งการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นกุญแจดอกสำคัญที่ช่วยไขปัญหาของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการสื่อสารเพื่อการเยียวยา ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เน้นมีเป้าหมายเป็นการส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก โดยใช้กระบวนการสื่อสารร่วมกับทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ข้อมูลใหม่ แกไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้ป่วยที่มีปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพช่วยให้เรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตรวจสอบทางเลือกและการตัดสินใจช่วยเพิ่มพลังความเข้มแข็งและการส่งเสริมความผาสุก ซึ่งการสื่อสารดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการเยียวยาอย่างลึกซึ้ง ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลควรพัฒนาทักษะการสื่อสารที่จำเป็นอยู่เสมอและต้องมีจิตที่เมตตาต่อผู้ป่วย ทำการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง นอกจากนี้ในด้านการศึกษาพยาบาลควรมีระบบการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อการเยียวยาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีการจัดการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารที่เน้นการฟังอย่างตั้งใจและการใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เป็นต้น และมีการฝึกอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้านการวิจัยควรพัฒนาศึกษาประเด็นการสื่อสารเพื่อการเยียวยาเกิดผลงานวิชาการให้มีคุณภาพเกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่จะประโยชน์ในการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2564). การสื่อสารประเด็นเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคอง ใน ลักษณะ ชาญเวช, ประถมภรณ์ จันทรทอง, กิตติพล นาควิโรจน์, และปิยพร ทิสิยากร (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 2* (น. 527-537). สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย.
- เบญจวรรณ นันทชัย, และกอบปรกมล ศรีภิรมย์. (2563). รูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติการทางสุขภาพ กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริบทประเทศไทยและต่างประเทศ. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 7(1), 233-260.
- ปทุมพร อภัยจิตต์. (2563). การสื่อสารในผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. ใน วิโรจน์ ไวกานิชกิจ, และปทุมพร อภัยจิตต์ (บ.ก.), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 4: การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (น. 21-28). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2558). จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง. ใน ประคอง อินทรสมบัติ, และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (บ.ก.), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 49-52). สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2565). *การดูแลแบบประคับประคอง: ประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราตรี ฉิมฉลอง. (2564). เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 1-14.
- รุ่งนภา ภาณิตรัตน์. (2558). การสื่อสารเพื่อการเยียวยา ใน ประคอง อินทรสมบัติ, และสายพิน เกษมกิจ วัฒนา (บ.ก.), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น.19-46). สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2564). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 732-743.
- สุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย, วริยา วชิราวัฒน์, และภาวนา กิตติยดวงศ์. (2565). ผลของการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองความพึงพอใจต่อการพยาบาลและ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 39-52.
- สุรีย์ ลิ้มมงคล. (2558). บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ใน ประคอง อินทรสมบัติ, และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (บ.ก.), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 70-77). สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- อกนิษฐ์ กมลวัชรพันธุ์. (2567). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติ ระยะท้ายเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง* หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
- <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=263>

- อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. ธนอรุณการพิมพ์.
- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal relationships e-book: Professional communication skills for nurses*. Elsevier Health Sciences.
- Branden, N. (2021). *The power of self-esteem*. Health Communications, Inc.
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2021). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge.
- Dietrich, N., Estradé, A., & Cruzado, J. A. (2021). Efficacy of Meaning-Centered Psychotherapy in adult patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psicooncologia*, 18(2), 227-244.
- Fraguell-Hernando, C., Limonero, J. T., & Gil, F. (2020). Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through individual meaning-centered psychotherapy-palliative care: A pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 28, 4803-4811.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>
- Rapoport, A. (1990). *The meaning of the built environment: A nonverbal communication approach*. University of Arizona Press.
- Riklikien, O., Tomkevičiute, J., Spirgiene, L., Valiulienė, Ž., & Büsing, A. (2020). Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101681.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101681>
- Scherer, J. S., Milazzo, K. C., Hebert, P. L., Engelberg, R. A., Lavalley, D. C., Vig, E. K., Tamura, M. K., Roberts, G., Curtis, J. R., & O'Hare, A. M. (2021). Association between self-reported importance of religious or spiritual beliefs and end-of-life care preferences among people receiving dialysis. *JAMA Network Open*, 4(8), e2119355.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19355>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้พิมพ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้พิมพ์ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (duties of authors) ตามที่ปรากฏในจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (publication ethics) อย่างเคร่งครัด

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการแพทย์ การสาธารณสุข การแพทย การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ
2. บทความทางวิชาการ เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. บทความที่เป็นรายงานการวิจัย โครงร่างวิจัยต้องได้รับการพิจารณาเห็นชอบเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

นโยบายการลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. วารสารรับเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในระบบปกติ ไม่มีระบบเร่งด่วน (fast tract)
2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 3 คน หากมีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์
3. ผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อหาและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตั้งค่าโดยเว้นระยะขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) ทั้ง 4 ด้าน กำหนดการวางเป็นแนวตั้ง ขนาดกระดาษเป็น A4 หัวกระดาษและท้ายกระดาษ 1.25 เซนติเมตร พิมพ์เป็นคอลัมน์เดียว ไม่ใส่กรอบ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก โดยแต่ละวลี/ประโยคให้เว้นระยะห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย สำหรับการย่อหน้า ตรงระยะห่าง ก่อนและหลังเลือก 0 pt และระยะห่างบรรทัด เลือกบรรทัดเดียว (single) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบหัวข้อต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	หนา	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
Abstract	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	12
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	หนา		16
หัวข้อย่อย ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. xxx 1.1 xxx 1.1.1 xxx	16
ลำดับตาราง/ลำดับภาพประกอบ (ตารางที่..) ภาพประกอบที่..	หนา	ชิดซ้าย	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

- ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
- พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ พร้อมระบุชื่ออยู่วุฒิการศึกษาสูงสุด ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน

(*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและอีเมล รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

3. บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา ความยาวไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
4. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
5. หากมีภาพ แผนภาพ แผนภูมิ (กราฟ) หรือตาราง เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพแผนภาพ แผนภูมิ และตาราง ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
6. การใช้ภาษาเขียน มีแนวทางดังนี้
 - 6.1 คำเดียวกัน เช่น ชื่อตัวแปรที่ศึกษา ต้องเขียนให้เหมือนกันในทุกแห่ง
 - 6.2 คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บ โดยใส่เฉพาะเมื่อกล่าวครั้งแรก (ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัย ให้เริ่มตั้งแต่หัวข้อบทนำ) ดังนั้น การเขียนครั้งแรก ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงคำภาษาไทย
 - 6.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
7. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
8. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้เหนือภาพนั้นๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้นๆ ด้วย
9. เขียนเอกสารอ้างอิงให้ถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหาและเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
10. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยความยาวต้นฉบับไม่เกิน 20 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 15 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร
11. ไฟล์ต้นฉบับบันทึกเป็นชนิด Word 97-2003 Document

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับแต่ละประเภท

1. บทความวิจัย มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
 - 1.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ใต้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

1.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) แบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกเขียนเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยโดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง (ระบุว่าเป็นใคร พร้อมจำนวน) เครื่องมือการวิจัย (ระบุชื่อเครื่องมือตามลำดับ พร้อมค่าความเชื่อมั่น) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุว่าการดำเนินการเมื่อใด) และการวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุชื่อสถิติที่ใช้) ย่อหน้าที่ 2 เขียนเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

1.5 บทนำ เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 วัตถุประสงค์การวิจัย เขียนเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยระบุเป็นข้อ ๆ

1.7 สมมติฐานการวิจัย (หากมี) ระบุเป็นข้อ ๆ

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย เขียนคำบรรยายเกี่ยวกับแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย และตัวแปรที่ศึกษา แบบกระชับและเข้าใจง่าย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และเขียนแผนภาพที่แสดงตัวแปรที่ศึกษา

1.9 วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อย่อย ตามลำดับดังนี้

1.9.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง) การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1.9.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองให้แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ระบุที่มาชื่อกิจกรรมแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ รายละเอียดกิจกรรม และสื่อที่ใช้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล หรือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุที่มา จำนวนข้อ ลักษณะคำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน ส่วนการวิจัยประเภทอื่น ๆ ให้เขียนเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับตัวแปรที่ศึกษา โดยเขียนทำนองเดียวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น

1.9.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่ได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เขียนอธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม

1.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อมูลแต่ละส่วนพร้อมระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี)

1.10 ผลการวิจัย เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยที่นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบการบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง หากตารางยาวเกิน 1 หน้า ให้ใส่ชื่อตารางเดิม และระบุคำว่า ต่อ ในวงเล็บ () ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ M และ SD ตามลำดับ

1.11 อภิปรายผล อธิบายเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยเป็นเช่นนั้น ตามด้วยการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ โดยระบุว่าผลการศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นอย่างไร

1.12 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากมีมากกว่า 1 ประเด็น ให้ระบุเป็นข้อ ๆ

1.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้

1.14 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

2. บทความวิชาการ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

2.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

2.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-16 บรรทัด ประกอบด้วย 1) การเกริ่นนำเกี่ยวกับเรื่องที่เขียน 2) การเน้นประเด็นที่เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหา และ 3) การสรุปสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงถึงแนวทางการปฏิบัติและประโยชน์ที่ได้รับ

2.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

2.5 บทนำ เขียนอธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียนและจุดประสงค์
การเขียน

2.6 เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม

2.7 บทสรุป สรุปสาระสำคัญ

2.8 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล และสาขาที่
เกี่ยวข้อง

2.9 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการ
ครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

คำแนะนำการเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

การเขียนอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 โดยแบ่งออกเป็น การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (reference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ และการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1.1 ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

1.2 ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น นรากร สารีเหล็ก และคณะ (2562).....

..... (Pratkanis et al., 1989)

1.4 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงานที่มีชื่อย่อ ให้ใส่ชื่อเต็มหน่วยงาน ตามด้วยชื่อย่อในวงเล็บ และตามด้วยปีพิมพ์ โดยมีรูปแบบดังนี้ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ระบุชื่อเต็ม (ชื่อย่อ, ปีพิมพ์) ส่วนการอ้างอิงท้ายข้อความ ระบุรายละเอียดในวงเล็บ (ชื่อเต็ม [ชื่อย่อ], ปีพิมพ์) สำหรับการอ้างอิงครั้งต่อ ๆ ไป ให้ระบุเฉพาะชื่อย่อและปีพิมพ์ เช่น

การอ้างครั้งแรก: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565)
กล่าวถึง...

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป : สสส. (2565) กล่าวถึง...
การอ้างครั้งแรก:(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.],
2565)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป:(สสส., 2565)
การอ้างครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2019).....
การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: WHO (2019)
การอ้างครั้งแรก: (World Health Organization [WHO], 2019)
การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: ...(WHO, 2019)

1.5 การเขียนอ้างอิงเอกสารที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความมีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก รูปแบบการเขียนอ้างอิงให้ใส่ชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความในเครื่องหมายอัญประกาศ “ ” ตามด้วยปีพิมพ์ ดังนี้

การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ: “ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”
(ปีพิมพ์) เช่น

“คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด”, 2562) ได้กล่าวถึง.....
การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ: (“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”,
ปีพิมพ์) เช่น

... (“การวางแผนการพยาบาลเด็ก”, 2559)
การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป ให้เขียนเหมือนการอ้างครั้งแรก

1.6 การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้
.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทรคำ (2562) และจันทรา บัวสาม
(2559)....

.....หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน จรรยา, 2560; ศิริวรรณ มีคุณ, 2548)
.....การวัดที่มีประสิทธิภาพ (Johnson & Joseph, 1989; Steve et al., 2000)

1.7 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ
ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างอิงในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่ง และรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและการแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายในองค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิณุ พันธุ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

หมายเหตุ: การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาแต่ละส่วน หากใช้แหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงลำดับตามตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทย ขึ้นก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น ซึ่งการเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีพิมพ์คล้ายการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ระบุชื่อสกุล คั่นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้น และจุด (.) เว้นวรรค 1 เคาะ แล้วตามด้วย ชื่อกลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

2.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม

2.1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

2.1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย ชื่อ/สกุล และ/ชื่อ/สกุล. /(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ./&/สกุล,/อักษรย่อชื่อ. (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).
////////สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). *ทางเลือกกับความเหลื่อมล้ำของบริการ
ทำแท้งหลังแก้กฎหมาย*. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bacon

2.1.3 ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, และชื่อผู้แต่งคนที่ 20. (ปีพิมพ์).
ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อมราภรณ์ หมีปาน, ศิริพร สว่างจิต, ไพจิตร เพิ่มพูล, เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, จุฑารัตน์
บันดาลสิน, นัยนา วงศ์สายตา, กุสุมา กังหลี, นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ, และสุชาดา
ศรีโยธี. (2566). *หลักการพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาล
เบื้องต้น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก.

Hinkle, J. L., Cheever, K.H., & Overbaugh, K. J. (2022). *Brunner & Suddarth's
textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

2.1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16,
ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19,...ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง
(พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, ฉันทิกา จันทรเปี้ย, ทศนี ประสพกิตติคุณ, นงลักษณ์ จินตนาดีลิก, บุญเพียร จันทวัฒนา, บัญจรงค์ สุขเจริญ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ยุวดี พงษ์สารนันท์-กุล, วณิดา เสนะสุทธิพันธุ์, วิรัตน์ ตั้งใจรบ, วิไล เลิศธรรมเทวี, วีรยา จึงสมเจต-ไพศาล, ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, สมพร สุนทราภา, สมหญิง โควสวนนท์, สุดารัตน์ สุวรรณทေးคุปต์, อาภาวรรณ หนูคง, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, อรุณรัศมี บุญนา, ... อุดมญา พันธนิศย์. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.1.5 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงาน นิติบุคคล ให้ลงที่ชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานรอง โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานรอง หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์หนังสือ ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ไม่ต้องระบุ ให้เว้นว่าง

ชื่อหน่วยงาน 1-2 ระดับ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มือ
อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association.
[https://doi.org/ 10.1037/0000168-000](https://doi.org/10.1037/0000168-000)

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. สืบค้นจาก url

ตัวอย่าง

พรณี ปานเทวัญ, อภิญญา อินทรรัตน์, และองค์อร ประจันเขตต์. (2566). *พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*.
สืบค้นจาก <https://elibrary-bcnsurin.cu-elibrary.com>

2.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ เป็นผู้รับผิดชอบ

ชื่อผู้แต่ง. (บ.ก./Ed./Eds.). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สัมพันธ์ สันทนาคณิต, สุมาลี โพธิ์ทอง และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (บ.ก.). (2560).
ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและ
พื้นฐานวิชาชีพ.
IgnataVICIUS, D. D., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (Eds.). (2024). *Medical-
surgical nursing: Concepts for clinical judgment and collaborative care*
(11th ed.). Elsevier.

2.4 บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น.xx-xx/p./pp.xx-xx).
สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แฉ่งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แฉ่งบำรุง (บ.ก.),
ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546 (น. 21-26). โรงพิมพ์
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes,
& K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary
reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

2.5 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอราวรรณ์. (2549). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). *A structural equation model on core competence of nursing students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

2.6 รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ทอภิมาน (Meta-analysis). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 บทความวารสาร

บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกมลเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เฉลิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผลของตำรับอาหารไทยมีเอกลักษณ์ที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี, 13(1), 284-301

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

บทความในวารสาร อีเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม. (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมาน
ความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและ
ระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ลัญฉวรรณะกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมี
วิจารณ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพ
ทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
[ฉบับพิเศษ], 46(4), 1–17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้า
บทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชพร เจริญวานิชกูร และ ไพโรจน์ น่วมนุ่ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้น
แบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ
ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์*
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88–100.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

2.8 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com>

2.9 เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

*กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

*กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ปีเท่านั้น

*กรณีที่ชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

อัคริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

2.10 ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(ปี,/วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ

โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ
2. เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศเรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล) โดยไม่ใส่หมายเลขกำกับ หากอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรตัวถัดมาเรื่อย ๆ
3. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวหรือคณะเดียวกัน ในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ และหากปีที่พิมพ์เป็นปีเดียวกัน ให้ใช้อักษร ก ข ค ... (หากเป็นภาษาต่างประเทศ ให้ใช้อักษร a b c ...) กำกับหลังปีที่พิมพ์ เช่น 2565ก 2565ข 2019a 2019b
4. หากผู้แต่งชื่อแรกเป็นคนเดียวกันในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ โดยมีทั้งรายการที่เป็นผู้แต่งคนเดียวและรายการที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากนั้นน้อยไปหามาก เช่น

อาภาพร เฝ้าวัฒนา. (2566).

อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. (2554).

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบและ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>
2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)
3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์ นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไข ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน จำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2567)

