



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง ของพยาบาลวิชาชีพเครือข่าย
บริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น

วิจิตรตา อัดชู อภิญญา จำปามูล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโนนประดู่
จังหวัดนครราชสีมา

พรวิวัฒน์ ชื่นใจเรือง สมชาย ชัยจันทร์ ธนกร ปัญญาใสโสภณ

การสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565

กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ ศันสนีย์ ชัยบุตร ปณิตดา มุลาสินห์

สถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประกายแก้ว ศิริพูล ไพรินทร์ ยอดสุบัน เรืองอุไร อมรไทย

อรรถพงษ์ ฤทธิทิศ เวหา เกษมสุข นิตยา บัวสาย นลินี กีนาวงศ์

ชลิตดา ชันแก้ว สุภา เฟงพิศ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

อนุชา ไทยวงษ์ อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร

ปริยาภรณ์ ชนะผลชัยภักดิ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

ปราณีต พิพิธกุล นุสรา เผ่าหัวสระ จักรินทร์ เคนรัง พิทรินทร์ บุญเสริม

บุปผา แก่นชัยภูมิ อณัญญา ลาลุน

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักร้อยต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี
อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ อัจฉรา มิตรเมือง อรพิน สว่างแจ้ง

ธาราวดี สิริสุขลาโก ภักรวดี สุวรรณ พันทิวา เกียนขาว สุจิตรา บ้านภูมิ

ชื่อเดิม: วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Former name: Journal of Nurses Association of Thailand Northeastern Division

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2565-2567

นายกิตติมศักดิ์

นางสาวศศิธร ชำนาญผล

กรรมการกิตติมศักดิ์

รศ. รัตนา ทองสวัสดิ์ นางเบ็ญจา รัตนากร
รศ.ดร. ครุณี รุจกรกานต์ นางสาวลำพูน สุวรรณภู
รศ.ดร. ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา

กรรมการที่ปรึกษา

รศ. ดร. สายหยุด นิยมวิภาด นางอภิญา อินทรกำแหง
นางนวลจันทร์ ประเคนรี รศ.ดร. สมจิต แคนสีแก้ว
ดร. ปาริชาติ มาลัย ดร. ปัทมา ผ่องศิริ
นางสาวอรชร มาลาหอม นางสาวชูศรี คุชย์สิทธิ์
ศศ.ดร. พัทตร์วิไล ศรีแสง นางวงเดือน ภูเขา
นางอรวรรณ เมฆวิชัย
นางสาวเอื้อมพร กาญจนรังสิชัย
นางสุชาดา เสตพันธ์
ดร. วัชรী อมรโรจนีวรวุฒิ
นางวันเพ็ญ เชาว์เชิง

คณะกรรมการอำนวยการ

ศศ.ดร. เสาวมาศ คุณล้าน ถิ่นอนาคี นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ดร. สุเพียร โภคทิพย์ อупนายกฯ เขตอุบลราชธานี
นางไพรวลัย พรมที อупนายกฯ เขตขอนแก่น
นางสาวสิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์ อупนายกฯ เขตนครราชสีมา
ดร. เอมอร บุตรอุดม เลขาธิการและประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน ประธานฝ่ายวิชาการ
นางสาววีระนุช มยุเรศ ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ เขตอุบลราชธานี
ศศ.ดร. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล* ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและวารสาร เขตขอนแก่น
นางสาวสุกัญญา ศรีสง่า* ประธานร่วมฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ เขตนครราชสีมา
ดร. จงกลนี เรืองอัมพร ประธานฝ่ายวิจัย
นางศิริทิพย์ สงวนวงศวาน ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตอุบลราชธานี
ดร. นริลักษณ์ สุวรรณโนบล* ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตนครราชสีมา
รศ.ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย ประธานฝ่ายวารสาร
ศศ.ดร. รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ* ประธานร่วมฝ่ายวารสารและวิเทศสัมพันธ์ เขตอุบลราชธานี
นางสาวสายนาท พลไชโย ประธานฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล นครราชสีมา
นางนุชจรรย์ หอมนาน* ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพ และบริการพยาบาล เขตขอนแก่น
นางศิรินาถ นามจันทรา ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล เขตอุบลราชธานี
นางรจนา วรวิทย์ศรางกูร ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์
นางนุชนาถ อุดมญาติ* ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ เขตนครราชสีมา
นางสุมาลี สุขไช ประธานฝ่ายสวัสดิการและหารายได้
นางณฤดี ทิพย์สุทธิ* ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตขอนแก่น
นางจุฑารัตน์ สุพรรณจิตวนา* ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตอุบลราชธานี
นางสาวรังษี มารไสว* เหรียญก
นางครุณี บุ่งทอง* เหรียญก เขตอุบลราชธานี
นางธนิดา ดั่งยิ่งยง* ประธานร่วมฝ่ายทะเบียน เขตอุบลราชธานี
นางรัตจนา สิงห์คำมา ผู้ช่วยเลขาธิการและผู้ตรวจสอบบัญชี
นางสาวยุวดี เทียมสุวรรณ ผู้ตรวจสอบบัญชี
นางพรรณนา แมคสถาน ผู้ช่วยนายทะเบียนและกิจกรรมพิเศษ
นางสาวบุญส่ง หาทวยการ ผู้ช่วยเหรียญก
ดร. ทรงสุดา หมั่นไรสง ประธานฝ่ายทะเบียน

หมายเหตุ *หมายถึง คณะกรรมการที่มาจากการแต่งตั้ง

บรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2562-2564

ที่ปรึกษา	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เจ้าของ	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต แคนสีแก้ว	คมปดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาสนา รวยสูงเนิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คลวิวัฒน์ แสนโสม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬารณม์ ตั้งภักดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล สิงห์ดง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราทิพย์ แก่นการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปี้ยชื่อ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณชนก จันทชุม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณิ์ เดียวอิศเรศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยัง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทรารณณ์ ทุงปิ่นคำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ วิจิตรา เสนา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ ดร. รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย วัฒนสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ ดร. ทิพรัตน์ อุดเมืองเพี้ย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์นพนันท์ ชัยภูมิ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางรานี แสงจันทร์นวล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ปราณี แสดคง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
อาจารย์เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
นางสาวภาณุมาศ หาญสุรีย์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
นางสาวชุตินันท์ ไก่ฟ้า สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

http://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned

Email: jnatned@gmail.com โทร. 080-8952065



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH CARE

เจ้าของ ที่ปรึกษา

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวมาศ คุณฉ้วน เกื้ออนาคัต

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล

รองศาสตราจารย์ ดร. สัจจิตรา เหลืองอมรเลิศ

ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์

รองศาสตราจารย์ ดร. ตรุณี รุจกรกานต์

เกษียณอายุราชการ

นายกสภาการพยาบาล

เกษียณอายุราชการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรีทิรา เจียรณชัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมมุกตลกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภารัตน์ เลิศวิทยากุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมรภพ บรรหารักษ์

อาจารย์ ดร. ปรางทีพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

อาจารย์ ดร. จุฬารัตน์ หัวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปรมแมน

ศาสตราจารย์ ดร. เกษราวัลณ์ นิลวงกูร

ศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี

Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasirat

รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข ศิริพล

รองศาสตราจารย์ ดร. ภทราภรณ์ ภัทรสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร. มาริสา ไกรฤกษ์

รองศาสตราจารย์ ดร. อัมพรพรรณ ชีรานูตร

รองศาสตราจารย์ ดร. เสาวคนธ์ วีระศิริ

รองศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโน

รองศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวางกูร

รองศาสตราจารย์ ดร. บุรทิน ชำภิรัฐ

ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาสนา รวยสูงเนิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬารัตน์ ตั้งภักดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เจนเนตร พลเพชร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิตมา ผูกพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรัณญา จุฬาริ

อาจารย์ ดร. สาดิ แสมมิลตัน

อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี

Mr. Kent Dale Hamilton

ดร. ศศิมา ทองสาย

ดร. เอกชัย ภูผาใจ

ฝ่ายจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนภรณ์ สิริศรี

อาจารย์ ดร. ศุภาวดี แก้วเพ็ญ

อาจารย์ ดร. ทรงสุดา หมั่นไธสง

อาจารย์ ดร. กชกร เพ็ญชัย

นายนิพนธ์ วาดาดา

นางสาวนุชพร คุ่มใหม่

นายอรรถพล ริมพันธ์นิล

นางสาวกานูมาศ หาญสุรีย์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

นักวิชาการอิสระ

สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลยางตลาด

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์อื่น ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้านำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ข้อเขียนหรือบทความใด ๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. ผศ.ดร. สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ | 9. อ.ดร. ดาราวรรณ ร่องเมือง |
| 2. ผศ.ดร. น้ำอ้อย ภัคติวงศ์ | 10. อ.ดร. ภัทรพร สฤษขสมบัติ |
| 3. ผศ.ดร. สมรภพ บรรหารักษ์ | 11. อ.ดร. นุสรา ประเสริฐศรี |
| 4. ผศ.ดร. ทิพมาส ชินวงศ์ | 12. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ |
| 5. ผศ.ดร. วารี กังใจ | 13. ผศ.ดร. จิตภา ผูกพัน |
| 6. อ.ดร. จินตนา ตาปิ่น | 14. ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ |
| 7. ดร. เกษร แถวโนนงิ้ว | 15. ผศ.ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ |
| 8. ผศ.ดร. ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ | 16. ผศ.ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์ |



สารบัญ

บทบรรณาธิการ		4
บทความวิจัย		
❖ ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองระยะกลาง ของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น	วินิจตรา อัดชู อภิญญา จำปามูล	5
❖ การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโนนประดู่ จังหวัดนครราชสีมา	พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง สมชาย ชัยจันทร์ ธณกร ปัญญาใสโสภณ	15
❖ การสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565	กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ คັນสนีย์ ชัยบุตร ปนัดดา มุลาสินน์	25
❖ สถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ในชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพ	ประกายแก้ว ศิริพุด ไพรินทร์ ยอดสุบัน เรื่องอุไร อมรไชย อรรถพงษ์ ฤทธิทิศ เวหา เกษมสุข นิตยา บัวสาย นลินี กินาวงศ์ ชลิตดา ชันแก้ว สุภา เฟ่งพิศ	34
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต	อนุชา ไทยวงษ์ อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร ปรียาภัทร์ ชนะผลชัยภักดิ์	44
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต่อ พฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท	ปราณีต พิพิฑกุล นุสรรา เผ่าหัวสระ จักรินทร์ เคนรัง พิทธิรินทร์ บุญเสริม บุปผา แก่นชัยภูมิ อณัญญา ลาลูน	54
❖ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ อัจฉรา มิตรเมือง อรพิน สว่างแจ่ม ชาราวดี สิริสุขลาโก ภัทรวดี สุวรรณ พันทิวา เทียนขาว สุจิตรา ป้านภูมิ	63
❖ อื่น ๆ		
❖ คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		



Unบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นวารสารที่เราเผยแพร่ออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง จากที่ดิฉันได้นำเรียนแก่ท่านผู้อ่านว่า ปี พ.ศ. 2565 นี้เรามีการปรับโฉม การทำงานของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพใหม่ ตั้งแต่การปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงาน แบบฟอร์มต่าง ๆ อัตราค่าธรรมเนียม ตลอดจนคำแนะนำการเตรียมบทความใหม่ โดยเราได้เริ่มดำเนินการบางอย่างในการดำเนินงานฉบับนี้ ไปบ้างแล้ว และจะค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงในฉบับต่อ ๆ ไป คาดว่าจะเสร็จสมบูรณ์ในการดำเนินงานฉบับที่ 4/2565 ในส่วนของการประเมินคุณภาพของบทความที่ส่งมาตีพิมพ์กับวารสารอย่างเข้มข้นเหมือนเดิม สำหรับวารสารฉบับนี้เรามีผลงานตีพิมพ์ มาฝากพี่น้องพยาบาลให้ร่วมภูมิใจในความเก่งของพยาบาลจากทั่วประเทศไทยที่ได้พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระบบบริการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงพัฒนาการศึกษาพยาบาล บทความวิจัยที่นำมาเผยแพร่ในฉบับนี้จำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วยสาระสำคัญด้าน การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ การติดเชื้อ ปัญหา การรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก ความรอบรู้ทางสุขภาพ โรคไตเรื้อรัง การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ภาวะเสี่ยงน้ำหนัก ตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งทั้ง 7 เรื่อง ได้การพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและพิจารณาแล้วว่ามีคุณค่าทางวิชาการ

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมความสามารถของพี่น้อง พยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคม จึงขอเรียนเชิญพี่น้อง พยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสารโดยการสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ และร่วมส่งบทความ มาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ของวิชาชีพต่อไป

สุดท้ายนี้ดิฉันใคร่ขอประชาสัมพันธ์ การประชุมสามัญสังฆกร ครั้งที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2565 ของสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่จะจัดขึ้นวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ณ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ดิฉันจึงใคร่ขอเชิญชวนทุกท่านลงทะเบียนฟังวิชาการ ในการประชุมวิชาการครั้งนี้ มีทั้งแบบ on line และ on site เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ฝ่ายวารสาร ฯ จะเปิดบริการรับคำปรึกษาเรื่องการเตรียมบทความเพื่อตี พิมพ์ในวารสารแก่ผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย แล้วพบกันนะคะ

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย

บรรณาธิการ





ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น

วินิตตรา อัดชู พย.ม.*
อภิญญา จำปามูล PhD**

(วันรับบทความ: 19 กรกฎาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 23 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 23 สิงหาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบการพยากรณ์ (Predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความยึดมั่นผูกพันในงานและปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลางของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง สังกัดกลุ่มงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 13 โรงพยาบาล จำนวน 220 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 2) ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน 3) ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย และ 4) การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง ของพยาบาลวิชาชีพ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2 3 และ 4 เท่ากับ 0.94, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงานด้านความกระตือรือร้น และความจดจ่อใส่ใจ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง ได้ร้อยละ 42.10 ($R^2=0.421$)

คำสำคัญ: ความยึดมั่นผูกพัน การจัดการหอผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง พยาบาลวิชาชีพ

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Winittra_ut@kkumail.com Tel: 086-8639659



Selected Factors Influencing Registered Nurse's Compliance with Intermediate Care Guideline for Patients with Traumatic Brain Injury, Khon Kaen Provincial Health Service Network

Winittra Utchoo M.N.S.*

Apinya Jumpamol PhD**

(Received Date: July 19, 2022, Revised Date: August 23, 2022, Accepted Date: August 23, 2022)

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine the influence of selected factors on registered nurse's compliance with intermediate care guidelines for patients with a traumatic brain injury (IMC-TBI) in the Khon Kaen Provincial Health Service Network. The selected factors included (1) individual factors, (2) work engagement, and (3) ward management. The study sample was 220 Registered Nurses (RNs) who had one-year or more nursing experience and were currently involved in, or assigned to be responsible for, the care of patients with IMC-TBI in one of the 13 hospitals in the network. The multiple-stage sampling method was chosen for this study. Data were conducted between April and May 2022. There were four study questionnaires used in this study, one each for: 1) individual factors, 2) work engagement 3) ward management, and 4) compliance with the guidelines for patients with IMC-TBI. Reliability of the second, third, and fourth questionnaires were 0.94, 0.94, and 0.97, respectively. Data were analyzed using frequencies, distributions, percentages, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that ward management, as well as the vigor and absorption dimensions of work engagement, jointly predicted the RN's compliance with IMC-TBI patient care guidelines ($p < .01$). These three independent variables jointly explained 42.10% total variance in the compliance of the RN's with the IMC-TBI patient care guidelines.

Keywords: work engagement, ward management, Intermediate care of traumatic brain injury patients, registered nurses

*Master's degree student (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant Professor, Department of Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding Author Email: Winittra_ut@kkumail.com Tel: 086-8639659



บทนำ

สภาวะสุขภาพของประชาชนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าร้อยละ 55 เสียชีวิตต่ำกว่าอายุ 70 ปี¹ จากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดขอนแก่นในปี 2560-2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 23.14, 20.21 และ 25.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ² ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เข้ารับบริการมากขึ้นในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เกิดความแออัด บางครั้งเกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาล มีภาวะแทรกซ้อน³ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหว มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประสบความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งต่อกลับไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้น้อย ในขณะที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งมีอัตราการครองเตียงต่ำ การใช้ทรัพยากรด้านการครองเตียงไม่เหมาะสม จากสภาพปัญหาดังที่กล่าวมา กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางขึ้น โดยให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย รับผู้ป่วยพ้นวิกฤตมาดูแล เน้น 3 โรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาบริการพยาบาลในพื้นที่ให้บริการเป้าหมายคือ ประชาชนปลอดภัย พื้นหาไม่เกิดภาวะทุพพลภาพสามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข³

จากการสรุปข้อมูลการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง (Intermediate care Traumatic Brain Injury: IMC-TBI) ในภาพรวมของจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI คือยังไม่บรรลุตัวชี้วัด ขาดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ให้บริการและการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI โดยผลลัพธ์การติดตามผู้ป่วย Traumatic Brain Injury ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่นที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index=20 ร้อยละ 45 (ตัวชี้วัด Service plan Intermediate care (IMC)

พ.ศ.2562 เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 65) และผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ร้อยละของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้เท่ากับร้อยละ 80 (ตัวชี้วัดกองการพยาบาล พ.ศ.2562 เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ และมีผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admit) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.2

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตลอด 24 ชั่วโมง มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด⁴ สอดคล้องกับเป้าหมายตามแนวทางการดำเนินการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วย IMC-TBI ซึ่งกองการพยาบาลได้กำหนดให้การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดในคุณภาพทางการพยาบาล⁵ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย IMC-TBI ในงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน ตามแนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง⁶ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง 6) การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ 7) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล 8) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และ 9) การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI พยาบาลต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และเจตคติให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ข้อมูลที่พบจากการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ^{7,11} ระดับการศึกษา^{7,8,11} ประสบการณ์ในการทำงาน⁷⁻¹¹ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย¹¹ และการฝึกอบรม/ ประชุมวิชาการ^{7-9,11} ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน (Work engagement) รวมถึงปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วยที่เอื้อต่อการจัดบริการพยาบาล ได้แก่ การจัดหอผู้ป่วย IMC การมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ การบริหารอัตรากำลังและการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาบริการพยาบาลผู้ป่วย IMC-TBI ในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อ



การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลนำเข้าไปเพื่อนำเสนอผู้บริหารในการผลักดันเชิงนโยบายส่งเสริมการปฏิบัติตามพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI เพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานบริการแบบครบวงจร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงานและปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงานและปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย ในการร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของแนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁶ ในการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์และส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย ตัวแปรสำคัญ 9 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ⁷ ระดับการศึกษา^{7,8,11} ประสบการณ์ในการทำงาน⁷⁻¹¹ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย¹¹ และการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการ^{7-9,11} ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน (Work engagement) ประกอบด้วย 1) ความกระตือรือร้น (Vigor) 2) ความทุ่มเทอุทิศ (Dedication) 3) ความจดจ่อใส่ใจ (Absorption)¹² และปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย⁶

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบการพยากรณ์ (Predictive correlational design) ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI สังกัดงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น จำนวน 13 โรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง: ได้จากการประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7¹³ กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ในการทดสอบแบบสองทาง กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.18 เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีค่า Effect size เท่ากับ 0.18-0.21 จึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด⁹ โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test)¹⁴ ที่ .80 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 คน แต่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอในการทำนายของสมการถดถอยเชิงพหุ¹⁵ จึงใช้สัดส่วนตัวแปรอิสระต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 1 ต่อ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ คือ 180 ราย เพิ่มขนาดเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 25⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 220 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multiple stage sampling) เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลได้รับการตอบกลับและมีความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 220 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: เครื่องมือมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI และการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในงานและแบบสอบถามการจัดการหอผู้ป่วย ปัจจัยด้านความยึดมั่นผูกพัน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ สุภาพร เหมือนละม้าย¹⁶ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ ซอฟเฟอลี และแบคเกอร์¹² มีจำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม รวมจำนวน 25 ข้อ เป็น



ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ มี 5 ระดับ คือ ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ตามลำดับการแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันในงานและมีการจัดการหอผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลางดีมาก และดีมากที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^๑ จำนวน 38 ข้อประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 9 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง 6) การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ 7) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล 8) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และ 9) การบันทึกทางการพยาบาล เป็นลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบมี 5 ระดับ คือข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงน้อยที่สุดหรือไม่เป็นจริงเลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ การแปลความหมายแบ่งเป็น 5 ระดับ คือปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ในระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แล้วคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถามปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน แบบสอบถามการจัดการหอผู้ป่วย และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ค่า CVI เท่ากับ 0.96, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน แบบสอบถามการจัดการหอผู้ป่วยและการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI เท่ากับ 0.94, 0.94 และ 0.97 ตามลำดับ

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2565

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ HE652021

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยประสานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือการทำวิจัย โดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบ QR code ถึงผู้ประสานงานแต่ละโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อ QR code แบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามที่ส่งมาถึงผู้วิจัยโดยตรง ให้ความเวลาในการทำแบบสอบถามออนไลน์ 2 สัปดาห์ แบบสอบถามระบุเป็นรหัส โดยที่ผู้ตอบไม่ต้องลงชื่อ มีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 3) ทำนายหรือพยากรณ์ตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตาม ใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการ

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 220 คน อายุโดยเฉลี่ย 32 ปี (SD=7.63) อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปีมากที่สุด คือ ร้อยละ 53.20 และมีอายุมากกว่า 50 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.10 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96.36 ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 9.04 ปี (SD=6.90) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI เฉลี่ย 4.53 ปี



(SD=4.80) ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI คิดเป็น ร้อยละ 88.64

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI

พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$, SD=0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ทุกด้านของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ใน

ระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}=4.16$, SD=0.62) รองลงมาคือ การปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X}=4.11$, SD=0.62) การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ ($\bar{X}=4.10$, SD=0.64) การวางแผนการพยาบาล ($\bar{X}=4.04$, SD=0.66) และการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ($\bar{X}=3.94$, SD=0.63) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้านของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI (n=220)

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI	\bar{X}	SD	การแปลผลระดับ
1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	3.94	0.63	มาก
2) การวินิจฉัยการพยาบาล	4.00	0.67	มาก
3) การวางแผนการพยาบาล	4.04	0.66	มาก
4) การปฏิบัติการพยาบาล	4.11	0.62	มาก
5) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	4.16	0.62	มาก
6) การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ	4.10	0.64	มาก
7) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	4.01	0.74	มาก
8) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	4.01	0.69	มาก
9) การบันทึกทางการพยาบาล	4.03	0.69	มาก
รวม	4.04	0.66	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงาน ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI

พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI และการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความยึดมั่นผูกพันในงานด้านความกระตือรือร้น ด้านความทุ่มเทอุทิศ และด้านความจดจ่อใส่ใจ ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r=0.552$, 0.535 และ 0.567 ตามลำดับ) ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทาง

บวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ ($r=0.582$, $p\text{-value} < 0.05$)

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ได้แก่ ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย ปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงานด้านความกระตือรือร้น และด้านความจดจ่อใส่ใจ อธิบายการผันแปรของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ได้ร้อยละ 42.10 ($R^2=0.421$) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น (n=220)

	ตัวแปรพยากรณ์	B	SE (b)	Beta (β)	t-value	P-value
	(Constant)	78.81	6.51		12.01	.000
1.	ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย	1.137	.216	.350	5.253	.000
2.	ปัจจัยความยืดหยุ่นผูกพันในงานด้านความกระตือรือร้น	1.085	.485	.197	2.237	.026
3.	ปัจจัยความยืดหยุ่นผูกพันในงานด้านความจดจ่อใส่ใจ	.941	.449	.192	2.096	.037

F=52.451 (Sig=0.000) df=219 R=.649 R²=.421 R²_{adj}=.413

*p-value <.01

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาระดับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่นพบว่า โดยรวมของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่น ทั้ง 9 ด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรกคือด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย IMC-TBI มีรูปแบบการจำหน่ายที่ชัดเจน (D-Method) โดยการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ไปอยู่ที่บ้าน โดยมุ่งเน้นมิติฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณช่วยให้ฟื้นหายจากโรค ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ พิทักษ์ภากร¹⁸ พบว่า ระดับการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก เนื่องจากกระบวนการพยาบาล เป็นหัวใจของการให้การพยาบาล แสดงเอกลักษณ์ความเป็นวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและอธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลกำหนดขึ้น สำหรับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติน้อยที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพต้องใช้เวลามากในการ

ประเมินปัญหา สอบถามข้อมูล ตรวจร่างกายซ้ำ วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมินพร้อมทั้งระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน/สำคัญ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เป้าหมายสูงสุดคือให้ผู้ป่วยฟื้นหาย และลดความพิการสามารถปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความยืดหยุ่นผูกพันในงานและปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI อธิบายได้ว่า ผู้ป่วย IMC-TBI จะถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนเมื่อมีอาการคงที่ และการดูแลผู้ป่วยใช้สมรรถนะพื้นฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เช่น การดูแลแผลกดทับ การสอนและฝึกทักษะการสวนปัสสาวะ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ทุกคน นอกจากนี้การสอนหน้างาน (On the job training) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเพิ่มพูนทักษะการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย IMC-TBI ได้ ปัจจัยความยืดหยุ่นผูกพันในงานโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ (r=0.591, p-value < 0.05) อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีความยืดหยุ่นผูกพันในงานจะก่อให้เกิดผลดีต่อบุคคลและ



คุณภาพการบริการผู้ป่วย IMC-TBI คือทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเต็มใจ ภูมิใจ มีแรงบันดาลใจ และรู้สึกท้าทาย ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษา รุจิรงค์ วรณรัตน์¹⁰ พบว่าความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r=.641$) และปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ ($r=0.582$, $p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่าการสนับสนุนการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละบริบทพื้นที่ของการดูแลผู้ป่วย เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะกลาง

3. ผลการทดสอบปัจจัยคัดสรรที่ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ปัจจัยการจัดการหอผู้ป่วยร่วมกับปัจจัยความยึดมั่นผูกพันในงานด้านความจดจ่อใส่ใจ และด้านความกระตือรือร้น สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 42.10 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือตัวแปรการจัดการหอผู้ป่วยสามารถอธิบายการผันแปรตัวแปรการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 33.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย เขียวเจริญ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย วิชารา รุ่งไพบูลย์และชัยโรจน ซึ่งสนธิ¹⁹ พบว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือควรมีการพัฒนาบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ต่างๆเพื่อรองรับการให้บริการ Intermediate care ในสถานบริการทุกระดับต่อเนื่องจนถึงในชุมชน และการศึกษาของ ธัญพร ชื่นกลิ่น, นงนภัทร รุ่งเนย, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย²⁰ พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนและกำกับติดตามต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมีความมุ่งมั่นตั้งใจทำงานและด้านระบบบริการคือมีหอผู้ป่วย IMC สำหรับผู้ป่วยตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bogaert,

และคณะ²¹ พบว่าความยึดมั่นผูกพันในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะอยู่ปฏิบัติงานการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการจัดการหอผู้ป่วยทั้งในตึกโครงสร้างทางกายภาพในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนโดยกำหนดพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งรูปแบบ IMC Ward หรือ IMC unit จัดหาเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ วางแผนอัตรากำลังพยาบาล ให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกด้านในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีคุณภาพ

2. จากผลการวิจัยพบว่าความยึดมั่นผูกพันในงานด้านความทุ่มเทอุทิศ มีค่าเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารควรมีวิธีการสร้างความยึดมั่นผูกพันในงานกับพยาบาลวิชาชีพ มีระบบการเสริมสร้างกำลังใจสนับสนุนการฝึกอบรมที่จำเป็นต่าง ๆ ให้รู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้แสดงความคิดเห็นเพื่อมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ให้ความรู้ ยึดหยุ่นในการทำงาน สร้างสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงานให้ดีขึ้นและสื่อสารโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI ของพยาบาลวิชาชีพ อาทิเช่น ทักษะคิดของพยาบาลวิชาชีพ แรงจูงใจ ความพึงพอใจในงาน ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ บรรยากาศองค์กร สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีม ระบบพยาบาลที่เลี้ยง เป็นต้น และควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อจะได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับภาระงานที่รับผิดชอบ แรงจูงใจ ความเหนื่อยหน่าย จากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC-TBI เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเสื่อมถอยเพื่อจะได้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปวางแผนพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล ผู้ประสานวิจัยและบุคลากรโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล



ชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดขอนแก่นทุกท่าน
ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลการศึกษาครั้งนี้

References

1. Division of Non-communicable diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 5-Year National NCD Prevention and Control Strategic Plan (2017 - 2021) [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 03]. Available from: <http://thaincd.com/document/doc/plan> (in Thai).
2. Thai RSC, Central Company for Car Accident Victims Protection Co Ltd. Statistical data, the number of 3 years injured, died persons, on the use of the Act through the Central Company for Car Accident Victims Protection Co Ltd. [Internet]. 2012 [cited 2020 Dec 26]. Available from: <http://www.thairsc.com/p77/index.htm?provid> (in Thai).
3. Sathira-angura T, Atthachaiwat A, Kladjompong P. Guidelines for providing nursing services in Primary Care Cluster [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 05]. Available from: <https://govesite.com/uploads/2015/07231353166t5LR59/store/20190123120702/Zyh43jh.pdf> (in Thai).
4. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand. Guidelines for collecting indicators for improving nursing service quality for fiscal year 2018 [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://www.don.go.th/?download=1314> (in Thai).
5. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand. Guidelines for collecting indicators for improving nursing service quality for fiscal year 2019 [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 05]. Available from: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2019/01403220190130102848/bcabca6adb45b3933286330fb3b50d36.pdf> (in Thai).
6. Sathira-angura T, Wongsuvansiri S, Kladjompong P. Guidelines for providing nursing services for intermediate care patients [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://49.231.15.21/crhfileload/upload/files/nurseF256211180911025329.pdf> (in Thai).
7. Chunbang S, Wongvatunyu S, Aree-Ue, S. Selected factors related to nursing practice for preventing increased intracranial pressure in patients with brain surgery. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2013; 19(2): 264-76. (in Thai).
8. Kraison S, Krairiksh M. The relationship among personal factors of professional nurses, transformational leadership of Head Nurses and Nursing Quality Assurance Performance of professional nurses in Community Hospitals, Chaiyaphum Province. *Journal of Nurses' Association of Thailand, Northeastern Division*. 2012; 30(2): 32-9. (in Thai).
9. Chamlongchat S. The relationship among personal factors and perceived patient safety culture on standard precaution practice of professional nurses at community hospitals, Region 9. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2016.
10. Wanthanatas R. Factors affecting professional nurses' performance based on the nursing process at Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2016; 26(2): 103-15. (in Thai).
11. Kaewpaserd P. Personal characteristics and administrative factors affecting practice of registered nurses in Emergency Departments of Vientiane Metropolitan Government Hospitals. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2019. (in Thai).
12. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J. Happiness Stud*. 2002; 3(1): 71-92.



13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009; 41(4): 1149-60.
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis: A global perspective*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2010.
15. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: Principles and methods*, 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1991.
16. Muanlamai S. Alternative self-efficacy, job characteristics and organizational climate affecting work engagement of registered nurses at a private hospital [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=320170 (in Thai).
17. Juntachum W. *Nursing research: Sample selection and sample size determination*. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2002. (in Thai).
18. Pitukpakorn L. Factors affecting the performance of nursing process among professional nurses at Community Hospital in Kanchanaburi Province [Internet]. 2010 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=282124 (in Thai).
19. Khiaochaoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontipom C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under The Universal Coverage Scheme in Thailand. *Journal of Health Science*. 2015; 24(3): 493-509. (in Thai).
20. Chuenklin T, Rungnoei N, Kaeowichian N, Suthamchai B, Girdwichai W, Pannarunothai S. Evaluation of intermediate care to older adults in Thailand according to the Ministry of Public Health's policy [Internet]. 2000 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5263> (in Thai).
21. Van Bogaert P, Wouters K, Willems R, Mondelaers M, Clarke S. Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 20(8): 679-86.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโนนประดู่ จังหวัดนครราชสีมา

พรวิวัฒน์ ชื่นใจเรือง ปร.ด.*

สมชาย ชัยจันทร์ ปร.ด.**

ธณกร ปัญญาไสโสภณ ปร.ด.***

(วันรับบทความ: 20 กรกฎาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 23 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 23 สิงหาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโนนประดู่ จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ บุคลากรสุขภาพภาครัฐ ผู้ดูแลสุขภาพภาคประชาชน และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์สถานการณ์ พบ 3 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติในการจัดการสุขภาพเป็นแบบแยกส่วนและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุ 2) ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดแยกระดับการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการจัดการดูแลสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรฐาน และ 3) การดูแลขาดความต่อเนื่องและเป็นองค์รวมเนื่องจากฐานข้อมูลขาดการบูรณาการที่เชื่อมโยงการนำใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายการดูแล ส่วนแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพที่พัฒนาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและเป็นองค์รวม 2) การจัดการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน และ 3) การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและบูรณาการ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การนำแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงไปใช้โดยบุคลากรทีมสุขภาพและทีมเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการจัดการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและสอดคล้องกับวิถีการเจ็บป่วยแต่ละระยะอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง การมีส่วนร่วมของชุมชน

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

**อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: s.chaichan13@gmail.com Tel: 086-8644017



Development of Health Management Guidelines the Home-Bound and Bed-Bound older adults through Community Participation in Non-Pradu District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Pornpawee Chuen jairuang PhD*

Somchai Chaichan PhD**

Thanakorn Panyasaisophon PhD***

(Received Date: July 20, 2022, Revised Date: August 23, 2022, Accepted Date: August 23, 2022)

Abstract

The aim of this participatory action research was to develop health management guidelines for Home-Bound and Bed-Bound older adults through Community Participation in Non-Pradu District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The research consisted of two phases: 1) the situational analysis and 2) the developmental process. The key informants and participants were comprised of 3 groups including the government health care providers, lay-person caregivers and community leaders, and home-bond and bed-bound older adults with chronic illnesses and their families. Data collection was conducted using focus groups, in-depth interviews, and participant observations. Content analysis was used to analyze the data.

The situational analysis revealed three major findings, including 1) health management guidelines for the Home-Bound and Bed-Bound older adults were fragmented and not aligned with the older adults' lifestyles; 2) a lack of clear criteria for classifying what was an emergency situation in relation the older adults' illnesses resulting in older adults with emergency illnesses management needs not being provided with care that meets the standard of care; and 3) a lack continuity of care and holistic care management due to the lack of database synchronization among different databases within the older adults' health care network. The participatory developmental process resulted in the development of home-bound and bed-bound older adults health care management guidelines. The guidelines consists of three sections based on the situation analysis, including 1) participatory and holistic approaches; 2) Emergency care management for older adults; and 3) development of a care service system integrating continuing care for Home-Bound and Bed-Bound older adults. These findings suggested that the newly-developed health management guidelines for health care professionals and caregiving networks caring for Home-Bound and Bed-Bound older adults would help older adults receive holistic health care management and high quality health care that meets their needs across all stages of their illness's trajectory.

Keywords: guidelines, health management, Home-bound older adults, Bed-bound older adults, community participation

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rajabhat Sisaket University

**Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

***Assistant Professor, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

**Corresponding author, E-mail: s.chaichan13@gmail.com Tel: 086-8644017



บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,358,751 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นเพศ 5,974,022 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และเพศหญิง 7,384,729 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2576 จะเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” ซึ่งจะมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹ ในสถานการณ์สังคมสูงอายุ รัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ เห็นได้จากจากแผนบูรณาการขับเคลื่อนระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงอายุ พ.ศ. 2563-2565 ที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสุขภาพดีที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองและผู้อื่นรวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2) กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลันฟื้นฟูได้ เน้นการเข้าถึงระบบรักษาและฟื้นฟูที่มีมาตรฐานและครอบคลุม 3) กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และ 4) กลุ่มป่วยระยะสุดท้าย ต้องได้รับการบรรเทาความทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบ² ถึงแม้ภาครัฐตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงที่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากนโยบายแผนงานกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงพบว่าปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.0 ในปี พ.ศ. 2564 การอาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพัง ร้อยละ 21.1 ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาสุขภาพ³ อันมีสาเหตุเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือการมีอายุมากขึ้น การช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือดูแล ในขณะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุคือ ร้อยละ 59.9 รองลงมาเป็นคู่สมรสร้อยละ 23.0 ญาติร้อยละ 14.3 และเป็นบุคคลอื่นเพียงเล็กน้อยร้อยละ 2.8³ ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง แต่กลับพบว่าสมาชิกในครอบครัวเกิดทัศนคติต่อผู้สูงอายุในด้านลบมากขึ้น ด้วยมุมมองที่ว่า การมีผู้สูงอายุหรือบิดามารดาในครัวเรือนทำให้วัยแรงงานหรือผู้มีงานทำคนอื่นในบ้านทำงานได้น้อยลง เพราะต้องสละเวลาเพื่อดูแลประชากรสูงวัยในครอบครัว

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2565

มากขึ้น และบทบาทของผู้สูงอายุในครัวเรือนไม่ได้สนับสนุนการทำงานของคนในครอบครัวอย่างชัดเจนนัก⁴ ทำให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพที่แย่งจนกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีภาวะติดบ้านและติดเตียง ถึงกระนั้นก็ตามเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมีความเหนื่อยล้าและมีความยุ่งยากในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล เช่น การขาดและความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ และขาดทักษะในการดูแลกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ การดูแลอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือผู้สูงอายุรับประทานยา และการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโนนประดู่ มีประชากรทั้งหมด 3,899 คน พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 685 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียงจำนวนมากถึง 87 คน คิดเป็นร้อยละ 13.26 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 6.86 อยู่คนเดียวเพียงลำพัง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 3.05 และช่วยเหลือตนเองได้จำกัด และมีความเจ็บป่วย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 3.35 ผู้สูงอายุเกินครึ่งคือร้อยละ 55.76 มีปัญหาสุขภาพ ที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจ 143 คน คิดเป็นร้อยละ 22.38 กลุ่มโรคกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ 138 คน คิดเป็นร้อยละ 21.60 กลุ่มโรคเบาหวาน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 17.21 ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับสนับสนุนและให้บริการดูแลสุขภาพและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและความต้องการโดยที่มบุคคลากรสุขภาพและเครือข่ายดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แต่จากการพูดคุยซักถามผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยาก บางส่วนได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่ในบางเรื่อง แต่พอทำจริงกลับมีความยุ่งยากกว่าที่คิด บางครั้งครอบครัวหรือผู้สูงอายุเองไม่ให้การยอมรับอาสาสมัคร อาสาสมัครเองก็ไม่มีใจในการดูแลผู้สูงอายุในบางกิจกรรมเช่นกัน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องวิถีความเจ็บป่วยในแต่ละระยะของระดับความรุนแรงของโรค จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงที่ดี มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการภายใต้บริบทที่เฉพาะในแต่ละพื้นที่ ด้วยชุมชนท้องถิ่นเป็นพื้นที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมศักยภาพและการดูแลผู้สูงอายุ



เพราะในชุมชนมีทุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นทุนทางสังคมที่เป็นคนดีคนเก่ง ทุนระดับกลุ่มหรือกองทุนต่าง ๆ ทุนระดับหน่วยงานองค์กร ทุนระดับหมู่บ้าน ทุนระดับตำบล และทุนระดับเครือข่าย ทุนเหล่านี้ทำหน้าที่ยุทธศาสตร์การพัฒนา ศักยภาพและการดูแลผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง วิถีชีวิต กิจกรรม ความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ของผู้นั้น ในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในชุมชนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตาม พรบ.พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537⁵ การดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องวิถีความเจ็บป่วยในแต่ละระยะของระดับความรุนแรงของโรค จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงที่ดี มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการภายใต้บริบทที่เฉพาะในแต่ละพื้นที่ ซึ่งการที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมต้องอาศัยทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงทั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่เป็นทางการ (Formal network) เช่น บริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยทีมบุคลากรสุขภาพที่เป็นทีมสหสาขาประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด และเครือข่ายไม่เป็นทางการ (Informal network) เช่น อาสาสมัคร ครอบครัว เครือญาติ ชุมชน และเครือข่ายการดูแลสุขภาพซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงตามหลักของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงานนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะติดบ้านติดเตียงที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและบริบทเฉพาะของพื้นที่นั้น ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁶ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพ บุคลากรสุขภาพและบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนคิดเพื่อแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพทุกขั้นตอน ทำให้การพัฒนาจิตสำนึกอย่างมีวิจาร์ณญาณ และเป็นองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยผู้มีส่วนได้

ส่วนเสีย (Stakeholders) ทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงและครอบครัว เครือข่ายการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ร่วมกันพัฒนาที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นไปอย่างมีคุณภาพและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตและมีสุขภาวะทางสุขภาพที่ดีขึ้น

จากประเด็นดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในนาระดับ จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และทีมบุคลากรสุขภาพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง อันส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและวิถีชีวิตภายใต้บริบทเฉพาะของชุมชนในนาระดับ ลดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดภาวะทุพพลภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในนาระดับ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในนาระดับ จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการสุขภาพ (health management) และแนวคิดการดูแลระยะยาว (Long-term care) มาเป็นกรอบความคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่เน้นการจัดการสุขภาพที่เป็นองค์รวมและเป็นแบบบูรณาการที่ผสมผสานระหว่างความเจ็บป่วย วิถีชีวิตและพฤติกรรม⁷ ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง และการมีส่วนร่วมทั้งที่สุขภาพและชุมชน กับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงและครอบครัวในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงร่วมกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้



ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง และปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทีมสุขภาพภาครัฐ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน 2) กลุ่มผู้ที่ดูแลสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย นายยกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน แกนนำภาคประชาชน 5 คน แกนนำสุขภาพครอบครัว 6 คน และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง 20 คน

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนา 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน แกนนำภาคประชาชน 5 คน แกนนำสุขภาพครอบครัว 5 คน ผู้วิจัยสะท้อนคิดสิ่งที่ต้องการพัฒนาร่วมกับผู้ร่วมวิจัยหลักโดยผ่านการสนทนา การสัมภาษณ์ และการนำเสนอผลการศึกษาในระยะวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และสนับสนุนให้บุคลากรทีมสุขภาพวิเคราะห์และสะท้อนคิดการวางแผนและร่วมสร้างและออกแบบแนวปฏิบัติในการจัดการสุขภาพที่เน้นการตอบสนองและครอบคลุมประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลสุขภาพ รวมทั้งได้สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการตามที่ผู้ร่วมวิจัยหลักต้องการแล้วนำสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดเวทีวิชาการและการประชุมเตรียมความพร้อม เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติการจัดการ

สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำภาคประชาชน แกนนำสุขภาพครอบครัว และกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมพหุวิธีสร้างสุขภาพ และติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติการ การใช้แนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนาม เกี่ยวกับการใช้และการทบทวนแนวทางปฏิบัติ คู่มือการดูแลสุขภาพและการจัดระบบจัดการสุขภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพและชุมชน

เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยที่เป็นเครื่องมือสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในงานวิจัยที่ไม่สามารถแยกออกไว้ต่างหากได้ ผู้วิจัยได้พัฒนาการเป็นนักวิจัยและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน การเป็นพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การเป็นอาจารย์ในสถานศึกษาที่สอนด้านผู้สูงอายุ และอนามัยชุมชน มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพและผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้ร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยประเด็นคำถามประสบการณ์ ปัญหา และการดูแลผู้สูงอายุสำหรับการสนทนากลุ่มเป็นการสนทนาพูดคุยปรึกษาหารือกับผู้ให้ข้อมูลพร้อมกันหลายคนในประเด็นสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและแนวการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ ไคไลซี่ ประกอบด้วย อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ การตัดทอนข้อความ การกำหนดความหมายแต่ละประโยค การจัดรวมเป็นหัวข้อที่สอดคล้องกันมีความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ ด้านผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือการวิจัยที่สำคัญ ด้านข้อมูล และด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำข้อมูลที่ตีความได้มาปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านทฤษฎี

ความน่าเชื่อถือ และความเข้มงวดของการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการที่ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน ผู้วิจัยใช้ วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulations) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวม



ข้อมูลแตกต่างกันในข้อมูลเรื่องเดียวกันประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ก่อนที่จะนำมาสร้างเป็นข้อสรุปในการอธิบายสภาพปัญหาการจัดการสุขภาพโดยชุมชนในภาพรวม 2) ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulations) คือการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักหลายคนจากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนจะนำมาข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเป็นข้อสรุปและอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นทีมสุขภาพและเครือข่ายดูแลสุขภาพในชุมชนอีกครั้ง และ 3) ข้อมูลที่เขียนในลักษณะพรรณนาความเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในวงรอบผู้วิจัย ที่ผู้ร่วมวิจัยหลักได้ร่วมกันศึกษาวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาจนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา⁹ และทำการตรวจสอบข้อมูลโดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้น¹⁰

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งผู้ให้ข้อมูลโดยละเอียดก่อนทำการศึกษา เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการนำใช้ผลการวิจัย และการไม่เปิดเผยรายละเอียดส่วนบุคคลของข้อมูลผู้ให้ข้อมูล และไม่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลรักษาการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุและครอบครัว และได้มีการลงนามการให้ความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการ การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 038/2563

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1) แนวปฏิบัติในการจัดการสุขภาพเป็นแบบแยกส่วนและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยแนวคิดการดูแลสุขภาพยังเป็นการจัดโรคมากกว่าความเจ็บป่วยและวิถีชีวิต การดูแลบางครั้งขึ้นอยู่กับแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลที่แตกต่างกันหลาย

ซึ่งไม่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่า กิจวัตรประจำวันหลายอย่างของผู้สูงอายุถูกจำกัดและปรับเปลี่ยนไปตามคำแนะนำและข้อห้ามของผู้ดูแล เช่น การกักการเกิดอุบัติเหตุหรือการไม่สุขสบายหรือการกำเริบของโรค ผู้สูงอายุจึงถูกจำกัดกิจวัตรที่ผู้สูงอายุเคยทำเป็นประจำ เช่น การดูแลสวน หรือการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร หรือการใช้รักษาแบบพื้นบ้าน เป็นต้น

“อยู่บ้านเวลา อสม มาเยี่ยมก็จะมาถามโน้นถามนี้ แล้วก็ห้ามยายทำนั่นทำนี่ ก็คนมันเคยทำจะให้จะให้อยู่เฉยก็อยู่ไม่เป็น”

“หมอมาก็ห้ามเรากินนะ ต้องกินเท่านั้นะอย่างนี้จะกินอะไรก็ได้ ยายก็แก่ขนาดนี้แล้ว ไม่รู้จะอยู่นานแค่ไหน อยากกินก็กินบ้าง ยายอยู่กับโรคมันมาหลายปีแล้ว ยายรู้จักมันดี บางทีก็คิดว่าเหมือนเรากลายเป็นเด็กให้เขาดูแล”

2) เกณฑ์ในการคัดแยกกระตือรือร้นการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไม่ชัดเจน มีความเข้าใจเกณฑ์การแบ่งกลุ่มความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการปฏิบัติที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการจัดการดูแลสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรฐาน และไม่ได้ถูกค้นพบและคัดกรองการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ตั้งแต่ระยะแรก และเกิดความล่าช้าในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น การแบ่งระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel ADL index) ที่ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดูแลตัวเองได้แต่ผู้สูงอายุมีความหลงลืมหรือสมองเสื่อมทำให้ขาดโอกาสในการดูแล

“ผู้สูงอายุบางคนประเมินระดับ ADL แล้ว คะแนนออกมาดีนะ ไม่เข้าเกณฑ์ภาวะพึ่งพิงหรืออกแต่แก่หลงลืมเราจะไม่ได้ดูแลก็ได้”

“อสม ประเมิน ADL แล้ว ให้คะแนนมาสูง แต่พอพยาบาลเข้าดูอีกทีดูแล้วก็น่าจะต้องเข้าข่ายการได้รับการดูแล แต่ถ้าเอาแค่คะแนน ADL อย่างเดียว รายนี้ก็จะตกเลยนะ”

3) การดูแลขาดความต่อเนื่องและเป็นองค์รวม เนื่องจากฐานข้อมูลขาดการบูรณาการที่เชื่อมโยงการนำใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุขาดกระบวนการเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยพบว่าผู้ดูแลประจำครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลตามศักยภาพ การบันทึกรายงานและการประสานงานเพื่อขอคำปรึกษาในการดูแลยังไม่ชัดเจน ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่น พยาบาล



กายภาพบำบัด และอื่น ๆ ต่างให้การดูแลที่ขาดการจัดลำดับการเชื่อมก่อนหลังเพราะขาดการประสานข้อมูลกับครอบครัวและผู้ดูแล เป็นต้น

นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ความตระหนัก เรื่องโรคและการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องในแต่ละระยะของวิถีความเจ็บป่วย การดูแลตนเองจึงเป็นลักษณะการดูแลตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล และบางส่วนปฏิเสธการดูแลสุขภาพจากสถานบริการ โดยผู้สูงอายุเชื่อว่า การเป็นผู้สูงอายุเป็นธรรมชาติของชีวิต ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นผลแห่งกรรมที่เคยกระทำไว้ทั้งในอดีตชาติและปัจจุบัน ไม่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ในการจัดการสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้น แตกต่างกันไป ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นการนำ ความเชื่อและการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ เช่น การสวดมนต์ สว่างกุศล สะสมบุญ เจริญสมาธิภาวนา ที่สามารถจัดการชีวิตประจำวันทั้งด้านกาย ใจ และสังคม และผสมผสานไปกับการดูแลสุขภาพได้อย่างลงตัว

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ทำให้ได้กรอบความคิดสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติความเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการบูรณาการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาเป็นมิติหนึ่งของการจัดการสุขภาพ และเป็นดูแลที่ต้องใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่ใช้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ซึ่งได้ชี้ให้เห็นถึงการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพในระยะดำเนินการ

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดข้อค้นพบเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และมีการปรับกิจกรรมที่ทำให้เอื้อต่อแนวปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น ประกอบด้วย

1) การจัดการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงได้มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผนและจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ (ก) การจัดการชีวิตให้มีกิจกรรมประจำวันอย่างมีความหมายตามศักยภาพ (ข) การมีส่วนร่วมในการปรับวิถีชีวิตร่วมกับพยาบาลและ

เครือข่ายสุขภาพ (ค) กิจกรรมการใช้แนวปฏิบัติทางพุทธศาสนาสร้างสุขภาพ และ (ง) กลุ่มเพื่อนบ้านเรือนเคียงร่วมช่วยดูแลและสร้างสุขทางใจ

2) การจัดการดูแลสุขภาพในกรณีฉุกเฉิน ประกอบด้วย การรู้จักอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องรีบแจ้งขอความช่วยเหลือ เช่น อาการหมดสติ เจ็บหน้าอก ซึมลง ปากเขียว ชักเกร็ง เสียเลือด หรือ อุบัติเหตุ ขั้นตอนการแจ้งขอความช่วยเหลือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การใช้กายอุปกรณ์ในกรณีจำเป็น ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การออกกำลังกายและกายภาพบำบัด การดูแลแผล

3) การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและบูรณาการ โดยมีรูปแบบการดูแลจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นทีมสุขภาพที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพชุมชนและแกนนำสุขภาพครอบครัว และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและออกแบบการดูแลที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและกิจวัตรของผู้สูงอายุและครอบครัว ส่งผลให้มีเครื่องมือ แนวปฏิบัติและคู่มือการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง รวมทั้งอุปกรณ์หรือสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งกิจกรรมการดูแล ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมในการป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลการป้องกันอาหารและการดูแลสายให้อาหารทางสาย การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การดูแลแบบประคับประคอง และการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนามาบูรณาการการจัดการสุขภาพและวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง และระบบการบริการดูแลสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนจากการจัดการสุขภาพด้านกายเป็นสำคัญไปสู่การจัดการความเจ็บป่วยและวิถีชีวิตที่มีผสมผสานวิถีทางพุทธศาสนาเข้าไปเป็นอีกมิติหนึ่งที่ทำให้เกิดการดูแลที่เป็นครอบคลุมความเป็นองค์รวมอย่างสมบูรณ์มากขึ้น อันส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้รับการจัดการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหา และเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่มีข้อมูลปัญหาสุขภาพในระบบฐานข้อมูล



และได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาตลอดระยะเวลาของวิถีความเจ็บป่วย มีแนวปฏิบัติในเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกสัปดาห์ และยังช่วยดูแลสุขภาพและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยมีการจัดโครงการอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 20 คน ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน จำนวน 5 คน การดูแลสิ่งแวดล้อมในการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 7 คน การดูแลการป้องกันอาหารและการดูแลสายให้อาหารทางสาย จำนวน 6 คน การดูแลแผลกดทับ จำนวน 7 คน การดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 3 คน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน การดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5 คน และการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกและมีความสุข

การอภิปรายผล

ข้อค้นพบจากการศึกษาในระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่า 1) การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีแนวปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพที่หลากหลายขึ้นอยู่กับแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ และเครือข่ายการดูแลสุขภาพและยังขาดการบูรณาการมิติของภาวะสุขภาพที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันเพื่อนำไปสู่การดูแลที่สอดคล้องกับแต่ละระยะของวิถีการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องและมีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นพยาบาลและทีมการดูแลที่เป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชนควรได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะในการประเมินและจัดการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เป็นรูปธรรม และครอบคลุมความเป็นองค์รวม¹¹ และการนำข้อมูลด้านประสบการณ์ ความเชื่อ วิถีชีวิต และการปฏิบัติทางพุทธทั้งการสวดมนต์ การสร้างกุศลสะสมบุญ และการเจริญสมาธิภาวนา¹² ที่สามารถนำไปสู่การจัดการชีวิตประจำวันและสุขภาพที่ผสมผสานลงตัวทั้งกายใจ สังคมและจิตปัญญา มาใช้ในระบบการจัดการดูแลสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแต่ละระยะของ

วิถีความเจ็บป่วย และบูรณาการการปฏิบัติทางพุทธศาสนาไว้ใน การดูแลได้อย่างลงตัว ต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต^{13,14} และ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ผสมผสานกับการใช้หลักการทางพุทธศาสนามาใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความรุนแรงในแต่ละระยะของวิถีของความเจ็บป่วย และการจัดสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมทั้งจากบุคลากรวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน การใช้กลวิธีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพโดยชุมชน สามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการทั้งด้านกาย จิตและจิตปัญญาโดยใช้หลักปฏิบัติทางพุทธศาสนา¹⁵ ซึ่งสามารถนำไปสู่การจัดการดูแลที่ครอบคลุมมิติความเป็นองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์ และส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณภาพสுகด้านจิตวิญญาณที่ดีขึ้น¹⁶ นอกจากนี้ยังมีกรขยายข้อค้นพบองค์ความรู้ที่ชัดเจนว่า อุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเข้ารับ การดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง คือ ความยากลำบากในการปรับวิถีชีวิตเพื่อควบคุมภาวะโรคร่วมหลายโรค และการขาดความไวต่อการตัดสินใจเข้ารับรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อมีภาวะรุนแรงหรือภาวะฉุกเฉินของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ประกอบกับทีมบุคลากรสุขภาพยังมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ไม่ชัดเจนและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงบางส่วนยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถ้าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในตั้งแต่ระยะแรกแล้ว จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการดูแลที่ส่งผลให้เกิดความ ผาสุกทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิตในบั้นปลาย อีกทั้งสามารถใช้การปฏิบัติทางพุทธศาสนาในการเตรียมตัวตายในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อนำไปสู่การตายอย่างสงบหรือตายได้ตามหลักของพุทธศาสนา¹⁷ ส่วนระยะของการดำเนินการนั้นข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมทั้งจากบุคลากรวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน การใช้กลวิธีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และการสร้างเครือข่ายการ



ดูแลสุขภาพโดยชุมชน สามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานการทั้งด้านกาย จิตและจิตปัญญาโดยใช้หลักปฏิบัติทางพุทธศาสนา¹² ซึ่งสามารถนำสู่การดูแลที่ครอบคลุมมิติความเป็นองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์ และส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขด้านจิตวิญญาณที่ดีขึ้น^{16,17} และได้รับการจัดการสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดวิถีความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้พบว่า ผู้ร่วมวิจัยหลักที่เข้าร่วมดำเนินการวิจัยมีการตื่นตัวสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิด และสร้างแนวปฏิบัติใหม่ได้ การมี “ทีมแกนนำร่วมดูแล” ที่เป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อช่วย “จัดการสุขภาพและปรับวิถีชีวิตประจำวันให้ผสมผสานกลมกลืน” และ “การเกิดบริการเชิงรุกที่บูรณาการการปฏิบัติทางพุทธศาสนาไปใช้ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง” ได้แก่ การมีแบบแผนการดูแลที่เป็นองค์รวมและผสมผสานทั้งการรักษาแผนปัจจุบัน การใช้สมุนไพร และการใช้การปฏิบัติทางพุทธศาสนาในการจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งการเฝ้าติดตามวิถีการดำเนินของโรคของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และการมีส่วนร่วมของชุมชน⁸ แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่มีความยั่งยืน ที่ให้ความชัดเจนสำหรับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อีกทั้งการมี “กลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน” และ “เครือข่ายการดูแลกันและกันในชุมชน” ยังสะท้อนให้เห็นถึงระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based health services)^{18,19} ที่เน้นการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่และสามารถเชื่อมโยงสู่ชุมชนได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบายการบริการดูแลสุขภาพ ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายดูแลสุขภาพในชุมชนให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพและตัดสินใจแก้ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม

1.2 ด้านการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สามารถนำกระบวนการและวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้

1.3 ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีความตระหนัก ตื่นรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นองค์รวม และเชื่อมโยงกับมิติด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับแต่ละบริบทชุมชน รวมทั้งมีทักษะในการประเมินเบื้องต้นได้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้เข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตั้งแต่นะยะเริ่มแรกที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพียง 1 วงรอบ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาและการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการสุขภาพที่พัฒนาโดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอีก 1 วงรอบเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการจัดการสุขภาพแบบองค์รวมที่ต่อเนื่องและมีการผสมผสานกับวิถีพุทธ รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลโนนประดู่ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้สามารถดำเนินการผ่านไปได้ด้วยดีและขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGR). Situation of the Thai older persons 2021. Nakorn Pathom: Mahidol University, Institute for Population and Social Research (IPSR); 2022. (in Thai).
2. Ministry of Public Health. Guidelines for driving health systems to support the elderly society Ministry of Health and an integrated plan to drive the health system to support the aging society Ministry of Health 2020-2022. [Internet]. 2020. [cited 2022 Jun



- 1]. Available from: https://eh.anamai.moph.go.th/web-upload/10x2f8665bc5c6742a30312c81435ca284e/202102/m_news/33518/201584/file_download/261e3453488af6620bd7b671e1e39c46.pdf (in Thai).
3. National Statistical Office n.d. The 2021 survey of the older persons in Thailand. [Internet]. Bangkok: national statistical office; 2022. [cited 2022 Jun 1]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport_64.pdf (in Thai).
4. Chaichan S. Local communities with elderly potential development in community. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*. 2022;8(1): (in Thai).
5. Chaichan S. Community way: the construction area of elderly value identity. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing Suphanburi*. 2019; 2(2): 12-21. (in Thai).
6. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. *The action research planner doing critical participatory action research*. Singapore: Springer Science & Business Media; 2014.
7. Hongyim S. Buddhist way of promoting holistic health and sustainability. *J. Buddh. Stud. Rev*. 2021; 1(2): 27-41.
8. Speziale, Helen S, Helen JS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 2011.
9. Spelziale HJ, Dona RC. *Qualitative in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5th ed Philadelphia: Lippincott Williams and Winkin; 2011.
10. Chirawatkul S. *Qualitative research in nursing*. Khon Kaen: Siripun offset Printing; 2012. (in Thai).
11. Phalasuek R, Thanomchayathawatch B. A family model for older people cares. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;4(3): 135-50. (in Thai).
12. Thachart S. Elderly care, buddhist way: case study of elderly home watpanongsaeng Udon Thani province. Mahasarakham: Department of Culture Science Mahasarakham University; 2008. (in Thai).
13. Nakkul N. The development of a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani municipality. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2018; 28(3): 36-50. (in Thai).
14. Pattarapornpairoj W, Chantamolee S, Suwan P, Hoonnirun P. Development of a buddhist health care model for the elderly in Ranong province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(1): 157-66. (in Thai).
15. Kimsuwanwong P. *Holistic health care of the elderly according to the buddhist concept b.e. Khon Kaen: Mahachulalongkornrajavidyalaya University*; 2013. (in Thai).
16. Kunbunya P. The ways for coping with dying and death preparation model of the elderly in buddhist perspective. *journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*. 2020; 5(10): 196-212. (in Thai).
17. Kanyatip S. *The buddhist doctrine and elderly health promotion: a case study in the buddhist meditation center*. [dissertation Master of Public Health Promotion Management]. Pathum Thani: Thammasat University; 2017. (in Thai).
18. Srivarathan A, Jensen AN, Kristiansen M. Community-based interventions to enhance healthy aging in disadvantaged areas: perceptions of older adults and health care professionals. [Internet]. *BMC Health Serv Res*. 2019; [cited 2022 Jul 1];19(7):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3855-6>.
19. Punyathom K, Worravitkrangkun R, Pinyo P. The elderly care in rural community: a study of village in Nong Phai district, Udon Thani Province. *Research and Development Health System Journal*. 2016; 9(3): 1-9.(in Thai).



การสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565

กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ พย.ม.*

คันทันย์ ชัยบุตร พย.บ.**

ปนัดดา มุลาลินน์ พย.บ.**

(วันรับบทความ: 6 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 5 กันยายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 6 กันยายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การสำรวจความชุกการติดเชื้อเป็นวิธีการเฝ้าระวังที่ได้รับการพิสูจน์และเหมาะสมสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกการติดเชื้อ และประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสำรวจความชุก โรงพยาบาลชัยภูมิ ทำการสำรวจผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลใน 32 หอผู้ป่วย เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการสำรวจความชุกในผู้ป่วย 559 ราย พบการติดเชื้อ 16 ราย คิดเป็นอัตราชุกการติดเชื้อร้อยละ 2.9 กลุ่มผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ ผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 7.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 4.3 เท่ากัน ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 25 การติดเชื้อปอดอักเสบและการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร้อยละ 12.5 เท่ากัน เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อมากที่สุดคือ เชื้อ *Acinetobacter baumannii* (MDR) ร้อยละ 30 รองลงมาคือ เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* (CRE-MDR) และเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 25 และ 20 ตามลำดับ ยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อมากที่สุดคือ ยา Meropenem ร้อยละ 28.5 รองลงมาคือ ยาในกลุ่ม Cephalosporins ร้อยละ 19 และยา Sulperazone ร้อยละ 14.3 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังร้อยละ 68.7 ผลการสำรวจความชุกสะท้อนให้เห็นปัญหาการติดเชื้อที่สำคัญ คือ การติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์การแพทย์ จึงควรส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่อุปกรณ์การแพทย์มากขึ้น และประสิทธิภาพการเฝ้าระวังยังคงต่ำ จึงควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการติดเชื้อให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การสำรวจความชุก การติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ

*ผู้ประสานการตีพิมพ์และเผยแพร่ Email: ksawasrak@yahoo.com Tel: 089-6246422



Point Prevalence Surveys of Hospital-Associated Infections in Chaiyaphum Hospital, 2022

Kittirat Sawasrak M.N.S.*

Sunsanee Chaiyabutra B.N.S.**

Panadda Mulalinn B.N.S.**

(Received Date: August 6, 2022, Revised Date: September 5, 2022, Accepted Date: September 6, 2022)

Abstract

Point prevalence survey is a proven and well-established surveillance method to prevent and control hospital-associated infections (HAIs). The objectives of this survey at Chaiyaphum Hospital in Chaiyaphum Province, Thailand were to survey the prevalence of HAIs and assess the surveillance performance. The HAI assessment tool was a point prevalence survey form used by Chaiyaphum Hospital. The records of patients admitted to 32 wards at Chaiyaphum Hospital were examined on 4 July 2022. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed there were 559 patient records that were eligible for inclusion in the survey, among which 16 HAIs were identified (2.9%). The three categories of patients with the highest prevalence rates of HAIs were ICU patients (7.4%), internal medicine (4.3%), and psychiatric patients (4.3%). The most common infections were catheter-associated urinary tract infections (43.6%), ventilator-associated pneumonia (VAP) (25%), hospital-acquired pneumonia (HAP) (12.5%), and blood stream infection. The most common pathogens that caused infections were *Acinetobacter baumannii* (MDR) (30%), *Klebsiella pneumoniae* (CRE-MDR) (25%) and *Pseudomonas aeruginosa* (20%). The most common antimicrobial agents used to treat infections were meropenem (28.5%), cephalosporins (19%) and sulperazone (14.3%). The surveillance performance in this survey was 68.7%. The results of this survey identified key areas for improvement of infection prevention and control at Chaiyaphum Hospital, particularly related to device-associated healthcare-associated infections. The low surveillance efficiency also reflected the need to improve the competency of the wards' infection control nurses.

Keywords: Point prevalence surveys, Healthcare -associated infections, Surveillance performance

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Infection prevention and control department, Chaiyaphum Hospital

**Registered Nurse, Professional Level, Infection prevention and control department, Chaiyaphum Hospital

*Corresponding Author Email: ksawasrak@yahoo.com Tel: 089-6246422



บทนำ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่มีความสำคัญเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับขนาดของปัญหา ตำแหน่งการติดเชื้อ และพื้นที่เสี่ยงที่พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลก่อนนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และได้ข้อมูลประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งสามารถใช้เปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อของโรงพยาบาลอื่นได้ วิธีการเฝ้าระวังที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า มีประโยชน์และเป็นที่ยอมรับเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ชัดเจนคือ การสำรวจความชุก (Prevalence survey) ซึ่งเป็นการเฝ้าระวัง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Point prevalence survey) หรือช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Period prevalence survey) เพื่อให้ทราบปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ อันจะเป็นข้อมูลสำคัญก่อนนำไปสู่การวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหาต่อไป โดยควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง¹ มีการศึกษาอย่างเป็นระบบพบว่าการสำรวจความชุกการติดเชื้อควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถระบุถึงปัญหาการติดเชื้อได้อย่างชัดเจนและวางแผนการแก้ปัญหาการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด²

ข้อมูลการสำรวจความชุกการติดเชื้อในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2562 ในผู้ป่วย 12,643 รายจาก 37 โรงพยาบาลทั่วประเทศพบว่าอัตราชุกการติดเชื้อร้อยละ 4.2³ โรงพยาบาลชัยภูมิเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 700 เตียง มีการสำรวจความชุกการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง โดยผลการสำรวจความชุกจะได้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตำแหน่งการติดเชื้อ การใช้ยาต้านจุลชีพ และประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ข้อมูลการสำรวจความชุกโรงพยาบาลชัยภูมีย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2564 คิดเป็นร้อยละ 5.6 4.3 4.4 4.3 และ 3.2 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กองการพยาบาลกำหนดที่ร้อยละ 80⁴ โดยเฉพาะข้อมูลปี พ.ศ. 2564 พบว่าประสิทธิภาพการเฝ้าระวังเพียงร้อยละ 62.3 และหากเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน อาทิ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 650 เตียง พบอัตราชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 5.3

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2565

แต่ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังสูงถึงร้อยละ 85.7⁵ สะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้อัตราการติดเชื้อจากการสำรวจความชุกโรงพยาบาลชัยภูมิจะอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก แต่ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการสำรวจความชุกโรงพยาบาลชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2565 จึงได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อันจะนำไปสู่การวางแผนในการแก้ปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล และนำเสนอผู้บริหารเพื่อขอรับการสนับสนุนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลโรงพยาบาลชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2565
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการสำรวจความชุกจากหอผู้ป่วย 32 แห่ง โรงพยาบาลชัยภูมิ วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการสำรวจทั้งสิ้น 559 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่นอนโรงพยาบาลในขณะทำการสำรวจ การศึกษานี้ได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากลักษณะโครงการทำการศึกษาในเวชระเบียนเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบงาน ไม่มีผลต่ออาสาสมัครและแบบบันทึกไม่มีการระบุชื่อเจ้าของข้อมูล จึงไม่เข้าข่ายต้องขอรับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสำรวจความชุกการติดเชื้อ โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าตรงตามความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) = 0.80 ข้อมูลการสำรวจประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สาเหตุส่งเสริมการติดเชื้อ การใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าร่างกายผู้ป่วย ยาต้านจุลชีพที่ได้รับ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ผลการเพาะเชื้อ การผ่าตัด และการได้รับการระงับความรู้สึก เป็นต้น



การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการสำรวจเริ่มจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse [ICWN]) 32 คนจากหอผู้ป่วยทั้ง 32 แห่ง ซึ่งต้องเป็น ICWN ที่ผ่านการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในแบบสำรวจที่กำหนดพร้อมสรุปผลการติดเชื้อไว้ล่วงหน้าไม่เกิน 1 วัน จากนั้นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control Nurse [ICN]) จำนวน 3 คน เข้าสำรวจความชุกการติดเชื้อในวันที่ดังกล่าว และพิจารณาข้อมูลร่วมกับอายุรแพทย์ที่ปรึกษาระบบงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ก่อนจะสรุปการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ในคู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ. 2561⁶ จากนั้นนำข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อมาสรุปอัตราชุกการติดเชื้อ และคำนวณหาประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณอัตราชุกการติดเชื้อและประสิทธิภาพการเฝ้าระวังใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่คำนวณร้อยละ

การคำนวณอัตราชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการนับจำนวนครั้งการติดเชื้อในโรงพยาบาล (นับเฉพาะรายใหม่) ณ วันที่สำรวจ (Point prevalence survey) ต่อจำนวนผู้ป่วยที่สำรวจทั้งหมด โดยใช้สูตร⁷ ดังนี้

อัตราชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล (%) =

$$\frac{\text{จำนวนครั้งการติดเชื้อในโรงพยาบาล (รายใหม่)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจทั้งหมด}}$$

การประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการคิดสัดส่วนความถูกต้องในการสรุปการติดเชื้อที่ตรงกัน (Matching) ระหว่างการเฝ้าระวังของ ICWN และการสำรวจความชุกของ ICN คำนวณโดยใช้สูตร⁴ ดังนี้

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง (%) =

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อในรพ. ที่พบจากการสำรวจความชุกที่ตรงกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังในช่วงที่สำรวจ} \times 100}{\text{จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่พบจากการสำรวจความชุกทั้งหมด}}$$

ผลการวิจัย

การสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2565 สำรวจจากหอผู้ป่วย 32 แห่ง มีผู้ป่วยที่ได้รับการสำรวจความชุกการติดเชื้อทั้งสิ้นจำนวน 559 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการสำรวจความชุกจำนวน 16 ราย คิดเป็นอัตราชุกการติดเชื้อร้อยละ 2.9 พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากชุมชน (Community infection: CI) จำนวน 327 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.5 ของผู้ป่วยที่สำรวจทั้งหมด ความถูกต้องตรงกันระหว่างข้อมูลของ ICWN และ ICN จำนวน 11 ครั้ง ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 68.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล (N = 16)

	ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	4	25.0
	หญิง	12	75.0
อายุ	0 – 17 ปี	2	12.5
	18 – 40 ปี	1	6.3
	41 – 64 ปี	5	31.2
	> 65 ปี	8	50.0
จำนวนวัน admit	0 – 7 วัน	0	0.0
	8 – 14 วัน	4	25.0
	15 – 21 วัน	3	18.7
	22 – 28 วัน	3	18.7
	> 28 วัน	6	37.6
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (\bar{X})	36.4 วัน (S.D. = 3.22)		



จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการสำรวจความชุกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 พบการติดเชื้อมากที่สุดในช่วงอายุมากกว่า 65 ปีร้อยละ 50 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41-64 ปีร้อยละ 31.2 พบการติดเชื้อมากที่สุดใน

ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมากกว่า 28 วันร้อยละ 37.6 รองลงมาคือ ช่วงเวลา 8-14 วันร้อยละ 25 ระยะเวลา นอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฉลี่ย 36.4 วัน ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.22

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย (N=16)

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่สำรวจ (ราย)	จำนวนครั้งการติดเชื้อ	อัตราชุก (%)
อายุรกรรม	209	9	4.3
ศัลยกรรม	94	0	0.0
วิกฤต	54	4	7.4
โควิด-19	50	1	2.0
กุมารเวชกรรม	40	0	0.0
ศัลยกรรมกระดูก	38	1	2.6
สูติ-นรีเวชกรรม	35	0	0.0
จิตเวช	23	1	4.3
ตา หู คอ จมูก	16	0	0.0
รวม	559	16	2.9

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อมากที่สุด 3 อันดับคือ ผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นอัตราชุกการติดเชื้อ

ร้อยละ 7.4 รองลงมา คือ ผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็นอัตราชุกการติดเชื้อร้อยละ 4.3 เท่ากัน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกตามตำแหน่งการติดเชื้อและกลุ่มผู้ป่วย (N=16)

ตำแหน่ง กลุ่มผู้ป่วย	อายุรกรรม	ICU	จิตเวช	COVID-Ward	Ortho	รวม (ครั้ง/ร้อยละ)
CAUTI	4	1	1		1	7 (43.6)
VAP	3			1		4 (25.0)
HAP	2					2 (12.5)
BSI		2				2 (12.5)
Ventriculitis		1				1 (6.25)
รวม	9	4	1	1	1	16 (100.0)

หมายเหตุ

- การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated Urinary Tract Infection [CAUTI])
- การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia [VAP])
- การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital-acquired pneumonia [HAP])
- การติดเชื้อในกระแสโลหิต (Blood Stream Infection [BSI])
- เนื้อเยื่อโพรงสมองอักเสบ (Ventriculitis)

จากตารางที่ 3 พบว่าตำแหน่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ CAUTI ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ VAP ร้อยละ 25 และ HAP และ BSI ร้อยละ 12.5 เท่ากัน



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เชื้อก่อโรค	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ*
<i>Acinetobacter baumannii</i> (MDR)	6	30.0
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (CRE-MDR)	5	25.0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4	20.0
<i>Enterococcus faecalis</i>	2	10.0
<i>Enterococcus faecium</i>	1	5.0
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	5.0
<i>Proteus mirabilis</i>	1	5.0
รวม	20	100.0

หมายเหตุ : การติดเชื้อในบางตำแหน่งอาจพบเชื้อ 2 ชนิด

* : จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ x 100 / จำนวนครั้งที่พบเชื้อทั้งหมด (20 ครั้ง)

จากตารางที่ 4 พบว่าเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ เชื้อ *Acinetobacter baumannii* (MDR) คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ

Klebsiella pneumoniae (CRE-MDR) ร้อยละ 25 และ *Pseudomonas aeruginosa* ร้อยละ 20 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการใช้ยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ยาต้านจุลชีพ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ*
Meropenem	6	28.5
Cephalosporins	4	19.0
Sulperazone	3	14.3
Unasyn	2	9.4
Colistin	1	4.8
Amikin	1	4.8
Vancomycin	1	4.8
Tazocin	1	4.8
Levofloxacin	1	4.8
Metronidazole	1	4.8
รวม	21	100.0

หมายเหตุ : การติดเชื้อบางตำแหน่งอาจใช้ยาต้านจุลชีพมากกว่า 1 ชนิด

* : จำนวนครั้งการใช้ยาต้านจุลชีพ x 100 / จำนวนครั้งที่ใช้ยาต้านจุลชีพทั้งหมด (21 ครั้ง)

จากตารางที่ 5 ยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อมากที่สุดคือ ยา Meropenem ร้อยละ 28.5 รองลงมาคือ Cephalosporins ร้อยละ 19 และ Sulperazone ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การสำรวจความชุกการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565 สํารวจในผู้ป่วย 559 รายจากหอผู้ป่วย

32 แห่งพบอัตราชุกการติดเชื้อร้อยละ 2.9 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลการสำรวจความชุกการติดเชื้อในประเทศไทยจาก 37 โรงพยาบาลทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2562 ที่พบอัตราชุกการติดเชื้อร้อยละ 4.2-4.4^{3,8} กลุ่มผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ กลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีร้อยละ 50 เช่นเดียวกับข้อมูลระดับประเทศที่พบการติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี^{3,8} ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีภูมิคุ้มกันของร่างกายเริ่มลดต่ำลงจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง



กลุ่มผู้ป่วยที่พบอัตราชุกการติดเชื้อมากที่สุดคือ ผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 7.4 และผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 4.3 ซึ่งอัตราชุกการติดเชื้อสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน มีความยุ่งยากในการรักษา รวมถึงมีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายหลายตำแหน่งและมีการให้ยาต้านจุลชีพหลายชนิดจึงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีการใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนมาก ซึ่งใกล้เคียงหรือมากกว่าหอผู้ป่วยวิกฤต การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยที่นอนหอผู้ป่วยทั่วไป 3.76 เท่า⁹

ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบมากได้แก่ การเกิด CAUTI ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ VAP ร้อยละ 25 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในระดับประเทศ ที่พบ VAP มากกว่า CAUTI^{3,8} ซึ่งอาจจะสืบเนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะระยะเวลาานและขาดการประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวันอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุกมียังสะท้อนให้เห็นว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการสอดใส่อุปกรณ์เข้าร่างกาย ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าการติดเชื้อมีความเกี่ยวข้องกับการใส่ท่อปัสสาวะ^{3,10-12} การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า การติดเชื้อในกระแสโลหิตร้อยละ 65-70 เกิดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะซึ่งสามารถป้องกันได้หากใส่เฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้น¹¹

เชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุกมียากกว่าร้อยละ 50 คือ เชื้อ *Acinetobacter baumannii* (MDR) และเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* (CRE-MDR) ซึ่งเป็นแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยา สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และมีการสอดใส่ท่อปัสสาวะเพื่อการรักษา¹³ เช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาในระดับประเทศและการศึกษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี^{3,5,8} การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากรายงาน 41 ฉบับในการศึกษาการติดเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 7 ประเทศ พบว่าการติดเชื้อมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของเชื้อแบคทีเรีย

แกรมลบที่ดื้อยา¹² เช่นเดียวกัน

การใช้ยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุกมียากที่สุดคือ ยา Meropenem ร้อยละ 28.5 ซึ่งเป็นยาที่มีการใช้ในการรักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นอันดับต้น ๆ อย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาแม้จะมีราคาที่สูง ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อยาหรือแพทย์อาจต้องการผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ดังการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจสั่งใช้ยา Meropenem ของแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่ามีการใช้ยา Meropenem เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเกิดจาก 5 เหตุผล คือ 1) ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ 2) ความต้องการผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ทั้งกรณีที่น่าหรือไม่น่าพบผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยา 3) ข้อจำกัดในการใช้ยากลับอื่นซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยและตัวยา 4) ความไม่เชื่อมั่นต่อกระบวนการและการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา และ 5) การขาดประสบการณ์ใช้ยาต้านจุลชีพชนิดอื่น นอกจากนี้มีปัจจัยเสริมคือ ความล่าช้าของการรายงานผลเพาะเชื้อ¹⁴

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 68.7 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กองการพยาบาลกำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 80⁴ ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดจากการหมุนเวียนพยาบาล ICWN ทุกปีในหลายหอผู้ป่วยทำให้ขาดความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ดังนั้นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาล ICWN จึงควรได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมต่อไป ข้อมูลดังกล่าวแตกต่างกับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ แต่ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังผ่านเกณฑ์มาตรฐาน⁵ สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล ICWN ของโรงพยาบาลดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการ อัตราชุกการติดเชื้อเป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบขนาดของปัญหาและกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลและป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด อันจะส่งผลต่อการลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และประสิทธิภาพการเฝ้าระวังสะท้อนสมรรถนะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอ



ผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการติดเชื้อซึ่งควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังให้มากขึ้น

2. ด้านการวิจัย มีข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เข้าสู่ร่างกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ บำรุงถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชัยภูมิ ขอขอบคุณนายแพทย์ฐานันดร ฐานวิเศษ อายุรแพทย์ ประธานคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาล ในการให้คำปรึกษาการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการสนับสนุนด้านวิชาการ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกแห่ง ที่อนุญาตให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยได้เข้าร่วมเฝ้าระวังและสำรวจความชุกการติดเชื้อ จนทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Bamrasnaradura Infections Diseases Institute. Guideline for the prevention and control of infection in the hospitals. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2020. (in Thai).
2. Saleem Z, Godman B, Hassali MA, Hashmi FK, Azhar F, Rehman IU. Point prevalence surveys of health-care-associated infections: a systematic review. *Pathogens and global health* 2019; 113(4): 191-205.
3. Moolasart V, Manosuthi W, Thienthong V, Vachiraphan A, Judaeng T, Rongrungrueng S, et al. Prevalence and risk factors of healthcare-associated infections

- in Thailand 2018: A Point prevalence survey. *J Med Assoc Thai* 2019; 102(12): 1309-16. (in Thai).
4. Nursing Division. Nursing standards in hospitals (2nd update). Nonthaburi: The war veterans organization's printing house; 2007. (in Thai).
5. Attapornkusol P, Rattnaphun N, Wongsasom W, Thongthip C, Muangbamrung N, Intakool P, et al. The epidemiology prevalence rate and surveillance performance of hospital-acquired infections in medical department at Nopparat Rajathanee Hospital. *J DMS* 2021; 46(1): 80-8. (in Thai).
6. Bamrasnaradura Infections Diseases Institute. Hospital infection diagnosis book, Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2018. (in Thai).
7. Phodang J. Preliminary statistics and data analysis for epidemiological disease measurements and patterns. Department of epidemiology faculty of public health, Mahidol University. Documents for training CDCU-6/2562. (in Thai).
8. Manosuthi W, Thientong V, Moolasart V, Rongrungrueng Y, Sangsajja C, Danchaiwijit S. Healthcare-associated infections at selected hospitals in Thailand. *Southeast Asian. J Trop Med Public Health* 2017; 48(1): 204-12.
9. Rodriguez-Acelas AL, Abreu Almeida M, Engelman B, Canon-Montanez W. Risk factors for health care-associated infection in hospitalized adults: systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control* 2017; 45(12): 149-56.
10. Septimus EJ, Moody J. Prevention of device-related healthcare-associated infections. *F1000Research* 2016; 5.
11. Zingg W, Metsini A, Gardiol C, Balmelli C, Behnke M, Troillet N, et al. Antimicrobial use in acute care hospitals: national point prevalence survey on healthcare-associated infections and antimicrobial use, Switzerland 2017. *Eurosurveillance* 2019; 24(33): 1900015.



12. Teerawattanapong N, Panich P, Kulpokin D, Ranong SN, Kongpakwattana K, Saksinanon A, et al. A systematic review of the burden of multidrug-resistant healthcare-associated infections among intensive care unit patients in Southeast Asia: the rise of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2018; 39(5): 525-33. (in Thai).
13. Vichitranuwat C. Antibiotic utilization and risk factors of MDR *Acinetobacter baumannii* infection at Surin Hospital. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*; 24(2): 13-24. (in Thai).
14. Seesuankaew U, Pattharachayakul S, Lerkiatbundit S. Explanation of physicians' decision to prescribe meropenem: Case study of a hospital in southern Thailand. *Thai J Pharm Prac* 2021; 13(3): 590-602. (in Thai).



สถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพ*

ประกายแก้ว ศิริพูล ปร.ด.*

ไพรินทร์ ยอดสุนัน ปร.ด.** เรื่องอุไร อมรไชย กศ.ด.*** อรรถพงษ์ ฤทธิทิศ ปร.ด.***

เวหา เกษมสุข ศษ.ด.**** นิตยา บัวสาย พย.ม.***** นลินี กิณวงศ์ สม.*****

ชลิตดา ชันแก้ว พย.บ.***** สุภา เฟ่งพิศ ส.ด.*****

(วันรับบทความ: 15 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 15 กันยายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 19 กันยายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กเป็นมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่า เด็กยังได้รับวัคซีนโควิด 19 ไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายสถานการณ์และ ปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครู อาสาสมัครในชุมชน และผู้ปกครองเด็ก จำนวนรวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และแบบบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม บันทึกภาคสนาม สังเกตแบบมีส่วนร่วม และศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและจำแนกประเภทข้อมูล

ผลการวิจัย พบสถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี 7 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สถานการณ์ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีน 2) การสื่อสารเกี่ยวกับวัคซีน 3) การจัดสรรวัคซีนและความเพียงพอของวัคซีน 4) รูปแบบการนัดหมายรับวัคซีนและผลกระทบ 5) ข้อจำกัดด้านการพาเด็กไปรับวัคซีนของผู้ปกครอง 6) ปัญหาการสื่อสารเชิงระบบในการให้บริการวัคซีน และ 7) การสร้างการเรียนรู้ผลกระทบของโรคโควิด 19

ผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้าง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา องค์กรท้องถิ่น อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีแก่ผู้ปกครอง การจัดทำฐานข้อมูลเด็กที่ได้รับ วัคซีนโควิด 19 ในชุมชน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการช่วยเหลือให้เด็กสามารถไปรับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ การให้วัคซีนในเด็ก วัคซีนป้องกันโควิด 19 สถานการณ์ปัญหาในชุมชน

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ประสานการตีพิมพ์และเผยแพร่ Email: pairin.yod@mahidol.ac.th Tel: 0896832925

***ผู้ช่วยอาจารย์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์แพทย์โนนหนามแท่ง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.อำนาจเจริญ

*****ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าน้อย ต.โนนหนามแท่ง อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ

*****ศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



Situation and Problems with COVID-19 Vaccination among Children aged 5-11 years in the Community: A Qualitative Study*

Prakaikaew Siripoon PhD*

Pairin Yodsuban PhD** Ruangurai Amornchai Ed.D.*** Attapong Rittitit PhD***

Weha Kasemsuk Ed.D**** Nittaya buasai M.N.S.***** Nalinee Kinawong M.P.H.*****

Chalitda khunkaew B.N.S.***** Supa Pengpid Dr.P.H.*****

(Received Date: August 15, 2022, Revised Date: September 15, 2022, Accepted Date: September 15, 2022)

Abstract

Getting children vaccinated against COVID-19 is an important prevention and control measure. However, children have not gotten the COVID-19 vaccine as intended. The purpose of this qualitative study was to describe the situation and problems with COVID-19 vaccination among children aged 5-11 years in the community. There were 60 key informants, including registered nurses, local government officials, community leaders, teachers, community volunteers, and parents of children. The research tools were the researchers, a semi-structured interview form, focus group discussion guidelines, a participant observation form, and field records. Data were collected by means of in-depth interviews, focus group discussions, field recordings, participant observations and document reviews. Data were analyzed using content analysis and data classification.

The findings revealed the following situation and problems with COVID-19 vaccination among children aged 5-11 years: 1) parents' situations regarding vaccination, 2) communication about the vaccine, 3) allocation and adequacy of the vaccine supply, 4) vaccination appointments and its effects; 5) parents' restrictions on taking children to get the vaccine, 6) problems in systematic communication among vaccination services, and 7) creation of learning and sharing about the impacts of COVID-19.

The study results can be used by registered nurses working in primary health care units as a basis for improving the participation of network partners in the community, such as local administrative organizations, educational institutions, local organizations, and community volunteers, in order to create awareness about the need for Covid-19 vaccination in children aged 5-11 years among parents; establish a database of children vaccinated against COVID-19 in the community, and develop a system to help children to get vaccinated more efficiently.

Keywords: Qualitative study, children vaccination, COVID-19 vaccine, community problems

*This research project is supported by Mahidol University

*Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Lecturer, Amnatcharoen Campus, Mahidol University, Corresponding author, Email: pairin.yod@mahidol.ac.th
Tel: 0896832925

***Lecturer assistance, Amnatcharoen Campus, Mahidol University

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

*****Register nurse, Nonnamthaeng Medical Center, Social Medicine Department, Amnat Charoen Hospital

*****Director of Tambon Health Promoting Hospital Ban Kham Noi, Nonnamthaeng subdistrict, Mueang Amnatcharoen district, Amnatcharoen province

*****Professor, Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University



บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ได้รับการประกาศเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกเพศทุกวัย^{1,2} ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2564 มีรายงานการระบาดทั่วโลก 219 ประเทศ พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 235,599,025 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 4,831,486 ราย³ สำหรับในเด็กพบจำนวนผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 1-5⁴ ในบางประเทศมีจำนวนผู้ป่วยเด็กสูงถึงร้อยละ 17.3⁵ ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,912,024 ราย เสียชีวิตสะสม 19,205 ราย จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหาย 1,792,128 ราย⁶ สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ในเด็ก ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2565 พบการติดเชื้อโควิด 19 ในเด็กอายุ 0-19 ปี จำนวน 55,357 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.42 หากแยกตามช่วงอายุของเด็กพบว่า อายุ 0-6 ปี ติดเชื้อ 25,408 ราย อายุ 7-12 ปี ติดเชื้อ 14,431 ราย และอายุ 13-19 ปี ติดเชื้อ 15,518 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.62, 3.76 และ 4.04 ตามลำดับ⁷ ส่วนใหญ่เด็กร้อยละ 90^{4,8} ที่ติดเชื้อโควิด 19 จะไม่แสดงอาการ มีอาการน้อยหรือปานกลาง แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้^{4,8-9} หากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและเหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนคือกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบในเด็ก (MIS-C) และอาการแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง (Long COVID)¹⁰⁻¹¹ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน การได้รับบริการสุขภาพ การไปโรงเรียน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัวมีปัญหาความเครียดและปัญหาด้านสังคมอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก¹²⁻¹⁴ เป็นต้น

การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญต่าง ๆ หนึ่งในมาตรการนั้นคือการให้วัคซีนเพื่อเร่งรัดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประชากร สำหรับในประเทศไทยมีการให้บริการวัคซีนโควิด 19 มาตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยในระยะแรกให้วัคซีนโควิด 19 แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีการขยายกลุ่มเป้าหมายการให้วัคซีนไปยังผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป รวมทั้งมีการพัฒนาวัคซีนใหม่สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี¹⁵ โดยให้มีการขึ้นทะเบียนวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี 2 กลุ่ม ได้แก่ วัคซีนชนิด mRNA คือวัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสิลิ้ม) 2 เข็ม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ห่างกัน 8 สัปดาห์ สำหรับวัคซีนทางเลือก (สำหรับเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป) คือวัคซีนสูตรไขว้ ที่ให้ซิโนแวคหรือซิโนฟาร์มเป็นเข็มแรก ตามด้วยวัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสิลิ้ม) เป็นเข็มที่ 2 ห่างกัน 4 สัปดาห์¹¹ เริ่มให้เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2565 โดยการฉีดวัคซีนให้ไปเป็นไปตามความสมัครใจของเด็กเยาวชน และผู้ปกครองเท่านั้น¹⁶ และมีรูปแบบดำเนินงานให้บริการวัคซีนที่โรงเรียน (School-based vaccination) สำหรับระดับประถมศึกษา รวมทั้งให้วัคซีนในโรงพยาบาล (Hospital-based vaccination) สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปีที่มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรคและเด็กที่มีการจัดการศึกษาโดยครอบครัวที่บ้าน (Homeschooling)¹⁵

สถานการณ์การได้รับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี ของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 15 มีนาคม 2565 พบว่าเด็กได้รับวัคซีนเข็มแรกไปแล้วร้อยละ 28 ของเด็กทั่วประเทศ¹¹ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ เช่น แคนาดา เยอรมนี สหรัฐอเมริกา^{5,10,17} พบว่าเด็กได้รับวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 60.1 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 80 โดยมีสาเหตุคือครอบครัวมีการปฏิเสธให้เด็กรับวัคซีนร้อยละ 22.90 และร้อยละ 25.80 ยังไม่แน่ใจว่าจะให้เด็กรับวัคซีนหรือไม่¹⁰ ซึ่งผู้ปกครองถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการตัดสินใจให้เด็กได้รับวัคซีน มีความลังเลหรือการตัดสินใจที่ต่ำในการที่จะให้เด็กรับวัคซีน⁵ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความปลอดภัยของวัคซีน¹⁸ ผลการทดสอบการใช้วัคซีนในเด็ก ความจำเป็นที่ต้องได้รับวัคซีนโควิด 19 เป็นต้น⁵ รวมทั้งปัจจัยด้านผู้ปกครอง เช่น อายุของมารดา ประสบการณ์ทางลบที่เกิดจากผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันโควิด 19 ความวิตกกังวล กลัว ประหมาต่อการได้รับวัคซีนโควิด 19¹⁹ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี¹¹ รวมทั้งประโยชน์ของวัคซีนโควิด 19 ในการลดการแพร่เชื้อ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการที่จะให้เด็กรับวัคซีนเพิ่มขึ้น^{5,17}

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยชุมชน เพื่อบรรยายสถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน ภายใต้บริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษาที่เป็นลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยทำความเข้าใจธรรมชาติของปรากฏการณ์เพื่อศึกษาความคิด ความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมาย การตีความในทัศนะของคนใน (Emic view)²⁰ เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน ภายใต้การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานกลุ่มองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชนในภาพรวม เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล จนเข้าใจความคิด ความรู้ คำอธิบาย ความหมาย ประสบการณ์และวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้งสรุปข้อความรู้ที่ได้เชิงอุปนัย (Inductive) ในการอธิบายข้อค้นพบจากการศึกษา²⁰⁻²¹ ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนสามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษามาใช้เพื่อวางแผนให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายสถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาที่สามารถเข้าถึงวิถีชีวิต ประสบการณ์ในการจัดการให้เด็กได้รับวัคซีนโควิด 19 ของ



ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตามที่เสนอของคณะใน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษา เพื่อเข้าใจภาพรวมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องไปยังความหมายและการตีความ เพราะเชื่อว่าพฤติกรรมของคนกำหนดจากความคิดของคนในสังคม²⁰⁻²¹

สถานที่และวันเวลาที่ศึกษา ศึกษาในตำบลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในชุมชน มีพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการดำเนินการจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มี 14 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน 3,185 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 8,821 ราย มีสถานพยาบาลในพื้นที่ 2 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 7 แห่ง โรงเรียน 6 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด 19 ประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวน 79 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย ในจำนวนนี้มีเด็กติดเชื้อจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.91 แยกเป็นเด็กชั้นประถมศึกษา จำนวน 20 ราย และเด็กปฐมวัย จำนวน 6 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2565

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลให้เด็กอายุ 5-11 ปี ได้รับวัคซีนโควิด 19 ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 60 คน ประกอบด้วย 1) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน 2) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน 3) ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 14 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 14 คน 5) ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 7 คน 6) ครูโรงเรียนอนุบาล 3 คน 7) ครูโรงเรียนประถมศึกษา 3 คน และ 8) ผู้ปกครองเด็กอายุ 5-11 ปี 11 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้วิจัยเชิงคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาตนเองด้านแนวคิดทฤษฎีและทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นข้อคำถามชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีของกรมควบคุมโรค¹⁶ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยชุมชนและโครงสร้างของระบบการจัดการที่ครบถ้วนในการจัดการปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กร และภาคประชาชนในชุมชน บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน และกลไกการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน²² ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น มีการดำเนินงานให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง มีใครหรือหน่วยงานใดที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีบ้าง แต่ละหน่วยงานมีบทบาท

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2565

หน้าที่อย่างไร เป็นต้น 3) แนวทางสนทนากลุ่ม 4) แบบบันทึกภาคสนาม 5) แบบบันทึกสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 1 ท่าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 5 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มิถุนายน 2565 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายวิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในทุกมิติของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง²⁰⁻²² ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปีที่ครอบคลุมทุกแง่มุม 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วยการสนทนากลุ่มองค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ สถานบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครภาคประชาชน โดยการเปิดสถานการณ์ชุมชนในระดับตำบลเพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี การเปิดสถานการณ์ชุมชนระดับหมู่บ้านและในระดับผู้นำหรือแกนนำกลุ่มทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจความเชื่อมโยงหรือความเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนที่จะมีผลต่อการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) ในการจัดบริการให้วัคซีนแก่เด็กของสถานบริการสุขภาพ การสื่อสารเรื่องการรับวัคซีนโควิด 19 ระหว่างครูกับผู้ปกครองเด็ก การเยี่ยมบ้านเด็กเพื่อให้เห็นลักษณะความเป็นอยู่ ผู้เลี้ยงดู สถานภาพครอบครัวที่จะส่งผลต่อการได้รับวัคซีนโควิด 19 ของเด็ก 5-11 ปี เป็นต้น 4) การบันทึกภาคสนาม (Field notes) เป็นการบันทึกสิ่งที่ได้เห็นจากการสังเกตขณะลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน ได้แก่ การบันทึกข้อมูลที่ได้ออกการสังเกต การบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การบันทึกปฏิสัมพันธ์ของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันให้บริการวัคซีนโควิด 19 แก่เด็ก 5-11 ปี รวมทั้งการบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการสังเกต การได้ยิน ปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน เป็นต้น และ 5) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี เช่น แผนการดำเนินงานให้บริการวัคซีนของสถานบริการสุขภาพ ข้อมูลทะเบียนรายชื่อเด็กของสถานศึกษา ทะเบียนรายชื่อเด็กที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ของสถานศึกษา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยมีขั้นตอนดังนี้²¹⁻²⁴ 1) การตรวจสอบข้อมูล ได้แก่ การตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบตัวผู้วิจัยที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เชิงคุณภาพ การตรวจสอบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกแง่มุม 2) จัดระบบข้อมูลและแยกประเภทของข้อมูลเป็นหมวดหมู่ (Categories) เช่น ข้อมูลการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี 3) วิเคราะห์และจำแนกประเภทข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ในการวิเคราะห์และสร้างข้อสรุปสถานการณ์และปัญหาการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี เป็นต้น และสรุปผลข้อค้นพบการศึกษาโดยใช้วิธีการจำแนกประเภทข้อมูล (Typological analysis)

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลากหลายวิธี^{25,26} ประกอบด้วย 1) วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม และข้อมูลจากเอกสารมือสอง 2) การให้ตัวแทนของผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูล (Member checking) ภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) ตัวแทนของเจ้าหน้าที่สถานบริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพ 2 แห่ง จำนวนแต่ละ 2 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสถานบริการสุขภาพที่มีบทบาทในการกำกับติดตามการดำเนินงานให้บริการสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักในการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี (2) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชน การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (3) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน 1 คน และผู้ใหญ่บ้าน 13 คน ที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานหรืออำนวยความสะดวกแก่ราษฎรในชุมชนในการรับการฉีดหรือรับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ (4) กลุ่มองค์กรภาคประชาชน ได้แก่ ประชาชน อสม. ระดับตำบล 1 คน และประชาชน อสม. ระดับหมู่บ้าน จำนวน 13 คน ซึ่งมีบทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ การสื่อสารให้ครอบครัวเด็กอายุ 5-11 ปี พาเด็กไปรับวัคซีน การร่วมออกหน่วยบริการให้วัคซีนโควิด 19 แก่เด็กในสถานศึกษา เป็นต้น และ 3) การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน ซึ่งไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อช่วยตรวจสอบตั้งคำถามในประเด็นต่าง ๆ จากข้อมูลที่ได้ให้ชัดเจน ครอบคลุม และน่าเชื่อถือมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 2022/014.0202 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับประเด็นทาง

จริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษา โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลจะเผยแพร่เป็นภาพรวม ส่วนเทพบันทึกเสียงจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบสถานการณ์และปัญหา การรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี ในชุมชน ประกอบด้วย 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สถานการณ์ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ดังนี้ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของผู้ปกครอง พบว่าในระยะแรกของการระบาดของโรค คนในชุมชนยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นโรคใหม่ ไม่ทราบว่ามีอันตรายอย่างไร โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้สูงอายุเลี้ยงหลาน มีผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าถึงข้อมูลเรื่องโรคและการป้องกันเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของวัคซีนโควิด 19 จากสื่อโซเชียลที่มีข่าวเด็กฉีดวัคซีนและเสียชีวิต และจากการสื่อสารปากต่อปากของคนในชุมชนว่ามีคนในหมู่บ้านใกล้เคียงฉีดวัคซีนแล้วเสียชีวิต จึงทำให้คนในชุมชนยังลังเลและไม่มั่นใจในการให้เด็กรับวัคซีนโควิด 19 ดังข้อมูล

“...คนในชุมชนยังไม่รู้ว่าโรคโควิด 19 อันตรายอย่างไร เพราะว่ามันเป็นโรคใหม่ เวลาไปเยี่ยมบ้านตอนแรก จากการสอบถามการปฏิบัติว่าต้องทำอะไรบ้าง ชาวบ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุก็ยังไม่ค่อยรู้ ถามเรื่องวัคซีนก็บอกว่ายังไม่ค่อยกล้าจะฉีด...” (อสม. 02)

“...ยายอยู่กับหลานแม่มันไปเฮ็ด (ทำ) งานกรุงเทพ ได้เงินเดือน (บ้าน) ข้าง ๆ ที่ลูกเขาอยู่ห้องเดียวกันกับหลานว่าครูสาวตรวจเด็กน้อยฉีดวัคซีนทางโทรศัพท์ ยายกะบู้ (รู้) เรื่องนำเขา หลานกะเลยบ่ทันได้ฉีด...” (ผู้ปกครองเด็ก 04)

“...คนเข้าถึงสื่อโซเชียลมาก เสพข่าวที่ไม่เป็นความจริงดูข่าวในโทรศัพท์ที่มีข้อมูลคนนั้นฉีดคนนั้นฉีดแล้วมีอาการอย่างนั้นอย่างนี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานยาก พอไปบอกให้ฉีดวัคซีนก็ไม่ฉีด มีความวิตกกังวลไม่ยอมฉีด ได้ไปติดตามกันอยู่หลายรอบ...” (พยาบาล 01)

2. การสื่อสารเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี พบว่าผู้ปกครองมีการปฏิเสธให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจากในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้โรงเรียนปิดบ่อยครั้ง การสื่อสารระหว่างครูและผู้ปกครองจะเป็นการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ การแจ้งประชาสัมพันธ์หรือสื่อสารข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด 19 จึงทำผ่านกลุ่มไลน์ผู้ปกครอง ไม่ได้มีการนัดประชุมหรือชี้แจงข้อมูลกับผู้ปกครองโดยตรง อีกทั้งยังขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครูและพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสื่อสารข้อมูลการฉีดวัคซีน



โควิด 19 กับผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ ทั้งในแง่ของความสำเร็จของการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี อายุของเด็กที่สามารถฉีดได้ การลงทะเบียนฉีดวัคซีน สถานที่ให้บริการฉีดวัคซีน ชนิดและปริมาณวัคซีนที่ใช้ฉีดให้กับเด็ก อากาศไม่พึงประสงค์ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ปกครองยังมีความลังเลใจและไม่อนุญาตให้เด็กฉีดวัคซีน ดังข้อมูล

“...มีหลานอยู่ป. 1 เห็นครูประชาสัมพันธ์ให้ไปฉีดวัคซีน หลานมาบอกก็ยังไม่ค่อยแน่ใจ เลยว่าอย่าเพิ่งฉีด รอคนอื่นก่อนว่าเขาฉีดแล้วเป็นจริงได้แน่ แม่กะย่าน (กลัว) เนาะ กับเด็กน้อยแม่กะแอ้งย่านหลาย (กลัวมาก) ย่าน (กลัว) เป็นป๊าย เป็นหล่อย (อ่อนแรง เป็นอัมพาต) ทำเบิ่งหมู่พื้นฉีดหลาย ๆ ก่อนจิงว่ากัน...” (ผู้ปกครองเด็ก 01)

“...กลุ่มที่ผู้ปกครองไม่อนุญาต คือถ้าในโรงเรียนประจำ ผู้ปกครองให้มาอยู่ในหอพัก สิทธิในการปกครองหรือดูแลจะเป็นของครู แต่ครูก็จะไม่กล้าตัดสินใจว่าเซ็นยินยอมให้เด็กฉีดก็จะรอผู้ปกครองอยู่ดี ถ้าผู้ปกครองไม่อนุญาตเขาก็ไม่กล้าที่จะอนุญาตให้เด็กฉีด...” (สหทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สถานบริการสุขภาพ 2 แห่งในพื้นที่)

“...พอได้รับข้อมูลเรื่องให้สำรวจจำนวนเด็ก 5-11 ปีที่จะรับวัคซีน ครูก็แจ้งผู้ปกครองในกลุ่มไลน์ชั้นเรียน ให้ผู้ปกครองแจ้งชื่อเด็กที่ต้องการฉีด แต่ก็แจ้งมาไม่ครบทุกคนนะคะ...” (ครูโรงเรียนประถมศึกษา 01)

3. การจัดสรรวัคซีนและความเพียงพอของวัคซีน

พบว่าในระยะแรกมีจำนวนวัคซีนจำกัด จึงทำให้โรงพยาบาลมีการจัดสรรวัคซีนโควิด 19 ซึ่งเป็นวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสี่เหลี่ยมสำหรับเด็ก) อายุตั้งแต่ 5-11 ปี ให้สำหรับเด็กมีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ที่ไม่สามารถเข้ารับการจัดผ่านระบบสถานศึกษา และเข้ารับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาล ส่วนวัคซีนลอตถัด ๆ ไป จัดสรรให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี ก่อนเป็นอันดับแรก จากนั้นจึงฉีดวัคซีนให้กับนักเรียนในชั้นปีอื่นถัดลงไปตามลำดับ จึงมีความไม่ชัดเจนว่าเด็กแต่ละชั้นจะได้รับวัคซีนในช่วงเวลาใด อีกทั้งยังมีการจัดสรรวัคซีนที่แบ่งโควตาให้กับโรงเรียนต่าง ๆ ในพื้นที่ตามที่แต่ละโรงเรียนมีการสำรวจความประสงค์ของผู้ปกครองของนักเรียนที่มีอายุ 5-11 ปี ให้ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ จึงทำให้มีการจัดสรรวัคซีนกับเด็กที่ผู้ปกครองยินยอมก่อน ส่วนผู้ปกครองที่ตัดสินใจให้เด็กรับวัคซีนภายหลังก็ต้องรองจนกว่าจะมีการจัดสรรวัคซีนอีกครั้ง ดังข้อมูล

“...ได้เข้าร่วมประชุมกับระดับจังหวัดแจ้งว่าจะจัดสรรให้เขตเมืองก่อนเขตโรงพยาบาลจังหวัด เพราะมีโรงเรียนขนาดใหญ่จำนวนหลายแห่ง นักเรียนมีจำนวนมาก เมื่อเราได้อายุเด็กที่ต้องการฉีดแต่ละโรงเรียนแล้วก็รอโควตาวัคซีนว่าจะได้มาจำนวนเท่าใด ถ้ารู้ว่าได้มา 50 โดส ก็จะมีการจัดสรรโดยเฉลี่ยใน 4 โรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ วัคซีนที่มีจะไม่เพียงพอกับจำนวนนักเรียนที่ต้องการฉีด และต้องรอลอตถัดไป ๆ ...” (พยาบาล 01)

“...การจัดสรรวัคซีนตอนนี้เขี่ยค่อนข้างที่จะยังไม่เพียงพอ

ก็จะจัดสรรตามโควตา ที่ห้องโรงเรียนก็ขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง ถ้าผู้ปกครองยืนยันมา 100 เปอร์เซนต์ ก็ระบุจำนวนที่แน่นอน เราสามารถจัดหาวัคซีนได้เลย...” (พยาบาล 02)

“...เราก็พอมีข้อมูลเด็กอายุ 5-11 ปีอยู่บ้างคะ ถ้าจะเช็คจริง ๆ จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของ อบต. แต่ก็คงจะไม่ทั้งหมดนะคะ เนื่องจากชุมชนเราเป็นชุมชนกึ่งเมือง ก็มีประชากรเด็กกลุ่มนี้แฝงอยู่ด้วย อาจจะมีผลต่อการบริหารจัดการจัดการวัคซีนในช่วงแรกจะไม่เพียงพอ...” (เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบล)

4. รูปแบบการนัดหมายรับวัคซีนและผลกระทบ

พบสถานการณ์ปัญหา 2 ลักษณะ คือ 1) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในการให้บริการวัคซีนแบบไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า หรืออัลคิน โดยมีจุดให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด เปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์ ระหว่างเวลา 13.00-15.00 น. เด็กจะต้องมีการจองคิวและนัดหมายฉีดวัคซีนล่วงหน้า รวมทั้งมีมาตรการฉีดให้กับเด็กที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าแต่มีความประสงค์จะมารับวัคซีนให้ฉีดได้ (walk-in) ปัญหาที่พบคือผู้ปกครองไม่มั่นใจว่าถ้าไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าจะสามารถมาฉีดได้หรือไม่ จึงไม่มั่นใจในการพาเด็กมาฉีดวัคซีนแบบ walk-in ที่โรงพยาบาล และ 2) ความไม่แน่นอนของจำนวนเด็กที่จะมารับวัคซีนโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการวัคซีนให้คุ้มค่าที่สุด เนื่องจากในช่วง 1 ชั่วโมงสุดท้ายของการให้บริการ เจ้าหน้าที่จะมีการนับจำนวนเด็กที่รอรับวัคซีนก่อนว่ามีจำนวนเท่าใด หากมี 1-2 คน ก็มีความยากลำบากในการเปิดวัคซีนขวดใหม่ที่สามารฉีดให้เด็กได้ 10 คน บางคนจึงอาจได้รับคำแนะนำให้มาฉีดในวันต่อไป ดังข้อมูล

“...สถานที่ฉีดวัคซีนจุดกลางคือที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยจะเปิดให้บริการที่คลินิกวัคซีนเด็กช่วงบ่าย 13.00-15.00 น. โรงเรียนในเขตพื้นที่ให้บริการจะส่งรายชื่อเด็กนักเรียนที่ลงทะเบียนฉีดวัคซีนไปให้ และก็จะฉีดให้กับกลุ่มเด็กที่รออัลคินด้วย ที่จริงผู้ปกครองไม่แน่ใจว่ารออัลคินได้ไหม เลยอาจจะไม่มั่นใจในการพาเด็กไปรับวัคซีน ...” (พยาบาล 03)

“...อีกอย่างนะเขาจะนับจำนวนเด็ก 10 คน ถ้าไม่ครบจะไม่เปิดขวดวัคซีน เพราะไฟเซอร์ฝาสี่เหลี่ยม 1 ขวด ฉีดได้ 10 เข็ม เข็มละ 0.2 ซีซี บางที่ผู้ปกครองพาเด็กไปช่วงท้าย ๆ มีเด็ก 1-2 คนยังงี้ ก็อาจจะได้รับคำแนะนำให้มาฉีดวันหลัง...” (พยาบาล 02)

“...คุณครูก็บอกอยู่ว่ามันสิมีบางมือ (วัน) ที่โรงพยาบาลเปิดให้ไปฉีดวัคซีนได้เลย แต่ยายกะบ่มั่นใจว่าไปแล้วสิได้ฉีด บ่ายกะเลยว่สิรอก่อน เผื่อหมอนามาฉีดให้อยู่โรงเรียน ...” (ผู้ปกครองเด็ก 11)

5. ข้อจำกัดด้านการพาเด็กไปรับวัคซีน

พบสถานการณ์ปัญหาด้านผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดในด้านการพาเด็กไปรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เนื่องจากเด็กในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย เพราะพ่อแม่เด็กไปทำงานที่ต่างจังหวัด ซึ่งในบางครอบครัวเป็นผู้สูงอายุดูแลเด็ก มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรค



ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีอาการวิงเวียนหรือบางรายมีความพิการ จึงมีข้อจำกัดในการเดินทางหรือข้อจำกัดในการขับขี่ยานพาหนะเพื่อพาเด็กไปรับวัคซีน บางครอบครัวผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูน้องของเด็กหรือหลานคนอื่นที่อยู่ในวัยหัดเดินที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจึงไม่สะดวกที่จะพาเด็กไปฉีดวัคซีน เพราะต้องไปด้วยกันทั้งหมดทุกคนในบ้านมีความยุ่งยากและลำบากในการเดินทาง และในช่วงที่เริ่มมีการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปีอยู่ในช่วงปิดภาคเรียน ครูมีการสำรวจความต้องการในการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับเด็กโดยการแจ้งข้อมูลในกลุ่มไลน์ผู้ปกครอง เด็กที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุจึงเข้าไม่ถึงข้อมูล อีกทั้งเรื่องเอกสารในการระบุตัวตนของเด็ก เด็กที่อายุยังไม่ถึง 7 ปีจะยังไม่มียบัตรประชาชน เอกสารแสดงตัวตนอย่างอื่น เช่น ใบสูติบัตรหรือทะเบียนบ้านเด็ก ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้เก็บไว้ เอกสารอยู่กับพ่อแม่เด็ก เป็นต้น จึงทำให้เกิดความไม่สะดวกในการพาเด็กไปรับวัคซีน ดังข้อมูล

“...ในชุมชนเรามีเด็กที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุเยอะพอสมควรนะครับ บางครอบครัวผู้สูงอายุก็เจ็บป่วย พิกัดการเดินทางพาเด็กไปฉีดวัคซีนโควิด 19 ก็อาจจะไม่ค่อยสะดวก หรือส่วนใหญ่ก็จะขี้บ่นไม่เป็น...” (กานัน)

“...ยายเลี้ยงหลานหลายคน อยู่ป. 2 กะมี ป.4 กะมี พ่อแม่เหินไปทำงานทางกรุงเทพฯ พันหละ (โน่นแหละ) เลี้ยงแต่ยังน้อย ๆ ถ้าจะให้พาหลานไปฉีดอยู่นามียายกะไปยาก ขี้บ่นไม่เป็น ถ้าเหิน (พยาบาล) มาฉีดอยู่โรงเรียนให้หลานกะได้ฉีดคือหม้อยู่ มือถือก็ไม่มีเน็ต ไลน์ยากกะเล่นไม่เป็น ถ้าอสม. มาบอกอยู่เฮือนจั่งฮู้เรื่อง...” (ผู้ปกครอง 05)

“...เอกสารเกิดเด็กน้อยกะอยู่นำพ่อแม่เขา ยากกะเลยว่ายาวรอสงกรานต์ก่อน พ่อแม่เขาหลบ (กลับ) มาจากกรุงเทพฯ เตียวสิให้พาลูกไปฉีด ถ้าพาไปตอนนี้กะย่าน (กลัว) เจ้าหน้าที่ถามหาเอกสาร” (ผู้ปกครอง 07)

6. ปัญหาการสื่อสารเชิงระบบในการให้บริการวัคซีนโควิด 19 พบว่าการสื่อสารการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในเด็กสถานบริการสุขภาพในชุมชนมีการประสานกับสถานศึกษาที่อยู่ในเขตพื้นที่ให้บริการในการสำรวจจำนวนเด็กอายุ 5-11 ปีที่มีความประสงค์รับวัคซีน และสถานศึกษามีการชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีนผ่านทางกลุ่มไลน์ห้องเรียน อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นช่วงที่โรงเรียนปิดภาคเรียนจึงไม่ได้นัดหมายประชุมผู้ปกครองเพื่อชี้แจงข้อมูลที่จะมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนทั้งจำนวนนักเรียนที่ลงชื่อมีความประสงค์จะฉีดวัคซีน หรือการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปี โดยพยาบาลจากศูนย์บริการสุขภาพปทุมภูมิ หรือตอบข้อซักถามแบบการสื่อสารสองทางผู้ปกครองจึงยังไม่มั่นใจที่จะให้เด็กรับวัคซีน ดังข้อมูล

“...หน่วยบริการสุขภาพของเรามีโรงเรียนในเขตบริการ 4 แห่ง ก็มีการประสานกับครูในโรงเรียนเพื่อสำรวจเด็กอายุ 5-11 ปีที่ผู้ปกครองประสงค์จะให้เด็กฉีดวัคซีนโควิด 19 ส่วนนี้เราเข้าถึงผู้ปกครองไม่ได้โดยตรง เข้าถึงผ่านครูเท่านั้น...” (พยาบาล 02)

“...พอได้รับแจ้งจากคุณพยาบาลศูนย์สุขภาพเรื่องประชาสัมพันธ์ให้เด็กมารับวัคซีน แล้วก็จะมีไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ส่งมาให้ด้วย คุณครูก็จะสื่อสารไปในกลุ่มไลน์ห้องเรียน ผู้ปกครองก็มีสอบถามมาบ้างว่าฉีดวันไหน ซึ่งก็จะตอบยังไม่ได้ เพราะเป็นการสำรวจความประสงค์ก่อน ผู้ปกครองก็เลยอาจจะยังไม่มั่นใจหรืออาจจะรอดูว่าเด็กที่ฉีดก่อนจะมีอาการผิดปกติหรือไม่...” (ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 01)

“...ตอนที่ลิเปิดเทอมโรงเรียนยังไม่ได้นัดหมายผู้ปกครองเพื่อชี้แจงข้อมูลการเตรียมความพร้อมในการเปิดเทอมการฉีดวัคซีนโควิด หรือแนวทางการปฏิบัติ (ตัว) ต่าง ๆ กะเข้าใจอยู่ว่าโรงเรียนมีการเปลี่ยนผู้อำนวยการคนใหม่ โรงเรียนอาจจะยังไม่สั่งเตรียมความพร้อม...” (ผู้ปกครอง 07)

7. การสร้างการเรียนรู้ผลกระทบของโรคโควิด 19 พบว่าในชุมชนมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมีเด็กติดเชื้อในเด็กชั้นประถมศึกษาจำนวน 20 ราย และเด็กปฐมวัยติดเชื้อ จำนวน 6 ราย และพบมีการแพร่ระบาดในเด็กที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงเรียนจากกลุ่มเพื่อนและขยายไปสู่สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานของผู้ปกครอง อีกทั้งเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 มีอาการไม่รุนแรงผู้ปกครองจึงยังไม่ตระหนกอย่างจริงจังในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น การปล่อยให้เด็กเล่นรวมกลุ่มกันในหมู่บ้าน การไม่ดูแลให้เด็กสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน รวมทั้งการไม่让孩子ฉีดวัคซีนโควิด 19 ดังข้อมูล

“...เจอสถานการณ์ว่าเด็กติดก่อนแล้วก็ลามไปหาคนในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กประถมศึกษา ติดประมาณ 20 คน บางบ้านติดทั้งครอบครัว และเด็กปฐมวัยหรือกลุ่มเด็กเล็กก็ติดโควิดราว ๆ 6 คน ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง ที่เราเจอก็คือมันก็จะเป็นอย่างที่สอง ที่ติดวงแรกคือเด็กที่สัมผัสร่วมวงกัน วงที่สองก็จะเป็นครอบครัว พ่อครอบครัวติดก็จะแพร่เชื้อไปให้เพื่อนร่วมงานของพ่อกับแม่ด้วย ในเด็กที่สัมผัสกับกับเด็กที่ติดเชื้อ เราจะเฝ้าระวัง 10 วัน วันที่ 1-5 ก็ยังไม่ติด เจออีกที่วันที่ 10 แล้วเด็กไม่มีอาการเลยในสถานการณ์ตอนนี้นะคะ แต่ก็จะมีสิ่งที่กังวลคือเด็กไม่แสดงอาการ มาเจอวันที่ 10 ก็แพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ๆ แล้ว...” (พยาบาล 01)

“...เด็กน้อยบ่ค่อยใส่แมส เวลาไปเล่นกับหมู่แถวบ้านใกล้ ๆ กัน กะบ่ใส่แมส เฮ็ด (ทำ) ให้มีความเสี่ยงติดเชื้อโควิด 19 บ้านยายนี่หลานเป็นก่อน บ้านน้อยอยู่รวมกัน 8 คน ผู้ใหญ่ฉีดวัคซีนไปแล้วคนละเข็ม เด็กน้อยยังบ่ได้ฉีด...” (ผู้ปกครอง 09)

“...ไปเยี่ยมบ้านก็จะให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันให้สวมแมส แต่ผู้ปกครองก็อาจจะละเลยบ้างเพราะบางที่ก็ยุ่งกับการทำงาน เด็ก ๆ ในหมู่บ้านส่วนใหญ่ก็จะเล่นด้วยกันอยู่แล้วจึงมีโอกาสที่จะติดต่อกันได้คะ...” (อสม. 01)

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการรับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นโรคใหม่ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลเรื่องโรค



และการป้องกัน เนื่องจากบริบทของชุมชนมีการเคลื่อนย้ายแรงงานวัยทำงานไปทำงานนอกพื้นที่ เด็กจึงอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรพบว่าสัดส่วนของคนหนุ่มสาวอายุ 15-24 ปีที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมลดลงจากร้อยละ 35.50 เหลือเพียงร้อยละ 12.20 และพบสถิติประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.20 โดยมีอัตราการขยายตัวอยู่ที่ร้อยละ 0.6 รวมทั้งพบลักษณะของครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 47 โดยมีเด็กจำนวน 1.24 ล้านคนอาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นหรือครอบครัวแห่กลาง ซึ่งหมายถึงครอบครัวที่คนในรุ่นปู่ย่า/ตายายอาศัยอยู่ร่วมกับคนรุ่นหลาน ในขณะที่คนวัยทำงานไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมด้วย การที่ไม่มีคนวัยทำงานอาศัยอยู่ด้วยอาจส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กและผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุมักไม่ค่อยได้ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว²⁷

การรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองที่ได้รับรู้ข้อมูลทางลบของวัคซีนจากสื่อโซเชียลหรือการสื่อสารปากต่อปากของคนในชุมชน ที่ส่งผลให้เกิดความลังเลใจหรือไม่มั่นใจในการให้เด็กได้รับวัคซีน สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ปกครองเพียงร้อยละ 35 ที่ตั้งใจจะให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19 แต่ก็ยังมีความไม่แน่ใจในอันตรายของวัคซีน¹⁷ โดยมีมุมมองทางสังคมต่อการให้วัคซีนในเด็กคือมีความไม่แน่ใจว่าเด็กจะได้รับเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อหรือได้รับอันตรายที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 ได้หรือไม่ กังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงจากวัคซีนในระยะยาว รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคมในชุมชนที่ทำให้เกิดความลังเลในการให้เด็กได้รับวัคซีน²⁸

2. การสื่อสารเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีการปฏิเสธให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจากการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ไม่ได้มีการนัดประชุมหรือชี้แจงข้อมูลกับผู้ปกครองโดยตรง อีกทั้งยังขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครูและพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสื่อสารข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด 19 กับผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ผู้ปกครองยังมีความลังเลใจและไม่อนุญาตให้เด็กฉีดวัคซีน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้ปกครองร้อยละ 12.40 จะไม่ให้เด็กรับวัคซีนโควิด 19 ผู้ปกครองในบางครอบครัวไม่ได้เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ มองว่าเป็นทางเลือกของแต่ละบุคคลที่จะให้บุตรหลานฉีดวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ การตัดสินใจที่ผิดพลาดอาจจะทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น²⁹⁻³¹

3. การจัดสรรวัคซีนและความเพียงพอของวัคซีน ผลการศึกษาพบว่าในระยะแรกมีจำนวนวัคซีนจำกัด มีการจัดสรรวัคซีนที่แบ่งโควตาให้กับโรงเรียนต่าง ๆ ในพื้นที่ตามแต่ละโรงเรียนมีการสำรวจความประสงค์ของผู้ปกครองของนักเรียนที่มีอายุ 5-11 ปี ให้ได้รับวัคซีนไฟเซอร์ จึงทำให้มีการจัดสรรวัคซีนกับเด็กที่ผู้ปกครองยินยอมก่อน ส่วนผู้ปกครองที่ตัดสินใจให้เด็กรับวัคซีนภายหลังก็ต้องรอนกว่าจะมีการ

จัดสรรวัคซีนครั้งต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยพบว่าประเทศไทยประสบปัญหาวัคซีนไม่เพียงพอและไม่ตรงกับความต้องการของประชาชน ปัญหาความสับสนในการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในเรื่องประมาณการจำนวนวัคซีนของแต่ละหน่วยงานฉีดวัคซีนจะได้รับการจัดสรรจนทำให้ต้องเลื่อนการฉีดวัคซีนออกไป รวมทั้งปัญหาด้านการกระจายวัคซีนที่เกิดจากสาเหตุวัคซีนที่จัดซื้อมาล่าช้า การแย่งบทบาทกันในการกระจายวัคซีนของหน่วยงานต่าง ๆ โดยขาดการประสานงานที่ดี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมายในการกระจายวัคซีนไปมาหลายครั้ง³² ซึ่งการฉีดวัคซีนโควิด 19 นอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อตัวเด็กแล้ว ยังส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อของประชากรส่วนรวมได้ ความเร่งด่วนในการจัดการคือการจัดสรรวัคซีนโควิด 19 ไปยังหน่วยให้บริการทุกระดับให้ทั่วถึง³⁰

4. รูปแบบการนัดหมายรับวัคซีนและผลกระทบ ผลการศึกษาพบว่าในพื้นที่มีจุดให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด เปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์ ระหว่างเวลา 13.00-15.00 น. เด็กจะต้องมีการจองคิวและนัดหมายฉีดวัคซีนล่วงหน้า รวมทั้งมีมาตรการฉีดให้กับเด็กที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าแต่มีความประสงค์จะมารับวัคซีนแบบ walk in ด้วย ซึ่งพบสถานการณ์ปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนส่งผลให้ผู้ปกครองไม่แน่ใจว่าถ้าไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าจะสามารถมาฉีดได้หรือไม่ จึงไม่มั่นใจในการพาเด็กมาฉีดวัคซีนแบบวอล์คอินที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พบว่าถึงแม้ประเทศไทยมีช่องทางหลักช่องทางเดียวในการจองฉีดวัคซีนผ่านแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" แต่เกิดสถานการณ์ปัญหาการกระจายวัคซีนจากหลายสาเหตุ ทำให้สถานพยาบาลใช้ดุลพินิจในการปรับเปลี่ยนการฉีดวัคซีนซึ่งอาจจะมีผลต่อการสื่อสารกับประชาชนที่อาจจะเข้าไม่ถึงข้อมูล เช่น ผู้ที่ไม่มีสมาร์ตโฟนหรือผู้สูงอายุ เป็นต้น³²

5. ข้อจำกัดด้านการพาเด็กไปรับวัคซีน พบสถานการณ์ปัญหาด้านผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดในการพาเด็กไปรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เนื่องจากเด็กในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับปู่ย่า/ตายาย เพราะพ่อแม่เด็กไปทำงานที่ต่างจังหวัด ซึ่งในบางครอบครัวเป็นผู้สูงอายุดูแลเด็ก มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความท้าทายในการสร้างความใส่ใจของผู้ปกครองในการให้เด็กได้รับวัคซีนโควิด 19 นั้นมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันในมารดาแต่ละกลุ่ม ทั้งขึ้นอยู่กับภาวะยากลำบากที่ประสบในระหว่างที่มีภาวะระบาดของโรคโควิด 19 ภาวะค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการใช้ไปเพื่อป้องกันการติดเชื้อ¹⁵ รวมทั้งข้อจำกัดของผู้เลี้ยงดูเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น ที่พบว่าหัวหน้าครัวเรือนกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเกือบร้อยละ 90 เป็นผู้หญิงเลี้ยงดูหลานเพียงลำพัง และส่วนใหญ่ยังคงทำงานในภาคการเกษตร มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน และร้อยละ 16 สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยหรือมีความพิการ²⁷ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการพาเด็กไปรับวัคซีน จึงควรมี



การทำความเข้าใจลักษณะปัญหาความต้องการของผู้ดูแลเด็กแต่ละครัวเรือน รวมทั้งเด็กที่ด้อยโอกาส เด็กในครอบครัวยากจน คนชายขอบ เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปรับวัคซีนโควิด 19²⁹

6. ปัญหาการสื่อสารเชิงระบบในการให้บริการวัคซีนโควิด 19 พบว่าในช่วงของการสื่อสารการรับวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปีในชุมชน เป็นช่วงที่โรงเรียนปิดภาคเรียนจึงไม่ได้นัดหมายประชุมผู้ปกครองเพื่อชี้แจงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก 5-11 ปีที่ชัดเจนหรือตอบข้อซักถามแบบการสื่อสารสองทาง ผู้ปกครองจึงยังไม่มั่นใจที่จะให้เด็กรับวัคซีน ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การที่จะประสบความสำเร็จในการรณรงค์ให้เด็กได้รับวัคซีนโควิด 19 ครอบคลุมนั้นส่วนสำคัญมาจากความเต็มใจของผู้ปกครองในการยอมรับวัคซีน²⁸ ผู้ปกครองจะเชื่อในคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็ก ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนการให้คำแนะนำตามหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁷

นอกจากนี้ยังต้องมี การติดตามข้อมูลการสื่อสารเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอย่างต่อเนื่อง ป้องกันข่าวปลอม (Fake news) เกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็ก³⁰ และบุคลากรสุขภาพควรเป็นแบบอย่างให้กับผู้ปกครองเด็กในการรับวัคซีนตามมาตรการที่กำหนด³¹

7. การสร้างการเรียนรู้ผลกระทบของโรคโควิด 19 พบว่าในชุมชนมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมีเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ติดเชื้อจำนวน 26 ราย และพบมีการแพร่ระบาดในเด็กที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงเรียนจากกลุ่มเพื่อนและขยายไปสู่สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานของผู้ปกครอง ผู้ปกครองยังขาดความตระหนักรู้จริงใจในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น การดูแลเด็กให้มีการเว้นระยะห่างกับเด็กคนอื่น การสวมหน้ากากอนามัย การไม่ให้เด็กฉีดวัคซีนโควิด 19 เป็นต้น ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ปกครองมีความตระหนักถึงความจำเป็นของการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในเด็ก โดยการให้ความรู้ การรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อเด็ก และการสนับสนุนให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามแผนที่กำหนด และการติดตามเด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีนให้มารับตามกำหนด^{30,31}

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิควรมีการทบทวนแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แก่เด็กอายุ 5-11 ปี ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครด้านสุขภาพในชุมชน ในการสื่อสารข้อมูลวัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอเพื่อประกอบการ

ตัดสินใจยินยอมให้เด็กได้รับวัคซีน

2. การจัดทำฐานข้อมูลเด็กอายุ 5-11 ปีที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการจัดทำฐานข้อมูลเด็กที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ให้ครอบคลุมทั้งเด็กที่อยู่ในระบบสถานศึกษา เด็กที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรคและเด็กในชุมชนอื่น ๆ เพื่อวางแผนในการสื่อสารข้อมูล และช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กได้รับวัคซีนโควิด 19 เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ของคนในชุมชน

3. การพัฒนาระบบการช่วยเหลือเด็กอายุ 5-11 ปีให้ได้รับวัคซีนโควิด 19 โดยการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลเด็กอายุ 5-11 ปี ที่ได้รับวัคซีนไปใช้เพื่อตรวจสอบว่ามีเด็กคนใดบ้างที่ยังไม่ได้รับวัคซีน สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความสามารถของผู้ปกครองในการพาเด็กไปรับวัคซีนโควิด 19 เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ เป็นต้น หากพบข้อจำกัดประสานความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนรถรับ-ส่ง หรือการร่วมกับสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจัดบริการเชิงรุกในการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ปกครองในการให้เด็กรับวัคซีนโควิด 19 เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเด็กอายุ 5-11 ปี ในการรับวัคซีนโควิด 19

2. การพัฒนาโปรแกรมในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเด็กอายุ 5-11 ปี ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ความสำคัญของการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็ก อาการข้างเคียงของวัคซีนที่พบบ่อย แนวทางการดูแลเด็กหลังได้รับวัคซีน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลในชุมชนทุกภาคส่วน ทั้งผู้ปกครองเด็ก พยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานองค์กรในชุมชนทุกท่านที่ให้ข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

References

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 15]. Available from [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Zehra C, Gulendam K. Children with chronic disease during COVID-19 pandemic and nurses' roles. Int J Caring Sci 2021; 14(3): 2058-65.



3. World Health Organization. COVID-19 and co-morbidities-AMERICAS hands-on tool to estimate the population at increased and high risk of severe COVID-19 disease due to underlying health conditions for the Americas Frequently Asked Questions (FAQ). Janiva: WHO; 2021.
4. Tezer H, Demirdag TB. Novel Coronavirus disease (COVID-19) in children. *Turk J Med Sci* 2020; 50(9): 592-603.
5. Humbel RM, Sell H, Dube E, MacDonald NE, Robinson J, Driedger SM, et al. Canadian parents' perceptions of COVID-19 vaccination and intention to vaccinate their children: results from a cross-sectional national survey. *Vaccine* 2021; 39(October): 7669-76.
6. Emergency Operations Center, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation report of COVID-19 No. 667 October 31, 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai).
7. Department of Health. Cumulative number of COVID-19 cases in all age groups compared to the number of people infected with COVID-19 aged 0-19 years [Internet]. 2565 [cited 2020 Sep 13]. Available from <https://www.bangkokbiznews.com/social/1002654>
8. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: a review. *Clin Immunol* 2020; 215(June): 1-7.
9. Panahi L, Amiri M, Pouy S. Clinical characteristics of COVID-19 infection in newborns and pediatrics: a systematic review. *Arch Acad Emerg Med* 2020; 8(1): 1-8.
10. Galanis P, Vraika I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Katsiroumpa A, Kaitelidou D. Willingness, refusal and influential factors of parents to vaccinate their children against the COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2022; 157(February): 1-19.
11. Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Chiang Mai University pediatricians recommend that parents bring their children aged 5-11 years to get vaccinated against COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2020 Sep 14]. Available from [https://www.cmu.ac.th/th/article/\(in Thai\)](https://www.cmu.ac.th/th/article/(in Thai)).
12. Akaba GO, Dirisu O, Okunade KS, Adams E, Ohioghame J, Obikeze OO, et al. Barriers and facilitators of access to maternal, newborn and child health services during the first wave of COVID-19 pandemic in Nigeria: findings from a qualitative study. *BMC Health Serv. Res.* 2022; 22(1): 1-10.
13. Radey M, Lowe S, Langenderfer ML, Posada K. Showing everybody's true colors: informal networks of low-income single mothers and their young children during the COVID-19 pandemic. *Child Youth Serv Rev.* 2022; 137(March): 1-9.
14. Crawford D, Cleve SV, McCarthy AM, Kimm V, Nielsen AK. (2022). Exploring the effects of the COVID-19 pandemic on the children and families cared for by pediatric-focused advanced practice registered nurses. *J. Pediatr. Healthc.* 2022; 36(4): 321-29.
15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for servicing the COVID-19 vaccine for children aged 5-11 years. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (in Thai).
16. Department of Disease Control. Guidelines for providing a booster dose of COVID-19 vaccine for children 5-11 years old [Internet]. 2565 [cited 2022 Sep 13]. Available from <https://www.thecoverage.info/sites/default/files/pdf> (in Thai).
17. Choi K, Becerra CT, Bhakta B, Bruxvoort K, Coleman KJ. Parent intentions to vaccinate children with autism spectrum disorder against COVID-19. *J Pediatr Nurs* 2022; 63: 108-10. (in Thai).
18. Galindo R, Chow H, Rongkavilit C. COVID-19 in children: Clinical manifestations and pharmacologic interventions including vaccine trials. *Pediatr. Clin. N. Am.* 2021; 68(5): 961-76.
19. Kreuter MW, Garg R, Marsh A, Thompson T, Caburnay C, Teshome E, et al. Intention to vaccinate children for COVID-19: a segmentation analysis among Medicaid parents in Florida. *Prev Med.* 2022; 156(January): 1-7.
20. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and health care. Malaysia: KHL printing Co Sdn Bhd; 2010.
21. Streubert HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
22. Nuntaboot K. Rapid ethnographic community assessment process. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, Healthy Community Strengthening Section; 2018. (in Thai).
23. Aspers P, Corte U. What Is qualitative in qualitative research. *Qual. Sociol.* 2019; 42(2): 139-60.
24. Polit D, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott; 2014.
25. Lincoln Y, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly hill, CA: Sage Publications; 1985.
26. Thomas E, Magiliv JK. Qualitative rigor or research validity in qualitative research: scientific Inquiry. *JSPN* 2011; 16(2): 151-55.
27. Peak C, Imaim W, Tangthanaset R. Thailand's population situation report 2015, face of Thai families in the situation children were born less but the elderly lived longer [Internet]. 2015. [cited 2022 Sep 15]. Available from <https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/>
28. Williams SN. 'I don't want my son to be part of a giant experiment': public attitudes towards COVID-19 vaccines in children. *Public Health* 2022; 205(January): 116-21.
29. McKinnon B, Quach C, Dube E, Nguyen CT, Zinszer k. Social inequalities in COVID-19 vaccine acceptance and uptake for children and adolescents in Montreal, Canada. *Vaccine* 2021; 39(November): 7140-5.
30. Guimaraes RM. Children vaccination as a population strategy to increase COVID-19 vaccine coverage in Brazil. *The Lancet Regional Health - Americas* 2022; 8(April): 1-2.
31. Goldschmidt K. COVID-19 vaccines for children: the essential role of the pediatric nurse. *J Pediatr Nurs* 2021; 57(Mar-Apr): 96-8.
32. Thai Development Research Institute. Recommendations for the procurement and distribution of the COVID-19 vaccine [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 15]. Available from <https://tdri.or.th/2021/07/procurement-and-distribution-of-covid-19-vaccines/>



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

อนุชา ไทยวงษ์ พย.ม.*** อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ ปร.ด.*
กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร พย.ม.* ปรียาภัทร์ ชนะผลชัยภักดิ์ พย.ม.**

(วันรับบทความ: 5 กรกฎาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 25 กันยายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 26 กันยายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ในพื้นที่ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 74 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคน์สแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Mean = 43.78 ± 5.63) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (Mean = 92.11 ± 1.59) อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348$; $p < .05$) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกให้ข้อมูลทางสุขภาพตามระดับความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม และช่วยชะลอการลุกลามของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**พยาบาลปฏิบัติการ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: anucha@smnc.ac.th หมายเลขโทรศัพท์: 094-4320505



Relationships among Personal Factors, Health Literacy, and Self-care Behaviors in Delaying Disease Progression among Pre-Dialysis Stage Patients with Chronic Kidney Disease

Anucha Taiwong M.N.S.**** Atchara Meenasantirak Ph.D.*

Kanyapat Bundittharworn M.N.S.* Preeyaaphat Chanapholchaiphak M.N.S.**

(Received Date: July 5, 2022, Revised Date: September 25, 2022, Accepted Date: September 26, 2022)

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to explore the relationships between personal factors, health literacy, and self-care behaviors in delaying disease progression in pre-dialysis patients with chronic kidney disease. The sample was patients with chronic kidney disease who were in the pre-dialysis stage of disease progression in an urban area in Maha Sarakham Province, Thailand. The sample of 74 patients was selected using multi-stage sampling. Research instruments used were 1) a personal information questionnaire, 2) The Health Literacy Scale, and 3) The Self-Care Behavior Assessment Form for delaying chronic kidney disease progression. The research was conducted between September 2018 and February 2019. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment coefficients.

The results revealed that the sample had a moderate level of health literacy (Mean = 43.78 ± 5.63) and self-care behaviors for delaying chronic kidney disease progression (Mean = 92.11 ± 1.59). It was also found that health literacy was significant positively correlated with self-care behaviors for delaying chronic kidney disease progression at a p level of .05 ($r = .348$; $p < .05$). The results of this study can be used as the basis for providing health information based on the level of health literacy of patients with chronic kidney disease. This will enable the patients to be able to engage in proper self-care behaviors and further delay the progression of chronic kidney disease.

Keywords: chronic kidney disease, health literacy, self-care behavior for delaying chronic kidney disease progression

*Instructor, Srimahasarakham nursing college, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**Registered Nurse, Public Health Nursing Division, Bangkok

***Corresponding author E-mail: anucha@smnc.ac.th Tel: 094-4320505



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ พบความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตทั่วโลกอยู่ที่ 10.4-13.4%^{1,2} ในขณะที่ประเทศไทยพบความชุกในผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 24.4³ ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้หลอดเลือดไตเสื่อม⁴ โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามการลดลงของค่าอัตราการกรองของไต ในระยะแรกมักจะไม่แสดงอาการจนกว่าไตจะถูกทำลายและเสียหายที่รุนแรง มีเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นที่บ่งชี้ว่ามีการทำงานของไตลดลง โดยจะพบอาการผิดปกติเพิ่มขึ้นเมื่ออัตราการกรองของไตลดลงในระดับรุนแรง⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 8.48 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง⁶ สะท้อนให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสำคัญ หากผู้ที่เป็โรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจทำให้ไตถูกทำลายมากขึ้น และเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้นซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 มักถูกเรียกรวมกันว่าโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต^{7,8} มีเป้าหมายสำคัญคือการชะลอไตเสื่อมเพื่อป้องกันและยืดระยะเวลาการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 เป็นระยะที่หลอดเลือดไตถูกทำลายไปเพียงเล็กน้อย⁹ เนื้อเยื่อหลอดเลือดไตยังคงสามารถซ่อมแซมได้ผ่านกลไกการสร้างเส้นเลือดใหม่⁹ ในขณะที่เดียวกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จะเป็นระยะที่การทำหน้าที่ของไตลดลงในระดับปานกลางถึงรุนแรง^{7,8} และเป็นช่วงระยะที่มีการลุกลามเข้าสู่ระยะท้ายค่อนข้างรวดเร็ว^{10,11} กลวิธีในการชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 1) การจัดการด้วยยา^{7,8} ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาลดน้ำตาลในเลือด และยาลดไขมันในเลือด และ 2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง^{7,8} ได้แก่ ออกกำลังกายที่เหมาะสม ควบคุมน้ำหนัก งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อไต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมตั้งแต่ในระดับไม่เพียงพอ¹² ระดับปานกลาง^{13,14} และระดับสูง¹⁵ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของลักษณะ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูงจะมีการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม¹⁶ ซึ่งให้เห็นว่าการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง จึงจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เหมาะสม และยั่งยืน เพื่อชะลอการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะลุล่วงตามเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต เกิดเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเพียงอย่างเดียว^{17,18} เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะมีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรคโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁵ จึงทำให้ต้องอาศัยปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมหรือก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{19,20} ความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง สมรรถนะของบุคคลที่จะสามารถเข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ^{19,21} ประกอบด้วย 1) ชั้นพื้นฐาน (Basic health literacy) 2) ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or interactive health literacy) และ 3) ชั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy)²¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ^{12,22} บางการศึกษาพบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง^{13,14} ซึ่งให้เห็นว่าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการเสริมสร้างให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูง ย่อมอาจส่งผลทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งในผู้ป่วยโรคไต



เรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่น ๆ การศึกษาในประเทศไทยพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 ($r = .144, p < .001$)¹³ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ($r = .54, p < .05$)¹⁴ และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ($r = .30, p < .001$)¹⁵ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายชนิด ($r = .462, p < .01$)²³ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .249, p < .001$)²⁴ และโรคความดันโลหิตสูง ($r = .399, p < .01$)²⁵ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของเจฟราซและคณะ²² ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ($r = .18, p < .02$) จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะรวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ จากองค์ความรู้ที่ปรากฏนี้อาจไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตได้ เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระยะของโรคไตเรื้อรัง รวมถึงบริบทความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงค่าความสัมพันธ์ที่พบในแต่ละการศึกษาอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต ที่ครอบคลุมโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการลุกลามและการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ อันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และชะลอการดำเนินโรคไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของดอน นัทบีม (Nutbeam)²¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าใจ เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เป็นดัชนีที่ใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมถึงส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 ชั้นคือ ชั้นพื้นฐาน ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิจรณ์ญาณ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค แผนการรักษา และกลวิธีในการชะลอไตเสื่อม ไตร่ตรองตัดสินใจ และเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และสื่อสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม เพื่อที่จะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในชุมชนเขตจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ขั้นตอนหนึ่งสุ่มอำเภอในจังหวัดมหาสารคามโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งสุ่มได้อำเภอเมือง ขั้นตอนที่สองสุ่มชุมชนในอำเภอเมืองโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งสุ่มได้ชุมชนบ้านสอง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 โดยแพทย์ 3) รับประทานยาด้วยยาเพื่อควบคุมโรคร่วมและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเท่านั้น 4) สามารถอ่าน เข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา และ 6) ไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต (คัดกรองจากข้อมูลในเวชระเบียน) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G-power เวอร์ชัน 3.1



เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริง จึงกำหนดขนาดอิทธิพล .30 ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามและการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงเป็น 74 ราย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ ระยะของโรคเรื้อรัง โรคร่วม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสิทธิการรักษา

2. **แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ** ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี²³ ซึ่งสร้างจากแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของหนัสมิ²¹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ชั้นพื้นฐาน 3 ข้อ ชั้นปฏิสัมพันธ์ 7 ข้อ และชั้นวิจารณ์ญาณ 5 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ยากมาก (1) จนถึง ง่ายมาก (4) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 15-60 คะแนน การแปลคะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 46 คะแนน หมายถึงมีความรู้ทางสุขภาพในระดับสูง คะแนนระหว่าง 31-45 คะแนน หมายถึง มีความรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน หมายถึงมีความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ

3. **แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 10 ข้อ การเข้ายาและการควบคุมโรคร่วม 9 ข้อ การออกกำลังกาย 3 ข้อ การจัดการความเครียด 5 ข้อ และการหลีกเลี่ยงสารพิษที่มีผลต่อไต 4 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ปฏิบัติ (1) จนถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (4) โดยดำเนินการกลับคะแนนของข้อคำถามเชิงลบก่อนการรวมคะแนน โดย

มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 31-124 คะแนน การแปลคะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 94 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับสูง คะแนนระหว่าง 63-93 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 62 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรง (Validity testing) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของทั้งฉบับ (Scale-CVI) เท่ากับ .94 และ .92 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing)

นำแบบวัดความรู้ทางสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนแห่งหนึ่งจำนวน 15 ราย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และ .82 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสอง อำเภอมืองจังหวัดมหาสารคาม และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสอง จากนั้นทำการเลือกและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์



ของการวิจัย ที่แจ้งสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และจรรยาบรรณในการวิจัยให้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจนกว่าจะเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมในการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้การพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2561

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.0) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 80.47) อายุเฉลี่ย 66.23 ปี (SD = 9.09, min-max=36-84) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.2) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.7) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,000 ต่อเดือน (ร้อยละ 59.5) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.0) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 (ร้อยละ 70.3) และรองลงมาคือระยะที่ 3-4 (ร้อยละ 29.7) และกลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.4)

2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 43.78 ± 5.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Mean = 22.46 ± 2.79) และขั้นวิจารณ์ญาณ (Mean = 13.55 ± 2.29) อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Mean = 9.77 ± 1.53) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 92.11 ± 1.59) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้ายาและการควบคุมโรคร่วม (Mean = 31.99 ± 2.51) ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 15.88 ± 2.89) ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เพิ่มพิษต่อไต (Mean = 15.58 ± 0.66) อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านการรับประทานอาหาร (Mean = 28.38 ± 3.07) และด้านการออกกำลังกาย (Mean = 8.80 ± 2.21) อยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า สถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1) ในขณะเดียวกันยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .348; p < .05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการรับประทานอาหาร ($r = .437; p < .05$) สูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเข้ายาและการควบคุมโรคร่วม ($r = .293; p < .05$) ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เพิ่มพิษต่อไต ($r = .234; p < .05$) และด้านการจัดการกับความเครียด ($r = .183; p < .05$) ตามลำดับ ในขณะที่ด้านการออกกำลังกายไม่พบความสัมพันธ์ ($r = -.027; p > .05$)



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง (n=74)

ปัจจัย	ความรอบรู้ทางสุขภาพ			พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
	ปานกลาง	สูง	χ^2	ปานกลาง	สูง	χ^2
เพศ						
ชาย	12 (16.2%)	14 (18.9%)	$\chi^2 = 1.39$	16 (21.6%)	10 (13.5%)	$\chi^2 = 0.37$
หญิง	29 (39.2%)	19 (25.7%)	$p = .24$	26 (35.1%)	22 (29.7%)	$p = .54$
อายุ						
< 65 ปี	12 (16.2%)	17 (23.0%)	$\chi^2 = 3.80$	16 (21.6%)	13 (17.6%)	$\chi^2 = 0.05$
≥ 65 ปี	29 (39.2%)	16 (21.6%)	$p = .06$	26 (35.1%)	19 (25.7%)	$p = .83$
การศึกษา						
ประถมศึกษา	34 (45.9%)	28 (37.8%)	$\chi^2 = 0.05$	34 (45.9%)	28 (37.8%)	$\chi^2 = 0.57$
สูงกว่าประถมศึกษา	7 (9.5%)	5(6.8%)	$p = .82$	8 (10.8 %)	4 (5.4 %)	$p = .45$
สถานภาพสมรส						
โสด/แยก/หม้าย/หย่า	22 (29.7%)	3 (4.1%)	$\chi^2 = 16.23$	14 (18.9%)	11 (14.9%)	$\chi^2 = .01$
คู่	19 (25.7%)	30 (40.5%)	$p = .001$	28 (37.8 %)	21 (28.4%)	$p = .93$
โรคร่วม						
โรคร่วม 1 โรค	18 (24.3%)	12 (16.2%)	$\chi^2 = 0.43$	19 (25.7%)	11 (14.9%)	$\chi^2 = 0.89$
โรคร่วมมากกว่า 1 โรค	23 (31.1 %)	21 (28.4%)	$p = .51$	23 (31.1 %)	21 (28.8%)	$p = .35$
รายได้						
< 6000 บาท/เดือน	38 (51.4%)	30 (40.5%)	$\chi^2 = 0.08$	39 (52.7%)	29 (39.2%)	$\chi^2 = 0.12$
≥ 6000 บาท/เดือน	3 (4.1%)	3 (4.1%)	$p = .78$	3 (4.1 %)	3 (4.1%)	$p = .73$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2¹³ ระยะที่ 3-4¹⁴ และระยะที่ 1-4²⁶ ซึ่งอธิบายได้ว่าธรรมชาติของโรคไตเรื้อรังมักมีการดำเนินโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่ออายุเพิ่มขึ้นหลอดเลือดได้มีการเสื่อม ทำให้มีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตหากมีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเร็วขึ้น²⁷ ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2¹³ และผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังระยะที่ 3-4¹⁴ ที่พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีการมองเห็นและการได้ยินลดลง มีกระบวนการคิดและตัดสินใจช้าลง อาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการรับรู้ การอ่าน การทำความเข้าใจกับข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน²³ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ช่วยเป็นที่ปรึกษาและพิจารณาการตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ²³

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อม พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการรับประทานอาหารและด้านการออก



กำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2¹³ และระยะที่ 3-4¹⁴ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อมในทั้งสองด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-2 (ร้อยละ 70.3) ซึ่งเป็นระยะที่ไตเริ่มเกิดความผิดปกติ ยังไม่พบอาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ ที่ชัดเจน มีเพียงความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นที่พบว่าไตสูญเสียหน้าที่ อาจยังไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต²⁸ ดังที่กล่าวมาข้างต้นอาจทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรับการเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรง และมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมกรมารับประทานอาหารอาจจะทำได้ยากในระยะเวลาอันสั้น อาจต้องอาศัยหลายปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่าสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส ซึ่งมีคู่สมรสจัดเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านให้การกำลังใจ เป็นคู่อุปถัมภ์ เป็นที่ปรึกษา และช่วยการตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ²² รวมถึงเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เช่น การจัดยาและการดูแลเพื่อให้ได้รับประทานยาตรงเวลา และการพาไปสถานพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาตามนัด ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่าความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นส่วนหนึ่งมีพื้นฐานมาจากการศึกษาหรือความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ ทำให้เกิดการรับรู้และการเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ จะแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไตเสื่อม จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยด้วยกัน รวมถึงจากสื่อต่าง ๆ ที่ทันสมัยในปัจจุบัน^{13,23} ประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ และตัดสินใจนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และควรให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้เนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน รวมถึงการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ที่เหมาะสม และควรส่งเสริมให้สมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพสำหรับในรายที่ไม่มีคู่สมรส

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสอง อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม และผู้นำชุมชนทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

References

- Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2016; 11(7): 1-18.
- Mills KT, Xu Y, Zhang W, Bundy JD, Chen C-S, Kelly TN, et al. A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney Int*. 2015; 88(5): 950-7.
- Jitraknatee J, Ruengorn C, Nochaiwong S. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease among type 2 diabetes patients: A cross-sectional study in primary care practice. *Sci. Rep*. 2020; 10(1): 1-10.
- Futrakul N, Futrakul P. Vascular homeostasis and angiogenesis determine therapeutic effectiveness in type 2 diabetes. *Int J Vasc Med*. 2011; 2011: 971524.
- National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 update. *Am. J. Kidney Dis*. 2012; 60(5): 850-86.
- Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK



- study. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2010; 25(5): 1567-75.
7. Cheung AK, Chang TI, Cushman WC, Furth SL, Hou FF, Ix JH, et al. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2021; 99(3): S1-S87.
 8. de Boer IH, Caramori ML, Chan JC, Heerspink HJ, Hurst C, Khunti K, et al. Executive summary of the 2020 KDIGO Diabetes Management in CKD Guideline: Evidence-based advances in monitoring and treatment. *Kidney int.* 2020; 98(4): 839-48.
 9. Futrakul N, Futrakul P. A mildly altered vascular homeostasis in early stage of CKD. *Renal failure.* 2009; 31(7): 538-43.
 10. Arora P, Jalal K, Gupta A, Carter RL, Lohr JW. Progression of kidney disease in elderly stage 3 and 4 chronic kidney disease patients. *Int.Urol Nephrol.* 2017; 49(6): 1033-40.
 11. Dai D, Alvarez PJ, Woods SD. A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure using a large administrative claims database. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2021; 13: 475-86.
 12. Yu P-S, Tsai Y-C, Chiu Y-W, Hsiao P-N, Lin M-Y, Chen T-H, et al. The relationship between subtypes of health literacy and self-care behavior in chronic kidney disease. *J.Pers. Med.* 2021; 11(6): 447-57.
 13. Janthapuek J, Chopsiang L. Relationships between health literacy and self-care behaviors to delay the progression of chronic kidney disease among patients with chronic kidney disease stages 1 and 2. *Regional Health Promotion Center 9 Journal.* 2020; 14(34): 243-58. (in Thai).
 14. Bunklai K, Kanoksuntonrat N, Phinitkhonjorndech N. Relationship between health literacy, self care behaviors, and glomerular filtration rate among patients with chronic kidney disease stage 3-4. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal.* 2020; 12(1): 225-39. (in Thai)
 15. Vorrappittayaporn C, Malathum P, Phinitkhajorndech N. Relationships among knowledge, health literacy, and health behavior in older persons with chronic kidney disease. *Rama Nurs* 2021; 27(1): 81-95. (in Thai).
 16. Tsai Y-C, Wang S-L, Tsai H-J, Chen T-H, Kung L-F, Hsiao P-N, et al. The interaction between self-care behavior and disease knowledge on the decline in renal function in chronic kidney disease. *Sci. Rep.* 2021; 11(1): 1-9.
 17. Evangelidis N, Craig J, Bauman A, Manera K, Saglimbene V, Tong A. Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: a systematic review. *BMJ Open.* 2019; 9(10): 1-15.
 18. Schrauben SJ, Apple BJ, Chang AR. Modifiable Lifestyle Behaviors and Chronic Kidney Disease Progression: A Narrative Review. *Kidney* 360. 2022; 3(4): 752-78.
 19. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research.* 2015; 9(2): 1-8. (in Thai).
 20. van der Heide I, Pourselami I, Mitic W, Shum J, Rootman I, FitzGerald JM. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *J Clin Epidemiol.* 2018; 102: 134-8.
 21. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc.Sci. Med.* 2008; 67(12): 2072-8.
 22. Devraj R, Borrego M, Vilay AM, Gordon EJ, Palden J, Horowitz B. Relationship between health literacy and kidney function. *Nephrol.* 2015; 20(5): 360-7.
 23. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2016; 45(3): 43-54. (in Thai)



24. Rattanawarang W, Chantha W. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2018; 24(2): 34-51. (in Thai).
25. Hongkrajok H, Pathumarak N, Masingboon K. Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patient-health care provider communication on self-care behaviors among patients with primary hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2016; 43(2): 39-54. (in Thai).
26. Wong KK, Velasquez A, Powe NR, Tuot DS. Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC nephrol*. 2018; 19(1): 1-8.
27. Weinstein JR, Anderson S. The aging kidney: physiological changes. *Adv. Chronic Kidney Dis*. 2010; 17(4): 302-7.
28. Taiwong A, Kanoksoonthornrut N, Chaiviboonthum S. Relationship between unpleasant symptom clusters and quality of life among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Health Care*. 2017; 35(3): 120-8. (in Thai).



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต่อ พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

ปราณีต พิพิธกุล พย.ม.* นุสรรา เผ่าหัวสระ พย.ม.** จักรินทร์ เคนรัง พย.บ.***
พัทรินทร์ บุญเสริม พย.ม.**** บุปผา แก่นชัยภูมิ พย.ม.***** อณัญญา ลาลูน วท.ม.*****

(วันรับบทความ: 31 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 28 กันยายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 28 กันยายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 44 คน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ .90 ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที่ (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า: 1) หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยามีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้นระดับมาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือ พฤติกรรมการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภท

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยภูมิ

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองบัวแดง

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่หวาน

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*****อดีตอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: mininok.120422@gmail.com Tel: 062-6514996



Effects of a Medication Cooperation Promotion Program on Medication Taking Behaviors in Patients with Schizophrenia

Praneet Pipitkul, M.N.S., APN* Nusra Phaohuasra, M.N.S.**
Chakkarin Khenrang, B.N.S.*** Pattarin Boonserm, M.N.S.****
Buppha Kaenchaiyaphum, M.N.S.***** Ananya Lalun, M.Sc.*****

(Received Date: August 31, 2022, Revised Date: September 28, 2022, Accepted Date: September 28, 2022)

Abstract

This research was a quasi-experimental research with a two-group, pretest-posttest design. The purpose of this research was to study the effects of a medication cooperation promotion program on the medication taking behavior of patients with schizophrenia. The sample consisted of 44 schizophrenia patients from a community hospital in Chaiyaphum Province, Thailand. The sample was divided into experimental and control groups containing 22 subjects each. The experimental group received a 12-weeks program to promote drug adherence and the control group received normal nursing care. The research instruments consisted of 1) the Program to Promote Medication Taking Cooperation in Schizophrenia Patients, 2) a brain psychiatric rating scale (BPRS.) and 3) the Medication Taking Behavior Scale according to Treatment Criteria. The content accuracy index of the Medication Taking Behavior Scale According to Treatment Criteria instrument was .90 and the reliability, using Cronbach's alpha coefficient, was .87. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that: 1) after the of drug use medication cooperation promotion program, the experimental group had a significantly ($p = .001$) different mean score for medication-taking behavioral cooperation than before receiving the program and 2) After the end of the program, the mean scores for medication adherence for the experimental group were significantly different from those of the control group ($p < .01$). The findings suggested that the medication cooperation promotion program had a significantly positive effect on the medication-taking behavior of schizophrenic patients. Relevant agencies should continue to implement this program in community hospital psychiatric clinics.

Keywords: Cooperation Promotion Program, Medication taking behavior, Patients with Schizophrenia

*Registered Nurse, Professional level, Subyai Hospital

**Registered Nurse, Professional level, Nongbuadaeng Hospital

***Registered Nurse, Professional level, TambonTha Mafai Wanhealth promotion Hospital

****Instructor, Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum Province

*****Former Faculty at the Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*****Associate Professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*Corresponding Author, Email: mininok.120422@gmail.com Tel: 062-6514996



บทนำ

โรคทางจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบมากที่สุด และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด การรับรู้และมีพฤติกรรมขาดแรงจูงใจ เป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านสุขภาพ เป็นภาวะโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ¹⁻³ ปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังจัดให้โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและถูกต้องจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการกำเริบหรือการเป็นซ้ำของโรค และอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่และมีอาการของจิตเภทกำเริบรุนแรงมากขึ้น และต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง^{4,5} ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความจำเป็นในการรักษาด้วยยา¹ นอกจากนี้อาการที่พบส่วนใหญ่ของโรคจิตเภทมี 2 กลุ่มอาการที่สำคัญคือ กลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ กลุ่มอาการทางบวกเป็นกลุ่มอาการที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนได้แก่ ประสาทหลอน มีอาการหลงผิด ส่วนอาการทางลบจะพบบ่อยและมีอาการอยู่นาน เช่น อาการเฉยเมย ขาดความสนใจในกิจกรรม พูดน้อย เป็นต้น อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดคือ การรักษาด้วยยาเพื่อปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองของผู้ป่วยลดความรุนแรงของโรคและสามารถลดอัตราอาการกำเริบ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง⁶ ที่ผ่านมายังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่มากถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด โดยพบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 59 ของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในช่วง 1 ปีแรกของการเจ็บป่วย⁸ นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ เกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง⁹ และส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา¹⁰ เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทและได้รับการรักษาไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สำคัญส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะต่อตนเองนั้นจะทำให้

มีอาการกำเริบเกิดเป็นซ้ำและกลับมาเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการมารับการรักษา เป็นต้น¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่แล้วจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ขาดแรงจูงใจ บางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา^{1,2} โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้อง ได้แก่ การหยุดยาเองความไม่ต่อเนื่องในการรับประทานยา เพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง ทศนคติต่อการรับประทานยา รู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยา คิดว่าการรับประทานยาทางจิตเป็นเวลานานจะทำให้ติดยา มีพฤติกรรมใช้ยามืดเวลา ลด และเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ นอกจากการรับประทานยาแล้วการเข้าถึงบริการเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องยังต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคจิตชนิดที่พบมากที่สุด และเป็นโรคเรื้อรังซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการกำเริบและกลับมาเป็นซ้ำจนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งก่อความรุนแรง/อาชญากรรมต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมได้¹² ตลอดจนประสิทธิภาพการทำงานลดลง นอกจากนี้ยังขาดความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาขาดทักษะการจัดเตรียมยา และไม่มีผู้ดูแลคอยกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเป็นต้นอย่างไรก็ตามการรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากโดยเฉพาะใน 5 ปีแรกของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการรับประทานยาที่สม่ำเสมอจะส่งผลต่อการพยากรณ์โรคได้ดีและช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานได้ปกติ ลดอุบัติการณ์ของการกำเริบของโรคได้¹³ นอกจากนี้แม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาการทางจิตของผู้ป่วยสงบแต่ยังส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้ส่งผลให้ครอบครัวต้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นภาระมากขึ้น บางครอบครัวอาจเกิดความเครียดและความกังวลในการดูแลผู้ป่วยได้¹⁴ อย่างไรก็ตามเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทคือการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตเป็นภาระต่อครอบครัว สังคมน้อยที่สุดในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมได้¹⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เป็นโรคจิตเภทนอกจากทีมสหสาขาวิชาชีพแล้วการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบมีส่วนร่วมโดยเน้นการให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยาลดความเสี่ยง



และเศรษฐกิจ แผนการรักษา การมีสุขภาพดีการมาตรวจตามนัดและการส่งต่อและการรับประทานอาหาร¹² ตลอดจนการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทอาจช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาวเป็นต้น⁵

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการรับประทานยานอกจากจะเน้นให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจแล้วครอบครัวยังมีความสำคัญเป็นอย่างมาก แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยยามาบ้างแล้วหลายวิธีด้วยกัน เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี หรือแม้แต่การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น ก็ยังไม่ได้ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย⁶ การศึกษาวิจัยพบว่ายังมีผู้ป่วยบางส่วนขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางรายยังมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการกำเริบ เกิดอาการข้างเคียงและกลับเข้ามารับการรักษาช้าอยู่บ่อยครั้งจากปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท บ่อยครั้งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากยังไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและบางรายยังรับประทานยาไม่ถูกต้อง⁶ และส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงของยากับวิธีการจัดการ ความเครียดและการจัดการความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น ป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างยั่งยืน

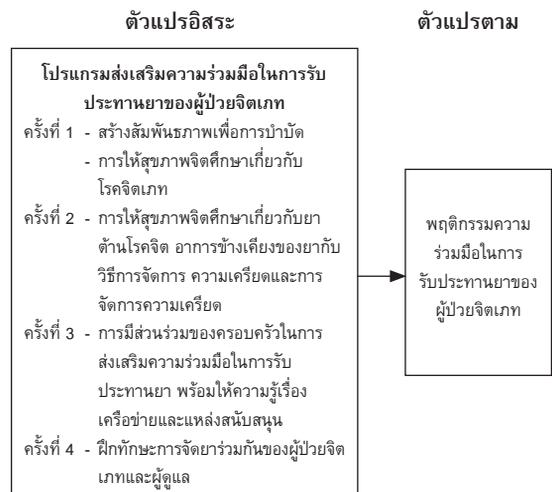
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือต่อพฤติกรรมรับประทานยาในรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทและแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson และคณะ¹⁴ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้นไปจึงนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1-2 เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ดูแล และครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research-with a two-group pre-posttest design)

ประชากร ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า $\alpha = 0.05$ ระดับ



นัยสำคัญ $= 0.05$ และ Effect Size $= 0.5$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 22 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 2) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่า 5 ปีขึ้นไป 3) มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร¹⁵ 4) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงซึ่งประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต เกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน¹⁶ 5) ไม่พบความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในด้านความคิดความจำและเชาวน์ปัญญา 6) มีญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นญาติที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือนและ 7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีอาการรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วย ผู้ดูแลหลัก จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท

2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไป 10 ข้อ แบ่งเป็นอาการด้านบวก 6 ข้อ และอาการด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีอาการรุนแรงมากเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน โดยคะแนน 18 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการทางจิต คะแนน 19-36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตเล็กน้อย และคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

3) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาใช้ประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบวัด

ที่พัฒนามาจากสรินทร เชี่ยวโสธร¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง และด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อและข้อความทางลบ 9 ข้อได้แก่ ประจำบ่อยครั้ง บางครั้งนาน ๆ ครั้งและไม่เคย ข้อความด้านบวกให้คะแนน 5,4,3,2 และ 1 และข้อความด้านลบให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 ตามลำดับแปลผลระดับโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตราวัด 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็มและแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท⁵ เป็นโปรแกรมสำหรับรายบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ใช้กรอบแนวคิดของของ Anderson และคณะ¹⁴ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้นำไปความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 7 ท่านเพื่อพิจารณาเนื้อหาและนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ .90 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการทางจิตและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา เท่ากับ .81 และ .85 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ NU CPRU 003-2563 วันที่ 1 เมษายน 2563 อีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้า



ร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ๑ ต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับและจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มทดลองแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนดชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยให้หน่วยงานได้รับทราบและแจ้งรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ป่วยและยินดีเข้าร่วมวิจัยพร้อมตอบข้อสงสัยต่าง ๆ จึงให้ลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาสำหรับดำเนินการตามโปรแกรมจากนั้นให้ทำแบบสอบถามโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนที่ 1-3 และดำเนินการตามโปรแกรมจำนวน 4 ครั้งติดตามการมีส่วนร่วมทั้งแบบเยี่ยมบ้าน และทางโทรศัพท์พร้อมให้คำปรึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย จนครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน ซึ่งตรงกับวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 59.1 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 44 ปี

กลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 52.27กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.5 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 50กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.5 ส่วนกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 และ 59.1 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร ร้อยละ 31.8 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 59.1 รายได้กลุ่มทดลองเฉลี่ยเดือนละ 9,000 บาท ร้อยละ 31.8 กลุ่มควบคุมเฉลี่ยเดือนละ 6,000 บาท ร้อยละ 45.5 กลุ่มทดลองมีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองคือ บิดาหรือมารดาและสามีหรือภรรยา กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือญาติ ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทนานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.1 และ 50 ตามลำดับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มน้อยกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 77.2 และ 72.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มรักษาอาการทางจิตด้วยยารับประทานและไม่มีการข้างเคียงของยา ร้อยละ 86.4 และ 95.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 77.3 กลุ่มควบคุมทั้งหมดไม่มีประวัติการเป็นโรคจิตเภทของคนในครอบครัว ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองทั้งหมดไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคอื่นร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.2 ตามลำดับ

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งนี้หลังการใช้โปรแกรมครบ 1 เดือนทันที ($t = -15.226, p = .000$) ดังตารางที่ 1 และส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือนพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.381, p = .000$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯครบ 1 เดือนของกลุ่มทดลอง (n = 22) และกลุ่มควบคุม (n = 22)

กลุ่ม	ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ		หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ (1 เดือน)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง ความร่วมมือ	25.61	5.81	44.59	0.68	-15.226	.000
กลุ่มควบคุม ความร่วมมือ	33.63	5.92	33.36	5.36	.408	.688

p-value < 0.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ครบ 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง (n = 22) และกลุ่มควบคุม (n = 22)

กลุ่ม	ก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ		หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ (3 เดือน)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง ความร่วมมือ	25.61	5.81	44.09	1.27	-15.381	.000
กลุ่มควบคุม ความร่วมมือ	33.63	5.92	33.27	4.99	.571	.574

p-value < 0.01

การอภิปรายผล

ในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน พบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนดำเนินโปรแกรมฯ โดยที่หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ครบ 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณสุดใจ และคณะ¹³ ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาโดยบูรณาการการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนในครอบครัวสำหรับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลหลักที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมิศา กุมลา และคณะ⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรม

ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด ประภาพรหม และคณะ¹¹ ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นทั้งนี้การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการรักษา เป็นพื้นฐานที่สำคัญใน



การรักษา นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรักษาต่อไป⁵ และมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและวิธีการรักษาทางด้านโรคจิต อาการข้างเคียงของยากับวิธีการจัดการความเครียดและการจัดการความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญในการรักษามีการเชื่อมโยงกับอาการที่เกิดขึ้นจริงกับตัวผู้ป่วย ซึ่งภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษามากขึ้นและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณาคามีสินนท์¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูงขึ้น ดังนั้นภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนดำเนินโปรแกรมฯ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการดำเนินโปรแกรมฯ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 3 เดือนพบว่าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตา กุมลา และคณะ⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ว่าในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยอาศัยอยู่ลำพังอาจจะต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพในการดูแลและติดตาม เนื่องจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาได้ เป็นต้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้น¹⁹ มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประโยชน์จากยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียง จะทำให้ผู้ป่วย

เกิดความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ตลอดจนฝึกทักษะการจรรยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดยาที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการจัดยา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้สำรวจปัญหาและอุปสรรคในการจัดยาของผู้ป่วยและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะทำผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในการจัดยามากขึ้น มีแรงจูงใจและมีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาและติดตามความคงทนของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ในระยะยาวขึ้นเป็น 4 เดือน หรือ 6 เดือน

References

1. Uthaiphan R, Dangdomyouth P. The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. The Journal of psychiatric Nursing and mental Health 2013; 7(1): 136-48. (in-Thai)
2. Jansook C, Jansook N, Railoy A. The effects of brief intervention on medication adherence behaviors of schizophrenic Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(2): 170-77. (in-Thai)
3. Posri A. Family and community participation in caring of chronic schizophrenia patients: A case study at ban thamuang community roi, et province. Srinagarind Med J; 2019; 34(1): 1-6. (in-Thai)
4. Tangmanokun A, Chaiyasong S. Outcomes of home health care in patients with schizophrenia by multidisciplinary team of donmoddaeng district



- health service network in ubonratchathani. *Journal of Health Systems Research* 2021; 15(4): 436-55. (in-Thai)
5. Koomala S, Sangon S, Nintachan P. Effect of medication adherence promotion program in schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2020; 34(2): 132-52. (in-Thai)
 6. Thongyoo C, Dangdomyouth P. The Effect of health belief enhancement program on medication compliance behavior of schizophrenic patients. *The Journal of psychiatric Nursing and mental Health* 2017; 31(1): 75-87. (in-Thai)
 7. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry* 2012; 2(5): 74-82.
 8. Canas F, Alptekin K, Azorin JM, Dubois V, Emsley R, Garcia AG, et al. Improve treatment adherence in your patients with schizophrenia. *Clin. Drug Investig* 2013; 33: 97-107.
 9. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey HB. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13(50): 1-8.
 10. Lortrakul M, Sukanich P. *Ramathibodi psychiatry textbook*. 3th ed. Bangkok: Beyond Enterprise Printing, Thailand; 2012. (in-Thai)
 11. Prapaprom P, Ratsamesuwiat J, Khamwongpin M, Tungpunkom P. The development of medication adherence enhancing program (MAEP) for persons with schizophrenia. *The Journal of psychiatric Nursing and mental Health* 2013; 27(3): 57-74. (in-Thai)
 12. Seechiangsa k, Kanjanasilp J, Suttiruksa S. Development of the System for Caring Schizophrenic Patients in Community by Multidisciplinary Team of Health Network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province. *TJPP Journal* 2019; 11(2): 457-69. (in-Thai)
 13. Sudjai P, Hengudomsub P, Chaimongko N. Feasibility of the motivational interview based adherence therapy (MIAT) with family support program to promote medication adherence for persons with schizophrenia. *Thai Pharm Health Sci J* 2021; 16(3): 179-87. (in-Thai)
 14. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980; 6(3): 490-505.
 15. Chiewsothorn S. The effect of empowerment in schizophrenic patients on medication adherence behaviors [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (in-Thai)
 16. Nursing Mission Group suansaranrom Hospital. Handbook of mental disorders screening and mental health Problems. [Internet]. 2020 [cited 2020 April 22]. cited 2022 April 22]. Available from: <http://1.179.139.229/upload/2021-02-17-1010.pdf> (in-Thai)
 17. Kittirattanapaiboon P. Lecture documents assessment of psychiatric symptoms Suanprung Hospital. Training Program Guidelines for interviewing and scoring BPRS in the format of T-PANSS. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 2001 (in-Thai)
 18. Khamsinont P. Mental Health Education for cooperation in Drug Treatment of Schizophrenia Patients in Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2007. (in-Thai)
 19. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granstrom O, Hert MD. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence: A systematic literature review. *SAGE J* 2013; 3(4): 200-18.



ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ พย.ม.***

อัจฉรา มิตรเมือง วท.บ.** อรพิน สว่างแจ้ง วท.บ.**

ธราวดี สิริสุขลาโก วท.บ.** ภัทรวดี สุวรรณ วท.บ.**

พนทิภา เทียนขาว วท.บ.** สัจจิตรา ป้านภูมิ วท.บ.**

(วันรับบทความ: 19 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 25 กันยายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 26 กันยายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยศึกษาจากผู้ปกครองของเด็กอายุ 6-12 ปี ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 121 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์จากแนวคิดของกรมอนามัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรง (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

ผลการวิจัย พบว่าภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ มีระดับภาวะเสี่ยงในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$, $SD = 0.85$) และการจัดบริการอาหารในโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > .05) ปัจจัยครอบครัวและสื่อโฆษณา ส่งผลกระทบต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($b = 0.536$ และ 0.552) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยง น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ นักเรียนชั้นประถมศึกษา

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email : palitnonkert@hotmail.com Tel: 089-7651140



Factors Affecting Underweight Risk Conditions among Primary Schoolers in Bang Phli Subdistrict Municipality School, Bang Phli District, Samut Prakan Province

Anothai Palitnonkert M.N.S.* ***

Ajchara Mitmuang B.Sc** Orapin Sawangjaeng B.Sc**

Tharawadee Sirisuklapho B.Sc** Phattarawadee Suwan B.Sc**

Puntiwa Teankhao B.Sc** Sujitra Panphoom B.Sc**

(Received Date: August 19, 2022, Revised Date: September 25, 2022, Accepted Date: September 26, 2022)

Abstract

This survey research aimed to study 1) underweight risk conditions and 2) the factors affecting underweight risk conditions among primary school in the Bang Phli Subdistrict Municipality school, in the, Bang Phli District, Samut Prakan province, Thailand. The participants were 121 parents of 6-12 year-old, primary school students attending the Bang Phli Subdistrict Municipality school who were systematically random sampled into the study. The instruments used to collect the data were the Factors Affecting Underweight Risk Conditions Questionnaire which was developed based on concepts from the Department of Health and was content validated by 3 experts. The Index of Item Objective Congruence (IOC) values ranged from 0.50-1.00 among the questions. and the instrument's reliability was shown to be 0.71. The data was analyzed using descriptive statistics, frequencies, percentages, means, and standard deviations. The relationships between meal management in schools with underweight risk conditions were analyzed using Spearman's Rank Correlations and multiple linear regressions to predict how family factors and media advertising affect underweight risk conditions.

The results showed that underweight risk conditions were at a moderate level ($\bar{X} = 3.07$, $SD = 0.85$). and that there was no relationship between meal management in schools and underweight risk conditions ($r = -0.10$, p -value = .27). Family factors and social media, however, has a statistically significant affect on the risk of being underweight at $p < 0.05$ ($b = 0.536$, $p < .05$) and ($b = 0.552$, $p < .05$) respectively.

Keywords: Risk conditions, Underweight, Primary schoolers

*Assistant Professor, Faculty of Public and Environment Health Huachiew Chalermprakiet University

**Students of Faculty of Public and Environment Health Huachiew Chalermprakiet University

***Corresponding author, Email : palitnonkert@hotmail.com Tel: 089-7651140



บทนำ

ปัญหาภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และกองทุนช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund) ได้ประกาศว่าประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กำลังเผชิญวิกฤตการณ์ด้านโภชนาการ¹ คือมีทั้งเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหาร และเป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุว่าประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศรายได้ปานกลาง ได้แก่ ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านปัญหาภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ปัจจุบันพบว่ามีเด็กขาดสารอาหารราวร้อยละ 7 จากตัวเลขจำนวนการเพิ่มขึ้นของปัญหาโภชนาการ ประเทศไทยจัดได้ว่ากำลังเผชิญปัญหาภาวะทุพโภชนาการ¹ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สํารวจภาวะทุพโภชนาการเด็กไทย พบว่าเด็กไทยมีสัดส่วนไม่ได้มาตรฐาน ในระดับประถมศึกษา มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์เกือบ 3 แสนคน ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เมื่อเด็กสัดส่วนไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานซึ่งจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างร่างกายทำให้เด็กตัวเล็ก ผอม สมองไม่ได้พัฒนาอย่างเต็มที่ เรียกว่า ภูมิต้านทานโรคต่ำ ติดเชื้อง่าย หากเด็กมีสุขภาพไม่ดีก็จะไม่สามารถพัฒนาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาได้² อาจมีสาเหตุมาจากสถานการณ์ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสภาพสังคม วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น จากวิถีชีวิตที่เร่ร่อนรับประทานอาหารพร้อมหน้ากันทั้งครอบครัวในบ้าน โดยเฉพาะอาหารมือเช้า แต่ด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบัน ก็เปลี่ยนเป็นการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน รับประทานอาหารจานด่วน (Fast food) และเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปกันมากขึ้น เพราะความสะดวกและรวดเร็ว ปัจจุบันมีเครื่องมือหรือสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ สื่อบุคคล และสื่อโฆษณาที่ได้รับจากทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และอินเทอร์เน็ต มีส่วนชักนำให้เด็กมีการเลือกบริโภคอาหารตามกระแส โดยสื่อมีอิทธิพลต่อการกำหนดค่านิยมของเด็ก เพราะมีการเข้าถึงได้ง่าย เมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา เช่น เกม วิดีโอ รูปภาพ ล้วนเป็นสื่อสังคมที่มีอิทธิพล ทำให้เกิดความต้องการซื้อสินค้าผ่านช่องทางนี้มากที่สุด เมื่อเด็กได้รับประทานอาหารที่ได้เห็นตามสื่อเข้าไป

อาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ไม่บำรุงร่างกายไม่เพียงพอ เนื่องจากอาหารที่รับประทานเข้าไปอาจไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์³

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่เป็นเมืองอุตสาหกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูงสุดเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย ทำให้จังหวัดสมุทรปราการมีการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของประชาชน พบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญใน 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเด็ก และไข้เลือดออก ตามลำดับ⁴ ถือได้ว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นอีกปัญหาสาธารณสุขที่ควรที่ได้รับการแก้ไข เพราะเป็นสาเหตุทำให้เด็ก เตี้ย อ้วน และผอม จากข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ของจังหวัดสมุทรปราการ พบเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม ร้อยละ 2.81 และพบสูงสุดที่อำเภอบางพลี ร้อยละ 3.60⁵ ในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดสมุทรปราการมีชายหญิงแต่งงานจำนวน 8,081 คู่ แต่มีคู่สมรสที่ยังร้าง จำนวน 3,686 คู่ แสดงให้เห็นว่าในภาวะปัจจุบันจังหวัดสมุทรปราการมีครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเลี้ยงบุตรลำพัง หรือเรียกว่าครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมากขึ้น บิดามารดาต่างประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาดูแลบุตรหลาน ทั้งให้บุตรหลานอยู่ตามลำพัง⁴ ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญต่อการพัฒนาการของเด็ก เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอยู่กับกรอบเลี้ยงดูของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นสถาบันที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด อุดมคติ และแนวทางให้แก่เด็กในการดำรงชีวิตต่อไปในภายหน้า ครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมมารดาบริโภคของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงแบบของเด็กจะยึดบิดามารดา และบุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่าง ทักษะคิดในการเลือกอาหารของบิดามารดาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดความชอบหรือไม่ชอบของเด็ก บิดามารดา และบุคคลในครอบครัวจึงเป็นตัวอย่งที่ดีในการรับประทานอาหาร และในสภาวะที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาบริโภคของเด็ก ภาวะโภชนาการของเด็กจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะปัจจัยด้านครอบครัว มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เช่น รายได้ ค่านิยม ความเชื่อด้านการบริโภคอาหารของครอบครัว



คณะผู้วิจัยได้ทำการสำรวจภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาจำนวน 197 คน ในเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีนักเรียนที่ภาวะน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 9.64 ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับจังหวัดและจากการสอบถามครูด้านโภชนาการของทางโรงเรียน ได้ให้ข้อมูลว่าทางโรงเรียนมีการจัดบริการจัดบริการอาหารให้กับนักเรียนในโรงเรียน เป็นการติดตามคู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการสุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา ทางโรงเรียนได้กล่าวว่า ถ้ามีการจัดบริการอาหารให้กับนักเรียนมีสัดส่วนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายนักเรียน จะทำให้นักเรียนมีการเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสมตามช่วงอายุ⁶ ซึ่งกรมอนามัยให้ความสำคัญการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนให้มีน้ำหนักและส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การกำหนดมาตรฐานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ รวมไปถึงแนวทางการแก้ไขปัญหากรณีที่เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข การพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ในการส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้สูงดีสมส่วน⁷

จากปัญหาดังกล่าว จึงทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กชั้นประถมศึกษา รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อนำข้อมูลในงานวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กประถมของโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้ปกครอง ได้แก่ บิดา มารดา รวมถึงผู้ดูแลที่มีสิทธิ์ในการดูแลนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 194 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน คำนวณโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน Krejcie and Morgan⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ 2) ปัจจัยครอบครัว สอบถามด้านค่านิยมและรายได้ สร้างคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (1=เห็นด้วยน้อยที่สุด, 2=เห็นด้วยน้อย, 3=เห็นด้วยปานกลาง, 4=เห็นด้วยมาก และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 9 ข้อ 3) สื่อโฆษณา สร้างคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (1=เห็นด้วยน้อยที่สุด, 2=เห็นด้วยน้อย, 3=เห็นด้วยปานกลาง, 4=เห็นด้วยมาก และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 10 ข้อ 4) การจัดการบริการอาหารในโรงเรียน สร้างคำถามจากคู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการสุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียน สร้างคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (1=เห็นด้วยน้อยที่สุด, 2=เห็นด้วยน้อย, 3=เห็นด้วยปานกลาง, 4=เห็นด้วยมาก และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 9 ข้อ และ 5) ภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ สร้างคำถามโดยแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (1=เห็นด้วยน้อยที่สุด, 2=เห็นด้วยน้อย, 3=เห็นด้วยปานกลาง, 4=เห็นด้วยมาก และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งฉบับจำนวน 44 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน ด้านการพยาบาล 1 ท่าน และด้านภาษา 1 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าความตรงรายข้อ (Index of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 จัดว่ามีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้วิจัยได้ จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม



ตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ในโรงเรียนหนองงูเห่า ศาสตร์ประเสริฐ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.71 ด้านปัจจัยครอบครัวเท่ากับ 0.71 ด้านสื่อโฆษณา เท่ากับ 0.73 ด้านการจัดบริการอาหารในโรงเรียน เท่ากับ 0.70 และภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ เท่ากับ 0.75

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ เลขที่ อ.887/2562 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย ขอความอนุเคราะห์ต่อนายกเทศบาลตำบลบางพลี และผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติทางการวิจัย ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 ใช้วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

1.2 ใช้วิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็น ด้านปัจจัยครอบครัว สื่อโฆษณา การจัดบริการอาหารในโรงเรียน และภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ด้วยสถิติทดสอบวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยกำหนดระดับนัยทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 73.55 และเพศชาย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 26.45 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 41-45 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 29.75 และมีอายุน้อยกว่า 25 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.66 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 32.23 และน้อยที่สุดคือ อนุปริญญา/ปวส. และระดับปริญญาโท/อื่น ๆ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.96

ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 รองลงมา ประกอบอาชีพ

พนักงานบริษัท จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 29.75 และน้อยที่สุดคืออาชีพข้าราชการ มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.31

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.54 และน้อยที่สุด คือ 15,001 - 20,000 บาท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.44

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 80.17 และน้อยที่สุด คือ สถานภาพหม้าย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30

ผลการศึกษปัจจัยในแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของปัจจัยครอบครัว สื่อโฆษณาและการจัดบริการอาหารในโรงเรียน (n=121)

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็น (จำนวน ร้อยละ)					(\bar{X})	SD	ระดับคะแนนความคิดเห็น
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ปัจจัยครอบครัว	0 (0)	22 (18.18)	76 (62.81)	22 (18.18)	1 (0.83)	2.96	0.45	ปานกลาง
สื่อโฆษณา	10 (8.26)	43 (35.54)	57 (47.11)	9 (7.44)	2 (1.65)	3.35	0.60	ปานกลาง
การจัดบริการอาหารในโรงเรียน	2 (1.66)	1 (0.83)	19 (15.70)	58 (47.93)	41 (33.88)	2.07	0.64	น้อย



จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 62.81 รองลงมา มีความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และน้อยที่สุด มีความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 โดยมีระดับของความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.96, SD = 0.45)

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเรื่องสื่อโฆษณาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 47.11 และอยู่ในระดับน้อยที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.65 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 โดยมีระดับของความคิดเห็นเรื่องสื่อโฆษณาในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.35, SD = 0.60)

ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเรื่องการจัดบริการอาหารในโรงเรียนอยู่ในระดับน้อย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 47.93 และมีระดับคะแนนของความคิดเห็นเรื่องการจัดบริการอาหารในโรงเรียนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 2.07, SD = 0.64)

ผลการศึกษาระยะสั้นหน้าหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (n=121)

ตัวแปร	ระดับความเสี่ยง (จำนวน ร้อยละ)					\bar{X}	SD	ระดับคะแนนความเสี่ยง
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์	12 (9.1)	32 (26.45)	43 (35.54)	21 (17.36)	13 (10.74)	3.08	0.85	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า คือ ผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่เลือกระดับความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.54 และเลือกระดับความเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.91 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.85 โดยมีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.08, SD = 0.85)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้อำนาจการทำนายปัจจัยครอบครัวและสื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

การวิเคราะห์ปัจจัยในแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยครอบครัวและสื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta (β)	t	p-value	Collinearity Statistics	
						Tolerance	VIF
ปัจจัยครอบครัว	0.536	0.150	0.284	3.565	0.001	0.982	1.018
สื่อโฆษณา	0.552	0.112	0.392	4.918	<0.001	0.982	1.018
Constant	R ²	R ² adj	SEE	F	P		
	= -0.356	= 0.264	= 0.251	= 0.737	= 21.158	= <0.001	

* $p < .05$, b คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (unstandardized coefficients), SE คือ ค่าความคลาดเคลื่อน, SSE คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่า (β) คือ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

(standardized coefficients) F คือ สถิติทดสอบที่ใช้เปรียบเทียบค่าวิกฤตจากการแจกแจงแบบ F, t คือ สถิติทดสอบที่ใช้เปรียบเทียบค่าวิกฤต เพื่อทราบความมีนัยสำคัญ



จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยครอบครัวส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($b = 0.536, p < .05$) กล่าวคือ ปัจจัยครอบครัวมีอำนาจทำนายความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และปัจจัยครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24.46 สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบคือ ภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ = $-0.356 + 0.536$ และทางด้านสื่อโฆษณา ผลการวิเคราะห์พบว่า สื่อโฆษณาส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($b = 0.552, p < .05$) กล่าวคือ สื่อโฆษณามีอำนาจทำนายความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และสื่อโฆษณาสามารถอธิบาย

ความแปรปรวนของความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24.46 สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ คือ ภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ = $-0.356 + 0.552$

$$\hat{Y} = a + bx_1 + bx_2$$

$$\hat{Y} = -0.356 + 0.536 (\text{ปัจจัยครอบครัว}) + 0.552 (\text{สื่อโฆษณา})$$

แปลผล คือ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ คงที่ ปัจจัยครอบครัวเพิ่มขึ้น จะส่งผลคะแนนให้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น 0.536 คะแนน และสื่อโฆษณาเพิ่มขึ้น จะส่งผลคะแนนให้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น 0.552 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการอาหารในโรงเรียนกับภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ($n = 121$)

ภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์			
ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การจัดบริการอาหารในโรงเรียน	-0.10	.27	ไม่มี

จากตารางที่ 4 การจัดบริการอาหารในโรงเรียนกับภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์ ($r = -0.10, p\text{-value} = .27$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. จากการศึกษาในระดับความคิดเห็นภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08, SD = 0.85$)

2. จากการศึกษาปัจจัยครอบครัว และสื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา สรุปผลได้ดังนี้

ปัจจัยครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า (Enter selection)

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทำนาย

ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ รายได้ ค่านิยม ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ($b = 0.536, p < .05$) สามารถอธิบายภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ว่า ถ้านักเรียนได้มีปัจจัยครอบครัว ในการดูแลที่ดีขึ้นจะลดการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับประสิทธิ์เชจรจิตร, นิภาพร ชุตินันต์ และ บังอร กุมพล⁹ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับรายได้ครัวเรือนและค่าเฉลี่ยของจังหวัด ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีรายได้เท่ากับค่าเฉลี่ยของจังหวัดจะมีโอกาสทำให้ภาวะผอมของเต็กลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด สอดคล้องกับ วีรวัลย์ ศิรินาม¹⁰ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอ หรือมีรายได้น้อยทำให้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ครบถ้วนได้ยากกว่าครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้สูง และจักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และ สมเกียรติยศ วรเดช¹¹ ได้ทำการศึกษาด้านเจตคติหรือค่านิยมเกี่ยวกับ



การรับประทานอาหารของผู้จัดเตรียมอาหารในครอบครัว ผลการศึกษา พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับดี ความเชื่อในเรื่องของการรับประทานอาหารของผู้ปกครอง จะส่งผลต่อการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กในด้านการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้เด็กได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนและเพียงพอได้ สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก สิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ปกครองควรตระหนัก คือ ความรู้ในเรื่องอาหารและโภชนาการเพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุตรมีภาวะโภชนาการที่ดีและช่วยแก้ปัญหาในด้านสุขภาพของลูกได้ จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมมีระดับของความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = 0.45$) และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 76 คน (ร้อยละ 62.81) รองลงมาความคิดเห็นเรื่องปัจจัยครอบครัวอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 18.18) ตามลำดับ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรส่งเสริมและป้องกัน ติดตามการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำ และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดการเกิดภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา

สื่อโฆษณา

ผลการวิเคราะห์สื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า (Enter selection) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ทำนายว่าสื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์นักเรียนชั้นประถมศึกษา ($b = 0.552$, $p < .05$) สามารถอธิบายภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ว่า ถ้านักเรียนได้มีการรับสื่อโฆษณาที่ดีขึ้น ก็จะลดการเกิดภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสังวาลย์ ชมภูษา¹² ได้ทำการศึกษาศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของนักเรียน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสื่อที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการบริโภคอาหารของนักเรียน จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมมีระดับของความคิดเห็นเรื่อง

สื่อโฆษณาในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.60$) และโดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเรื่องสื่อโฆษณายู่ในระดับปานกลาง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 47.11 รองลงมาความคิดเห็นเรื่องสื่อโฆษณายู่ในระดับมาก จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.54 ตามลำดับ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข สถานศึกษา และองค์กรต่าง ๆ ควรร่วมมือกันส่งเสริมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อนักเรียน โดยการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร และจัดกิจกรรมผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการอาหารในโรงเรียนและภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน มีค่าเท่ากับ 0.27 ซึ่งมากกว่า .05 เนื่องจากโรงเรียนมีการจัดบริการอาหารที่ดี สอดคล้องกับปราณี ทัดศรี¹³ ได้ทำการศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในเขตอำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษพบว่า โครงการอาหารกลางวันเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ถึงแม้ว่าทุกโรงเรียนจะมีการจัดอาหารกลางวันให้กับนักเรียนแล้วก็ตาม นอกจากนี้อาหารกลางวันเป็นเพียงอาหารมื้อเดียวที่เด็กได้รับจากทางโรงเรียน ส่วนอีก 2 มื้อ เป็นส่วนที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ปกครอง ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการอาหารในโรงเรียนกับภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

1. ครอบครัวควรมีแนวทางในการป้องกันภาวะเสี่ยงน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ เช่น การจัดส่งเสริมให้นักเรียนได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน เด็กวัยเรียนให้สูงดีสมส่วนตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. ครอบครัวควรมีการกำกับดูแลบุตรของตนเอง พร้อมให้คำแนะนำในด้านการรับสื่อที่ดี เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครูและบุคลากรของโรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลบางพลี รวมถึงผู้ปกครอง



ของนักเรียนทุกคน ในการสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

References

1. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Malnutrition-Obesity Challenges Nutrition of Southeast Asian countries. [Internet]. 2016 [cited 2019 September 21]. Available from: <https://www.voathai.com/a/asia-child-nutrition/3259066.html>
2. Office of the Basic Education Commission (OBEC) survey found that Thai children are more obesity than skinny. [Internet]. 2016 [cited 2019 September 23]. Available from: [https://www.thaihealth.or.th/Content/0-OBEC survey found that Thai children %20 fat%20 more than skinny.html](https://www.thaihealth.or.th/Content/0-OBEC%20survey%20found%20that%20Thai%20children%20fat%20more%20than%20skinny.html)
3. Nithitantiwat P, Udomsap W. Impact and solutions to Food consumption behavior of Thai adolescents Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2017; 28(1): 123-4. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. A complete health master plan, Samut Prakan Province, 10 years (2016- 2025). [Internet]. 2016 [cited 2019 September 10]. Available from: <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2013/10/Masterplan-10-Year.pdf> (in Thai)
5. Chaipheth Y. Provincial Government Inspectorate Report Form. [Internet]. 2018 [cited 2019 September 9]. Available from: http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2018-07-05-06-30-22-11.doc (in Thai)
6. Duangngern P. Data underweight students of primary school in Bang Phli Subdistrict Municipality school, Bang phli District, Samut prakan province. [Interview 3 September 2019].
7. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). Department of Health accelerates skill development weight manager school-age children Helping tall, well-proportioned children. [Internet]. 2016 [cited 2019 September 10]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/121601>
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 1970; 30(3): 607-10.
9. Kejonjit P, Chutiman N, Kumpol B. Factors associated with low nutritional status of children. preschool in Kuchinarai District Kalasin Province. Journal of Public Health Research, Khon Kaen University. (2013); 6(3): 168-75. (in Thai)
10. Sirinam W. Factors Affecting Nutritional Status of Children in Child Development Centers Under the Ban Klang Subdistrict Municipality San Pa Tong District Chiang Mai Province [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2018. (in Thai).
11. Parimanon J, Chaimail P, Woradet S. Nutrition status and related factors. on nutritional status in children under 5 years of age: a review of the literature. Journal Network of Colleges of Nursing and Southern Public Health. (2018); 5(1): 329-42. (in Thai).
12. Chomphuja S. Factors Affecting Food Consumption of 3rd Grade Students with Overnutrition [Independent research thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2009. (in Thai)
13. Thadsri P. Factors related to nutritional status in preschool children. in the district Pathum Thani Province Journal of Nursing and Health Care Pathum Thani. 2014; 32(1): 69-77. (in Thai).

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งบทความมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับบทความที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในบทความที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ทำขึ้นใหม่ (original article) ทั้งนี้จะต้องเป็นการศึกษาที่ส่งประโยชน์ทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล หรือการดูแลสุขภาพ
2. บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ หรือวิชาชีพการพยาบาลฯ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. บทคัดย่อภาษาไทยและ Abstract ภาษาอังกฤษ จะต้องมีความยาวไม่เกินอย่างละ 250 คำ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ต้นฉบับ ต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ และส่งเข้าใน E-mail: jnatned@gmail.com
3. จัดเตรียมต้นฉบับโดยมีเนื้อหาบทความที่มีความยาวไม่เกิน 10 หน้า (รวมรูปภาพและตาราง) พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบน ล่าง ซ้าย และขวา 2.54 ซม. พร้อมทั้งเบอร์โทรและ E-mail ของเจ้าของต้นฉบับที่สามารถติดต่อได้
4. ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

1. บทความทางวิชาการ เรียงลำดับดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง ต้องไม่ระบุสถานที่ และคำเฉพาะในหัวข้อและเนื้อเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรกและมีชื่อเรื่องเป็นภาษาอังกฤษ
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and Co-authors) ต้องระบุชื่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด ตัวอย่างเช่น สมจิต แคนส์แก้ว ปร.ด.*, Somjit Daenseekaew Ph.D.* และผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเขียนไปทางขวามือ ส่วน

ตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถของหน้าแรก

2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
 - 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 250 คำ ให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ ที่มาและความสำคัญ (Background) วิธีดำเนินการศึกษา (methods) ผลการศึกษา (results) สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (conclusion and application)

- 2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อเหนือเชิงอรรถ (Foot note) ต้องกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ เช่น กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)

- 2.4 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice) และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย

- 2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้กล่าวถึง
 - ชนิดของการวิจัย (research design)
 - สถานที่และวันเวลาที่ศึกษา
 - กลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่าง และเกณฑ์การเลือกตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้ง ความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - เครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา
 - การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์
 - จริยธรรมการวิจัย ระบุองค์การที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์

2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยายและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยอาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย หากมีตารางจะต้องไม่เกิน 2 ตาราง ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้งบรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ที่ผู้นิพนธ์เป็นเจ้าของภาพ ขนาดโปสเตอร์ ใส่คำอธิบายรูปไว้ใต้ภาพโปสเตอร์ คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้ภาพ

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เริ่มด้วยการสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ทบทวนว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ อภิปรายแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย อธิบายเหตุผลที่ผลการวิจัยออกมามีเป็น และเปรียบเทียบกับผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัย ทั้งในด้านกาให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าผลการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัยมีรายละเอียดในการเขียนดังนี้

การเขียนเอกสารอ้างอิง
เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความจริงและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งนิยมใช้ในวารสารทั่วๆ ไปดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมา โดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวทศนิยม หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง อัตราการให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ คือให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 30 เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2549^{1,2,3} มีการรณรงค์โดยใช้สื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมและใช้หลายวิธีร่วมกัน^{4,5}

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความจริง และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอะไรก็ตาม

เอกสารอ้างอิงเป็นวารสาร การเขียนเอกสาร อ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขลำดับการอ้างอิง ชื่อผู้แต่ง ชื่อบทความ ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1-6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่างการอ้างอิงจากวารสาร
Chaichan S, Daenseekaw S. Preventive factor of alcohol use among teenager. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 8(4):35-45.

Daenseekaw S, Klungklang R, Chomnirutana W. Factors Associate with Successful Smoking Cassation: Thai Issan Villagers Perspective. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010;28(3):42-51.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากหนังสือ
Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต
Ministry of Public Health. Percentage of the elderly population with desirable health behaviors [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 05]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1492>.

- ข้อตกลง**
1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ และต้องได้รับการรับรองจากกรมการจรรยาบรรณ
 2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ในทุกประการ
 3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
 4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เข็ญรัมย์ บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail : jnatned@gmail.com
2. สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail : jnatned@gmail.com



พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คสังฆนาวิทยา 232/199 ก.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860-61 Fax. 0-4346-6863 E-mail : klungpress@hotmail.com 2565 สัปดาห์ 01