



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการติดเชื้อโควิด-19

สุวิศา ขำเอนก กิตติพงษ์ เรือนเพชร อภิสรารักษ์ หิรัญยวิชัยกุล อัสมีรา มะเก พินิตนันท์ แซ่ลิ่ม
การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ปิยอร วะนะทินภัทร

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

ชุตติมา จิรัฐิเกรียงไกร

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

ณัฐฐิตา พัฒนจักร มะลิวรรณ ศิลารัตน์ วาสนา รวยสูงเนิน

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก

ศรีสวัสดิ์ นันทโกวัฒน์ นิลภา จิระรัตนวรรณะ วัฒนชัย ขวาลำธาร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิิตของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พิรลักษ์ณ ลาภหลาย มารศรี ปิ่นสุวรรณ

ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส คลินิกโรคติดเชื้อ
โรงพยาบาลตติยภูมิ

กุลธิมา เขียวไกล ดลวิวัฒน์ แสนโสม

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

ลำตวน เกิดประสพสุข อุเทน สุทิน วนิดา ประเสริฐ สุวรรณ ปราณีตพลกรัง อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของบิดามารดาหรือผู้ปกครองภายใต้สถานการณ์การแพร่
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดหนึ่งในภาคใต้

มยุรี ยี่ปาโล๊ะ เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา ยุทธธ เล้าแม่ ชูริยะห์ สาและบึง นุศรา ดาวโรจน์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้

นุชชาฮิดา เจ๊ะมามะ สาธิมาน มากชูชิต พิษญ์ชญาณัฐ เรื่องเริงกุลฤทธิ์

การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อ่อนน้อม ฐปวิโรจน์

การเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ยุวดี ย่าพิน อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

การรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแลของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการ
พยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล วรณช ไซยวาน สุภาพักตร์หาญกล้า นงนุช บุญมลา อัญชลี อ้วนแก้ว

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

นิตยา มณีท่าโพธิ์ พรณี ชุศรี สมพร เจษฎาญาณเมธา ปัญญา เกื้อนด้วง วิภาพร สิทธิศาสตร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย
โรงพยาบาลอุทัยธานี

ปวีณา บัวตูม จันทิมา นวะมะวัฒน์ ธัญสินี พรหมประดิษฐ์

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 รศ.ดร. ครุณี รุจกรกานต์			
กรรมการที่ปรึกษา รศ. ดร. สายหยุด นิยมวิภาด นางนวลจันทร์ ประเคนรี ดร. ปาริชาติ มาลัย นางสาวอรรชร มาลาหอม ผศ.ดร. พัทธวีไธโล ศรีแสง			
คณะกรรมการอำนวยการ ผศ.ดร. เสาวมาศ คุณถ้าน ถิ่นอนาคี ดร. สุเพียร โภคทิพย์ นางไพรวลัย พรมที นางสาวสิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์ ดร. เอมอร บุตรอุดม ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน นางสาววีระนุช มยุเรศ ผศ.ดร. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล* นางสาวสุกัญญา ศรีสง่า* ดร. จงกลนี เรืองอัมพร นางศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน ดร. นริลักษณ์ สุวรรณโนบล* รศ.ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย ผศ.ดร. รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ* นางสาวสายนาท พลไชโย นางนุชจรรย์ หอมนาน* นางศิรินาถ นามจันทร์ นางรจนา วรวิทย์สรางกูร นางนุชนาถ อุดมญาติ* นางสุมาลี สุขไช นางณฤดี ทิพย์สุทธ* นางจุฑารัตน์ สุพรรณจิตวนา* นางสาวรังษิ์ มารไสว* นางครุณี บุ่งทอง* นางธนิตา ดั่งยิ่งยง* นางรัตจนา สิงห์คำมา นางสาวยุวดี เทียมสุวรรณ นางพรรณนา แมคสถาน นางสาวบุญส่ง หาทวยการ ดร. ทรงสุดา หมั่นโรตสง			
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นางเบ็ญจา รัตนากร นางสาววิภา เพ็งแสงี่ยม			
นางสาวลำพูน สุวรรณภู รศ.ดร. ปิยะรัตน์ นิลอัยกา			
นางอภิญญา อินทรกำแหง รศ.ดร. สมจิต แคนสีแก้ว ดร. ปัทมา ผ่องศิริ นางสาวชุศรี คูชัยสิทธิ์ นางวงเดือน ภูเขา			
นางอรรรรณ เมฆวิชัย นางสาวเอื้อมพร กาญจนรังสิชัย นางสุชาดา เสตพันธ์ ดร. วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ นางวันเพ็ญ เชาว์เชิง			
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อุปนายกฯ เขตอุบลราชธานี อุปนายกฯ เขตขอนแก่น อุปนายกฯ เขตนครราชสีมา เลขาธิการและประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ประธานฝ่ายวิชาการ ประธานร่วมฝ่ายวิชาการ เขตอุบลราชธานี ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและวารสาร เขตขอนแก่น ประธานร่วมฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ เขตนครราชสีมา ประธานฝ่ายวิจัย ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตอุบลราชธานี ประธานร่วมฝ่ายวิจัย เขตนครราชสีมา ประธานฝ่ายวารสาร ประธานร่วมฝ่ายวารสารและวิเทศสัมพันธ์ เขตอุบลราชธานี ประธานฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล นครราชสีมา ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล เขตขอนแก่น ประธานร่วมฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและบริการพยาบาล เขตอุบลราชธานี ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ เขตนครราชสีมา ประธานฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตขอนแก่น ประธานร่วมฝ่ายสวัสดิการและหารายได้ เขตอุบลราชธานี เหรียญก เหรียญก เขตอุบลราชธานี ประธานร่วมฝ่ายทะเบียน เขตอุบลราชธานี ผู้ช่วยเลขาธิการและผู้ตรวจสอบบัญชี ผู้ตรวจสอบบัญชี ผู้ช่วยนายทะเบียนและกิจกรรมพิเศษ ผู้ช่วยเหรียญก ประธานฝ่ายทะเบียน			

หมายเหตุ *หมายถึง คณะกรรมการที่มาจากการแต่งตั้ง

บรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2562-2564		
ที่ปรึกษา	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เจ้าของ	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต แคนสีแก้ว	คมบตี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
บรรณาธิการผู้ช่วย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาสนา รวยสูงเนิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คลวิวัฒน์ แสนโสม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬารณม์ ตั้งภักดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล สิงห์ดง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
กองบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราทิพย์ แก่นการ รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ อาจารย์ ดร. กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา รองศาสตราจารย์ ดร. วรณชนก จันทชุม รองศาสตราจารย์ ดร. วรณัิ เดียวอิศเรศ รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช บุญยัง รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทธาภรณ์ พุ่งปันคำ รองศาสตราจารย์ วิจิตรา เสนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล อาจารย์ ดร. รัตน์दारวรรณ คลังกลาง รองศาสตราจารย์ ดร. ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ รองศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมัย วัฒนสิทธิ์ อาจารย์ ดร. ทิพรัตน์ อุดเมืองเพีย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ฝ่ายจัดการ	อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี อาจารย์นพนันท์ ชัยภูมิ นางรานี แสงจันทร์นวล อาจารย์ปราณี แสดคง อาจารย์เบญจพร จูติญาณวิโรจน์ นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์ นางสาวชุตินันท์ โกไฟฟ้า	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ 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

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล

รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์

รองศาสตราจารย์ ดร. ตรุณี รุจกรกานต์

เกษียณอายุราชการ

นายกสภาการพยาบาล

เกษียณอายุราชการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรี ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลสถิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิฑริดาณ์ เลิศวิทยากุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมรภพ บรรหารักษ์

อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

อาจารย์ ดร. จุฬารัตน์ หัวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปรมาน

ศาสตราจารย์ ดร. เกษราวัลณ์ นิลวงวรกุล

ศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์ สิริรังศรี

Professor Dr. Wilaiorn Rojanasirir

รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข ศิริพล

รองศาสตราจารย์ ดร. ภทราภรณ์ ภทรสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร. มาริสา ไกรฤกษ์

รองศาสตราจารย์ ดร. อัมพรพรรณ ชีวานตร

รองศาสตราจารย์ ดร. เสวคนธ์ วีระศิริ

รองศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโน

รองศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร. บุรทิน ขำภิรัฐ

ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาสนา รวยสูงเนิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฬารัตน์ ตั้งภักดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เจนเนตร พลเพชร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิตาภา ผูกพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรัณญา จุฬาร

อาจารย์ ดร. สาดิ แฮมิลตัน

อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี

Mr. Kent Dale Hamilton

ดร. ศศิมา ทองสาย

ดร. เอกชัย ภูผาใจ

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

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

นักวิชาการอิสระ

สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลยางตลาด

ฝ่ายจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนภรณ์ ลีศรี

อาจารย์ ดร. ศุภาวดี แก้วเพ็ญ

อาจารย์ ดร. ทรงสุตา หมื่นโรสง

อาจารย์ ดร. กชกร เพ็ญชัย

นายนิพนธ์ วาตาตา

นางสาวนุชพร ดุมใหม่

นายอรรถพล ริมพันธ์

นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์

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

ขอเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์
เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของ
ผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
และไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. รศ.ดร. อัมพรพรรณ ธีรานูตร | 16. อ.ดร. ภัทราภร สฤษขสมบัติ |
| 2. ผศ.ดร. วารินทร์ ปินโฮเซ็น | 17. อ. ดร. บัณฑิตา นฤมาณเดชะ |
| 3. รศ.ดร. สายฝน เอกวรางกูร | 18. ผศ.ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม |
| 4. อ.พตญ.ดร. ปิยอร วจนทินภัทร | 19. ผศ.ดร. ศรีญญา จุฬารี |
| 5. รศ.ดร. เสาวคนธ์ วีระศิริ | 20. ผศ.ดร. จิตกานันท์ ศรีจักรโคตร |
| 6. พ.ท.หญิง ดร. สรินทร์ เชี่ยวโสธร | 21. ผศ.ดร. สมรภาพ บรรหารักษ์ |
| 7. ดร. ศศิมา ทองสาย | 22. ดร. เอกชัย ภูผาใจ |
| 8. รศ.ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ | 23. รศ.ดร. พิษณุประอร ยังเจริญ |
| 9. ผศ.ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ | 24. ผศ.ดร. ศักดา ชำคม |
| 10. อ.ดร. ขวัญธิดา พิมพ์การ | 25. อ.ดร. ปฐยาวัชร ปรากฎผล |
| 11. อ.ดร. ลักษณา ไชยนอก | 26. ผศ.ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา |
| 12. ผศ.ดร. สมจิตร เมืองพิล | 27. ผศ.ดร. วารี กังใจ |
| 13. อ.ดร. บุญสืบ โสโสม | 28. รศ.ดร. วลัยพร นันทศุภวัฒน์ |
| 14. รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ | 29. ผศ.ดร. เจนเนตร พลเพชร |
| 15. ผศ.ดร. จุฬารักษ์ ตั้งภักดี | 30. ผศ.ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ |



บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

- ❖ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
หลังการติดเชื้อโควิด-19 สุกิตา ขำเอนก กิตติพงษ์ เรือนเพชร 1-9
อภิสรารักษ์ หิรัณย์วิชัยกุล อัสมีรา มะเก
พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม
- ❖ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ปิยอร วะนะทินภัทร 1-10
- ❖ บทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ชุตินา จิรัฐิเกรียงไกร 1-10
- ❖ บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน: กรณีศึกษา ณัฏฐธิดา พัฒนจักร มะลิวรรณ ศีลารัตน์ 1-10
วาสนา รวยสูงเนิน

บทความวิจัย

- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ
จังหวัดนครนายก ศรีสวัสดิ์ นันทโกวัฒน์ นิลภา จิระรัตนวรรณ 1-13
วัฒน์ชัย ขวาลำธาร
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตรองพยาบาลวิชาชีพ
ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พิรลักษ์ณ์ ลากหลาย มารศรี ปิ่นสุวรรณ 1-13
ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ❖ ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดของ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส คลินิกโรคติดเชื้อ
โรงพยาบาลตติยภูมิ กุลธิดา เขียวไกล ดลวิวัฒน์ แสนโสม 1-14
- ❖ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในอำเภอบ่อทอง
จังหวัดชลบุรี ลำดวน เกิดประสพสุข อุเทน สุทิน 1-10
วนิดา ประเสริฐ สุวรรณ ปราณีตพลกรัง
อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข
- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของ
บิดามารดาหรือผู้ปกครองภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดหนึ่งภาคใต้ มยุรี ยี่ปาโล๊ะ เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา 1-9
ยุทธอ เลี้ยวแม ซูริยะห์ สาและบึง
นุศรา ดาวโรจน์
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกัน
การติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ นุชชาอีตา เจ๊ะมามะ สาธิมาน มากชูชิต 1-13
พิชญ์ชญาณัฐ เรืองเริงกุลฤทธิ์
- ❖ การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อ่อนน้อม ฐปวิโรจน์ 1-15
- ❖ การเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว
ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยุวดี อำพัน อัญสุรีย์ ศิริโสภณ 1-14

- ❖ การรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล
ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและ
การผดุงครรภ์ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล วรนุช ไชยวาน 1-9
สุภาพักตร์ หาญกล้า นงนุช บุญมาลา
อัญชลี อ้วนแก้ว
- ❖ การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง นิตยา มณีท่าโพธิ์ พรรณี ชูศรี 1-12
สมพร เจษฎาญาณเมธา ปัญญา เกื้อนด้วง
วิภาพร สิทธิศาสตร์
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก
จากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย
โรงพยาบาลอุทัยธานี ปวีณา บัวตูม จันทิมา นวมะวัฒน์ 1-11
รัชสิณี พรหมประดิษฐ์
- ❖ อื่น ๆ
 - ❖ คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

Unบรรณาธิการ

สวัสดิ์ค๊ะ ในปี พ.ศ. 2565 นี้ เราได้ออกวารสารจำนวน 4 ฉบับ ซึ่งทำไปพร้อม ๆ กับการปรับปรุงระบบการทำงานใหม่ โดยมีผลการดำเนินงานจำแนกเป็นรายฉบับ

ฉบับที่ 1/2565 (มกราคม-มีนาคม) เราเริ่มงานต่อจากคณะทำงานชุดเดิม ที่ทำไว้แล้ว และเรามาทำต่อในกระบวนการ production line วารสารฉบับนี้เป็นวารสารเล่มสุดท้ายที่ดีพิมพ์เป็นรูปเล่มของคณะทำงานชุดเดิม และเป็นวารสารเล่มแรกของคณะทำงานชุดใหม่

ฉบับที่ 2/2565 (เมษายน - มิถุนายน) เราไม่มีวารสารแบบรูปเล่มอีกต่อไป วารสารฉบับนี้เป็นฉบับแรกที่เผยแพร่แบบออนไลน์เต็มรูปแบบ ทำให้วารสารสามารถลดค่าใช้จ่ายการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม และเริ่มจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ

ฉบับที่ 3/2565 (กรกฎาคม - กันยายน) เราปรับปรุงคำแนะนำการตีพิมพ์ และปรับปรุงระบบและขั้นตอนการทำงานใหม่ เริ่มใช้ระบบการทำงานวารสารใหม่ เริ่มมีขั้นตอนการ pre-reviewing ช่วยให้ผู้แต่งไม่เสียเวลาในการรอตอบรับหรือปฏิเสธ และวารสารได้งานที่มีคุณภาพมากขึ้น ยกเลิกระบบสมาชิกวารสาร เนื่องจากเป็นระบบ Open Journal System (OJS) ที่ใคร ๆ ก็เข้าถึงได้ และลดภาระงานลูกจิกของวารสารลง จากการที่เราลดภาระงานและภาระค่าใช้จ่ายในการจัดทำรูปเล่มวารสาร ทำให้เราสามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งทีมงานไปอบรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานวารสารแบบออนไลน์ เพื่อนำมาใช้ในการทำงานให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

ฉบับที่ 4/2565 (ตุลาคม - ธันวาคม) เราสามารถเผยแพร่บทความวิชาการแบบ real time ได้เป็นครั้งแรก และใช้ระบบเลขหน้าใหม่ เพื่อให้สามารถเผยแพร่ผลงานแต่ละเรื่องได้อย่างอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงว่าเลขหน้าจะไม่ต่อกัน ระบบเลขหน้านี้ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นสากล

จากการประเมินตนเองจากผลการดำเนินงานในรอบปีนี้ (ภาพที่ 1) เราพบว่า

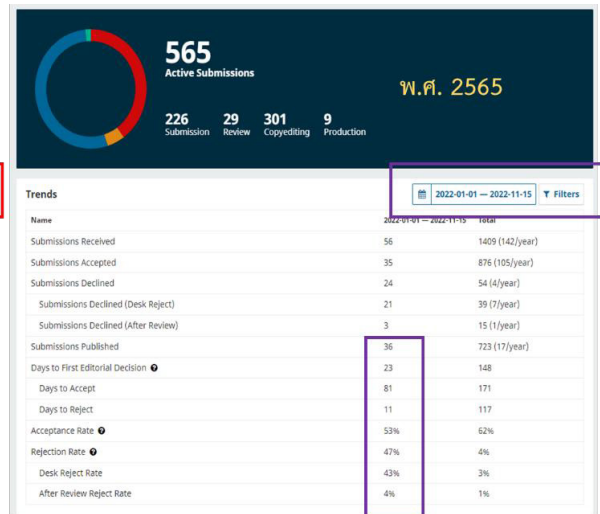
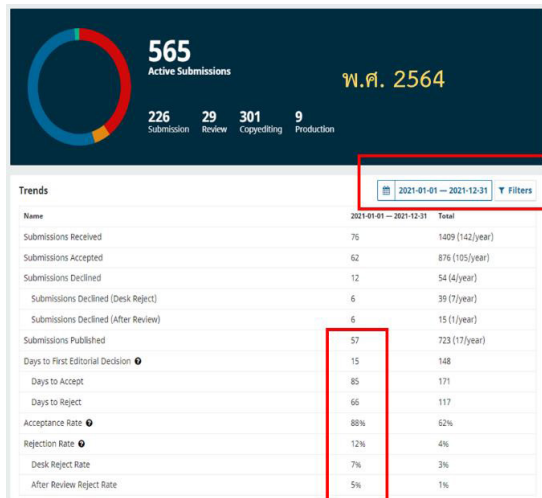
1. ทีมงานสามารถทำงานได้เร็วขึ้น หมายความว่าเราสามารถปิดเล่มได้ก่อนกำหนด 9 วัน และดีกว่าปีที่แล้ว 7 วัน ซึ่งดีมาก ๆ (เดิม 88 วัน ลดลงเหลือ 81 วัน)

2. Rejection rate after review ลดลงจากร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 4 นั้นหมายความว่า Pre-reviewing process มีประโยชน์จริง (เริ่มใช้เพียงครึ่งปีหลัง)

3. Desktop rejection rate เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 43 นั้นหมายความว่า การนำระบบ Pre-reviewing ช่วยให้อาวุธวารสารได้บทความที่มีคุณภาพมากขึ้น

4. จำนวนวันที่ใช้ในการตัดสินใจของกองบรรณาธิการ (Editorial decision) เพิ่มขึ้นจาก 15 วัน เป็น 23 วัน เนื่องจากการเพิ่มขั้นตอน Pre-reviewing แต่เราสามารถทำงานได้เสร็จก่อนวันปิดเล่มได้ 9 วัน (ใช้เวลาในการทำงานให้แล้วเสร็จแต่ละฉบับเฉลี่ย 81 วัน)

5. เรามียอด Download สูงสุดในประวัติการณ์เท่าที่มีการเก็บสถิติ ในเดือนสิงหาคม 2565 มากกว่า 18000 ครั้ง



ภาพที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565)

ดิฉันขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เห็นความสามารถ เชิญให้มาทำหน้าที่ บก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ขอขอบคุณกองบรรณาธิการและคณะทำงานทุกท่านที่เสียสละ เวลามาเรียนรู้และทำงานร่วมกัน

เรายังคงมุ่งมั่นทำงานวารสารเพื่อให้เป็นแหล่งเผยแพร่งานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ ดิฉัน ขอเรียนเชิญทุกท่าน ส่งผลงานมาตีพิมพ์กับวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพด้วยนะคะ

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรีทิรา เจียรณัย

บรรณาธิการ



บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการติดเชื้อโควิด-19

สุกิตา ขำเอนก พย.ม.*

กิตติพงษ์ เรือนเพชร พย.ม.*

อภิสรารณ หิรัญวิชัยกุล พย.ม.*

อัสมีรา มะเก พย.ม.**

พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม พย.ม.***

(วันรับบทความ: 7 กันยายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 10 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 10 ตุลาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัญหาทั่วโลกจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากส่งผลต่อสุขภาพร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ผลกระทบด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 พบอัตราภาวะโรคซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 3 เท่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ อาการ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การคัดกรอง และบทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 พยาบาลถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ จึงต้องมีความรู้ในแนวปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีการฝึกฝนและพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ และให้ความรู้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: kitipong19880@gmail.com Tel: 061-9587940

Nurses' Roles in Caring for People Experiencing Depression After COVID-19 Infection

Supisa Khamanek M.N.S.*

Kitipong Ruanphet M.N.S.*

Apisarakorn Hiranwichayakun M.N.S.*

Asmira Make M.N.S.**

Panittanan Sealim M.N.S.***

(Received Date: September 7, 2022, Revised Date: October 10, 2022, Accepted Date: October 10, 2022)

Abstract

The situation with problems around the world arising from the COVID-19 pandemic has affected not only the physical health, but also the mental health, of the people affected. In terms of mental health, it has been found that the incidence rate of depression was three times higher during the COVID-19 outbreak. This article aims to present the symptoms, active case findings, screening, and nurses' roles related to the care of depression in patients who have infected COVID-19. Nurses play an important role in providing better care for people have been affected by post-COVID-19 depression. Therefore, nurses who are in charge of this special role must have updated and relevant knowledge about the related nursing practice guidelines and nursing standards to be able to provide the appropriate care, specific treatment, and useful information needed by these depression patients and their families. Moreover, this information will help the nurses in this role to provide the appropriate counseling to their patients, and their patients' families, to help them have a better opportunity to recover and re-gain their previous levels of physical and mental health and make it possible for them to live in their societies, happily.

Keywords: nurse's role, depression, long COVID

*Lecturer, Faculty of Nursing Western, University Buriram Campus

** Lecturer, Faculty of Nursing Pathumthani University

*** Lecturer, Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University

*Corresponding Author, Email: kitipong19880@gmail.com Tel: 061-9587940

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทุกคนทั่วโลกทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เนื่องจากโรคโควิด-19 แพร่ระบาดได้ง่ายและรุนแรง และปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ผ่านสื่อออนไลน์ผ่านเครือข่ายเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้ประชาชนเกิดทั้งความหวาดหวั่น วิตกกังวล ว้าวุ่นใจ ประกอบกับ มาตรการสำคัญที่ให้เว้นระยะห่างทางสังคม และอยู่ภายในที่พักอาศัย ทำให้เกิดความปั่นป่วนทางสังคม และเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น เมื่อร่วมกับระยะเวลาที่ยืดเยื้อยาวนานในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มเสื่อมถอยตกอยู่ในภาวะความเครียดความหวาดหวั่น ความเหนื่อยล้า และสะสมนานวันก็นำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ และอาจมีภาวะสิ้นหวังและการฆ่าตัวตาย¹

จากการรายงานสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทยพบว่ามีการติดเชื้อสะสม จำนวน 2,267,325 ราย เสียชีวิตจำนวน 8,688 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2,263 ราย² และจากการรายงานข้อมูลของศูนย์โรคซึมเศร้าไทย การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 เดือนมีนาคม พ.ศ.2565 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัย และรับการรักษาโรคซึมเศร้า จำนวน 1,174,114 คน³ ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 เปรียบเทียบทั้งช่วงก่อนและหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 พบอัตราภาวะโรคซึมเศร้าสูงขึ้นกว่า 3 เท่า หรือคิดเป็นร้อยละ 8.5 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19⁴ และการแพร่ระบาดครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของประชาชน และยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความหงุดหงิด การนอนไม่หลับ ความกลัว ความสับสน ความโกรธ ความคับข้องใจ ความเบื่อหน่าย และอคติต่อผู้ติดเชื้อ⁵ และประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีความชุกของภาวะเครียดร้อยละ 29.6 ส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้านั้นสูงถึงร้อยละ 33.7⁶ และมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 22 ในช่วงวิกฤติ COVID-19⁴

สาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากโรคระบาดโควิด-19 เกิดจากการที่ประชาชนต้องปฏิบัติตามนโยบายต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกเศร้า เหน็ดเหนื่อย วิตกกังวล กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ ท้อแท้สิ้นหวัง⁷ จากมาตรการการสวมหน้ากากในที่สาธารณะ⁸ จากมาตรการล็อกดาวน์⁹ และจากการติดตามข่าวสารเรื่องโรคโควิด-19¹⁰ ซึ่งการปรับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติสามารถก่อให้เกิดความตึงเครียดได้อย่างมาก¹¹ และเมื่อสะสมความเครียดเป็นเวลานาน ๆ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดภาวะของโรคซึมเศร้าได้

จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 (Long covid-19 syndrome) พบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่วัยละ 11 ถึง ร้อยละ 28¹² ดังนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องดูแลรักษาและฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างใกล้ชิด และถูกต้องเหมาะสม โดยการคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือและการส่งต่อ ติดตามผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อโรคโควิด-19 เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ ภายหลังจากการป่วยด้วยโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับอาการ การค้นหา การคัดกรอง และบทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

ภาวะซึมเศร้าหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด -19 หมายถึง ภาวะซึมเศร้า ที่เกิดในผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้งกรณีที่น่าจะเป็นและได้รับการยืนยัน (probable หรือ confirmed case) มาแล้ว อย่างน้อย 12 สัปดาห์และอาการหายดีแล้ว ภาวะซึมเศร้าอาจเพิ่งเริ่มเป็นใหม่ หลังการฟื้นตัวจากภาวะโควิด-19 หรือเกิดอาการตั้งแต่เริ่มป่วย แล้วคงอยู่ตลอด อาจมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ เป็น ๆ หาย ๆ โดยไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย โรคทางจิตเวช หรือไม่ได้เกิดจากยา และสารอื่นใด¹³ ภาวะซึมเศร้าหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีอุบัติการณ์ long COVID สูงถึงร้อยละ 5-80 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดสามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในทุกเพศทุกวัย เป็นกลุ่มอาการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งในระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ฯลฯ¹⁴

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังติดเชื้อโควิด-19

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากการคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกรมสุขภาพจิตได้อธิบายถึงการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังติดเชื้อโควิด-19^{13,15} ไว้ดังนี้

1. ประวัติติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้ง น่าจะเป็นและได้รับการยืนยัน มาแล้ว อย่างน้อย 12 สัปดาห์ และอาการหายดีแล้ว

2. สัมภาษณ์ประวัติ ตรวจสุขภาพจิต และประเมินภาวะซึมเศร้า พบมีภาวะซึมเศร้า (9Q มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งอาจเพิ่งเริ่มเป็นใหม่ (New onset) หลังการฟื้นตัวจากโรคโควิด-19 หรือเกิดอาการตั้งแต่เริ่มป่วยแล้วคงอยู่ตลอด (persistent) อาจมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ (Fluctuation) หรือ เป็น ๆ หาย ๆ (Relapse)

3. อาการที่พบในผู้ที่มีการซึมเศร้านักจะมี 1 หรือ 2 อาการหลักนี้เสมอ คือ ไม่สบายใจ เศร้า ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ (Depressed mood) และ เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไร ก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม (Loss of interest) ร่วมกับอาการอื่น ๆ ได้แก่ 1) นอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป 2) ไม่มีแรง อยู่เฉย ๆ ไม่ได้ทำอะไรก็รู้สึกเหนื่อยใจ 3) เบื่ออาหาร 4) รู้สึกแยกกับตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว หรือรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระกับครอบครัวและคนอื่น 5) ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถตั้งใจกับสิ่งที่ทำได้นาน 6) ความคิด การพูด การเคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิม 7) บางรายอาจคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่หรืออยากทำร้ายตนเอง ซึ่งอาการดังกล่าวหากส่งผลกระทบต่อการทำงาน ประสิทธิภาพ หรือ การงาน สังคม ต้องได้รับการประเมินและรักษา อย่างเหมาะสม

4. ไม่พบประวัติโรคทางกาย หรือยาหรือสารเสพติด หรือโรคจิตเวชอื่น ๆ

5. ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ไม่พบสาเหตุของโรคทางกายอื่นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากโรคโควิด -19

สถานการณ์โรคโควิด-19 ในปัจจุบันทำให้เกิดความหวาดระแวงของประชาชนทั้งในครอบครัว ชุมชนและสังคม ปัญหาจากโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและเศรษฐกิจแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วยสาเหตุ 4 ประการ¹ ดังนี้

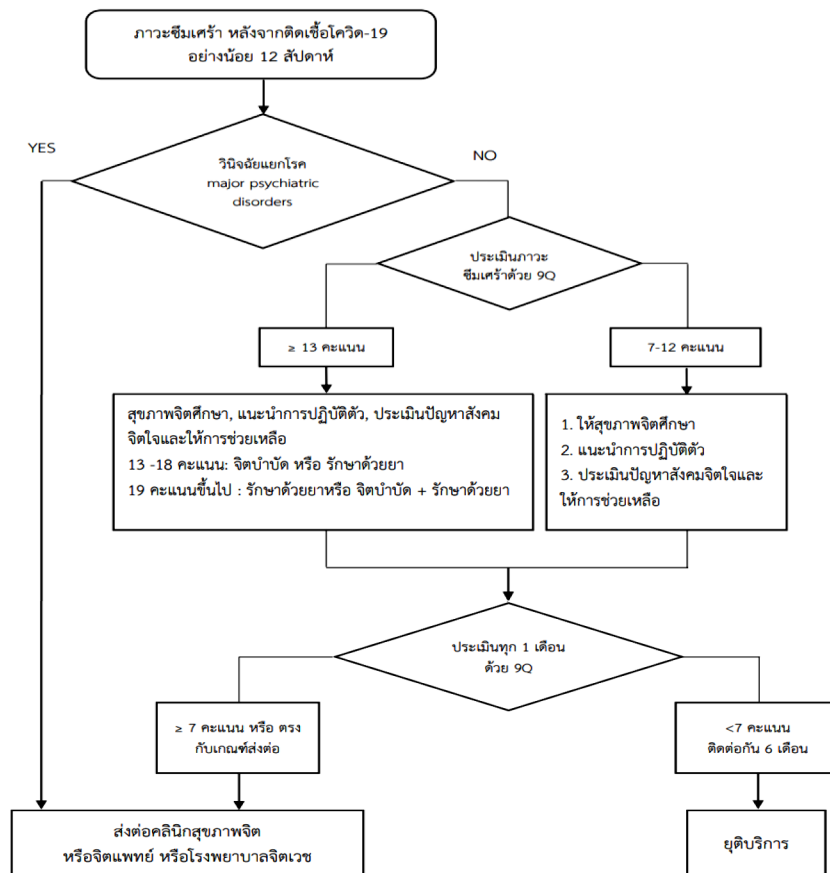
1. สาเหตุทางสุขภาพ เกิดความกังวลว่าตนเองได้รับเชื้อหรือไม่ ความปลอดภัยของคนในครอบครัว เกิดการวิตกกังวล กลัวสูญเสียคนรัก

2. เครียดจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากเกินไป

3. เครียดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทั้งภาคธุรกิจและประชาชน ธุรกิจปิดกิจการชั่วคราวจากมาตรการรัฐ การค้าขายซบเซา ประชาชนบางส่วนตกงาน ขาดรายได้ความสามารถในการดำรงชีพลดลง

4. ความเครียดของผู้คนบางส่วนเกิดจากวิถีชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลง กะทันหัน ต้องทำงานที่บ้าน ไม่ได้พบเจอเพื่อนร่วมงาน ไม่สามารถไปออกกำลังกาย ไปร้านกาแฟหรือเจอเพื่อนและครอบครัวตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมส่งผลให้มีภาวะโดดเดี่ยวเหงาจำนวนมาก

การประเมินและคัดกรองเป็นวิธีการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง โดยพบหลักฐานว่าการคัดกรองโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการคัดกรองที่เชื่อมโยง นำไปสู่การรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งการคัดกรองจะช่วยให้เกิดการสื่อสารและการส่งต่อไปรับบริการ psychosocial care ที่เฉพาะเพิ่มมากขึ้น การประเมินและคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น ทำให้เกิดบริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม และลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย¹⁶ ปัจจุบันในประเทศไทยใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยกรมสุขภาพจิตที่จัดทำขึ้นเพื่อประเมินคัดกรองอาการผิดปกติ การดูแลรักษาติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้อาการทุเลาและหายดีในที่สุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19¹³

การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มี 3 กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการโดยทีมสุขภาพ¹³ คือ

1. สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองว่า เกิดจากอะไร รุนแรงหรือไม่ มีวิธีรักษาอะไรบ้าง และจะหายหรือไม่ ซึ่งควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง แกไขความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ควรอธิบายในลักษณะโรคทางกายว่า เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองที่ผิดปกติไป จากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทหรือสารเคมีในระบบประสาท สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาจิตบำบัด และการปรับความคิดพฤติกรรมของตน
2. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะซึมเศร้า
3. ประเมินปัญหาสังคมจิตใจและวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะการสูญเสีย การผิดหวัง หรือเหตุการณ์

ที่ทำให้รู้สึกล้มเหลว อับอายขายหน้า หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือวิกฤติชีวิตดังกล่าวนี้อยู่ในเบื้องต้น ควรให้การปรึกษา (Counseling) และช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ รวมถึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ เพื่อหาทางช่วยเหลือ เพื่อลดความทุกข์ใจและป้องกันการฆ่าตัวตาย

การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

1. จัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงให้น้อยที่สุด เช่น งดสุรา และสารเสพติด รักษาโรคทางกายที่เป็นอยู่ให้หายขาดหรือควบคุมไม่ให้เกิดซ้ำรุนแรง หากมีโรคประจำตัวให้ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
2. สร้างเสริมปัจจัยปกป้องและพัฒนาสมรรถนะร่างกายจิตใจของตนเอง เช่น ออกกำลังกายอย่างถูกวิธีสม่ำเสมอ พักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ สร้างความสัมพันธ์อบอุ่นในครอบครัว รักษาความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มเพื่อนออกไปพบปะผู้คนและทำกิจกรรมสันทนาการที่ชอบ

ฝึกมองโลกในด้านบวก ฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา

3. สังเกตอารมณ์จิตใจของตนเองสม่ำเสมอ เมื่อมีอาการเศร้าให้เข้าหาพูดคุยกับคนที่เราไว้วางใจ เช่น พยาบาลจิตเวชหรือนักจิตวิทยา หากอารมณ์เศร้ารุนแรงควรรีบเข้ารับการรักษาทันที

4. เมื่อมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าให้ตระหนักรู้และรับมือหรือหลีกเลี่ยง เช่น ไม่รับฟังหรือดูข่าว ที่สูญเสียหรือสะเทือนขวัญ ถ้าประสบปัญหาหรือมีวิกฤตชีวิต หากแก้ไขด้วยตนเองไม่ได้ให้ปรึกษาผู้ที่ไว้วางใจหรือผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งแสวงหาช่องทางช่วยเหลืออื่น ๆ ¹³

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง ควรดำเนินการตาม 3 กิจกรรมสำคัญข้างต้นให้ครบถ้วนสมบูรณ์พร้อมกับประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน 8Q และนำส่งผู้ป่วยให้แพทย์พิจารณา 2 ประเด็นสำคัญ คือ 1) วินิจฉัยว่าเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าหรือไม่ 2) ตัดสินใจรักษาหรือส่งต่อ และการรักษาภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางสามารถให้การรักษาด้วยจิตบำบัดก่อน หากไม่ดีขึ้นจึงให้การรักษาด้วยยา สำหรับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ควรใช้ร่วมกันทั้งจิตบำบัดและการรักษาด้วยยา¹³ ในปัจจุบันจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีหลายประเภท เช่น CBT, mindfulness psychotherapy, Satir psychotherapy, problem solving therapy และ Interpersonal psychotherapy ซึ่งต่างก็มีประสิทธิภาพลดอาการซึมเศร้า ดังนั้น การเลือกจิตบำบัดด้วยรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้บำบัดในพื้นที่ หรือหากสถานบริการใดไม่มีผู้ผ่านการอบรมจิตบำบัด ก็สามารถให้ยารักษาเพียงอย่างเดียว ทั้งภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรง โดยยารักษาภาวะซึมเศร้าที่แนะนำคือ ยา กลุ่ม SSRI เนื่องจากภาวะซึมเศร้าใน post Covid-19 ตอบสนองดีต่อยากลุ่มนี้¹⁷

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

รูปแบบการดูแลรักษา และระดับความรุนแรงสามารถประเมินจากความรุนแรงของอาการ และอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า โดยกัลลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ¹⁸ ได้อธิบายถึงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกับการประเมินระดับความรุนแรงไว้ 3 ระดับดังนี้

1. กลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย (Mild) การประเมินจึงมีความสำคัญเพราะทำให้ผู้ป่วย

มีโอกาสได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง การบำบัดรักษาผู้ป่วยจะเป็นการประคับประคองทางจิตใจ (Psychological support) คือรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อนำข้อมูลมาประเมินผลและวางแผนการรักษา อธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นรวมทั้งอาการทางร่างกายที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ควรใส่ใจเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยกังวลและความคาดหวังของผู้ป่วย ควรสรุปประเด็นปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและวางแผนการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง เพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหา จัดการความรู้สึกและเพิ่มทางออกให้กับชีวิต รวมทั้งการทำบำบัดจิตโดยปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) จะช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressants) แล้วติดตามความคืบหน้าของการรักษาเป็นระยะ

2. กลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง (Moderate) นอกจากการรักษาแบบประคับประคองทางจิตใจแล้ว จำเป็นต้องให้ยารักษาอาการซึมเศร้าด้วย ซึ่งได้แก่ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, paroxetine และ sertraline หรือยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) เช่น amitriptyline, nortriptyline และ imipramine เป็นต้น โดยที่ต้องอธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้ว่าจะทำให้อาการดีขึ้น แต่กว่าจะเห็นผลนั้นอาจใช้เวลาประมาณ 10-14 วัน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่เปลี่ยนการรักษา ให้คำแนะนำว่ายาที่รับประทานจะไม่ทำให้เกิดการเสพติด รวมถึงอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยและการแก้ไข การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี การเลือกใช้วิธีการรักษาแบบใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แสดงเงื่อนไขให้เห็นว่าเคสแบบใดต้องใช้การบำบัดด้วยวิธีการใด

3. กลุ่มโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับรุนแรง (Severe) สิ่งแรกที่ต้องทำคือ ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง (Self-mutilation) หรือฆ่าตัวตาย (Suicide) ซึ่งสามารถใช้แบบประเมิน 8Q และให้พิจารณาว่าจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ หากมีข้อบ่งชี้ว่าต้องรับไว้ในโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยประการทั้งปวง ให้บันทึกเหตุผลไว้ในเวชระเบียนเสมอและระบุไว้ด้วยว่าได้ อธิบายความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และได้อธิบายวิธีปฏิบัติตนหรือดูแลผู้ป่วยและวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายให้กับญาติผู้ป่วยและให้เซ็นชื่อรับทราบไว้ด้วย เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมายในอนาคต การจะให้

ยาผู้ป่วยไปรับประทานที่บ้านควรให้ในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่ควรให้ยาปริมาณมากเกินไปเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการกินยาเกินขนาด รวมทั้งการขอให้ญาติเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และนัดผู้ป่วยและญาติให้มาติดตามการรักษาในเวลาอันใกล้ เช่น ไม่เกิน 1 สัปดาห์เพื่อประเมินความเสี่ยงและปรับการรักษาต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

พยาบาลมีความสำคัญในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองในชีวิตประจำวัน และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลจากการศึกษาของนักทฤษฎี ชเนพันธ์¹⁹, ทศ ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยารณ²⁰, ภูมิรินทร์ อินชวณี และคณะ²¹ ได้ศึกษาการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. การประเมินทางการพยาบาล เป็นการประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องคำนึงปัจจัยเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาในอดีต รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ลักษณะ และสถานภาพทางภูมิศาสตร์ สถานที่ตั้งที่อาศัย ความเชื่อ ศาสนา อาชีพ เศรษฐกิจ อย่างเป็นระบบ รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์ การสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วย และอาการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย พยาบาลควรต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านสรีรวิทยา หากประเมินเป็นระบบได้อย่างครอบคลุมย่อมทำให้กระบวนการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความชัดเจน และวางแผนแก้ไข ปัญหาได้อย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่การให้วินิจฉัยการพยาบาลที่สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของบุคคล

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุสภาพปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความเศร้าโศกเสียใจที่

ผิดปกติ ไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม เมื่อได้ข้อมูลผู้ป่วยแล้ว นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมความรุนแรงความเร่งด่วนของปัญหาเพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการที่นำสู่การวางแผนแก้ไขเพื่อบรรเทาปัญหาการพยาบาลที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ และสังคม เช่น เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกลดลงตัวเองไร้ค่า สิ้นหวัง การจัดการกับสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากทักษะการเผชิญปัญหา ฯ

3. การวางแผนและให้การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล มีทั้งระยะสั้นและแผนระยะยาว แผนระยะสั้นมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย แผนระยะยาวมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต และมุ่งเน้นการพัฒนาผู้ป่วย พยาบาลจึงจะต้องวางแผนการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง เกณฑ์การประเมินผล และกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยเน้นหลักการที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล และการพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และที่สำคัญที่สุดคือ การป้องกันการฆ่าตัวตาย พยาบาลจะต้องให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ กระบวนการรักษา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาบาลควรวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรก รับจนกระทั่ง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับเพื่อประสานสู่การปฏิบัติปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การประเมินผลทางการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ว่าบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด เพื่อดูว่าปัญหาใดสามารถให้การพยาบาลแก้ไขได้ ปัญหาใดยังคงต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ปัญหาใดแม้หมดไปในระยะสั้นแต่อาจเกิดขึ้นได้

จึงต้องวางแผนในระยะยาว เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจตามมา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์หาทวิวิธีแนวทางการปรับปรุงการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และสามารถนำมาสรุปประเมินการให้การพยาบาลว่าบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ตามเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของภาวะซึมเศร้า และลดโอกาสในการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้

บทสรุป

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากส่งผลต่อสุขภาพร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ผลกระทบด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 สามารถพบได้ในประชากรทุกกลุ่มวัย เนื่องจากโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โรคซึมเศร้าส่งผลทำให้การทำงานของสมองแย่ลง และเป็นภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวันทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดซ้ำและรุนแรง ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ดังนั้นต้องอาศัยทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นนอกจากจะใช้ยารักษาแล้วยังต้องพิจารณาการรักษาแนวทางอื่น ๆ ร่วมด้วย พยาบาลถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญจึงต้องมีความรู้ในแนวปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่โรคซึมเศร้ามารวมทั้งมีการฝึกฝนและพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอเพื่อการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถฟื้นฟูของภาวะซึมเศร้า และลดโอกาสในการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

References

1. Rattanabankit O. Mental health impact of the emerging epidemic crisis (COVID-19). Office of

- Academic Affairs, Secretariat of the Senate. 2021; 11(29): 1-12. (in Thai)
2. Department of Health. Report on the Covid-19 situation around the world. [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 04]. Available from: <https://covid19.anamai.moph.go.th/en/> (in Thai)
3. HDC Database. Access to services for patients with depression, fiscal year 2022 [internet]. 2022 [cited 2022 May 08]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-03-22-mix_HDC.pdf (in Thai)
4. Department of Mental Health. Stress-depressed during the covid epidemic Mental health problems that need to be addressed [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 04]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30819> (in Thai)
5. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. N. Engl. J. Med. 2020; 383(6): 510-2.
6. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Khaleli-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Glob. Health. 2020; 16(1): 1-11.
7. Labrague L, Ballad CA. Lockdown fatigue among college students during the COVID- 19 pandemic: Predictive role of personal resilience, coping behaviors, and health. Perspect Psychiatr Care. [internet]. 2020 [cited 2022 Oct 01]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.18.20213942v1.full.pdf+html>
8. Szczesniak D, Ciulkowicz M, Maciaszek J, Misiak B, Luc D, Wiecek T, Witecka KF, Rymaszewska J. Psychopathological responses and face mask restrictions during the COVID-19 outbreak: Results from a nationwide survey. Brain Behav. 2020; 87: 161-2.

9. Bartoszek A, Walkowiak D, Bartoszek A, Kardas G. Mental well-being (depression, loneliness, insomnia, daily life fatigue) during COVID-19 related home-confinement—A study from Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(20): 1-12.
10. Buneviciene I, Bunevicius R, Bagdonas S, Bunevicius A. COVID-19 media fatigue: predictors of decreasing interest and avoidance of COVID-19-related news [internet]. 2021 [cited 2022 Oct 01]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350621002109>
11. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395(10227): 912-20.
12. Sawangsri W, Hasitawet N, Yamma C, Rattanatai N, Jungsirakulwit D. Prevalence of perceived stress, depression and related factors among COVID-19 patients in Bangkok. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021; 29(2): 114-24. (in Thai)
13. Division of Mental Health Services Administration. Guidelines for treating depression in post-COVID-19 patients [internet]. 2022 [cited 2022 May 18]. Available from: http://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=641 (in Thai)
14. Tantiphaswasin C. Long COVID. *Chonburi Hospital Journal*. 2022; 47(1): 1-2. (in Thai)
15. Ekwarangkul S. Know, understand, take care of depression. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. (in Thai)
16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for using mental health tools for public health personnel in community hospitals (Chronic Disease Clinic) Revised Edition. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House; 2015. (in Thai)
17. Mazza MG, Zanardi R, Palladini M, et al. Rapid response to selective serotonin reuptake inhibitors in post-COVID depression. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022; 54: 1-6
18. Chaiudomsom K, Phaholapak P, Wattanavikkit P, Abhisitpinyo S. *Psychiatry* (2nd Edition). Khon Kaen: Print Klang Nana Wittaya; 2017. (in Thai)
19. Chanapan N. Patients with major depressive disorder: nurses' Role in promoting for patients' self-care. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2020; 32(1): 75-88. (in Thai)
20. Chaiwannawat T, Kitiyawan S. Nurse and the operation of community mental - health and psychiatry. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2019; 33(2): 1-12. (in Thai)
21. Insuranee P, Saengpak C, Hemunchu S. Nursing care of Adolescent with Depression. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2017; 18(2): 14-27. (in Thai)

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ปิยอร วรรณทินภัทร PhD (Nursing)*

(วันรับบทความ: 19 กันยายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 27 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 28 ตุลาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญเพราะให้การดูแลใกล้ชิดและต่อเนื่องกับผู้ป่วยบริการ จากจำนวนภาระงาน หน้าที่และความรับผิดชอบที่มาก ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเครียด ภาวะหมดไฟ ความเหนื่อยล้าทางใจ และเกิดข้อผิดพลาดในการให้การพยาบาลมากขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้การพยาบาล ความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และพยาบาลอาจเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดการย้ายงาน และลาออกจากงานได้ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อตัวพยาบาล คุณภาพของการให้บริการ ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ งบประมาณค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งการขาดความสมดุลในระบบสุขภาพ ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและผู้นำหรือหัวหน้าพยาบาลเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ และแนวทางการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ประพันธ์เสนอสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) ความหมายความเข้มแข็งทางจิตใจ 2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางจิตใจ 3) ความเข้มแข็งทางจิตใจกับพยาบาลวิชาชีพ และ 4) แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยตัวพยาบาลเอง และจากผู้นำหรือหัวหน้าพยาบาล ในสถานที่ทำงาน การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับพยาบาลวิชาชีพจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการพัฒนางานพยาบาล สามารถให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวพยาบาล และผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ พยาบาลวิชาชีพ

*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: piyaorn@g.sut.ac.th Tel: 094-5215865

Enhancing the Resilience of Professional Nurses

Piyaorn Wajanatinapart PhD (Nursing)*

(Received Date: September 19, 2022, Revised Date: October 27, 2022, Accepted Date: October 28, 2022)

Abstract

Professional nurses are health personnel who are important due to their role of continuously providing direct contact care for patients. Because of the workloads, duties, and responsibilities of professional nurses, they are at a high risk of experiencing stress, burnout, and compassion fatigue, which in turn can increase the risk of nursing care errors occurring. These factors can impact their patients' safety and quality of life. Professional nurses may also develop physical and psychological illnesses. These may result in professional nurses relocating, changing jobs, or even resigning and leaving nursing. To prevent the multitude of potential impacts on professional nurses, quality of care provided to patients, medical expense budgets, and imbalances within the health care system, it is necessary to enhance the resilience of professional nurses. This article aims to help increase professional nurses and nursing leaders understanding, awareness, and knowledge about the benefits of enhancing resilience. This article also describes guidelines for enhancing the resilience of nursing professionals as well as presenting the 1) definitions of resilience, 2) related concepts of resilience, 3) resilience among nursing professionals, and 4) guidelines to promote resilience of own nurses and from nurses' leaders in workplaces. Furthermore, enhancing the resilience of professional nurses would be beneficial for retaining professional nurses within the health care system, developing the nursing profession, increasing the effectiveness of providing nursing care, and improving the quality of life for both professional nurses and patients.

Keywords: enhancing, resilience, professional nurses

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

*Corresponding author, Email: piyaorn@g.sut.ac.th Tel: 094-5215865

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด และเป็นผู้ให้การดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเช่นกัน¹ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนพยาบาลขึ้นทะเบียนและต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ จำนวนทั้งหมด 243,879 คน² ลักษณะธรรมชาติของงานพยาบาลค่อนข้างหนัก ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบกับในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และประชาชนมีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น³ ที่ผ่านมายังคงพบปัญหาการขาดแคลนพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพ เป็นแผนระยะ 10 ปี (พ.ศ.2561-2570) เพื่อลดความขาดแคลนกำลังคน สามารถให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในประเทศไทย สำหรับพยาบาลวิชาชีพควรรับเข้าทำงานประมาณ 3,992 คนต่อปี เพื่อขยายบริการในระดับปฐมภูมิ ทดแทนผู้เกษียณอายุราชการและลาออก ซึ่งจะทำให้มีอัตราากำลังของพยาบาลวิชาชีพในระบบสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 90 แต่ในปี พ.ศ. 2560 มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐ ประมาณร้อยละ 78.8³ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพยังคงไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชนในระบบสุขภาพ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2562 มีการบรรจุพยาบาลเข้าทำงานเฉลี่ย 3,036 คนต่อปี ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการในระบบสุขภาพและการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพซับซ้อน สำหรับปีงบประมาณ 2563 เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีความต้องการบุคลากรทางสุขภาพจำนวนมากขึ้น รัฐบาลจึงบรรจุพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจำนวน 13,607 อัตรา และมีการฝึกอบรมทักษะเฉพาะทางการพยาบาล เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การดูแลผู้ป่วยหนัก และการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น เพื่อให้การดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอกับความต้องการของผู้รับบริการในระบบสุขภาพมากที่สุด⁴ เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของพยาบาล 1 คน ต่อจำนวนประชากรที่ต้องดูแลพบว่า ประเทศไทย พยาบาล 1 คน ดูแลประชากรประมาณ 481 คน ประเทศสิงคโปร์ พยาบาล 1 คน ดูแลประชากรประมาณ 156 คน และประเทศมาเลเซีย พยาบาล 1 คน ดูแลประชากรประมาณ 305 คน¹ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพใน

ประเทศไทยยังคงทำงานค่อนข้างหนักในการดูแลประชาชนเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ

ถึงแม้ว่าจำนวนพยาบาลในระบบสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้รับบริการ และจากภาระงานที่ค่อนข้างมากและการทำงานหนักของพยาบาล พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของพยาบาลทั้งหมดทำงานเฉลี่ย 60.28 ชั่วโมง/สัปดาห์ ทำงานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน และมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์⁵ ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งเกิดผลกระทบทั้งต่อตัวพยาบาลเอง และต่อคุณภาพของการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้การพยาบาลได้ เช่น การบริหารยา การทำหัตถการทางการพยาบาลต่าง ๆ⁶ เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และในขณะเดียวกันก็ส่งผลถึงสภาพร่างกายของพยาบาล ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อและโรคทางระบบอื่น ๆ ตามมาได้ และส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของพยาบาล ทำให้เกิดความเครียด การหมดพลังใจ และภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียงบประมาณของประเทศในการเสียค่าชดเชยการเจ็บป่วยและการจ่ายค่าแรงงานทดแทน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่การลาออกจากวิชาชีพพยาบาลได้⁷ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียดจากงาน ความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล⁸ ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และสิ่งแวดล้อมในการทำงานจึงมีความสำคัญมากต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในระบบสุขภาพ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจจะช่วยลดความเครียด และปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมาให้กับพยาบาลได้ เนื่องจากช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น การเข้าใจ การยอมรับ และช่วยให้ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการปรับตัวของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ความปลอดภัยของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามความเข้มแข็งทางจิตใจมีหลายมิติและเป็นกระบวนการปรับตัวทางบวกของบุคคลในการเผชิญต่อความเครียด ซึ่งเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดผลลัพธ์คือบุคคลสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจของ

ตนเองได้อย่างรวดเร็วหลังจากเผชิญกับความเครียด หรือเหตุการณ์ที่ยากลำบากได้

เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานที่หนัก ลักษณะของงานต้องใช้ความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคลคนที่มีการเจ็บป่วยและความต้องการที่แตกต่างกัน และพยาบาลมีการทำงานเป็นช่วงเวลาโดยทั่วไปจะขึ้นเวรละ 8 ชั่วโมง แบ่งเป็นเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก โดยเฉพาะช่วงเวรดึกเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน แต่พยาบาลยังคงต้องปฏิบัติงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งทำให้พยาบาลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะในด้านการนอนหลับพักผ่อน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตที่อาจต้องพบเจอกับการเสียชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดภาวะเครียดในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงานลดลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย วิดกกังวล วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย เบื่อขาดความกระตือรือร้นและความสนใจ และไม่มีสมาธิ เมื่อภาวะเหล่านี้มีการสะสมอย่างต่อเนื่องมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะหมดไฟจากการทำงาน⁷ ซึ่งนำไปสู่ความผิดพลาดในการทำงาน ความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง ประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลลดลง และสุดท้ายทำให้พยาบาลลาออกได้

ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับพยาบาลจึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยให้พยาบาลลดความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ผู้รับบริการปลอดภัย เกิดการพัฒนางานด้านการพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ไม่จำเป็น ผู้เขียนจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางจิตใจ ในประเด็นเกี่ยวกับความหมายความเข้มแข็งทางจิตใจ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจกับพยาบาลวิชาชีพ และแนวทางการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยตัวพยาบาลเอง และจากผู้นำหรือหัวหน้าพยาบาลในสถานที่ทำงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และอธิบายแนวทางเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ นำไปสู่การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ พัฒนางานด้านการพยาบาล

ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และผู้รับบริการปลอดภัยและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ความหมายของความเข้มแข็งทางจิตใจ

ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) มีหลากหลายความหมายและแตกต่างกัน การมีความเข้มแข็งทางจิตใจบุคคลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาหรือความทุกข์ยากซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวทั้งภายในตนเอง และต่อสิ่งที่เกิดในทางบวก โดยการทำงานของจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ ยอมรับ ยืดหยุ่นปรับตัว และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายโดยรวมว่าเป็นความสามารถของบุคคลและระบบต่าง ๆ เช่น ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน หรือ องค์การ ในการเผชิญปัญหา เหตุการณ์ หรือสถานการณ์วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและกลับคืนมาสู่ภาวะปกติได้¹⁰ และความเข้มแข็งทางจิตใจในมุมมองทางด้านจิตวิทยา หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการพัฒนาและเรียนรู้จากสิ่งที่ทำลาย ส่วนใหญ่เชื่อมโยงไปถึงความสามารถทางด้านจิตใจของบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีความเปราะบาง เช่น เด็กที่ถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมสามารถปรับตัวที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้¹¹ นอกจากนี้ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัว หรือ จัดการทางบวกโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ทำให้บุคคลสามารถฟื้นฟูจิตใจและอารมณ์ของตนเองให้กลับมาสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเกิดจากความสามารถของบุคคลใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการแก้ปัญหา^{12,13} และสำหรับพยาบาล ความหมายของความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง กระบวนการและกลไกที่พยาบาลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดในการทำงาน สามารถปรับตัวทางบวก หลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดกับจิตใจ สามารถให้การบริการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยปลอดภัย และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตดีและการมีสุขภาวะ^{14,15} อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญของความเข้มแข็งทางจิตใจ คือ เป็นกระบวนการทำงานของทักษะต่าง ๆ ร่วมกัน การสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ทำให้เกิดความสามารถในการปรับตัวทางบวกกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการพัฒนาด้านตนเอง และกลับมาสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางจิตใจ

แนวคิดความเข้มแข็งทางจิตใจเริ่มแรกได้มีการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับจิตวิทยาพัฒนาการในด้านทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม และการเผชิญกับความเครียด ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลทำให้กลับมาสู่ภาวะปกติ ผลักดันให้กล้าเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และเกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาตนเองต่อมาได้ขยายมาศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตแล้วเกิดภาวะเครียด (Post-traumatic Stress Disorder: PTSD) และขยายไปสู่กระบวนการพัฒนาไปสู่สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจเพื่อทำให้เกิดสุขภาพ¹⁰

ปัจจัยร่วม (Contributing factors) ซึ่งโดยทั่วไปมีหลายปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบร่วมกันอาจสนับสนุนหรือขัดขวางการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ เช่น บรรยากาศสิ่งแวดล้อม อุปสรรค สถานที่ เป็นต้น ในขณะที่ทำงานพยาบาลอาจเกิดความรู้สึกตึงเครียด หรือกดดัน เนื่องจากบรรยากาศการทำงานพยาบาลในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับบริการ อุปสรรคไม่เพียงพอ สถานที่ทำงานค่อนข้างแออัด การสื่อสารในที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลอาจใช้วิธีการเผชิญปัญหา หรือการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยง การเก็บกด หรือการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และปัญหานี้ยังคงเกิดขึ้น เนื่องจากภาระงาน หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ และลักษณะงานที่ทำ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลนำไปสู่การสะสมความเครียด และทำให้เกิดความไม่พึงพอใจของพยาบาลในที่ทำงาน 3 ปัจจัยที่อาจส่งผล ได้แก่ 1) ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา (Compassion fatigue) พยาบาลประสบกับความเครียดซ้ำ ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ จากความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความทุกข์ทรมาน และอาจไม่สามารถบรรเทาได้ ทำให้เกิดการรับรู้ รวมทั้งภาระงานที่มากซึ่งอาจจะมาจากการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก 2) ภาวะหมดไฟ (Burnout) เป็นการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นของความเครียดจากทางร่างกายและอารมณ์ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ความสงสัยไม่แน่ใจในตัวเอง การได้รับการดูถูก และทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่มี

ความเครียดสูงเช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอาจเกิดความเครียดด้านจริยธรรม อารมณ์ และทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการรับรู้ว่ามีภาระงานหนักและมากเกินไป และ 3) การมีบาดแผลในใจ (Secondary trauma) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานและส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเครียด ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และการขาดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลร่วมกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา และภาวะหมดไฟ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของพยาบาล คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง และนำไปสู่การย้ายงานหรือลาออกของพยาบาลทำให้มีผลกระทบต่อองค์กรตามมาได้¹⁶

ดังนั้นความเข้มแข็งทางจิตใจจึงเป็นพื้นฐานในการพัฒนาบุคคลไปสู่ความยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรม Scoloveno¹⁷ อธิบายความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การที่บุคคลเชื่อมั่นในตนเอง และเห็นคุณค่าของตนเอง 2) ความสามารถในการพึ่งตนเอง (Self-reliance) การที่บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจ มีอิสระในตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้ และ 3) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsiveness) การที่บุคคลมีสมรรถนะในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ความเข้มแข็งทางจิตใจเกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน ศาสนา องค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน ร่วมกับปัจจัยภายในตัวบุคคลคือ การมองโลกในแง่ดี และความหวัง ซึ่งนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ต่อมา Cooper และ คณะ¹⁵ ได้อธิบายความเข้มแข็งทางจิตใจประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 2) การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ (Self-efficacy) 3) ความสมดุลในชีวิตและการทำงาน (Work-life balance/self-care) 4) การมีอารมณ์ขัน (Humor) 5) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และ 6) การอยู่ในความเป็นจริง (Being realistic) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้นักบุคคลสามารถเผชิญ และปรับตัวทางบวกต่อความเครียด หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้

ความเข้มแข็งทางจิตใจและพยาบาลวิชาชีพ

ความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกการเผชิญกับปัญหา (Coping mechanisms) ในทางบวก โดยทั่วไปกลไกการเผชิญปัญหาสามารถเป็นทางลบหรือทางบวกก็ได้ ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม นำไปสู่การรู้คิดและพฤติกรรมที่แสดงออกในแต่ละสถานการณ์¹³ ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือภาวะวิกฤตและใช้กลไกการเผชิญด้วยความเข้มแข็งทางจิตใจ จะทำให้บุคคลลดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เบื่อหน่าย เครียด ท้อแท้ ภาวะหมดไฟ ภาวะเหนื่อยล้า ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ตนเองมีการพัฒนาและเติบโตขึ้น มีสุขภาวะและสุขภาพจิตที่ดี และคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล¹⁵ และ Kim และ Chang¹⁴ ได้ทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบจำนวน 16 เรื่อง เกี่ยวกับการเผชิญกับสิ่งท้าทายของพยาบาล และคุณลักษณะของพยาบาลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาตนเองบนพื้นฐานจากปัจจัยภายในของพยาบาล เช่น การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของความทุกข์ โดยการกลับมาสำรวจความรู้สึกของตัวเองตามความเป็นจริง ยอมรับ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเอง 2) การสร้างทัศนคติทางบวกในการดำเนินชีวิต เช่น การยอมรับชีวิตในทางบวก การสนุกกับชีวิตของตนเอง 3) การพัฒนาวิธีการส่วนบุคคลในการเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เช่น การออกจากความเครียด ความรู้สึกสบายเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก และ 4) การเสริมสร้างความเป็นวิชาชีพ เพื่อให้เป็นพยาบาลที่ดีขึ้น เช่น การวางแผนชีวิตเพื่อให้ชีวิตดีขึ้นในอนาคต การสร้างคุณค่าในตนเองด้วยการคิดถึงคุณค่าของงานที่ทำ ดังนั้นปัจจัยภายในตัวบุคคลของพยาบาลวิชาชีพจึงควรได้รับการสร้างเสริมเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจโดยเฉพาะในขณะที่กำลังทำงานในโรงพยาบาล ชุมชน และที่อื่น ๆ เพื่อให้พยาบาลสามารถเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย หรือสิ่งที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถฟื้นฟูตนเองกลับอยู่ในสภาวะปกติได้

อย่างรวดเร็ว ส่งผลทำให้สามารถให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีความสุขในการทำงาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

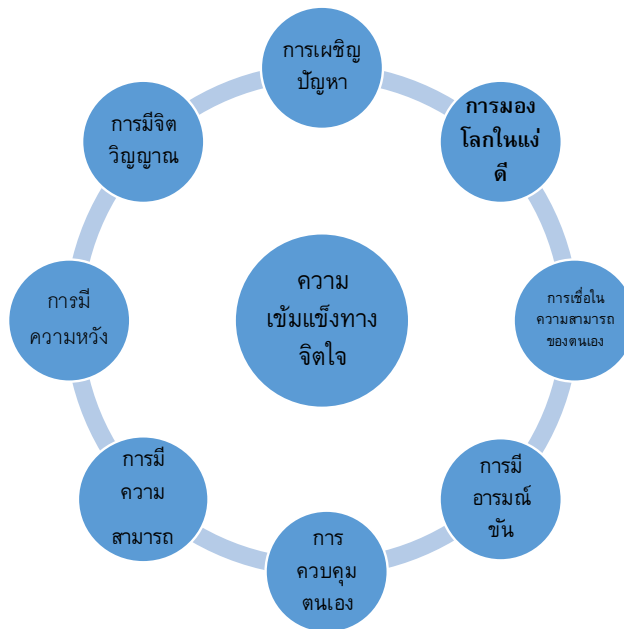
แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

พยาบาลต้องทำงานในสถานการณ์ที่ค่อนข้างเครียดจากภาระงานจำนวนมาก ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากบทบาทการทำงาน อาจทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในที่ทำงานได้เนื่องจากทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและบุคคลจากหลายส่วน รวมทั้งต้องขึ้นเวรสลับหมุนเวียนทำให้อาจไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง และการขาดอำนาจในการตัดสินใจในการให้บริการ หรือการต้องเผชิญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาให้พยาบาลมีคุณลักษณะที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การมีความสามารถ (Competence) การมีอารมณ์ขัน (Sense of humor) การควบคุมตนเอง (Control) การมีความหวัง (Hope) การมีจิตวิญญาณ (Spirituality) และ การเผชิญปัญหา (Coping) ตามแผนภาพที่ 1 จึงได้มีการเสนอแนวทางการพัฒนา 3 คุณลักษณะ¹⁸ ดังนี้

1) การพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal characteristics) ของพยาบาลให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจ เช่น การฝึกความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการปรับตัว การมองทางบวก การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการเผชิญปัญหา เป็นต้น

2) การพัฒนาคุณลักษณะในการทำงาน (Workplace characteristics) เช่น การสร้างวัฒนธรรมที่ดีในที่ทำงาน การสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อในการทำงาน การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้ออกาสในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการทำงาน เป็นต้น

3) การพัฒนาคุณลักษณะของการสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social network characteristics) เช่น การสร้างความสัมพันธ์ทางวิชาชีพระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง การสนับสนุนทางสังคม ความสมดุลในชีวิตทั้งเรื่องการทำงานและชีวิตส่วนตัว การดูแลสุขภาพตนเอง การมีโปรแกรมการติดตามและการให้คำแนะนำช่วยเหลือ เป็นต้น



แผนภาพที่ 1 คุณลักษณะของพยาบาลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจ¹⁸

การพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคลคือตัวพยาบาล สถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้พยาบาลเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจในการทำงาน นอกจากนี้หัวหน้างานหรือบริหารทางการพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างมากในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และจากการศึกษากลยุทธ์ของผู้นำทางการพยาบาล ได้เสนอ 7 วิธีการที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ใน การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับพยาบาลในสถานที่ทำงาน¹⁹ ประกอบด้วย

1) การประสานงานให้เกิดเครือข่ายทางสังคม (Facilitating social connections) ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมวัฒนธรรมทางบวกในองค์กร โดยการสนับสนุนให้พยาบาลได้มีโอกาสสร้างความสัมพันธ์กันทางสังคมกับพยาบาล เจ้าหน้าที่ หรือผู้ป่วยและญาติ เช่น กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยได้รู้จักกัน การทำกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม การกิจกรรมสนับสนุนการนอกสถานที่ร่วมกัน เป็นต้น

2) การส่งเสริมสิ่งที่ดี (Promoting positivity) การทำให้เกิดมุมมองทางบวกแก่พยาบาล เช่น การส่งเสริมให้มีพยาบาลต้นแบบ การมองหาสิ่งที่ดีจากผู้ร่วมงาน

การเปลี่ยนจากการพูดถึงสิ่งที่เป็นลบโดยให้ค้นหาและพูดถึงสิ่งที่เป็นบวกแทน เป็นต้น

3) การเน้นจุดแข็งของพยาบาล (Capitalizing nurses' strengths) การรู้จักจุดแข็งของพยาบาลแต่ละคน และมีการส่งเสริมหรือมอบหมายงานให้ตรงกับความสามารถ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและการมีส่วนร่วมในการทำงาน

4) การสนับสนุนการเติบโตทางวิชาชีพของพยาบาล (Nurturing nurses' growth) แนวทางการพัฒนาความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพ ผู้นำพยาบาลควรมีทัศนคติในการดูแลทีม สร้างความไว้วางใจ กำหนดแนวทางสนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาบนพื้นฐานของความรักและไม่ตัดสิน เช่น การมีพยาบาลพี่เลี้ยงพยาบาลใหม่ เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ ทักษะทางคลินิก ความมั่นใจ เป็นต้น

5) การส่งเสริมการดูแลตนเองของพยาบาล (Encouraging nurses' self-care) การมีเวลาในการดูแลตนเองของพยาบาล โดยหัวหน้าพยาบาลควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของตนเอง ให้สามารถดูแลตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาในการทำงาน และในการดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นการฝึกความเมตตากรุณาให้กับตนเองจึงเป็น

สิ่งสำคัญ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง เช่น มีความยืดหยุ่นของตารางงาน มีห้องพักเบรกเสมือนบ้าน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทางกาย และกิจกรรมที่ทำให้รับรู้ความต้องการ และการให้การช่วยเหลือ

6) การสนับสนุนการฝึกสติ (Fostering mindfulness practice) การฝึกสติจะช่วยให้ถึงความสนใจของพยาบาลออกจากความตึงเครียด ความกดดันทั้งหลาย และกลับมาอยู่กับปัจจุบัน และไม่มีการตัดสินใด ๆ วิธีการนี้จึงส่งเสริมให้พยาบาลได้หันกลับมาเพิ่มพลังใจให้กับตนเอง การจัดโปรแกรมง่าย ๆ ของการฝึกสติให้กับพยาบาล เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ ยาว ๆ

7) การแสดงความเห็นอกเห็นใจและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (Conveying altruism) การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างหัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ใช้การสื่อสารทั้งทางภาษา และท่าทางด้วยความเห็นอกเห็นใจ ดังนั้นจึงควรเริ่มต้นด้วยการฟังอย่างตั้งใจ และการสื่อสารบนพื้นฐานของความจริงใจ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในด้านความมีคุณค่าและความพึงพอใจ

ดังนั้นหัวหน้าพยาบาลหรือผู้บริหารการพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามบริบท หรือการจัดสถานที่ทำงานที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสิทธิผล และติดตามเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป อย่างไรก็ตามปัจจัยเริ่มต้นที่สำคัญคือปัจจัยส่วนบุคคล พยาบาลควรมีการพัฒนาตนเองจากภายในซึ่งสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จึงได้มีการนำเสนอ 7 วิธีการในการพัฒนาปัจจัยภายในของตนเองให้มีอุปนิสัยที่ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการฝึกสติ²⁰ ได้แก่

1) การฝึกใจของการเป็นผู้เริ่มต้น (Beginner's mind) การอยู่กับปัจจุบัน เสมือนเราเป็นเด็กที่ต้องการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ โดยไม่ตัดสิน การไม่รีบด่วนสรุป การทำเสมือนไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะทำให้เปิดโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่

2) การปล่อยวาง (Letting go) การปล่อยวางจากผลลัพธ์ที่ต้องการควบคุมให้ได้ ปล่อยวางความรู้สึกที่ไม่ดีต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล ความผิดหวัง เป็นต้น

3) ความเมตตากรุณา (Compassion) การฝึกเป็นผู้มีความเมตตาต่อตนเอง โดยเริ่มต้นจากการสำรวจความรู้สึกของตนเอง ถ้ารู้สึกเหนื่อยล้า หรือทุกข์ใจ อาจต้องหยุด

และหากิจกรรมอื่น ๆ ทำก่อน หรือกลับมาอยู่กับลมหายใจของตนเอง

4) การขอบคุณหรือชื่นชม (Gratitude) การขอบคุณหรือชื่นชมสิ่งรอบตัว โดยเริ่มต้นจากการมองหาสิ่งที่ดีในตัวเอง ครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ผู้อื่น หรือการทำหน้าที่บทบาทต่าง ๆ ในการทำงาน และกล่าวขอบคุณหรือชื่นชมตามความเป็นจริง

5) ความจริง (Authenticity) การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงทั้งภายในและภายนอกตามความเป็นจริง ซึ่งอาจจะแตกต่างจากความคาดหวังหรือความต้องการของตัวเอง นำไปสู่การยอมรับตนเองและเปิดโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่เพื่อพัฒนาตัวเองต่อไป

6) การให้คำมั่นสัญญา (Commitment) ทำให้เกิดความมุ่งมั่น ความอดทนในการทำสิ่งต่าง ๆ และเป็นการทำในสิ่งที่ต้องการตามที่วางเป้าหมายไว้ ไม่ใช่ข้ออ้างหรือเหตุผลที่จะทำให้ไม่ทำตามสัญญาที่วางหรือกำหนดไว้

7) ความไว้วางใจ (Trust) ความศรัทธาและเชื่อมั่นในสิ่งที่ทำ โดยทั่วไปพยาบาลจะมีสัญชาตญาณในการรับรู้ความรู้สึกจากภายในของตนเอง การฟังเสียงภายในของตนเอง ซึ่งอาจจะทำให้คนอื่นผิดหวังหรือไม่พอใจจากการปฏิเสธการทำงานบางอย่างเพื่อคนอื่น แต่การฟังเสียงและทำตามความต้องการภายในจะนำไปสู่การเข้าใจ และยอมรับตนเอง

บทสรุป

จากภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ และลักษณะงานอาจส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และการสะสมต่อเนื่องมาช่วงระยะเวลาหนึ่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางจิตใจ ภาวะหมดไฟ ทำให้อาจเกิดความผิดพลาดในการให้การพยาบาล การพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมทั้งผู้ป่วยอาจไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดการย้ายงาน หรือลาออกจากการทำงานพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลต่อการระบบสุขภาพ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และงบประมาณในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจจึงมีความสำคัญมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้บริหาร หรือผู้นำทางการพยาบาลควรสนับสนุน สร้างบรรยากาศ และกิจกรรมภายในที่ทำงานที่ส่งเสริมและฟื้นฟูความเข้มแข็งทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ตัวพยาบาลเองควรพัฒนาปัจจัย

ภายในของตนเองโดยใช้ 7 วิธีการเพื่อให้เกิดอุปนิสัยที่จะส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการฝึกสติ และในสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการผลิตพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ควรให้ความสำคัญในการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจตั้งแต่เป็นนักศึกษาเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เมื่อจบการศึกษาและมาปฏิบัติงานจะทำให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถนำมาปรับใช้ในขณะที่ทำงานได้ รวมทั้งในสถานที่ทำงานควรมีการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจเป็นระยะ ๆ โดยการสร้างบรรยากาศ และวัฒนธรรมภายในองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรจากปัจจัยภายใน ทำให้มีความสุขในการทำงาน มีความสมดุลของชีวิตและการทำงาน มีความผูกพันต่อองค์กร ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานต่อผู้รับบริการ และทำให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในระบบสุขภาพต่อไป

References

1. Yosthong D. Nursing shortage and management: Personal level management. *Journal of Nursing, Siam University* 2019; 20(38): 134-43. (in Thai)
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. Annual report 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 15] Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/TNMC%20Annual%20Report%202021.pdf> (in Thai)
3. Health Manpower Policy and Strategy Coordination Group, Human Resources Management Division Ministry of Health. Reform plan of manpower and mission of health services of Ministry of Public Health [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 15] Available from: https://pt.or.th/PTCouncil/file_attach/Att201907301564486064_1.pdf (in Thai)
4. Thailand Nursing and Midwifery Council. The Ministry of Public Health approved new government official positions for registered nurses on fiscal year 2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 15] Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/404> (in Thai)
5. Krates J, Patanavanichanan N, Pratanvorapanya W, Trainattawan W, Thangkratok P, Srithumsuk W. Factors influencing work retention of professional nurse under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science* 2021; 30(3): 561-73. (in Thai)
6. Kittiban K, Cheevakasemsook A, Phuangsomjit C. Occupational fatigue management in professional nurses at Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. *Thai J Cardio-Thoracic Nurs* 2021; 32(1): 121-34. (in Thai)
7. Sumalai P. The Register nurses' burnout in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2021; 4(2): 66-78. (in Thai)
8. Yuanmae V. Factors affecting the outlook for the resignation of the main professional personnel in hospitals, under the Nakhon Ratchasima Provincial Health Office. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office* 2020; 6(2): 92-111.
9. Janzarik G, Wollschlager D, Wessa M, Lieb K. A Group intervention to promote resilience in nursing professionals: A randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 649.
10. World Health Organization. Building resilience: A key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals: examples from the WHO Small Countries Initiative [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 15] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338752>
11. Wiig S, Aase K, Billett S, Canfield C, Roise O, Nja O, Guise V, Haraldseid-Driftland C, Ree E, Anderson EJ, Macrae C, et.al. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research* 2020; 20: 330.
12. Mekkhachorn N. Resilience: A new approach of mental empowerment for dealing with current life crises. *Journal of Psychology Kasem Bundit University* 2021; 11: 1-9. (in Thai)

13. Cleary M, Kornhaber R, Thapa DK, West S, Visentin D. The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Educ Today* 2018; 71: 247-63
14. Kim YE, Chang OS. Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: A meta-synthesis study. *BMC Nursing* 2022; 21: 26.
15. Cooper AL, Brown JA, Rees CS, Leslie GD. Nurse resilience: A concept analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2020; 29: 553-75.
16. Kester K, Wei H. Building nurse resilience. *Nurs Manage* 2018: 42-5
17. Scoloveno R. A Concept Analysis of the Phenomenon of Resilience. *J Nurs Care* 2016; 5(4): 353
18. Yilmaz EB. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chin Nurs Res* 2017; 4: 9-13.
19. Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett RW. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *J Nurs Manag* 2019; 27: 681-7.
20. Sieg D. 7 habits of highly resilient nurses [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15] Available from: https://nursingcentered.sigmanursing.org/features/more-features/Vol41_1_7-habits-of-highly-resilient-nurses

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

ชุตินา จิรัฐเกรียงไกร พย.ม*

(วันรับบทความ: 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 14 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 14 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในกลุ่มวัยรุ่นทั่วโลก และพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี ซึ่งส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลายเป็นประเด็นหลักทางสาธารณสุขที่ต้องเร่งแก้ไขด้วยมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจากการร่วมมือของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือนการป้องกัน และบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นบทบาทพยาบาลในมิติของการป้องกัน ได้แก่ การประเมินและคัดกรอง และการดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การป้องกันที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความรุนแรง และลดการสูญเสียจากปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ทั้งนี้ยังสามารถช่วยให้วัยรุ่นเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพสามารถทำคุณประโยชน์ให้กับประเทศได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การฆ่าตัวตาย, การป้องกัน, วัยรุ่น

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: chutima.j@siu.ac.th Tel: 081-1700393

Nurses' Roles in Suicide Prevention among Adolescents

Chutima Jirathikrengkrai M.N.S.*

(Received Date: November 11, 2022, Revised Date: December 14, 2022, Accepted Date: December 14, 2022)

Abstract

Suicide among adolescents is a major public health problem. Research has shown that suicide is the leading cause of death among adolescents world-wide and that the suicide rate among adolescents continues to grow every year. Therefore, it has wide-ranged impacts on the health and economy of individuals, families, and nations. Adolescent suicide has become a vital public health issue that must be addressed with effective preventative measures through the cooperation of relevant personnel. This article aims to present the most current and up-to-date knowledge about the incidence of suicide among adolescents, its causes and risk factors, warning signs, prevention, and the nursing role in suicide prevention among adolescents, its focus is on the role of nurses in suicide prevention, including screening, assessment and care, and management in the early stage. Nurses are medical professionals who play an important role in the prevention of adolescent suicide. Having effective prevention measures that nurses can implement will help reduce the escalating severity and losses due to adolescent suicide and is an important part of helping to mitigate and solve the problems leading to suicide among adolescents. Moreover, effective prevention measures can be used to help adolescents to grow into adulthood and be able to have a high quality of life and make contributions to the nation.

Keywords: nursing roles, suicide, prevention, adolescent

*Lecturer, School of Nursing, Shinawatra University

*Corresponding Author, Email: chutima.j@siu.ac.th Tel: 081-1700393

บทนำ

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดการสูญเสียก่อนวัยอันควรของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ปัจจุบันประชากรทั่วโลกเสียชีวิตเนื่องจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 คนต่อปี ซึ่งอยู่ที่ 10.5 ต่อแสนประชากร¹ ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นและวัยรุ่นหนุ่มสาว ในสหรัฐอเมริกาพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับสองในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับสามในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี² ความชุกของความคิดฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าวัยรุ่นมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจังร้อยละ 18.8 และร้อยละ 8.9 ของวัยรุ่นมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย³ รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรฆ่าตัวตาย 7.37 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ซึ่งอยู่ที่ 6.64 ต่อแสนประชากร⁴ รายงานผลการสำรวจ Global school-based student health survey ปี ค.ศ. 2021 เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะวัยรุ่นไทยพบว่าร้อยละ 17.6 ของวัยรุ่นไทยอายุ 13-17 ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 15.5 พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สามของวัยรุ่นไทย⁵ จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี การลดอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจึงเป็นเป้าหมายด้านสาธารณสุขที่สำคัญและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศ โดยวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จอาจเกิดการบาดเจ็บที่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เช่น เกิดภาวะทุพพลภาพ ความพิการทางร่างกาย และการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมเกิดความรู้สึกเศร้าโศกจากการที่ต้องสูญเสียสมาชิกในครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบต่าง ๆ ในครอบครัว ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติทางจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด และอาจส่งผลกระทบถึงการตัดสินใจฆ่าตัวตายตามมาได้⁶ นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อในระดับประเทศ อัตราการเสียชีวิตของวัยรุ่นจากการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น อาจบ่งบอกได้ว่าสังคมและประเทศกำลังประสบกับปัญหาหลากหลายด้านทั้งด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมในการดูแลเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิต รวมทั้งการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด⁷ อีกทั้งวัยรุ่นเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นกำลังหลักสำคัญของประเทศ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นนั้นทำให้ประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้นการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขด้วยมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจให้มากที่สุด

โดยธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในช่วงวัยรุ่นทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะพัฒนาการด้านอารมณ์จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมีอารมณ์ที่แปรปรวนง่ายไม่คงที่ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการเจริญเติบโตของสมองส่วน Limbic system ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำหน้าที่โดดเด่นในช่วงวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์แปรปรวนง่าย มีความอยากรู้อยากลอง วู่วาม และหุนหันพลันแล่น ประกอบกับสมองส่วน Prefrontal cortex ที่มีหน้าที่ในการคิดไตร่ตรอง การตัดสินใจ และการใช้เหตุผล ยังจะพัฒนาได้ไม่เต็มที่ในวัยรุ่นเป็นผลทำให้การคิดและการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลในวัยรุ่นยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร⁸ ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ซึ่งทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย และในระยะยาวย่อมมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น คือ ภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าความเครียดเฉียบพลันหรือความเครียดเรื้อรังมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น⁹ และภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น¹⁰

การดูแลวัยรุ่นให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบุคลากรหลักในสถานบริการสุขภาพด่านแรกที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานว่าบุคคลที่ฆ่าตัวตายร้อยละ 75 มีประวัติเข้ามาใช้บริการสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วง 1 เดือนก่อนเกิดเหตุซึ่งได้รับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป แต่ไม่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต¹¹ อาจกล่าวได้ว่าการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในกระบวนการป้องกันการ

ฆ่าตัวตาย โดยการประเมินและคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสามารถเชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษา และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ ด้วยความสำคัญในลักษณะนี้จึงต้องให้ความสำคัญกับพยาบาลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมากที่สุด เช่น พยาบาลโรงเรียน หรือพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบทบาทการทำงานเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น และมีโอกาสได้พบปะกับวัยรุ่นได้มากกว่าบุคลากรอื่น โดยที่ผ่านมามีการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมุ่งเน้นที่การสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแก่วัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน การประสานความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง และการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น¹² ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความสามารถของพยาบาลในการประเมินและคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเป็นหนึ่งในแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่สำคัญ¹³ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน การป้องกัน และบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นบทบาทพยาบาลในมิติของการป้องกัน ได้แก่ การประเมินและคัดกรอง และการดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการลดความรุนแรง และการสูญเสียที่เกิดจากการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

นิยามศัพท์การฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลให้ตนเองเสียชีวิต ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของบุคคลนั้นรู้ถึงผลลัพธ์ที่ทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต¹⁴ โดยสามารถอธิบายพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ดังนี้

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide) หมายถึง การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ¹⁵

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) หมายถึง การกระทำของบุคคลในการทำร้ายตนเองโดยเจตนาให้เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต¹⁵

ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicide ideation) หมายถึง ความคิด การวางแผนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยอาจมีเจตนาหรือไม่เจตนา หรือเจตนาหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่ถึงขั้นแสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย¹⁵

การทำร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึง การทำของบุคคลที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนาแต่ไม่รุนแรงเกิดจากการมีแรงจูงใจหรือปรารถนาที่จะเสียชีวิต¹⁴

ความปรารถนาที่จะตาย (death wishes) หมายถึง ความหวัง และความปรารถนาที่จะตาย โดยไม่คิดฆ่าตัวตาย¹²

แผนการฆ่าตัวตาย (suicide plan) หมายถึง การตัดสินใจถึงวันและเวลาในการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงวิธีการฆ่าตัวตายแต่ยังไม่มีการเตรียมการอย่างจริงจัง¹⁴

พฤติกรรมเตรียมการฆ่าตัวตาย (preparatory suicidal behavior) หมายถึง การเตรียมการเพื่อฆ่าตัวตาย เช่น การซื้อปืน การเดินไปที่สะพานสูง การผูกเชือก หรือการซื้อยา เป็นต้น แต่ยังไม่เริ่มต้นการกระทำที่จะทำให้ตนเองบาดเจ็บ¹⁴

การล้มเลิกความพยายามฆ่าตัวตาย (aborted suicide attempt) หมายถึง การกระทำที่บุคคลเริ่มกระทำการฆ่าตัวตาย (เช่น ยืนหรือนั่งบนขอบสะพานสูง ผูกเชือกรอบคอตนเอง) แต่หยุดตัวเองก่อนที่จะได้รับบาดเจ็บใด ๆ¹⁴

การพยายามฆ่าตัวตายแต่ถูกขัดจังหวะ (interrupted suicide attempt) หมายถึง การกระทำที่บุคคลหนึ่งเริ่มกระทำการฆ่าตัวตาย (เช่น ยืนหรือนั่งบนขอบสะพานสูง ผูกเชือกรอบคอตนเอง) แต่ถูกคนอื่นมาหยุดการกระทำก่อนที่จะได้รับบาดเจ็บจนถึงแก่ความตาย¹⁴

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากหลากหลายปัจจัยโดยไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยหลักมักจะเกิดจากความสัมพันธ์กันหลายปัจจัย โดยสามารถแบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกได้ ดังนี้

ปัจจัยภายใน ได้แก่

1. พันธุกรรม การศึกษาพบว่าโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย¹⁶

2. ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของวัยรุ่น มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น วู่วามมีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และมากกว่าร้อยละ 50 ของวัยรุ่นที่ทำร้ายตนเองคิดวางแผนล่วงหน้าไม่ถึงหนึ่ง ชั่วโมงซึ่งมีความสัมพันธ์กับลักษณะอารมณ์หุ่นยนต์พลันแล่น¹⁷

3. โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคเครียด และโรควิตกกังวล ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น⁸ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่สำคัญในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นเป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง 5 เท่าเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ แต่ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าโรควิตกกังวล ความผิดปกติทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้เช่นกัน¹⁷

4. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย วัยรุ่นที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรกมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสำเร็จในอนาคตสูงถึง 3 เท่า หรือวัยรุ่นที่ทำร้ายตัวเองโดยไม่ได้มีเจตนาฆ่าตัวตายนั้นมีโอกาสที่จะทำร้ายตัวเองซ้ำได้ในอนาคตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้¹⁸ จากการศึกษาพบว่าภายใน 1 ปีหลังจากที่วัยรุ่นทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรกมีแนวโน้มสูงที่จะฆ่าตัวตายซ้ำและฆ่าตัวตายสำเร็จ¹⁹

5. พฤติกรรมการใช้สารเสพติด/ ดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น¹⁷ มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดมีผลกระตุ้นความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมของตัวเองได้ หรือภาวะมีเมามาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้แม้ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าในระดับสูงก็ตาม และทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อใช้สารเสพติด เช่น กัญชา และดื่มแอลกอฮอล์พร้อมกัน²⁰

ปัจจัยภายนอก ได้แก่

1. เหตุการณ์ความยุ่งยากในชีวิต ความเครียดจากการเรียน การถูกกลั่นแกล้ง ถูกข่มเหงรังแกจากเพื่อน เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้¹⁷ มีการศึกษาพบว่าก่อนเกิดการพยายามฆ่าตัวตายนั้ันวัยรุ่นมักจะประสบปัญหาเหตุการณ์ความยุ่งยากในชีวิต โดยเฉพาะวัยรุ่นในระบบการศึกษามักจะมีปัญหาการเรียน ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ครู/อาจารย์ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความยุ่งยากใจและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹⁸ มีการ

ศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับครู/อาจารย์มีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 2.2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ปัญหาเกี่ยวกับครู/อาจารย์²¹

2. การถูกทารุณกรรมทางเพศ มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง 6.1 เท่า²² โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมโดยการข่มขืนกระทำชำเรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเนื่องจากสร้างบาดแผลภายในจิตใจให้กับวัยรุ่นเกิดความรู้สึกผิดต่อตนเองและครอบครัว และละอายใจเกิดตรบาปในชีวิตทำให้รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายตามมาได้¹⁷

ภูมิหลังของครอบครัว การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาที่ฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ความขัดแย้งกันระหว่างพ่อแม่และลูกเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่พบได้บ่อย และพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ ขาดความรักความเอาใจใส่ และขาดการสนับสนุนภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น¹⁷

อาการหรือสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

อาการที่เป็นสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมุ่งเน้นที่การสังเกตอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีอาการที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ โดยพบว่าวัยรุ่นอาจแสดงออกในลักษณะดังนี้²³

1. มีอารมณ์หงุดหงิด ขี้โมโห หรือความหมกมุ่นอยู่กับเนื้อเพลงที่บ่งบอกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ไร้ค่า เป็นต้น
2. สูญเสียความสนใจในกีฬาที่ชอบ วิดีโอเกม และกิจกรรมกับเพื่อน ๆ
3. น้ำหนักลดลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีอาการเบื่ออาหาร บ่นเรื่องความเจ็บป่วยทางร่างกายบ่อย ๆ (เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น)
4. ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มากเกินไป เช่น สื่อโซเชียล ดูโทรทัศน์จนตึกไม่ยอมตื่นไปโรงเรียนตอนเช้า
5. พูดถึงการหนีออกจากบ้านหรือมีความพยายามที่จะหนีออกจากบ้าน
6. พูดติดตลกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือแผนการฆ่าตัวตาย

7. มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น หรือแสดงพฤติกรรมในเชิงลบ เพิกเฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
8. ผลการเรียนรู้ไม่ดีในโรงเรียน ขาดเรียนบ่อย
9. มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำซาก โดย การฆ่าตัวตาย เขียนเรื่องความตาย แจกของเล่นหรือ สิ่งของชิ้นโปรด

การป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาวิธีการป้องกันการ ฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโดยสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในบริบท ของโรงเรียน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ ดังนี้¹⁷

1. การประเมินและคัดกรอง การตรวจพบความเสี่ยง ได้เร็วช่วยให้วัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ โดยปัจจุบัน มุ่งเน้นที่การคัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการ ฆ่าตัวตาย มีการศึกษาพบว่า การคัดกรองในระยะเริ่ม แรกอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการ ฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้²⁴ วัยรุ่นทุกคนควรได้รับการประเมิน และคัดกรองภาวะซึมเศร้าถึงแม้จะพบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายต่ำ และควรได้รับการติดตามคัดกรอง อย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันการ ฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไปทุกคน ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำทุกปีด้วย เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ²⁵ ในประเทศไทยพบว่าแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) 9 ข้อ เป็นเครื่อง มือที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิด ฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นสามารถตอบแบบประเมินได้ ด้วยตนเอง และสามารถใช้ได้ในทุกบริบททั้ง โรงเรียน ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ²⁶

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยโดยจำกัดวิธีการ เข้าถึงที่ร้ายแรง ป้องกันวิธีการฆ่าตัวตายในรูปแบบต่าง ๆ วัยรุ่นมักจะฆ่าตัวตายในสถานที่ที่ตนเองอยู่อาศัยหรือ ค้นเคย โดยวิธีการที่พบบ่อยได้แก่ การใช้อาวุธปืน หรือการ กลืนกินสารอันตราย เป็นต้น โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

- 2.1 การจำกัดการเข้าถึงอาวุธปืน และการกลืน กินสารอันตราย จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นชายมักจะใช้ อาวุธปืนในการฆ่าตัวตาย ซึ่งบางครั้งไม่ได้เจตนาให้ตนเองตาย และวัยรุ่นหญิงมักจะกลืนกินสารที่เป็นอันตรายหรือการก ระโดดจากตึกสูง²⁷ การจำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย

โดยการเก็บอาวุธปืนและกระสุนไว้ในที่มิดชิด หรือไม่เก็บไว้ ในบ้าน และให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการจัดสิ่งแวดล้อม ภายในบ้านให้ปลอดภัยสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายใน วัยรุ่นได้¹⁷

- 2.2 การจำกัดการใช้งานอินเทอร์เน็ต วัยรุ่นที่ เล่นเกมออนไลน์หรือใช้งานอินเทอร์เน็ตมากกว่า 5 ชั่วโมง ต่อวัน มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการมีความคิด ฆ่าตัวตาย พบว่าวัยรุ่นใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายบนเว็บไซต์ ซึ่งก่อให้เกิด พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง โดย ผู้ปกครองควรควบคุมการใช้งานอินเทอร์เน็ต และการเล่นเกม ออนไลน์ของวัยรุ่นจำกัดและหลีกเลี่ยงเนื้อหาที่เป็นอันตราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย²³

3. การให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่วัยรุ่น โดยการ แทรกแซงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายเป็นวิธีการที่นิยมใช้ เป็นอย่างมากในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น มีการ ศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดย มีการพูดคุยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะ ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และ สอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแก่วัยรุ่นสามารถลด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้

4. การฝึกทักษะให้กับครูและผู้ปกครอง เนื่องจากครู และผู้ปกครองเปรียบเสมือนผู้ดูแลวัยรุ่นด้านหน้า โดย พัฒนาให้ครูและผู้ปกครองรู้จักอาการและสัญญาณเตือนการ ฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และสามารถระบุวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเพื่อ ส่งต่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องต่อไปเป็นวิธี การที่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ ส่วนใหญ่ ผู้ปกครอง และครูในโรงเรียนมักจะไม่มีความใกล้ชิดสนิทสนม กับวัยรุ่นสามารถสังเกตความผิดปกติของวัยรุ่นได้มากที่สุด มีการศึกษาพบรูปแบบการพัฒนาทักษะให้ครูและผู้ปกครอง เข้าใจสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย รู้วิธีการเฝ้าระวัง และรู้วิธีการส่งต่อดูแลช่วยเหลือสามารถลดความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้¹⁷

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่น

การป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นหนึ่งในหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลในระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการ

สาธารณสุขในมิติของการป้องกันและควบคุมโรค กล่าว คือ การระมัดระวัง และป้องกันการเจ็บป่วย โดยเกี่ยวข้องกับ บทบาทพยาบาลดังนี้ การป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

1. บทบาทการประเมินและคัดกรอง การประเมินและคัดกรองเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นปัจจุบันมุ่งเน้น ที่การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า เนื่องจากวัยรุ่นที่ป่วยโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย⁹ โดยพยาบาลควรมีการประเมินและคัดกรองวัยรุ่นให้ครอบคลุมทั้งในโรงเรียน และชุมชน ก่อนการประเมินและคัดกรองมี 2 ประเด็นสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ 1) การทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และ 2) ค้นหาแหล่งช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อเตรียมพร้อมในกรณีที่พบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เป็นต้น²³ โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1.1 การซักประวัติ พยาบาลควรถามประวัติการเจ็บป่วยทางจิตทั้งในปัจจุบัน และในอดีต รวมไปถึงประวัติครอบครัวเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอนาคตสูง โดยใช้ข้อคำถามตามอาการของภาวะซึมเศร้า ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ประเมินเหตุการณ์ความยุ่งยากใจ และประวัติการเจ็บป่วยทางจิต หรือความสัมพันธ์ในครอบครัว ควรระมัดระวังอย่างยิ่งในการถามคำถามที่อาจทำให้วัยรุ่นไม่ไว้วางใจ และควรเริ่มต้นด้วยคำถามปลายเปิด²⁵

ตัวอย่างการใช้คำถาม

คำถามตามอาการของภาวะซึมเศร้า “ที่ผ่านมามีความเศร้าหรือหงุดหงิด บ่อยแค่ไหน” หรือ “มีช่วงเวลาที่เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือรู้สึกไม่สนุกสนานในเรื่องที่เคยสนุกมาก่อนไหม”

คำถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเองร่วมด้วย อาจใช้ข้อคำถามทั่ว ๆ ไป เช่น “คุณเคยคิดที่จะฆ่าตัวตายหรืออยากตายไหม” ควรถามในช่วงกลางหรือท้ายของการถามข้อคำถามตามอาการภาวะซึมเศร้า และไม่ควรคำนึงถึงคำตอบของวัยรุ่น และอาจถามต่อไปในข้อคำถาม “คุณเคยทำอะไรโดยเจตนาเพื่อทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายหรือไม่” หากพบว่าวัยรุ่นตอบคำถามในเชิงบวกควรถามรายละเอียดของแผนการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น เช่น “ถ้าคุณจะฆ่าตัวตาย คุณจะอย่างไร” หรือ “มีอาวุธ

ปืนในบ้านหรือไม่” เพื่อเป็นข้อมูลในการแจ้งผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น²⁸

คำถามเพื่อประเมินเหตุการณ์ความยุ่งยากใจ “เคยถูกใครทำร้ายมาก่อนหรือไม่”

คำถามประวัติการเจ็บป่วยทางจิต หรือความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น “มีใครในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชหรือไม่” หรือ “ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นอย่างไร”

1.2 การใช้เครื่องมือ พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือในการคัดกรองร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจหาความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเครื่องมือที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) มีข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่มีอายุ 11-20 ปี ซึ่งใช้จุดตัดที่ 10 คะแนนขึ้นไปในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยภาวะซึมเศร้าทั้งวัยรุ่นในโรงเรียน และในชุมชน โดยพยาบาลสามารถให้วัยรุ่นตอบประเมินได้ด้วยตนเอง มีความสะดวกและรวดเร็วในการคัดกรอง²⁶

1.3 การสังเกต พยาบาลสามารถใช้การสังเกตร่วมกับการประเมินและคัดกรองในวิธีอื่น ๆ โดยการสังเกตอาการและสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เช่น พฤติกรรมขาดเรียน ก้าวร้าว ดัดสื้อโซเซียล หรือการพูดเรื่องการตายซ้ำ ๆ เป็นต้น เนื่องจากวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย อาจมีความสับสนในการตอบคำถามจากการซักประวัติ หรือการตอบแบบประเมินได้²⁵

ข้อควรระวัง

1) วัยรุ่นควรได้รับการซักประวัติแยกจากผู้ปกครอง เนื่องจากวัยรุ่นอาจมีแนวโน้มที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลที่สำคัญต่อหน้าผู้ปกครอง และพยาบาลควรขอข้อมูลจากผู้ปกครองและผู้อื่นตามความเหมาะสม²⁵

2) พยาบาลควรบอกกับวัยรุ่นถึงข้อจำกัดของการรักษาข้อมูลส่วนตัว เช่น การคัดกรองพบว่าวัยรุ่นมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีความจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือ²⁵

3) พยาบาลควรชี้แจงวัตถุประสงค์เบื้องต้น และการรักษาความเป็นส่วนตัวของวัยรุ่น จะช่วยให้วัยรุ่นตอบแบบประเมินตามความจริงมากที่สุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากในการวางแผนการช่วยเหลือต่อไป²⁵

2. บทบาทการดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก จากผลการศึกษาในอดีตจนถึงปัจจุบันสามารถยืนยันได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจึงควรมุ่งเน้นที่การจัดการกับภาวะซึมเศร้าไม่ให้ทวีความรุนแรงจนถึงฆ่าตัวตาย โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ²⁵ ดังนี้

2.1 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุ ลักษณะอาการ แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายแก่วัยรุ่น ครอบครัวและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกบริบททั้งโรงเรียน และชุมชน ควรให้ข้อมูลในระดับที่เหมาะสมกับพัฒนาการของวัยรุ่น และในลักษณะที่วัยรุ่นและครอบครัวสามารถเข้าใจได้ ใช้ภาษาการสื่อสารที่เหมาะสม เข้าใจง่าย

2.2 ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้การช่วยเหลือปัญหาทุกข้อใจเร่งด่วน เช่น การให้การปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหที่สร้างความทุกข์ใจเร่งด่วนให้กับวัยรุ่น

2.3 แจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบถึงผลการประเมิน หากพบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ปกครองดูแลให้วัยรุ่นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ถ้ามีอุปกรณ์หรือสถานที่ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ควรจัดการดูแลให้ปลอดภัย เช่น เก็บอาวุธให้หมดหรือเก็บยาต่าง ๆ ให้อยู่ในที่ปลอดภัย สังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และให้แนะนำในการส่งต่อวัยรุ่นเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

2.4 ในกรณีที่วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง รุนแรง หรือมีความคิดฆ่าตัวตายควรประสานงานส่งต่อโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวชเพื่อให้วัยรุ่นได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง

2.5 ติดตามวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องนอกเหนือจากการประเมินและคัดกรองเป็นประจำทุกปี โดยอาจติดตามในลักษณะของการเยี่ยมบ้าน หรือการให้ข้อมูลแก่โรงเรียนของวัยรุ่นในการติดตามประเมินวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

การป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขของทั่วโลกที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข เนื่องจากการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่งผลกระทบในวงกว้างทั้ง

บุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศ ด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีศักยภาพในการสร้างสรรค์ และสามารถเติบโตเป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการ และสัญญาณเตือน และการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้มากที่สุด เพื่อการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเฉพาะพยาบาลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เปรียบเสมือนผู้ให้บริการด่านหน้า และสามารถเข้าถึงวัยรุ่นได้ง่าย พบว่าบทบาทการประเมินและคัดกรอง และบทบาทการดูแลช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกเป็นบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่สำคัญ ซึ่งสามารถลดความรุนแรงและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสามารถช่วยวัยรุ่นเติบโตเข้าสู่ผู้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ

References

1. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Centers for Disease Control. 10 leading causes of death by age group, United States 2018 [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 15]. Available from: https://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2018-508.pdf
3. Ivey-Stephenson AZ, Demissie Z, Crosby AE, Stone DM, Gaylor E, Wilkins N, et al. Suicidal ideation and behaviors among high school students - youth risk behavior survey, United States, 2019. MMWR Suppl. 2020; 69(1): 47-55.
4. Department of Mental Health. Suicide report (suicide Rates per 100,000 population) 2018-2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp?ndead=2 (in Thai)

5. World Health Organization. Global School-based Student Health Survey Thailand 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 28]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey>
6. Nilsson C, Blomberg K, Bremer A. Existential loneliness and life suffering in being a suicide survivor: a reflective lifeworld research study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022; 17(1): 2122157.
7. Doran CM, Kinchin I. Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PLoS One*. 2020; 15(5): e0232940.
8. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008 ;1124: 111-26
9. Auerbach RP, Admon R, Pizzagalli DA. Adolescent depression: stress and reward dysfunction. *Harvard review of psychiatry*. 2014; 22(3): 139-48.
10. Sukhawaha S, Arunpongpaissal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2017; 62(4): 359-78. (in Thai)
11. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck, A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014; 29: 870-77.
12. Chaniang S, Meuangkha P. Adolescent suicide risk behavior. *Journal of Nursing, Siam University*. 2019; 20(39): 121-30. (in Thai)
13. Elrefaay SH, Shalaby MH. Suicide among psychiatric patients and nursing role: a literature review. *J Nurs Women's Health*. 2019; 3: 1-7.
14. De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, et al. International study of definitions of english-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ*. 2021; 11(2): e043409.
15. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
16. Lee PH, Doyle AE, Li X, Silberstein M, Jung JY, Gollub RL, et al. Genetic association of attention-deficit/hyperactivity disorder and major depression with suicidal ideation and attempts in children: the adolescent brain cognitive development study. *Biol Psychiatry*. 2022; 92(3): 236-45.
17. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pac Psychiatry*. 2021; 13(3): e12452.
18. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Villar-Cabeza F, Vila-Grifoll M, Palao-Vidal D. Family factors related to suicidal behavior in adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(16): 9892.
19. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(3): 300-10.
20. Santos HGBD, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Factors associated with suicidal ideation among university students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25: e2878.
21. Polpipatpong S, Chaimongkol N, Vatanasin D. Suicidal ideation in adolescent and Its associated factors. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2018; 26(1): 40-9. (in Thai)
22. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(1): 20-7.

23. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138(1): e2-11.
24. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2020; 33(4): 187-200.
25. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2018; 141(3): e20174081
26. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in school setting. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022; 30(1): 38-48. (in Thai)
27. Kolves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(2): 155-64.
28. Aalsma M, Keys J, Ferrin S, Shan M, Garbuz T, Scott T, et al. Adolescent suicide assessment and management in primary care. *BMC Pediatrics*. 2022; 22: 389.

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

ณัฏฐริตา พัฒนจักร พย.ม*
มะลิวรรณ ศิลารัตน์ ปร.ด.**
วาสนา รวยสูงเนิน PhD**

(วันรับบทความ: 2 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 25 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 26 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญยิ่งในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเนื่องจากการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยจากระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันเปลี่ยนผ่านไปยังการดูแลตนเองที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายที่ดีจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างเหมาะสม บทความนี้จะนำเสนอการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อออกแบบกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายมีกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย 2) การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ และ 3) การให้คำปรึกษา ฝึกทักษะที่จำเป็นและติดตามประเมินผลในระยะการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย บทความนี้มีการยกตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษา ซึ่งจะเป็นแนวทางและประโยชน์สำหรับพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำต่อไป

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน, บทบาทพยาบาล

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: smaliw@kku.ac.th Tel: 087-0177670

Nurse's Role in Discharge Planning for Patients with Acute Coronary Syndrome: A Case Study

Nattatida Pattanachak M.N.S.*

Maliwan Silarat PhD**

Wasana Ruaisungnoen PhD**

(Received Date: December 2, 2022, Revised Date: December 25, 2022, Accepted Date: December 26, 2022)

Abstract

Discharge planning is crucial in the patients with acute coronary syndrome as it prepares for the transition from critical illness to self-care at home. Nurses play an important role in helping patients to care for and manage their health when discharged from the hospital. An effective discharge planning encourages the patients to transition from the hospital to home. This article presents discharge planning based on Transition theory and uses evidence-based practice in the nursing care plans for discharge patients with acute coronary syndrome.

This nursing care plan for discharge planning consists of 1) Discharge readiness assessment 2) Preparing for discharge planning to minimize the risk factor and 3) Individual consultation, practicing necessary skills, and follow-up evaluation in the transitional phase of the patient. In this article, a case study is analyzed to guide nursing practice. Therefore, the discharge planning can help patients take action to prevent the recurrence of the disease.

Keywords: discharge planning, acute coronary syndrome, transition theory, nurse's role

*student, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Assistant Professor, Adult Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

*Corresponding Author, Email: smaliw@kku.ac.th, Tel: 087-0177670

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดโรค และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{1,2} สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นลำดับ 4 รองจากโรค มะเร็ง ปอดอักเสบ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยปี พ.ศ. 2562 ถึง 2563 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 20,556 ราย และ 21,309 ราย คิดเป็น 31.4 ราย และ 32.6 รายต่อแสนประชากร³ สะท้อนถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นจากกระแสสังคมโลกและสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของประชาชน รวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม สูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และภาวะความตึงเครียดที่สูงขึ้น³ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁴ และถึงแม้จะมีเทคโนโลยีการรักษาที่ทันสมัยและสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ แต่โรคดังกล่าวยังมีโอกาสเกิดโรคซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{4,5} จากสถิติศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 พบว่าผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 2.8, 0.3, 0.4 ตามลำดับ⁶ แม้สถิติที่ลดลงแต่ยังคงสะท้อนถึงโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทิศทางการดูแลสุขภาพ สังคมเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อไป

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากการตีบ อุดตัน หรือปริแตกของผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจจึงขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งทำให้มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่าย^{4,5} การรักษาที่สำคัญคือเปิดหลอดเลือดหัวใจให้รวดเร็วเพื่อจำกัดพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (percutaneous coronary intervention)^{4,5,7} เนื่องจากสามารถทำการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็ว ผลหลังทำการหัตถการขนาดเล็ก และใช้ระยะเวลาไม่นานในการฟื้นฟูสภาพ⁷ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีระยะเวลาในการ

นอนโรงพยาบาลค่อนข้างสั้นประมาณ 2-3 วัน⁸ ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนผิดปกติ โดยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน และนัดมาติดตามอาการภายใน 2-4 สัปดาห์หลังการจำหน่าย อย่างไรก็ตามยังมีปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจทำให้ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่กลับมารักษาซ้ำในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 5 ราย พบว่าบางรายยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บางรายเข้าใจว่าโรคหายดีแล้วจึงไม่ได้ควบคุมอาหารไขมันสูงหรือยังสูบบุหรี่ บางรายได้รับความรู้จากพยาบาลแต่ไม่มีโอกาสซักถาม และไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลได้ ทำให้รู้สึกยากลำบากในการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้าน นอกจากนี้จากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ พบว่าผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องการทราบข้อมูล การเจ็บป่วยของตนเอง สาเหตุ อาการ แผนการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน⁹ และจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี จำนวน 3 ราย พบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านจะปฏิบัติในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยเป็นการให้ชุดความรู้ในการปฏิบัติตัว แต่ยังไม่มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การวางแผนจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงไม่ได้ประเมินบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย เช่น บทบาทของการเป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อหัวหน้าครอบครัวมีการเจ็บป่วย ฐานะของครอบครัว หรือการไม่มีผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พร้อมก่อนการจำหน่าย¹⁰ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนการจำหน่าย และทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติได้

ความหมายของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลันไปสู่ระยะฟื้นฟูสภาพที่มีการดูแลตนเอง

ที่บ้าน เป็นกระบวนการเชื่อมต่อการดูแลสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้าน^{11,12} โดยการวางแผนจำหน่ายมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้เหมาะสมภายหลังการจำหน่าย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย¹³ พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษากระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹⁴

การวางแผนจำหน่ายที่ใช้ในปัจจุบันมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ¹³ ทั้งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้แบบรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม พร้อมคู่มือการดูแลตนเอง รวมถึงมีการติดตามทางโทรศัพท์¹⁵ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ PP-METHOD¹⁴ หรือ D-METHOD¹² เป็นต้น ส่วนใหญ่ใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน และดำเนินการตามแนวคิดการสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยมีความหมายคือ D-Disease คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ M- Medication คือ ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน รวมถึงการสังเกตอาการข้อเคียงของยา E-Environment and economic คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม และจัดการค่าใช้จ่าย T-Treatment คือ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง H-Health คือ พื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ O-Outpatient referral คือ มาตรวจตามนัด และ D-Diet คือ การเลือกรับประทานอาหาร¹² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้านบริการ เช่น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างไรก็ตามยังขาดการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการสอน และเนื้อหาการสอนที่ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ซึ่งส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในจำหน่าย และเกิดความความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่าย¹⁴ ดังนั้นรูปแบบ D-METHOD อาจยังไม่ครอบคลุมความต้องการในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีบริบทสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนจำหน่าย

ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการพยาบาล^{14,15} โดยรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยทำให้มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีความเชื่อ และบริบทสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ประกอบกับวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลาย นำใช้สื่อวิดีโอในการให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจได้ง่ายและนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติได้¹⁶ รวมถึงการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยคลี่คลายปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตัวช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่าย ลดความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่าย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้^{16,17} ซึ่งจะทำให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีประสบการณ์การเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่คุกคามต่อชีวิต แม้จะได้รับการรักษาจนไม่มีอาการแล้ว แต่ผู้ป่วยบางรายยังมีความวิตกกังวลเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน บางรายไม่กล้าออกกำลังกาย ทำกิจกรรม ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง¹⁷ การวางแผนจำหน่ายที่มีกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น^{17,18} ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญต่อคุณภาพการบริการสุขภาพ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการวางแผนการจำหน่ายจำเป็นต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้^{16,18,19}

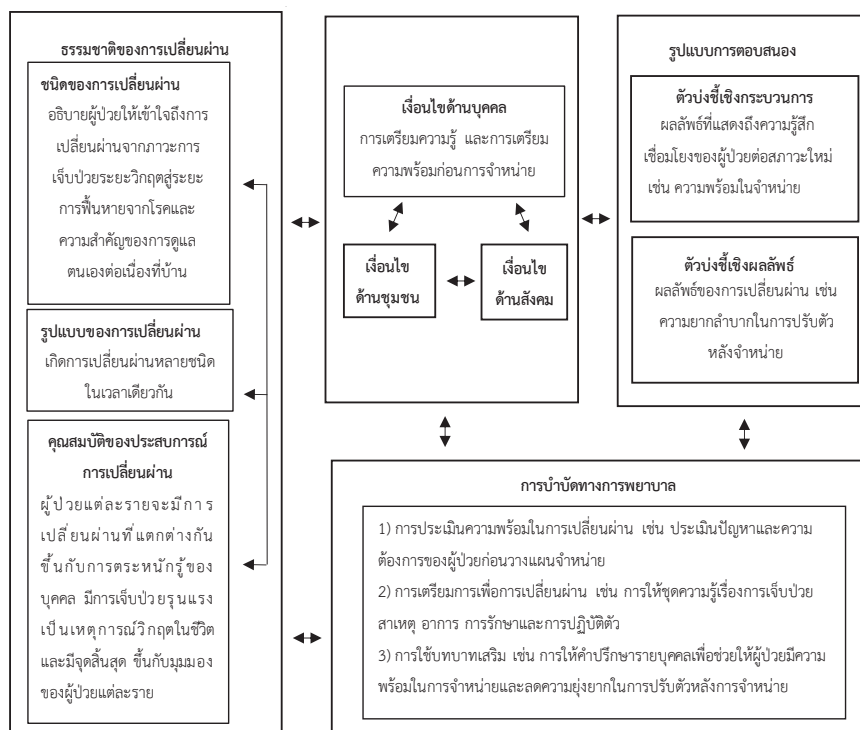
การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitions theory)²⁰ เชื่อว่าการเปลี่ยนผ่าน คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในแต่ละช่วงของชีวิต หากบุคคลสามารถทำความเข้าใจกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน รับรู้ถึงเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านร่วมกับมีการเตรียมตัวที่ดีก็จะสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพได้ องค์ประกอบทฤษฎี ดังนี้ 1) ธรรมชาติการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition) บุคคลมีการเปลี่ยนผ่าน

ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย (health and illness transition) โดยมีรูปแบบการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านที่ดี ผู้ป่วยจะมีการตระหนักรู้ (awareness) มีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน (engagement) และมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (change and difference) 2) เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่สนับสนุน หรือเป็นอุปสรรคในการเปลี่ยนผ่านซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล (personal condition) ด้านชุมชน (community condition) และด้านสังคม (society condition) แตกต่างกัน การวางแผนจำหน่ายจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเงื่อนไขเหล่านี้ 3) รูปแบบการตอบสนอง (patterns of response) เป็นการคาดคะเนผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน โดยใช้ตัวบ่งชี้กระบวนการ (process indicators) และตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ (outcome indicator) และ 4) การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics) คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่ระยะฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสม^{16,20}

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามองค์ประกอบของทฤษฎี²⁰ ได้แก่ 1) ธรรมชาติการเปลี่ยนผ่าน เช่น ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน เป็นการอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วยระยะวิกฤตสู่ระยะการฟื้นฟูจากโรคและความสำคัญของการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะการฟื้นฟูหายจากโรคและความสำคัญของการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน โดยจะมีการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย รวมถึงการประเมินประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย 2) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เช่น เงื่อนไขด้านบุคคลที่มีการเตรียมความรู้และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย รวมถึงเงื่อนไขด้านชุมชนที่เป็นแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 3) รูปแบบการตอบสนอง โดยการประเมินตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงความรู้สึกเชื่อมโยงของผู้ป่วยต่อสภาวะใหม่ โดยสามารถประเมินจากความพร้อมในการจำหน่าย²¹ และตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านจะประเมินจากการความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่าย 4) การบำบัดทางการพยาบาล ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน เช่น ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนวางแผนจำหน่าย การเตรียมการเพื่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การให้ชุดความรู้เรื่องการเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัว นอกจากนี้จะมีการใช้บทบาทเสริม เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายและลดความยุ่งยากในการปรับตัวหลังการจำหน่าย¹⁶ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

จากการประยุกต์ใช้องค์ประกอบทฤษฎีนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายทั้งด้านความรู้และความต้องการของผู้ป่วยในการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 2) การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 3) การใช้บทบาทเสริม โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโดยมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว และความต้องการด้านข้อมูลหรือความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ รวมถึงการติดตามการรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยนำข้อมูลเหล่านี้มาพิจารณาการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย²¹⁻²³ 2) ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ซึ่งด้านร่างกายจะประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และประเมินความพร้อมด้านจิตใจ เช่น การยอมรับการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความรู้สึกพร้อมของผู้ป่วยที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน^{22,23} เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้แก่ 1) ออกแบบการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และมีการบันทึกเป้าหมายที่กำหนด เช่น การลดน้ำหนัก การควบคุมอาหารไขมันสูง หรือการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^{5,24} 2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุการรักษา และแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยการสอนเป็นรายบุคคล และใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบในการให้ความรู้ที่มีเนื้อหากระชับ ชัดเจน และครอบคลุมการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน รวมถึงการให้คู่มือในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปทบทวนต่อที่บ้านได้ 3) ฝึกทักษะการจัดการกับอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก การทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกาย และการ

จัดการความเครียด^{5,13,22,24} 4) ประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (summary discharge) แนวทางการดูแลต่อเนื่อง และแผนการติดตามการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง^{22,24}

ขั้นตอนที่ 3 การใช้บทบาทเสริม ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัว เพื่อชี้แนะแนวทางการปรับตัว หรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่บ้าน รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย⁵ 2) ประเมินผลลัพธ์ในระยะเปลี่ยนผ่านโดยประเมินจากการสะท้อนของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพการสอน ทักษะการสอน และการประเมินความพร้อมในการจำหน่าย นอกจากนี้ควรมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน โดยอาจใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล หรือทางโทรศัพท์¹⁵ เพื่อติดตามอาการ การปฏิบัติตัวและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างเหมาะสม²² เพื่อให้มองเห็นภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมากขึ้นจึงยกตัวอย่างการวิเคราะห์และวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านของกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี รู้ตัว รู้เรื่องดี รูปร่างท้วม สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ 5,000-9,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่ชุมชนกึ่งเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเป็นโรคเบาหวานมา 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง รับประทานยาระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 190-250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3 ปี ระดับความดันโลหิตที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 120-140/80-90 มิลลิเมตรปรอท ให้ประวัติการสูบบุหรี่ 10-12 มวนต่อวันมานาน 30 ปี ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มา 1 เดือนเนื่องจากมีอาการเหนื่อยง่าย ตีมนุสรตามงานเทศกาลบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกมา 1 วัน เป็นขณะยกของหนัก นั่งพักแล้วอาการดีขึ้น 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปไหล่ซ้าย หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออก ใจสั่น ญาตินำส่งโรงพยาบาลพบว่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST-elevation ที่ lead II, III, aVF และ

ค่า troponin-T เท่ากับ 825 ng/L แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST-elevation myocardial infarction) และได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต และถูกนำส่งโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดพบว่า หลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น (triple vessel disease: TVD) ได้แก่ total occlusion at mid-right coronary artery (mRCA), 80% mid-left anterior descending artery (mLAD) และ 70% proximal to mid left circumflex coronary artery (p-mLCA) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนและใส่ขดลวดเคลือบยา (percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents) ที่หลอดเลือด mRCA และ mLAD และได้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดต่อเนื่อง รวมถึงวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากไม่มีภาวะเลือดออก (hematoma) หรือไม่มีอาการผิดปกติ

ผลการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ยังคงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเล็กน้อย มีผลหลังถอดสายสวนหลอดเลือดบริเวณขาหนีบข้างขวา ผลแห้ง ไม่มีภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ สัญญาณชีพล่าสุดอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Sinus rhythm อัตราการเต้นของหัวใจ ประมาณ 70-76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดครั้งแรก และมีอาการรุนแรง ยังไม่เข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย กังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากคำกล่าวที่ว่า “นอนโรงพยาบาลครั้งแรกก็เป็นหนักเลย หมอบอกว่าใส่บอลลูนแล้วแต่กังวลอยู่ว่าจะเหมือนเดิมไหม กลับไปทำอะไรทำนาได้เหมือนเดิมไหม ตอนนี้นี้ยังมีแผลที่ขาอยู่เลย เลือดจะออกไหม หมอบอกห้ามกินอาหารไขมันแต่ที่บ้านก็ไม่มีคนทำอาหารให้”

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกรณีศึกษา

จากข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกรณีศึกษาสามารถวิเคราะห์เบื้องต้น ตามองค์ประกอบของทฤษฎี ได้แก่ 1) ธรรมชาติการเปลี่ยนผ่าน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีการ

เปลี่ยนผ่านจากภาวะวิกฤต มีการฟื้นฟูจากโรค ไปสู่การดูแลตนเองหลังจำหน่าย รวมถึงการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อการทำงาน และการหารายได้เข้าครอบครัว 2) เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้เพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองหลังการจำหน่าย ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพหรือลดอาหารความหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจให้กลับไปทำกิจวัตรประจำวัน และทำงานได้ 3) รูปแบบการตอบสนอง คือผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้ คือผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่าย ลดความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่าย และ 4) การบำบัดทางพยาบาล เพื่อการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย

กิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย และความต้องการข้อมูลภายหลังการตรวจสวนหัวใจได้ 1 วัน พบว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้โดยไม่มีอาการผิดปกติ และรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เพียงพอ และกลัวอาการเจ็บแน่นหน้าอกกำเริบ ผู้ป่วยจึงต้องการทราบเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการบันทึกกลุ่มอาการดูแลตนเอง เช่น ลดน้ำหนัก ควบคุมอาหารไขมันสูง และเลิกสูบบุหรี่ 2) ให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการตอบข้อซักถามต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ความสำคัญของยาและวิธีการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมัน ยาลดความดันโลหิต และยาลดระดับน้ำตาล การสังเกตอาการข้างเคียงของยา การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากควันบุหรี่ อาหารและเครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยง วิธีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วิธีการดูแลแผลบริเวณขาหนีบ 3) ฝึกทักษะการสังเกตอาการเจ็บหน้าอกโดยเปรียบเทียบกับอาการที่เคยเกิดขึ้นร่วมกับให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพร้อมสังเกตอาการเจ็บหน้าอก การสะท้อนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา

เกิดความเครียดและความเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย 4) เตรียมเอกสารสรุปการเจ็บป่วย การรักษา บัตรนัดเพื่อติดตามการรักษา ติดต่oprสานงานไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมคลินิกเลิกบุหรี่

ขั้นตอนที่ 3 การใช้บทบาทเสริม ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม วางแผนร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาต่อเนื่อง การออกกำลังกายและการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษา สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย ให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพการนอน และความพร้อมในการจำหน่าย ภายหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามอาการ ประเมินความยากลำบากในการปรับตัวหลังการจำหน่าย สอบถามการปฏิบัติตามที่ได้วางแผน พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สอบถามปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ภายหลังการจำหน่าย 4 สัปดาห์ พยาบาลติดตามการมาตรวจตามนัด พร้อมส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้บริการเป็นประจำ

การประเมินผลการวางแผนจำหน่ายในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยประเมินคุณภาพการนอน และเนื้อหาการสอนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเนื้อหาการสอนและสื่อวีดิทัศน์มีความกระชับ เข้าใจง่าย ครอบคลุมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และภายหลังการโทรศัพท์ติดตามหลังการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ และมีความรู้สึกยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย และจดบันทึกน้ำหนักลงในคู่มือในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเดินออกกำลังกายได้ โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้

การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ช่วยให้พยาบาลสามารถให้ความรู้ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ อย่างไรก็ตามการวางแผนจำหน่ายตามหลักดังกล่าว ยังไม่มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงไม่มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกไม่พร้อมก่อนการจำหน่าย ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านจะช่วยเติมเต็มกิจกรรมในการประเมินความพร้อมและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย เพื่อนำไปพิจารณาวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงมีกิจกรรมในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วย ตลอดจนการใช้บทบาทเสริมโดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนการจำหน่าย และลดความยากลำบากในการปรับตัวหลังการจำหน่ายกลับบ้านได้

สรุปและข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเฉียบพลัน คุณค่าต่อชีวิต และภายหลังการรักษา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการดูแลตนเอง รวมถึงแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจำหน่ายเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย ไปสู่การดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจผู้ป่วย จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางการพยาบาลตามทฤษฎีเปลี่ยนผ่านที่ประกอบด้วย การประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย และมีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการสังเกตอาการ และการฝึกปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมทั้งการส่งต่อการดูแลไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน และการใช้บทบาทเสริมด้วยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การพูดให้กำลังใจซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการจำหน่าย และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการจำหน่ายต่อไป

References

1. World Health Organization. World health statistics [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
2. Thailand, Ministry of Public Health. Public health statistics [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 18]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf (in Thai)
3. Panyapong S, Sripai S, Chaisri A, Doungmala T, Vanon, S. The impact on new normal communities of the Covid-19 pandemic situation in Chaiyaphum province. *Dhammathas Academic Journal* 2022; 22(1): 209-20. (in Thai)
4. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. Bangkok: Nextstep D-Sign; 2020. (in Thai)
5. Visseren FL, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur. Heart J.* 2021; 42(34): 3227-337.
6. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. The rate of re-administration within 28 days after discharge in patients with acute myocardial infarction [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <http://10.67.67.169/Upload/KPIManagement/indexKPI.html>
7. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur. Heart J.* 2019; 40(2): 87-165.
8. Pooun S, Wattanakitkrileart D, Pongkaew A, Dumavibhat C. Influencing factors of readiness for hospital discharge among patients with acute coronary syndrome in super-tertiary hospitals. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs.* 2021; 32(2): 44-58. (in Thai)
9. Sanprasan P, Wattradu D, Suthipong N. Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): perspective of elderly patients with ischemic heart disease and caregivers. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs.* 2017; 28(1): 142-53. (in Thai)
10. Rhiantong J, Panuthai S. Factors related to readiness for hospital discharge among hospitalized elderly patients in tertiary hospitals. *Nursing J.* 2021; 48(3): 214-25. (in Thai)
11. Nimit-arnun N. Discharge planning: concept and clinical practice guideline. *Christian University of Thailand Journal.* 2017; 23(3): 501-10. (in Thai)
12. Chairin B, Akkadechanunt T, Sirakamon S. Quality improvement of discharge planning for patients with acute myocardial infarction in cardiac care unit, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing J.* 2020; 47(3): 389-99. (in Thai)
13. The Healthcare Accreditation Institute Public Organization. Hospital and Health Service Standards No. 5. 2nd ed. Nonthabury: The Healthcare Accreditation Institute; 2022. (in Thai)
14. Ratchai L, Suwan P, Soawaphan J. Effect of development of PP-METHOD discharge planning guideline for chronic diseases patients in the Songdo hospital. *UHDHOSMJ.* 2019; 29(1): 40-52. (in Thai)
15. Turan Kavraddim S, Canli Özer Z. The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy adaptation model after myocardial infarction: randomised controlled trial. *Scand J Caring Sci.* 2020; 34(1): 247-60.
16. Siritotthumrong D, Uttama C, Uangpairaj N, Khantarak. Effects of the nurse's discharge planning model in acute coronary syndrome patients at nakomping hospital. *Thai Journal of Nursing.* 2017; 43(1): 96-112. (in Thai)

17. Silarat M, Sangchat B. Perception of symptom and symptom management of people with acute myocardial infarction. *Journal of Nursing Science & Health*. 2019; 42(1): 22-31. (in Thai)
18. Kankratoke P, Ruaisungnoen W, Silarat M. Nurse's role in promoting exercise self-efficacy for heart failure with reduced ejection fraction patients: a case study. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2021; 41(4): 115-24. (in Thai)
19. Messerli AW, Deutsch C. Implementation of institutional discharge protocols and transition of care following acute coronary syndrome. *CRM*. 2020; 21(9): 1180-8.
20. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A central concept in nursing. In Meleis AI. (Ed.), *Transitions theory: Middle - Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010.
21. Galvin EL, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2017; 73(11): 2547-57.
22. Nilliaum R, aewsasri A, Sinsawad P. Nurse's role in preparing hospital discharge readiness for caregiver of the patient with acute myocardial infarction. *Thai J Cardio-Thorac Nurs*. 2017; 28(2): 28-37. (in Thai)
23. Solai N, Pudwan R, Thong de W. Predicting factors of readiness for hospital discharge among hospitalized coronary heart disease patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Chiang Mai Med J*. 2018; 53(3): 145-58. (in Thai)
24. Kourbelis CM, Marin TS, Foote J, Brown A, Daniel M, Coffee NT, et al. Effectiveness of discharge education strategies versus usual care on clinical outcomes in acute coronary syndrome patients: a systematic review. *JBI evid synth*. 2020; 18(2): 309-31.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก

ศรีสวัสดิ์ นันทโกวัฒน์ ส.บ.*
นิลภา จิระรัตนวรรณ ประด.**
วัฒน์ชัย ขวาลำธาร ศศ.บ.***

(วันรับบทความ: 2 กันยายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 17 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 17 ตุลาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์แบบพหุการถดถอยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 340 คน ในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก ใช้เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และ 3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทดสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน แบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่า IOC เฉลี่ย 0.93 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยค่า Cronbach's Alpha Coefficient คำนวณจากแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่น .94 รวบรวมข้อมูล 4 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564 การวิเคราะห์ใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า (1) ลักษณะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น กว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสหรืออยู่เป็นคู่ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท มีผู้สูงอายุร้อยละ 23.8 ที่มีโรคเรื้อรัง (2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุร้อยละ 55.3 อยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน (Beta= 0.158) อายุ (Beta= 0.124) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Beta= 0.111) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยสามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 19.1 สะท้อนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะรายได้ต่อเดือนมีอิทธิพลมากที่สุด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพล

*ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านบางอ้อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***นักวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ผู้ประสานการตีพิมพ์ E-mail: jninlapa@gmail.com Tel: 0627641717

Factors Influencing Quality of Life Among Older People in Bang-oor Sub-district Nakhon Nayok Province, Thailand

Srisawas Nuntagowat B.P.H.*

Ninlapa Jirattanawanna PhD**

Wattanachai Kwalamthan B.A.***

(Received Date: September 2, 2022, Revised Date: October 17, 2022, Accepted Date: October 17, 2022)

Abstract

This descriptive predictive correlational study aimed to study the factors influencing the quality of Life among elderly people in Bang-oor sub-district, Nakhon Nayok Province, Thailand. The study's participants were 340 elderly people living in the study setting. Data was collected using a three-part questionnaire to collect information on the participants' 1) demographic characteristics, 2) economic factors, and 3) quality of life. The reliability of the quality of life portion of the questionnaires was validated by three experts using the index of Item-Objective Congruence (IOC). The questionnaire's IOC score was 0.93 and its Cronbach's alpha coefficient was 0.94. The data for the study was collected over for four months from February to May 2021. The data was analyzed using descriptive statistics and multiple regression statistics to analyze the factors influencing the participants' quality of life.

The results revealed that most of the participants were classified as young old, more than half were married or living as a couple, and most were unemployed. Additionally, their average monthly income was less than 3,000 Baht and 23.8% were living with chronic diseases. In terms of their quality of life (QoL), 55.3% of the participants rated their QoL as being moderate, while more than a third rated their QoL as being low. Factors influencing the participants' QoL included monthly income (Beta = 0.158), age (Beta = 0.124), and the number of family members (Beta = 0.111), at a statistical significance level of .05. The independent variables analyzed could jointly explain 19.1% of the variation in the participants' quality of life at a significance level of .01. The study indicates that the participants' quality of life is statistically significantly related to the participants' economic factors and demographic characteristics, with the factor having the greatest influence being their monthly income.

Keywords: quality of life, elderly, economy

*Director, Ban Bang-oor Sub-district Health Promotion Hospital, Ban Na district Public Office, Nakhon-Nayok province

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

***Researcher, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

**Corresponding author Email: jninlapa@gmail.com jninlapa@gamil.com Tel. 0627641717

บทนำ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์อายุตามปฏิทิน จากลักษณะภายนอก ความอ่อนวัยลดลง การมีข้อจำกัดด้านภาวะสุขภาพและความจำที่ถดถอยลง ความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปง่ายขึ้น^{1,2} ถือเป็นนิยามที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สุขภาพ ความจำ ความสามารถทั่วไป และความสามารถทางเศรษฐกิจที่ถดถอยลง ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ด้วยเพราะความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{3,4} การเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทย สะท้อนได้ว่า จะมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยและความเสี่ยงที่จะเป็นโรคที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอหรือทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวนำไปสู่อัตราส่วนการพึ่งพิงทางสังคมที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุสูงราวร้อยละ 20.0 และอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ภาวะสุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข สวัสดิการสังคม การใช้ชีวิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม^{5,6}

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้สภาวะของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับชีวิตในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ระบบค่านิยม เป้าหมาย ความคาดหวัง บรรทัดฐาน ความวิตกกังวลที่อยู่อาศัย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตัดสินใจ ความเป็นอิสระ การดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและการตาย⁷⁻⁹ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต ได้พัฒนาตัวชี้วัดและเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจาก WHOQOL_100 และ WHOQOL- BREF ที่มีจำนวนข้อคำถามซึ่งมีมาตรฐานเหมือนกัน ผ่านการทดสอบในหลายประเทศรวมทั้งในประเทศไทยด้วย ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹⁰ และในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาพัฒนาเป็นคู่มือคุณภาพชีวิตและความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง สุขสง่า และสุขสงบ¹¹ และโรงพยาบาลสวนปรุงได้พัฒนาและแปลเครื่องมือ WHOQOL-BREF¹²

และหลายงานวิจัยได้นำไปใช้¹³ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพชีวิตดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่จะนำสู่การพัฒนาการดูแล¹⁴

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต้องเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบทั้งปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ และแวดล้อมภายนอก ปัจจัยที่เกื้อหนุนคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิต จากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อโครงสร้างด้านครอบครัวมีขนาดลดลง ลักษณะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน (สามี ภรรยา) และผู้สูงอายุที่อยู่กับหลาน การดำรงอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรสู่สังคมจ้างงานในอุตสาหกรรมการผลิตและใช้เทคโนโลยีส่งผลต่อรายได้ของครัวเรือน ความจำเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตสูงขึ้น โดยที่ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเมื่อการสนับสนุนจากครอบครัวลดลง¹⁰ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความต้องการด้านสวัสดิการ การสนับสนุนจากชุมชน และภาครัฐ เพื่อดำเนินชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี คงไว้ซึ่งสุขภาพและความมั่นคงของความเป็นอยู่ให้ดีที่สุด^{15,16} อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยหลายฉบับที่ระบุว่า ผู้สูงอายุไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงหรือภาระทางสังคมเพียงด้านเดียว แต่ถือเป็นส่วนหนึ่งของทรัพยากรมนุษย์ที่ควรได้รับการยกย่อง บางรายยังจำเป็นต้องประกอบอาชีพ หารายได้เพิ่มเติมเพื่อรักษามาตรฐานการครองชีพของตนเอง โดยความสามารถในการสร้างรายได้ขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงประเภทของเงินทุนและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ยิ่งผู้สูงอายุสามารถหารายได้มากจะมี ความมั่นคงทางเศรษฐกิจมาก นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁷ นับว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ¹⁸⁻²¹ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษาในระดับตำบลที่มีหน่วยงานหลักอย่างน้อย 2 องค์การที่ต้องร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ และใช้ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนการดูแลร่วมกัน การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยที่ผ่านมาแบ่งตามบริบทพื้นที่ ในระดับจังหวัดทั้งบริบทพื้นที่เขตเมืองและชนบท โดยเขตเมืองพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ²²⁻²⁶ รายได้^{22,23,25,27,28} การศึกษา^{23,25-27} สถานภาพสมรส²³⁻²⁵ อาชีพ^{24,25,29} โรคประจำตัว^{26,27} จำนวนบุตร^{24,25} ลักษณะการอยู่อาศัย ความเชื่อความสามารถตนเองในการมี

คุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี²⁴ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ³⁰ สำหรับการศึกษาในบริบทพื้นที่ระดับอำเภอ พบปัจจัยความสมบูรณ์ทางกาย การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการพัฒนาการรู้จักตนเอง³¹ ส่วนการศึกษาในพื้นที่ชนบทพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ รายได้ การดื่มสุรา¹⁶ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การดำรงตำแหน่งในชุมชน สิ่งแวดล้อมในชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร³² และนริสา และสายสมร ได้สรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากหลายการศึกษา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และฐานะการเงิน การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม การรับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพจิต³³ และนริสา และฐาศุภร์ ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้จัดกลุ่มปัจจัย 6 กลุ่ม ได้แก่ ด้านชีวสังคม ด้านสถานการณ์ทางสังคม ด้านจิตลักษณะเดิม ด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ และด้านโปรแกรมจัดการ¹³ อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกอำเภอ จังหวัดนครนายก พบว่าปัจจัยด้านบุคคลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก³⁴ จากการทบทวนการศึกษาข้างต้นจึงสรุปประเด็นที่น่าสนใจเพื่อการศึกษาครั้งนี้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านลักษณะชีวสังคม คือ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ปัจจัยความสมบูรณ์ทางกาย การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพจิต (2) ด้านจิตลักษณะเดิม คือ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การพัฒนาการรู้จักตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ การดื่มสุรา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน/จำนวนบุตร และ ลักษณะการอยู่อาศัย/รูปแบบการอยู่อาศัย/เขตที่อยู่อาศัย (3) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ อาชีพ รายได้ ฐานะการเงิน และแหล่งรายได้ การรับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ

และ (4) ด้านสถานการณ์ทางสังคม คือ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม การดำรงตำแหน่งในชุมชน สิ่งแวดล้อมในชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร และ ส่วนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบริบทพื้นที่ที่ไม่พบการศึกษาพื้นที่ชนบทเฉพาะระดับตำบลเดียว

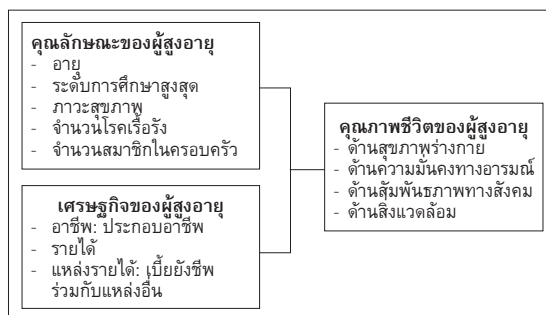
จังหวัดนครนายกเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 23.38³⁵ จึงเป็นพื้นที่หนึ่งที่ต้องวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับตำบลเขตชนบทที่ยังไม่มีการศึกษา พร้อมกับต้องคำนึงถึงการจัดการปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดนครนายกมีการศึกษาแตกต่างจากจังหวัดอื่นจึงเป็นการตรวจสอบปัจจัยพื้นฐานด้านผู้สูงอายุที่จะสะท้อนให้หน่วยงานรับผิดชอบใช้ข้อมูลประกอบการจัดทำแผนการดูแลและสวัสดิการของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542³⁶ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีการจัดทำแผนพัฒนาตำบลทุกปี ประกอบกับการประกาศถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้อยู่ภายใต้การบริหารงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นการทำงานร่วมกัน ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการนำเสนอข้อมูลสนับสนุนให้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อจัดทำแผนฯ การดูแลได้ตรงความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับตำบลหากมีการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Giver จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยไม่พบการศึกษาในขอบเขตพื้นที่เฉพาะหนึ่งตำบลในบริบทชนบท ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล จังหวัดนครนายก และศึกษาปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานในพื้นที่นำใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้สูงอายุเพื่อการตัดสินใจอย่างมีทิศทางด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามแนวทางการพัฒนาระบบเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ภายใต้ความท้าทายต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในศตวรรษที่ 21 อันจะคำนึงการชะลอการเริ่มทุพพลภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความสุข การเห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุ³⁷

ตลอดจนการเตรียมความพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในบริบทชนบทให้เกิดระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทชนบทระดับพื้นที่ตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก
2. ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก
3. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เชิงความสัมพันธ์ แบบการพยากรณ์ (Predictive correlational design) พื้นที่วิจัยตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ใช้หน่วยในการวิเคราะห์เป็นระดับปัจเจกบุคคล คือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางอ้อ โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ของ Roscoe³⁸ จากสูตร $n = Z^2pq/d$ โดยค่า $p =$ สัดส่วนประชากรที่คาดประมาณ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ 0.47 เนื่องจากพบสถิติผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล คิดเป็นร้อยละ 47.1 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่⁴ จะได้ $n = (1.96)^2 (0.47 \times 0.47) / (0.05)^2$ ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 340 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุครบทั้งหมด

การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งพัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้แบบสอบถามมี 3 ส่วนได้แก่ (1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ (2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และ (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด จำนวนองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจำนวน 4 ด้าน โดยมีมิติที่มีการศึกษามากที่สุดได้แก่ มิติด้านร่างกาย มิติด้านสังคม มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านจิตใจ แปลโดยสุวิวัฒน์ มหัตถินันต์รุกล และคณะ¹² เป็นมาตรวัด 5 ระดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ในแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่า IOC เฉลี่ย 0.93 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยค่า Cronbach's Alpha Coefficient โดยใช้ Cronbach's Method เมื่อคำนวณจากแบบสอบถามทั้งฉบับ พบว่า แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่น .94 ถือเป็นค่าที่สามารถยอมรับได้

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC 002/2563E อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อมูล ขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ในกรณีไม่ยินยอมให้ข้อมูลไม่มีการติดต่อการให้บริการด้านสุขภาพ แจ้งขอให้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมเผยแพร่เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบริการการดูแลสุขภาพในพื้นที่และเชิงวิชาการ ตลอดจนการไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บข้อมูลมีระยะเวลา 4 เดือน (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564) โดยอบรมนักวิจัยชุมชนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในตำบล 2 คน ในการใช้เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล เป็นบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุในพื้นที่ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามเอง จึงให้ผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ในการสัมภาษณ์และสอบถาม มีการดำเนินการประเมิน orientation (วัน เวลา สถานที่ และบุคคล) ผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพในตำบลให้คำแนะนำปรึกษาใกล้ชิด

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ (1) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว เป็นการวิเคราะห์เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูล และอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด (2) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรหลายตัว ใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) และใช้การเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบปกติ (Enter) เพื่ออธิบายอิทธิพลของตัวแปรอิสระมากกว่า 2 ตัวแปรขึ้นไป เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multi-collinearity) จึงนำตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ทั้งหมด โดยพบว่าไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.75 ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่สามารถใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณได้ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก ผู้วิจัยได้ปรับตัวแปรอิสระบางตัว ได้แก่ 1) ระดับการศึกษาสูงสุด ซึ่งมีการวัดเป็นระดับอันดับ ให้เป็นตัวแปรหุ่น โดยให้ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปเข้าสูการวิเคราะห์ ผู้ที่สำเร็จการศึกษต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจึงเป็นกลุ่มอ้างอิง 2) ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีการวัดเป็นระดับกลุ่ม ให้เป็นตัวแปรหุ่น โดยให้ผู้ที่ไม่เป็นโรคประจำตัวเข้าสูการวิเคราะห์ ผู้ที่มีโรคประจำตัวจึงเป็นกลุ่มอ้างอิง 3) แหล่งรายได้ ซึ่งมีการวัดเป็นระดับกลุ่ม ให้เป็นตัวแปรหุ่น โดยให้ผู้ที่มีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพและแหล่งอื่น ๆ เข้าสูการวิเคราะห์ แหล่งรายได้อื่น ๆ จึงเป็นกลุ่มอ้างอิง และ 4) อาชีพ ซึ่งมีการวัดเป็นระดับกลุ่ม ให้เป็นตัวแปรหุ่น โดยให้ผู้ประกอบอาชีพเข้าสูการวิเคราะห์ ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจึงเป็นกลุ่มอ้างอิง ทำให้ตัวแปรทุกตัวจึงสามารถนำเข้าสูการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้อย่างสมบูรณ์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยและอภิปรายผล นำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และ (3) ปัจจัยด้านตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต จำแนกรายด้าน

องค์ประกอบรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	Mean score (S.D.)	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.17	0.52	22.1(3.60)	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	3.30	0.53	19.8(3.20)	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.87	0.66	9.0(2.05)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.50	0.55	27.9(4.43)	ปานกลาง

คุณลักษณะด้านประชากรและด้านเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน พบว่าระดับคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

1) ด้านสุขภาพร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ในระดับมากที่สุดและมาก ร้อยละ 45.6 พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา ในระดับมากที่สุดและมาก ร้อยละ 41.8 และสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี ร้อยละ 41.2

2) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ พบว่าผู้สูงอายุไม่ค่อยมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ถึงร้อยละ 72.1 อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ รู้สึกพึงพอใจกับตนเอง รู้สึกว่าชีวิตในปัจจุบันมีความหมาย มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (มีความสุข ความสงบ และสมหวัง) และมีสมาธิในการทำงานด้านต่าง ๆ ในระดับมากที่สุดและมาก คิดเป็นร้อยละ 62.1, 58.5, 56.2, 49.1 และ 47.3 ตามลำดับ

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิตทางเพศ และได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในระดับน้อยที่สุดและน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.5 และ 49.7 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจต่อการถูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น และพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ในระดับมากที่สุดและมาก ร้อยละ 53.5, 48.4 ตามลำดับ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ รู้สึกว่าสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ รู้สึกว่าชีวิตแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดี พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น และ ได้รับความรู้ข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันในระดับมากที่สุดและมาก คิดเป็นร้อยละ 64.7, 57.4, 56.5, 53.2 และ 52.6 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (ตารางที่ 2) พบว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.3) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง รองลงมา 1 ใน 3 มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี (ร้อยละ 30.6) เมื่อพิจารณารายด้าน ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับดีด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ร้อยละ 20.6 รองลงมาคือด้านความมั่นคงด้านอารมณ์ ร้อยละ 19.1 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางมากที่สุดด้านสุขภาพร่างกาย ร้อยละ 76.8 พบว่า ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 รู้สึกว่า

ตนเองพึงพอใจกับสุขภาพในปัจจุบัน มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวัน รองลงมาคือด้านความมั่นคงด้านอารมณ์ ร้อยละ 73.2 และผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 คุณภาพชีวิตระดับไม่ดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตทางเพศของผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.5 มีความพึงพอใจเพียงเล็กน้อย และผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก (n =340)

คุณภาพชีวิต	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพร่างกาย	24	7.1	261	76.8	55	16.2
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	26	7.6	249	73.2	65	19.1
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	138	40.6	171	50.3	31	9.1
ด้านสิ่งแวดล้อม	49	14.4	221	65.0	70	20.6
คุณภาพชีวิตโดยรวม	104	30.6	188	55.3	48	14.1
S.D. = 12.4		Min = 59.0		Max = 122.0		

2. ปัจจัยด้านคุณลักษณะและปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71.7 ปี สถานภาพสมรส คือ การสมรสหรือการอยู่เป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.6 และ กลุ่มหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 35.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากถึงร้อยละ 81.5 เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.0 เท่านั้น ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุมีจำนวนสมาชิก 1 - 3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.1 อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 8.0 มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 7 คนขึ้นไป โดยมีสมาชิกสูงสุด 12 คน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 23.8 เท่านั้นที่มีโรคเรื้อรัง ส่วนมากมีโรคเรื้อรังเพียง 1 โรค ทั้งนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก ส่วนมากอยู่บ้าน ไม่ได้มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.4 อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนมาก ร้อยละ 66.8 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ซึ่งส่วนมาก รายได้มาจากแหล่งรายได้ที่เป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและรายได้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น การทำงาน และจากบุตรหลาน

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายกประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ภาวะสุขภาพ จำนวนโรคเรื้อรัง และจำนวนสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ และแหล่งรายได้ ใช้การวิเคราะห์ระดับหลายตัวแปร ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า มีตัวแปรอิสระบางตัวเท่านั้น ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 3

1) อายุ มีอิทธิพลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ -0.19 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตลดลง 0.19 หน่วย แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 0.625 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คน ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น 0.63 หน่วย สะท้อนให้เห็นว่าหากในครอบครัวของผู้สูงอายุ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น

3) รายได้ต่อเดือน มีอิทธิพลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 0.24 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ หมายความว่า เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น .22 หน่วย หากผู้สูงอายุมีจำนวนรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามจำนวนรายได้ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้ง 5 จากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณมาตรฐาน (Beta) พบว่า คุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ ได้รับอิทธิพลสูงสุดจากจำนวนรายได้ต่อเดือน (Beta= 0.158) อายุ (Beta= 0.124) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Beta= 0.111) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งตัวแปรอิสระทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยสามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 19.1 ($R^2 = 0.191$)

ในส่วนของตัวแปรอื่นที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ ได้แก่ (1) ระดับการศึกษาสูงสุด (2) ภาวะสุขภาพ (3) จำนวนโรคเรื้อรัง (4) อาชีพ และ (5) แหล่งรายได้ พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก

ตัวแปรอิสระ	b	Beta	Sig	ลำดับอิทธิพล
ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ				
1. อายุ	-0.189	-0.124	0.036	2
2. ระดับการศึกษา: มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ⁽¹⁾	1.626	0.039	0.538	
3. ภาวะสุขภาพ: ไม่มีโรคประจำตัว ⁽²⁾	1.979	0.068	0.363	
4. จำนวนโรคเรื้อรัง	-0.184	-0.017	0.823	3
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.625	0.111	0.049	
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ				
6. อาชีพ: ประกอบอาชีพ ⁽³⁾	0.913	0.036	0.556	1
7. รายได้	0.238	0.158	0.017	
8. แหล่งรายได้: เบี้ยยังชีพร่วมกับแหล่งอื่น ๆ ⁽⁴⁾	-0.434	-0.017	0.747	
a	70.433			

$$R^2 = 0.191 \quad F = 5.430 \quad \text{Sig of } F = 0.000 \quad n = 340$$

หมายเหตุ ⁽¹⁾กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ⁽²⁾กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ มีโรคประจำตัว

⁽³⁾กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ไม่ประกอบอาชีพ ⁽⁴⁾กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ มีแหล่งรายได้เพียง 1 แหล่ง

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า โดยรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์²² และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์³⁰ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี²³ เมื่อพิจารณาทางด้านคุณภาพชีวิตระดับดีด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ส่วนระดับไม่ดีคือด้านสัมพันธภาพทางสังคมมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์³⁰ ซึ่งผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในระดับน้อย แตกต่างกับงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในภาคอีสาน ที่พบว่า บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของอีสาน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทั้งงานบุญประเพณีและกิจกรรมการประชุมต่าง ๆ ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ตนเองสามารถออกไปพบปะผู้คน สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุอีสานมีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในตนเองค่อนข้างสูง^{39,40} การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดพิษณุโลก และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลห้วยไทร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น^{26,33} สำหรับบริบทชนบทในตำบลบางอ้อที่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยอาจทำให้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมระดับหมู่บ้านสร้างพลังและความคุ้นเคยให้ผู้สูงอายุก่อนแล้วขยายกิจกรรม

สู่ระดับตำบล โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำชุมชนที่เป็นเสมือนลูกหลานให้การสนับสนุน

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก ได้แก่ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอายุ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพล สูงที่สุดคือ รายได้ต่อเดือน สะท้อนได้ว่าผู้สูงอายุมีทรัพยากร ในการดำเนินชีวิตจะดำรงชีพอย่างเหมาะสม เพราะผู้สูงอายุ จะมีกำลังซื้อและสามารถบริหารจัดการเงินได้ด้วยตนเอง ถือเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกระบบคิด วางแผนและสร้าง ความภาคภูมิใจให้ผู้สูงอายุได้ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือนมากขึ้นทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามไปด้วย

1. ปัจจัยด้านจำนวนสมาชิก ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว ที่มีจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในบริบทสังคมตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก เป็นสังคมชนบทที่ส่วนมากสมาชิกใน ครอบครัวหรือบุตรหลานให้ความสำคัญทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก มีคุณค่า ในผู้สูงอายุตอนต้นยังมีความสำคัญต่อครอบครัว ในการร่วมรับผิดชอบครอบครัว เช่น การหารายได้ การดูแล หลาน และการให้คำปรึกษาบุตรหลานเมื่อมีปัญหา จึงมี ความรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญของครอบครัว สอดคล้องกับ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยใน ครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมากใกล้ชิด ย่อมทำให้ผู้สูงอายุ ไม่รู้สึกเหงา หรือโดดเดี่ยว ได้พบปะพูดคุยกับลูกหลาน อยู่เสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{16,17,41} เป็นการเสริมคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ และการจัด สิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สมาชิกใน ครอบครัวควรสร้างการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ ทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัว^{42,43} อาทิ ถามทุกข์สุขผู้สูงอายุอยู่เสมอ รับประทานอาหารร่วมกัน ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ และเข้าใจถึงความอ่อนไหวของ ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความรักที่ครอบครัว มอบให้ รวมทั้งเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถเป็น ที่พึ่งและได้รับการเคารพจากสมาชิกในครอบครัว อนึ่งการ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก อาจไม่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ หากสมาชิกในครอบครัวไม่มีสัมพันธภาพ หรือให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ⁴³

2. ด้านรายได้ พบว่าหากผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือน เพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่าน มาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำต่อเดือน ย่อมส่งผลให้ เกิดความอยู่ดีมีสุขและสุขภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุ^{22,23,27,45} แม้จะ เป็นรายได้จากสวัสดิการหรือบุตรหลานก็ตาม เพราะ ผู้สูงอายุมีโอกาสบริหารจัดการเงินของตนเอง และเคารพใน ความสามารถของตนเองมากขึ้น และสำหรับสังคมไทยยังมี วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยาย บุตรหลานยัง ให้ความสำคัญและดูแลผู้สูงอายุ^{46,47} ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/แม่บ้าน บุตรหลานที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ในครัวเรือนไม่นิยมให้ผู้สูงอายุทำงานหรือประกอบอาชีพ เนื่องจากเกรงว่าจะได้รับผลกระทบทางสุขภาพหรือ อุบัติเหตุจากการทำงาน⁴⁸ ดังนั้นถ้าครอบครัว ชุมชน และ ภาครัฐ ส่งเสริมการประกอบอาชีพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีโอกาสทำงาน และสร้างรายได้ให้กับตนเองและ ครอบครัว นอกจากเงินเบี้ยยังชีพที่ได้รับในแต่ละเดือนซึ่ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ยังต้อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองอย่างดีทั้งร่างกายและ จิตใจ เพื่อให้พร้อมต่อการทำงานหรือการถูกจ้างงานอีกด้วย ทั้งนี้ ยังควรเสนอแผนการจัดการเงินและการออมเงิน สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาด้าน เศรษฐกิจและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตและความสุขใน ระยะยาวได้อีกด้วย

3. ด้านอายุ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ย่อมส่งผลต่อภาวะร่างกายและภาวะจิตใจที่เสื่อมถอยลง ซึ่งจาก ผลการวิจัยเป็นการยืนยันว่าเมื่ออายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสามารถแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี และอายุ 70-79 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ ทางสังคมและสภาพแวดล้อม ด้านร่างกายและจิตใจ ต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี มีคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพ แวดล้อม ด้านร่างกายและจิตใจ ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89 ปี เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น ทักษะ ความสามารถ และการรับรู้ด้านต่าง ๆ จะลดลงอย่างเห็นได้ชัด^{21-24,49} ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ ควรเอาใจใส่ต่อสภาวะจิตใจ ของผู้สูงอายุช่วงกลางและช่วงปลายเป็นสำคัญ ส่วนผู้สูงอายุ ช่วงต้นยังสามารถดูแลตนเองได้ดี การส่งเสริมการทำงานและ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับตัวผู้สูงอายุเองในประเด็น จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และอายุ รวมทั้งระดับ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีมากที่สุด ดังนั้น ทุกภาคส่วน จึงควรร่วมกันส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ชีวิต ของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป โดยเสนอการดำเนินการ ได้แก่

1. หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรท้องถิ่นร่วมกัน ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก โดยค้นหา ครอบครัวต้นแบบร่วมกันพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้าง คุณค่าให้ผู้สูงอายุ

2. ผู้นำชุมชน /องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควร ส่งเสริมสัมพันธภาพให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมใน ชุมชนมากขึ้น อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อยู่คนเดียว เพื่อเป็นการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นและทำกิจกรรมร่วมกันโดยเฉพาะถ้าเป็นเรื่องการ สร้างรายได้ จะทำให้ผู้สูงอายุไม่โดดเดี่ยว มีความรู้สึกเห็น คุณค่าตนเองและส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสานงานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อ เดือนเพิ่มขึ้น จัดทำแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่สมควรได้รับการ ช่วยเหลือ โดยสนับสนุนค่าอุปโภค บริโภค และค่าใช้จ่ายใน การดำรงชีพ เป็นค่าใช้จ่ายในการครองชีพที่เหมาะสมกับผู้สูง อายุ ฝึกอาชีพที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้หน่วยงาน ต่าง ๆ รับผู้สูงอายุเข้าทำงานในลักษณะงานที่เหมาะสม

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนตำบล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักการเศรษฐกิจพอเพียง โดยชุมชนมีส่วนร่วม ค้นหาทุนทางสังคมและนำใช้ทุน ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการสร้างรายได้ รวมกลุ่มกับสมาชิก ครอบครัวที่มีเวลาว่างร่วมกันทำกิจกรรมสร้างรายได้กับ ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแผนจัดการการเงิน และการออมเงินให้มีความมั่นคงด้านรายได้ส่งผลต่อ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

5. หน่วยบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพเตรียมความพร้อม

ก่อนวัยสูงอายุให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่คงความแข็งแรงในการดูแลตัวเองได้มากที่สุดเพื่อส่งผลให้คงไว้ซึ่ง คุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากอายุที่มากคุณภาพชีวิตลดลง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การศึกษาข้อมูลจากผู้สูงอายุต้องมีการสร้าง สัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ หรือมีคนในพื้นที่ร่วม ดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงความจริงมากที่สุด

2. การศึกษาข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุต้องวางแผนระยะเวลาการศึกษาที่ใช้เวลานานกว่ากลุ่มประชากรวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อมีคนไปหาและพูดคุยจะมีเรื่องราวที่ ต้องการบอกเล่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ให้ทุนสนับสนุนหลักในการดำเนิน โครงการวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการ ให้ข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบางอ้อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางอ้อ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้โครงการวิจัยนี้ดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณยิ่ง

References

1. United Nations. Aging in Thailand. Bangkok: Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2010. (in Thai)
2. Gray R, Pongsomlee A. Kanchanachitra C. A variety of dimensions of Thai well-being. 3rd edition. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2007. (in Thai)
3. Office of the National Economic and Social Development Council. National Economic and Social Development Plan No. 12 (2017-2021). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Commission; 2018. (in Thai)
4. Office for National Statistics. Survey of the elderly population in Thailand 2019. Bangkok: Office for National Statistics; 2019. (in Thai)

5. Somrongthon R, Wongchalee S, Yodmai K, Kuhirunyaratn P, Sihapark SM, Mureed S. Quality of life and health status among Thai elderly after economic crisis, Khon Kaen province, Thailand. *Eur J Sci Res*. 2013; 112(3): 314-24.
6. Thanaviriyakul S. New perspectives: defining aging and extending the retirement age. Bangkok: Thai Institute of Geriatric Research and Development Foundation; 2013. (in Thai)
7. World Health Organization. Global Health and Ageing. Geneva: World Health Organization; 2014.
8. World Health Organization. World report on aging and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. World Health Organization. Development of the WHOQOL-Old module. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. Sudhngobau S. Caring for the elderly: situation and quality of life. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2021. (in Thai).
11. Department of Mental Health Ministry of Health. A 5D Happiness Guide for the Elderly. Bangkok: Mental Health Development Bureau Department of Mental Health Ministry of Health; 2015. (in Thai).
12. Mahatnirankul S, Sinlapakit P, Pumpisanchai V. Quality of life of Thai people in economic crisis Funding from the Department of Mental Health SuanPrung Hospital, Chiang Mai; 1998. (in Thai).
13. Peungposop N, Junprasert T. Factors correlating with Quality of Life among Thai elderly: research synthesis by meta-analysis. 2012; 20(1): 35-52. (in Thai)
14. Schaie KW. Developmental influences on adult intelligence: The Seattle Longitudinal Study. London: Oxford University Press; 2013.
15. Ministry of Social Development and Human Security. Elderly Act A.D. 2017. Bangkok: Gazette; 2017.
16. Upyokin P. Happiness of the elderly: caring for the elderly in modern society. Bangkok: Thai Institute of Elderly Research and Development Foundation; 2016. (in Thai)
17. Panyapong S, Chair A, Doungmala T, Prungchaiyaphum W. The working problems in economic and social Issues of the elderly in Chaiyaphum Province. *Udon Thani Rajabhat university academic Journal*. 2021 Jun 23; 9(1): 165 -80. (in Thai)
18. Somphong S. Happiness of the elderlies in nursing homes, Nakhon Pathom province. [Doctoral dissertation]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2012. (in Thai)
19. Hongthong D, Somrongthong R, Paul WA. Factors influencing the quality of life (QoL) among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iranian journal of public health*. 2015; 44(4): 479-85.
20. Supromin C, Choonhakhlai S. The provision of public services in municipalities in Thailand to improve the quality of life of elderly people. *Kasetsart Journal of Social Sciences*. 2019; 40(3): 619-27. (in Thai)
21. Kalapak P, Sirivat V. Quality of life for the elderly in Bangkok Metropolis. *Raja park Journal*. 2020; 14(36):302-16. (in Thai)
22. Suriyawong C. Quality of life of the elderly in Phetchabun Province. *Thailand journal of health promotion and environmental health*. 2011; 34(1): 84-97. (in Thai)
23. Sattabut P, Chotchaisathit R, Juimongsri S. The Comparative quality of the elderly life with personal and family factors in Phetchabun province. *Journal of MCU Social Development*. 2011; 6(3): 17-32. (in Thai)
24. Dangubon P, Jantawang S, Nakhaon P. Factors associated with the quality of life of senior citizens in Nakornpathom province. *Graduate studies journal*. 2013; 10(50): 95-112. (in Thai)
25. Majumdar A, Pavithra G. Quality of life (QOL) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in urban Puducherry, India. *J. Clin. Diagnostic Res*. 2014; 8(1): 54-7.
26. Thusaneesuwan U, Factors predicting quality of life in chronic NCDs clinic Huasai hospital, Huasai district, Nakhon Si Thammarat province. 2021; 8(2): 293-311. (in Thai)

27. Bonkhunthod P, Factors affective the life quality of the elderly in Nongprong village, I-san sub-district, Mueang district, Buriram province. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2021; 29(2): 214-22. (in Thai)
28. Vilasri S, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Boonyamalik P. Predictive Factors for the Quality of Life of Dependent Older Adults under the Long Term Care system in Bangkok. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*. 2020; 30(2): 164-75. (in Thai)
29. Arundachachai S, Srichana P, Jaipheng P, Lawong A. Elderly's Life Quality in Roi-Kean-Sara-Sin Province. *Journal of Modern Learning Development*. 2021; 6(2): 311-22. (in Thai)
30. Chumpeeruang S, Jampha W, Vithayachockitikhun N. Factors correlation to quality of life of the elderly living in Muang Nakhonsawan province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*. 2022; 7(8): 489-503. (in Thai)
31. Thumcharoen W, Chalerngam N, Tongnunui N. Factors predicting good quality of life for elderly people in Chanthaburi province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*. 2019; 21(2): 48-64. (in Thai)
32. Chaitawittanun N, Yotbophub K, Riyakhan P. Factors Affecting Quality of Life of the Elderly in Urban Community of Arunyk Municipality, Phitsanulok Province. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2021; 6(7): 236-49. (in Thai)
33. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Quality of life: a study of elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 64-70. (in Thai)
34. Skulpunyawat S. Factors influencing of health quality of older person in Nakornnayok Province. *Journal of Nursing and Education*. 2018; 11(8): 51-62. (in Thai)
35. Elderly Statistics as of February 28, 2019, by the parish. [Internet]. Bangkok: Information Technology Group, Strategy, and Planning Division, Department of older persons; 2019[cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.dop.go.th/known/1/238> (in Thai)
36. The Act establishes plans and procedures for the distribution of powers to local governments B.E. 1999, *Gazette* 116, Part 114 A, dated November 17, 1999. (in Thai)
37. Eliopoulos C. *Gerontological Nursing*. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
38. Roscoe JT. *Fundamental Research Statistics for the Behavioral Sciences*. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1975.
39. Wongpraphan S, Waingkae W, Suksen E, Moonma A, Sopachon W. Elderly quality of life in the Dun-Sat sub-district, Kranuan district, Khon Kaen province. *Buddhism in Mekong Region*. 2019; 2(2): 10-9. (in Thai)
40. Arundachachai S, Srichana P, Jaipheng P, Lawong A. Elderly's life quality in Roi-Kean-Sara-Sin Province. *Journal of Modern Learning Development*. 2021; 6(2): 311-22. (in Thai)
41. Luangpantao K. Factors related to quality of life among elderly people for the curriculum of the elderly school in Plaplachi Subdistrict, U-thong District, Suphanburi Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 2020; 5(02): 14-26. (in Thai)
42. Chairungreang C. Development of the life quality of the elderly. *Academic Journal Bangkokthonburi University*. 2015; 4(2): 14-28. (in Thai)
43. Panvongsa P, Sonthon P, Yusook K. Factors associated with quality of life of elderly in rural, Phetchabun Province. *Academic Journal Uttaradit Rajabhat University Science and Technology (for local development)*. 2021; 15(2): 41-56. (in Thai)
44. Kwalamthan W, Ayuwat D, Narongchai W. Happiness elements of Skipped-Generation families in rural North-eastern, Thailand. *KKU Research Journal (Graduate Studies) Humanities and Social Sciences*. 2019; 7(3): 103-15. (in Thai)
45. Boukeaw P, Teungfung R. Health care and health status of Thai aging. *Journal of the Association of Researchers*. 2016; 21(2): 94-109. (in Thai)
46. Ketwongsa, P. Housing and well-being characteristics of rural Thai households. *Journal of Population* 2017; 5(1): 107-30. (in Thai)

47. Whangmahaporn P, Phromsathit S, Wangtepanukroh N, Siriburana S, Kijmanawat Y, Wachum W. Factors affecting the operation of center for quality of life development and career promotion for the elderly in Thailand. Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies. 2019; 8(1): 33-41. (in Thai)
48. Boonyasana P, Phunnarong S. Preparation for elder life of informal workers in Chiang Mai Province. Journal of Social Science Srinakharinwirot University. 2020; 23(1): 101-18. (in Thai)
49. Institute of Population and Social Research, Mahidol University. Quality of life happiness and work. Nakhon Pathom: Institute of Population and Social Research, Mahidol University; 2017. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พิรลักษ์ณ์ ลาภหลาย พย.ม.*

มารศรี ปิ่นสุวรรณ พย.บ.**

(วันรับบทความ: 9 กันยายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 18 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 31 ตุลาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 70 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .90, .88, .89, .90 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.283$; $p=.037$; $r_s=.343$; $p=.015$; $r_s=.277$; $p=.020$ และ $r_s=.499$; $p=.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.145$; $p=.232$) ผลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล ไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยต้อกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Piraluk.lap29@gmail.com Tel: 064-5965545

Factors Related to the Resilience of Registered Nurses Providing Care to COVID-19 Patients at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand

Piraluk Laplai M.N.S.*

Marasri Pinsuwan B.N.S.**

(Received Date: September 9, 2022, Revised Date: October 18, 2022, Accepted Date: October 31, 2022)

Abstract

This descriptive research study aimed to investigate the relationships between age, self-esteem, emotional quotient, relationships with friends, and social support with resilience in registered nurses. Participants were 70 registered nurses providing care for care to COVID-19 patients at Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital in Phra Nakhon Si Ayutthaya province, Thailand. The research instruments used for data collection included a demographic data questionnaire and the Resilience Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale, Emotional Quotient Questionnaire, Peer Relationship Questionnaire, and Personal Resource Questionnaire. The validity of the research instruments was assessed by performing a preliminary trial with 30 registered nurses with characteristics similar to the sample to determine the confidence levels via the Cronbach's alpha coefficients of the Resilience Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale, Emotional Quotient Questionnaire, Peer Relationship Questionnaire, and Personal Resource Questionnaire, which were .90, .88, .90 and .80, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlations were used to analyze the data.

The results revealed that age, self-esteem, emotional quotient, and relationships with friends were positively statistically significantly related to resilience at $p < .05$ ($r_s = .283$; $p = .037$; $r_s = .343$; $p = .015$; $r_s = .277$; $p = .020$ and $r_s = .499$; $p = .001$ respectively), while social support was not statistically significantly related to resilience ($r_s = .145$; $p = .232$). Results from this study provides important data that can be applied to promoting resilience among registered nurses caring for COVID-19 patients.

Keywords: resilience in registered nurses, COVID-19, caring for patients with COVID-19

*Registered Nurse, Professional level, The Nursing Research and Development Subdivision, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

**Registered Nurse, Senior Professional level, Head of Surgical Nursing Subdivision, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

*Corresponding Author, Email: Piraluk.lap29@gmail.com Tel: 064-5965545

บทนำ

ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บุคลากรทางการแพทย์ทุกภาคส่วนต่างทำงานด้วยความเข้มแข็งและมุ่งมั่น แม้ว่าต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติงานเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยรายใหม่ให้น้อยที่สุด¹ แพทย์และพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรด่านหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก COVID-19 คือ ภาวะวิกฤตทางระบบทางเดินหายใจ บนพื้นฐานการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างสุดความสามารถ นอกจากจะต้องดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้แล้ว การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ คือ ต้องดูแลป้องกันตนเองและผู้ป่วยรายอื่นมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อมาสู่ตนเองหรือผู้อื่นด้วย หากเข้ามาให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้² แล้วตนเองต้องติดเชื้อและเจ็บป่วยรุนแรงจนถึงกับต้องเสียชีวิตจะเป็นการสูญเสียอย่างมหาศาล ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และองค์กรของวิชาชีพพยาบาล²

อย่างไรก็ตามพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มากกว่าบุคคลทั่วไปและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การติดเชื้อนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต มีการกักตัว อัตรากำลังคนในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ทำให้เพื่อร่วมงานที่เหลือมีภาระงานเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงจากการเหนื่อยล้า กระทบต่อความสามารถในการดูแลการระบาดของโรคที่กำลังเกิดขึ้นและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้านอื่นด้วย³ นอกจากการดูแลการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในหน่วยบริการอย่างเคร่งครัดแล้วยังถูกกดดันจากสังคม ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวมีความคาดหวังต่อบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การคุกคามทั้งต่อร่างกายและจิตใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เสียขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน^{2,3} อีกทั้งโรคระบาดนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ ไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนแม้อัตราการเสียชีวิตจะน้อย แต่อัตราการแพร่กระจายเชื้อรุนแรง ปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เท่ากับ 95,151,379 รายทั่วโลกและไม่มีแนวโน้มจะลดลง³ จากสถานการณ์ข้างต้น จะเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความเสี่ยงต่าง ๆ มากมาย จากความรุนแรงของโรคที่หาจุดสิ้นสุดไม่ได้ ความเครียด และความกดดัน แต่ในสถานการณ์ความเครียดและความกดดันที่

เหมือนกันนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาด้วยวิธีการแตกต่างกัน ผลลัพธ์ของการจัดการก็จะต่างกัน เพราะบุคคลมีสิ่งหนึ่งที่ต่างกัน ก็คือ “ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience)” ถ้าพยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงก็จะสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีสุขภาพจิตดี⁴

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์ที่กดดันในชีวิต (Adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Stressful life events) พร้อมทั้งสามารถที่จะผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น⁴⁻⁶ ความแข็งแกร่งในชีวิตของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย⁵ ปัจจัยเพศจากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าเพศชาย⁶ ปัจจัยเชื้อชาติพบว่าเชื้อชาติต่างกันจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตแตกต่างกัน ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต⁷ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล (Personality trait) เช่น บุคคลที่มีบุคลิกภาพด้านการแสดงตัว (Extraversion) และบุคลิกภาพแบบยึดมั่นในหลักการ (Conscientiousness) จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหว (Neuroticism) จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิต⁸ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู มีการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบยอมรับและการให้ความอบอุ่น (Acceptance-involvement) สามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต^{10,11}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ บุคลิกภาพส่วนบุคคล ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิต โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 การศึกษา

วิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเท่านั้น เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ระลอกใหม่ที่มาจากหลายเหตุการณ์ เช่น ศูนย์ทะเลไทยจังหวัดสมุทรสาคร แหล่งสถานบันเทิงจังหวัดระยอง จังหวัดชลบุรี บ่อนไก่ชนจังหวัดอ่างทอง และการลักลอบของคอนกรีตชาวพม่า^{1,3} ปัจจุบันโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีความพร้อมในการรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 โดยมีความพร้อมด้านการจัดสรรอัตราเตียง วัสดุอุปกรณ์ ห้องความดันลบที่ติดผู้ป่วยหลัก ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยนอก ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนักติดเชื้อ COVID-19 และหอผู้ป่วยแยกโรค (Cohort ward) การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพยืนหยัด ผ่านพ้นภาวะวิกฤติต่าง ๆ มีการพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิตในพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานของการวิจัย

อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตในพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิตในพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ณ โรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่ง ในชีวิต ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ตามแนวคิดของกริธเบิร์ก¹⁵ เป็นความสามารถ หรือคุณสมบัติของบุคคลในการเอาชนะอุปสรรค หรือวิกฤติต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตให้ผ่านพ้นไปได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ฉันมี (I have...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก (External supports) ที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) ฉันเป็นคนที่ (I am...) เป็นความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) ของแต่ละบุคคล และ 3) ฉันสามารถที่จะ (I can...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skills)^{4,15} บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและซึมเศร้า น้อยกว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ^{6,15} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตมีหลากหลาย^{6,13,16-17} ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

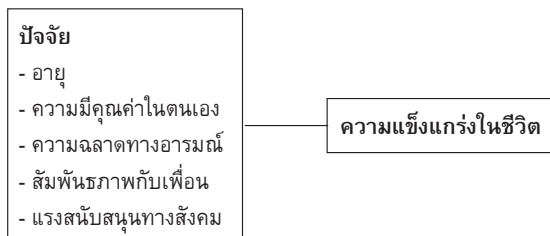
ความมีคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในการต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต¹⁸ ความมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตตามที่กริธเบิร์ก¹⁵ กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีความมีคุณค่าในตนเองสูงก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทำให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิตได้ จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจทำให้ผู้ป่วยมีความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น¹³ กล่าวคือ ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมีคุณค่าในตนเอง บุคคลที่มีความมีคุณค่าในตนเองสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง^{4,13,15}

ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข¹⁹ จากการศึกษา พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต²⁰ บุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงนั้น จะมีความเข้าใจอารมณ์ของตนเอง (I am) เข้าใจอารมณ์ของผู้อื่นและสามารถจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นได้ (I can) ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีเพื่อนมากขึ้น (I have) สิ่งเหล่านี้จึงส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น^{4,15}

สัมพันธภาพกับเพื่อน เป็นคุณลักษณะหนึ่งของการเรียนรู้และปรับตัวในการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคอย่างมีความสุข เนื่องจากการการได้รู้จักเพื่อนที่คอยให้กำลังใจ สนใจเรื่องต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีปัญหาที่สามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจกับเพื่อนได้¹⁴ กล่าวคือ สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนทำให้รับรู้ว่ามีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ (I have) สัมพันธภาพที่ดีทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น (I am) จึงเป็นการส่งเสริมให้มีความสามารถมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา (I can) สิ่งเหล่านี้จึงเสริมสร้างทำให้มีความแข็งแกร่งในชีวิตมากขึ้น^{4,15}

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิต²¹ จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความแข็งแกร่งในชีวิต²² นั่นคือการที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (I have) จึงทำให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (I can) ส่งเสริมให้มั่นใจในศักยภาพของตนเองมากขึ้น (I am) สิ่งเหล่านี้เป็นการเสริมสร้างองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต^{4,15} อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัย อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต ในพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 สถานะเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 70 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการทำงานอย่างน้อย 1 ปี ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในที่มีการติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แบบแสดงอาการและไม่แสดงอาการ และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วยฯ (PUI : Patient Under Investigation) ในระลอกแรก และยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงนามหนังสือยินยอม สามารถออกจากงานวิจัยได้ทันที ไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม โดยไม่ส่งผลกับหน้าที่การทำงาน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน²³ โดยใช้โปรแกรม G* Power²⁴ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .47 ค่ากำลังทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 จากการคำนวณโปรแกรม G*Power ซึ่งใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามเอกสารรับรองเลขที่ 2564/23 มีการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในการเข้าร่วมงาน

วิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับและสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งสิ้น โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงเป็นลำดับที่ของแบบสอบถาม และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยเป็นผู้ทำลายเอกสารทั้งหมดเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา จำนวนพี่น้อง สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ต่อเดือน ภาวะหนี้สิน ประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และความคิดลาออกจากวิชาชีพพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยพัชรินทร์ นันทจันทร์ และคณะ⁴ ตามแนวคิดของกรือทเบิร์ก¹⁵ จำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ฉันมี (I have...) 2) ฉันเป็นคนที (I am...) และ 3) ฉันสามารถที (I can...) โดยข้อคำถามเกี่ยวกับ 'I have' จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับ 'I am' จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับ 'I can' จำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเพื่อแสดงระดับความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย คือ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง เฉย ๆ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก²⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทรวไล ศรีแสง²⁶ จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10-40 การแปลผลคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือ คะแนน 4-12 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าในตนเองต่ำ คะแนน 13-21 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำ คะแนน 22-30 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง คะแนน 31-40 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) ของกรมสุขภาพจิต (2546ข) ที่พัฒนาขึ้นโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และคณะ²⁷ จำนวน 52 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านดี 2) ด้านเก่ง และ 3) ด้านสุข คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 52-208 คะแนน ซึ่งคะแนนมากหมายถึง มีความฉลาดทางอารมณ์สูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน ของจริยกุล ตรีสุวรรณ²⁸ จำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเพื่อนต้องการความช่วยเหลือ 2) รู้จักการให้และการรับ 3) รู้จักเคารพในสิทธิของผู้อื่น 4) สนใจในความรู้สึกของเพื่อน 5) ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และ 6) ระวังความคิดเห็นของเพื่อน คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมเป็นค่าเฉลี่ยมีค่า ตั้งแต่ 1.00-5.00 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพกับเพื่อนคือ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-1.80 หมายความว่า มีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับต่ำที่สุด ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81-2.60 หมายความว่า มีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61-3.40 หมายความว่า มีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41-4.20 หมายความว่า มีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.21-5.00 หมายความว่า มีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาโดยแบรนต์และไวเนิร์ต²⁹ ตามแนวคิดของไวส์ แปลเป็นภาษาไทยโดยฉัตรวลัย ไจอรีย์³⁰ จำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความใกล้ชิดผูกพัน 2) การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม หรือสังคม 3) การมีโอกาสนช่วยเหลือบุคคลอื่น ซึ่งหมายถึงมีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดูและช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 4) การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ คำตอบ เป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนน รวมมีค่าตั้งแต่ 25-175 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ คะแนน 25-46 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก คะแนน 47-68 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างต่ำ คะแนน 69-90 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนน 91-112 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าท่านมีแรง

สนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 113-134 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณมีแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง คะแนน 135-156 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และคะแนน 157-175 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าคุณมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านทฤษฎีความแข็งแรงในชีวิต และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษจำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90, .88, .89, .90 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติทำการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ผู้วิจัยหลักเป็นผู้ประสานงานเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของงานวิจัยก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายขั้นตอนการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมิน

ความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อน และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

3. ขั้นตอนการทำแบบสอบถามโดยผู้ช่วยผู้วิจัยทำหน้าที่รวบรวมแบบสอบถามเป็นรายบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไม่มีการพูดขึ้นในการตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows ในการหาค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 34.48 ปี (S.D. = 7.29) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสดร้อยละ 52.9 จำนวนบุตรเฉลี่ย 0.57 คน (S.D. = .87) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 78.6 จำนวนพี่น้องเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 คน (S.D. = 1.14) สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่คือ สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 34,128.57 บาท (S.D. = 8450.91) ร้อยละ 82.9 มีภาระหนี้สิน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตร้อยละ 65.7 ประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยเท่ากับ 12.40 ปี (S.D. = 7.18) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันหรือปริมาตรร้อยละ 90 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 หรือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วยฯ (PUI : Patient Under Investigation) ที่ผ่านมาในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม 2564 ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 เดือนร้อยละ 44.3 ไม่มีความคิดอยากลาออก (ดังแสดงในตารางที่ 1) โดยที่ความแข็งแรงในชีวิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 118.08 (S.D. = 12.10) ความมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 (S.D. = 5.34) คะแนนความฉลาดทางอารมณ์เฉลี่ยเท่ากับ 139.20 (S.D. = 12.13) คะแนนสัมพันธภาพกับเพื่อนเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 (S.D. = 1.28) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 83.18 (S.D. = 15.55)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (n=70)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	10.0
หญิง	63	90.0
อายุเฉลี่ย Mean = 34.48 ปี S.D. = 7.29		
สถานภาพสมรส		
โสด	37	52.9
คู่	31	44.3
หย่า	2	2.9
จำนวนบุตรเฉลี่ย Mean = 0.57 คน S.D. = .18		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	55	78.6
ปริญญาโท	15	21.4
จำนวนพี่น้องเฉลี่ย Mean = 2.43 คน S.D. = 1.14		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
คู่	52	74.3
หย่า	8	11.4
หม้าย	10	14.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน Mean = 34,128.57 บาท S.D. = 8450.91		
ภาระหนี้สิน		
ไม่มี	12	17.1
มี	58	82.9
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต		
ไม่มี	46	65.7
มี		
ความดันโลหิตสูง	11	15.7
เบาหวาน	10	14.3
ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	3	4.3
ประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย Mean = 12.40 ปี S.D. = 7.18		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันหรือปริมาตร		
ไม่มี	7	10.0
มี	63	90.0
ความคิดลาออกจากอาชีพพยาบาล		
น้อยกว่า 1 วัน	9	12.9
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	16	22.9
น้อยกว่า 1 เดือน	31	44.3
มากกว่า 1 เดือน	14	20.0
ความคิดลาออกจากอาชีพพยาบาล		
ไม่มี	39	55.7
มี	31	44.3

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง
ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และ
แรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิต

จากการทดสอบการกระจายของตัวแปร พบว่า ตัวแปร
อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์
สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีการ

แจ่มแจ้งแบบไม่ปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงหาความสัมพันธ์ของตัวแปร คือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า แรงสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมนระหว่าง ตัวแปร อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิต ($n = 70$)

ตัวแปร	r	p -value
อายุ	.283	.037 [*]
ความมีคุณค่าในตนเอง	.343 [*]	.015 [*]
ความฉลาดทางอารมณ์	.277 [*]	.020 [*]
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.499 [*]	.001 [*]
แรงสนับสนุนทางสังคม	.145	.232

^{*} $p < .05$

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความแข็งแกร่งในชีวิต จากตารางแสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างอายุกับความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกัน = .283 ($p = .037$) สรุปได้ว่า อายุของพยาบาลวิชาชีพกับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กันปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.48 ปีซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) จะมีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าระยะวัยรุ่น เป็นวัยที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น มีความสามารถควบคุมตนเองเป็นอย่างดี สามารถตัดสินใจในเรื่องใดบนพื้นฐานของมาตรฐานทางสังคม มีความรับผิดชอบต่องานและสังคมอย่างเห็นได้ชัด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์สามารถพัฒนางานใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ โดยเฉพาะการจัดการปัญหาได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ COVID-19 สามารถที่จะลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างดี ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (I can) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาก ทั้งด้านการจัดอาหารกลางวัน หรือแหล่งที่ให้การดูแลด้านสวัสดิการความปลอดภัย ตลอดจนเรื่องสุขภาพ และการศึกษาวิจัย

โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ COVID-19 (I have) และพร้อมที่จะรับผิดชอบในการกระทำและยอมรับต่อผลของการกระทำนั้น สามารถที่จะเป็นที่ยอมรับกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ มีความภาคภูมิใจในตนเอง และพร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่นเช่นกัน (I am)^{13,15} นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความมีคุณค่าในตนเองกับความแข็งแกร่งในชีวิต จากตารางแสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างความมีคุณค่าในตนเองกับความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกัน = .343 ($p = .015$) สรุปได้ว่า ความมีคุณค่าในตนเองของพยาบาลวิชาชีพกับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กันปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนความมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 (S.D. = 5.34) การแปลผลอยู่ในช่วงคะแนน 22-30 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต^{13,17,32-33} การที่พยาบาลวิชาชีพที่มีความมีคุณค่าในตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงนั้น อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีการประเมินตนเองในทางบวก มีความรู้สึกว่ามีคุณค่าที่ทัดเทียมกับคนอื่น ๆ มีความรู้สึกด้านดีต่อ

ตนเอง ฟังพอใจในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถมากน้อยเพียงใดในการดูแลผู้ป่วย (I am) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้มีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม (I can) และเมื่อมีสิ่งเหล่านี้แล้วทำให้พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพหรือทรัพยากรที่มีอยู่ภายในตน (I have) ซึ่งสามารถดึงมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากในชีวิต (Adversity of life) ได้ โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ COVID-19 พยาบาลวิชาชีพที่มีความมีคุณค่าในตนเองสูงจึงมีความสามารถในการปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ดี^{4,15,34} นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต จากตารางแสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกัน ($r = .277, p = .020$) สรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพกับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กันน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 139.20 (S.D. = 12.13) การแปลผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 138-170 หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพมีความฉลาดทางอารมณ์สูงอยู่ในระดับปกติเมื่อใช้เกณฑ์ในวัยผู้ใหญ่ หรือกล่าวได้ว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพทำการทดสอบแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์พยาบาลวิชาชีพและ มีระดับคะแนนรวมที่มากกว่า 138 คะแนนขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{16,20,35} อธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีความฉลาดทางอารมณ์สูงนั้นจะเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการสังเกต เมื่อตนเองมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง ทำให้มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง (I am) สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดี ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทใดมีความสามารถในการจัดการอารมณ์ตนเอง มีทักษะความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ และการจัดการกับปัญหา เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลก็จะสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้ (I can) การที่พยาบาลวิชาชีพเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง และเข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้พยาบาลวิชาชีพได้รับ

ความเข้าใจและยอมรับจากวิชาชีพอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 และยังรับรู้ว่ามีบุคคลใดที่สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาและภาวะวิกฤตต่าง ๆ (I have)^{4,15} จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี³⁶ นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อนกับความแข็งแกร่งในชีวิต จากตารางแสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อนกับความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกัน ($r = .499, p = .020$) สรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพกับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กันด้วยขนาด .499 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าคะแนนสัมพันธภาพกับเพื่อนเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 (S.D. = 1.28) แปลผลว่าค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41-4.20 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับสูง กล่าวได้ว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีสัมพันธภาพกับเพื่อนอยู่ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต^{10, 37, 38} สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ COVID-19 และมีความแข็งแกร่ง ในชีวิตสูง¹⁵ ทั้งนี้มาจากสัมพันธภาพที่ดีในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความมั่นใจ และมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 (I am) และพยาบาลวิชาชีพจะรับรู้ว่าตนเองนั้นมีบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือ (I have) สิ่งเหล่านี้ก็จะส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (I can)^{4,15} ซึ่งเป็นการเสริมสร้างองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพกับเพื่อนที่ดีสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความแข็งแกร่งในชีวิต จากตารางแสดงผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความแข็งแกร่งในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกัน ($r = .145, p = .232$) สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพกับความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั่นคือจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 83.18 (S.D. = 15.55) แปลผลว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 69-90 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ กล่าวได้ว่า ถึงแม้พยาบาลจะรู้สึกว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ก็ไม่ได้ส่งผลกับความแข็งแกร่งในชีวิตในการทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อธิบายได้ว่าจากลักษณะงานที่ปฏิบัติการพยาบาลในโรคอุบัติใหม่ COVID-19 สังคมให้ความคาดหวังจากการดูแล ทำให้โรงพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนหลักในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการรักษาเป็นหลักมากกว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพก็เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหลักให้กับบุคคลในครอบครัว และชุมชนที่อยู่อาศัย และภาระหน้าที่ที่ปฏิบัติทำให้ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นบิดา/ มารดา พี่น้อง ญาติ รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยนี้ สามารถบรรยายความสัมพันธ์ของปัจจัยอายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิตในพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ได้เพียงบริบทของการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่าเกี่ยวเนื่องกันน้อยเพียงใดเท่านั้น อาจมีปัจจัยอื่นได้อีกนอกเหนือจากปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิตที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล และจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นการบอกเพียงความสัมพันธ์ไม่ใช่บอกความเป็นเหตุเป็นผล การที่อายุ ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน และ

แรงสนับสนุนทางสังคม กับความแข็งแกร่งในชีวิต ไม่อาจกล่าวได้ว่าตัวแปรหนึ่งเป็นสาเหตุของอีกตัวแปรหนึ่ง ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรเสนอแนะเป็นเบื้องต้นในการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพื่อเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากยิ่งขึ้น สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตและปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) [Internet]. 2020. [cited 14 September 2022]. Available from: <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>.
2. Ministry of Interior Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus (COVID-19). Guidelines based on Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E.2548 (2005) [Internet]. 2020. [cited 14 January 2022]. Available from: <https://www.krisdika.go.th/regulation>.
3. Center for Disease Control and Prevention. Reducing Stigma [Internet]. 2020. [cited 14 September 2022]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptomstesting/reducing-stigma.html>.
4. Thaweekoon T, Nintachan P, Sangon S. Factors Predicting Stress in Graduate Nursing Students Nursing. Journal of the Ministry of Public Health. 2013; 22(3): 1-11. (in Thai)
5. Sun J, Stewart D. Age and gender effects on resilience in children and adolescents [Internet]. 2007. [cited 1 January 2021]. Available from: <http://hdl.handle.net/10072/16324>.
6. Nintachan P, Vanaleesin S, Sanseea L, Thummathai K, Orathai P. Resilience and Thai Youth Risk Behavior. Rama Nurs J. 2013; 17(3): 430-443. (in Thai)

7. Fincham DS, Altes LK, Stein DJ, Seedat S. Post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents: risks factors versus resilience moderation. *Compr Psychiatry*. 2009; 50: 193-9.
8. Armstrong AR, Galligan RF, Critchley CR. Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Pers. Individ. Differ*. 2011; 51(3): 331-6.
9. Zakeri H, Jowkar B, Razmjoei M. Parenting styles & resilience. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5:1067-70.
10. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(3): 211-29.
11. Orozco, Veronica. "Ethnic identity, perceived social support, coping strategies, university environment, cultural congruity, and resilience of Lanina/o college students." Doctoral dissertation, Ohio State University [Internet]. 2007. [cited 6 February 2020]. Available from: http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=osu1186609917.
12. Krasaesat W, Deoisres N, Watchrasin C. Relationships between family rituals, family connectedness and adolescents' resilience Ayutthaya province. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2012; 6(2): 59-68. (in Thai)
13. Khuannet P, Dangdomyout P, Upasen R. The Effect of Resilience Enhancement Program on Self-Esteem Patients with Major Depressive Disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health*. 2018; 32(2): 39-51. (In Thai)
14. Kawsaard N, Arpanantikul M, Putwatana P. Selected Variables Related to Nursing Students' Happiness. *Thai Journal of Nursing Council*. 2013; 28(1): 19-33. (in Thai)
15. Altundag Y, Bulut S. Prediction of resilience of adolescents whose parents are divorced. *Psychology*. 2014; 5(10): 1215-23.
16. Choochom O, Tanachanan S, Thongpukdee T. Antecedents and Consequences of Youths' Psychological Immunity. *JBS*. 2012; 18(2): 1-15. (in Thai)
17. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague: The Bernard van Leer Foundation. 1995.
18. Soleimani S, Rahimi MA, Sepasi N. Investigating the relationship between emotional intelligence and psychological self-resiliency in Athletes. *IJMHS*. 2013; 2(1): 53-8.
19. Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, Dijk JP, Reijneveld SA. Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescent. *Addict. Behav*. 2008; 34: 287-91.
20. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effect of a self-management Program on management, behaviors, dyspnea, activities of daily living and quality of life among patients with congestive heart failure. *Nursing Journal*. 2012; 39(1): 64-74. (in Thai).
21. Department of Mental Health. Emotional Quotient: EQ (18-60-year-old) [Internet]. [cited 14 January 2021]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/42>.
22. Liu Y, Wang Z, Lu W. Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Pers. Individ. Differ*. 2013; 54(7): 850-5.
23. Scudder L, Sullivan K, Copeland-Linder N. Adolescent Resilience: Lesson for primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2008; 4(7): 535-43.

24. Salami SO. Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Soc. Sci.* 2010; 6(12): 101-10.
25. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
26. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. G POWER: A general power analysis program. *Behav Res Methods Instrum Comput.* 1996; 28(1): 1-11.
27. Rosenberg, M. Rosenberg self-esteem Scale [Internet]. 1965. [cited 14 January 2020]. Available from: <https://yorku.ca/rokada/psyctest/rosenbrg.pdf>.
28. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand (Doctoral dissertation). Case West Reserve University, Cleveland, USA [Internet]. 2003. [cited 12 January 2020]. Available from: <http://search.proquest.com/docview/305270514>.
29. Wongpiromsarn Y, Lotrakul P, Wanitrommanee K, Inseeyoung V, Sukmak K, Usaha S, et al. The development of the emotional intelligence screening test for the Thai population aged 12 to 60 years. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2002; 47(4): 267-80. (in Thai)
30. Ranasinghe P, Wathurapatha WS, Mathangasinghe Y, Ponnampereuma G. Emotional intelligence, perceived stress and academic performance of Sri Lankan medical undergraduates. *BMC Med Educ.* 2017;17: 41.
31. Brandt PA, Weinert C. The PRQ-A social support measure. *Nursing Research.* 1981; 30(5): 277-280.
32. Apiromrat RA. Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2017; 28(2): 2-15. (in Thai)
33. Nakorn NS, Nintachan P, Sangon S, Ekathikhomkit N. Relationships between gender, age, negative life event, friendship intimacy, and perceived social support and resilience in Thai disadvantaged adolescents in a province in the central region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2020; 34(2): 77-97. (in Thai)
34. Madrigal CR. Acculturation, ethnic identity, resilience, self-esteem and general well-being: a psychosocial study of Columbians in the United States (Doctoral dissertation, The University of Texas at Arlington [Internet]. 2008. [cited 6 January 2020]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/17b3265ccc81622b0b62f4538dcb6d3f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>.
35. Mehrotra S, Chadda U. A Co relational study of protective factors, resilience and self-esteem in pre medical dropouts. *Int. j. humanit. soc. sci. invent.* 2013; 9(2): 103-6.
36. Wright MO, Masten AS, Narayan AJ. Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity [Internet]. 2013. [cited 12 January 2014]. Available from: <http://www.springer.com/978-1-4614-3660-7>.
37. DiFabio A, Saklofske DH. Promoting individual resources: The challenge of trait emotional intelligence. *Pers. Individ. Differ.* 2014; 65: 19-23.
38. Schneider TR, Lyons JB, Khazon S. Emotional intelligence and resilience. *Pers. Individ. Differ.* 2013; 55: 909-14.

ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลตติยภูมิ*

กุลธิมา เขียวไกล พย.ม.**
ดลวิวัฒน์ แสนโสม PhD***

(วันรับบทความ: 19 กันยายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 24 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 26 ตุลาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายปริมาณเชื้อ HIV ในเลือด (Viral load) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยประยุกต์ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 42 คนที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนที่คลินิกโรคติดเชื้อโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงกันยายน พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อไวรัสที่ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณ Viral load ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้แก่ เพศ (OR=5.33, 95%CI: 1.09-25.98, $p=.038$) อายุ (OR=6.25, 95%CI: 1.26-30.90, $p=.25$) วินัยในการรับประทานยา (OR=14.5, 95% CI: 2.55-82.28, $p=.003$) แหล่งที่พักอาศัยในปัจจุบัน (OR=9.6, 95%CI: 1.07-85.68, $p=0.43$) และระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังตรวจพบเชื้อครั้งแรก (OR=15.75, 95%CI: 2.59-95.60, $p=.003$) ปัจจัยที่ทำนายปริมาณ Viral load การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรคือ วินัยในการรับประทานยา (AOR =9.64, 95%CI: 1.25-74.28, $p=.03$) และระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังตรวจพบเชื้อครั้งแรก (AOR =9.36, 95%CI: 1.26-69.37, $p=.029$) จากผลการศึกษาส่งเสริมการควบคุมปริมาณไวรัสให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายจำเป็นต้องดำเนินการในการจัดการปัจจัยในทุกๆระดับนี้ด้วย

คำสำคัญ: การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปริมาณไวรัส ปัจจัยทำนาย

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: donsae@kku.ac.th Tel: 0813460726

Factors Predicting Successful Viral Load Control among Individuals with HIV/AIDS Infection at the Infectious Disease Clinic of the Tertiary Care Hospital*

Kultima Keawklai M.N.S.**

Donwivat Saensom PhD***

(Received Date: September 19, 2022, Revised Date: October 24, 2022, Accepted Date: October 26, 2022)

Abstract

This analytical retrospective study aimed to identify the factors predicting viral load level among HIV/AIDS infected individuals using the ecological model as a study framework. Study subjects were 42 individuals with HIV/AIDS receiving treatment with antiretroviral (ART) medicines for at least six months at the infectious disease clinic of the tertiary care hospital in Northeast Thailand between October 2020 and September 2021. Data were collected from medical records and the HIV/AIDS registry. Demographic and health-related information were analyzed with descriptive statistics. Factors predicting viral load level were analyzed using logistic regressions.

The results from a univariate analysis showed that the factors predicting viral load level were sex (OR=5.33, 95%CI: 1.09-25.98, $p=.038$), age (OR=6.25, 95%CI: 1.26-30.90, $p=.025$), ART drug adherence (OR=14.5, 95%CI: 2.55-82.28, $p=.003$), current place of residence (OR=9.6, 95%CI: 1.07-85.68, $p=.043$), and ART starting time (OR=15.75, 95%CI: 2.59-95.60, $p=.003$). Factors predicting viral load level in a multivariable analysis were ART drug adherence (AOR =9.64, 95%CI: 1.25-74.28, $p=.030$) and ART starting time (AOR =9.36, 95%CI: 1.26- 69.37, $p=.029$). Results from this study reflected that multi-level factors could predict HIV viral load when using the ecological model as a conceptual framework. Therefore, efforts to promote viral load control should target these influencing factors at all levels.

Keywords: HIV/AIDS infection, viral load, predicting factors

*Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Master of Nursing Science student in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

***Corresponding author, E-mail: donsae@kku.ac.th Tel: 0813460726

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV] infection) มีรายงานพบครั้งแรกในทวีปแอฟริกาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 จากนั้นก็มีการแพร่ระบาดไปยังทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย จนปัจจุบัน HIV มีการแพร่ระบาดในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ HIV ที่เป็นคนไทยรายแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2527¹ และในปัจจุบันโรคติดเชื้อ HIV ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากสถิติล่าสุดสิ้นปีงบประมาณ 2563 มีผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีชีวิตอยู่จำนวนทั้งสิ้น 482,082 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 19,206 คน โดยในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดมีผู้กำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ทั้งสิ้น 424,280 คน² ประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์ที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573³ ซึ่งมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ 1) ลดจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ HIV เหลือปีละไม่เกิน 4,000 คน และ 3) ลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจาก HIV และเพศสภาพลงจากเดิมร้อยละ 90 โดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงาน คือการทำให้การตรวจการติดเชื้อ HIV เป็นเรื่องปกติ (Normalized HIV) การรณรงค์ให้มีการตรวจหาการติดเชื้อ HIV ด้วยความสมัครใจได้ฟรีปีละ 2 ครั้งทุกสิทธิการรักษา โดยเตรียมความพร้อมของทุกภาคส่วนในการจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อ HIV แบบรู้ผลวันเดียวและการส่งเสริมการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยการเริ่มยาเร็วโดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาใดที่จะกำจัดเชื้อ HIV ให้หมดไปได้ แต่มียาที่จะช่วยชะลอการพัฒนาของโรคคือ ยาต้านเอชไอวีหรือยาด้านรีโทรไวรัส (Antiretroviral therapy: ARTs) ซึ่งแพทย์จะจ่ายยาต้านเอชไอวีเมื่อทั้งผู้ติดเชื้อและสถานบริการที่จะจ่ายยามีความพร้อม โดยจะให้ยาภายในวันเดียวกันกับที่วินิจฉัย (Same day ART) หรือหากทำไม่ได้ก็ควรให้เริ่มยาโดยเร็วที่สุดภายใน 7 วันหลังตรวจพบเชื้อ (Rapid ART)⁴ หากผู้ติดเชื้อได้รับยาดังแต่ในระยะเริ่มแรกที่ได้รับเชื้อ ยาจะออกฤทธิ์ควบคุมไม่ให้ไวรัสมีการแพร่กระจายและพัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยในขั้นที่รุนแรงอย่างเอดส์ (AIDS) เพราะยา ARTs จะช่วยยับยั้งไม่ให้เซลล์ของไวรัสมีการแบ่งตัวขยาย

ตัวแล้วแพร่กระจายลูกหลานไปสร้างความเสียหายแก่เซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะบริเวณอื่น ๆ ต่อไป ดังนั้นหากผู้ป่วย HIV หรือ AIDS กินยาด้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ ปริมาณเชื้อ HIV ในเลือด (Viral load) จะมีปริมาณต่ำมากจนไม่สามารถตรวจวัดได้ (viral load < 50 copies/ml) โดยในปีแรกของการรับยา ARTs จะทำการตรวจ viral load ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 หลังเริ่มยา ในปีถัดไปหาก viral load < 50 copies/mL จะตรวจปีละ 1 ครั้ง หากตรวจแล้วพบว่า viral load $\geq$ 50 copies/mL จะต้องพิจารณาว่าเกิดการดื้อยาหรือไม่ และหาก viral load > 200 copies/mL จะต้องมีการตรวจซ้ำก่อนมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาเพื่อประโยชน์ในการติดตามการรักษาต่อไป⁵

จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ได้รับการบริการรักษาด้วยยาด้านไวรัสประมาณ 390,000 คน และมีผู้ติดเชื้อ HIV สะสมที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 500,000 คน ในปี พ.ศ. 2664 มีผู้ติดเชื้อ HIV ที่รับยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและได้รับการตรวจปริมาณเชื้อไวรัส HIV เพิ่มขึ้นเป็น 405,637 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อไวรัส HIV ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ (viral load $\geq$ 50 copies/mL) จำนวน 93,039 คน คิดเป็นร้อยละ 7.42 ของผู้ติดเชื้อที่รับยาทั้งหมด ในส่วนของอัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาหลังเริ่มรับยาด้านไวรัสพบว่าเป็นปีที่ 1, 2 และ 5 มีอัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา ร้อยละ 92, 92 และ 93 ตามลำดับ⁶ แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลการดำเนินงานด้านโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2564 ของหน่วยบริการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการรักษและได้รับการตรวจ viral load จำนวน 2,528 คน มีผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส HIV ให้ต่ำกว่า 50 copies/mL จำนวน 711 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยในปีเดียวกัน ถึงแม้ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับยา ARTs ในแผนการรักษา แต่ก็ยังมีผู้ติดเชื้อ HIV จำนวนมากที่ไม่สามารถกดปริมาณเชื้อ (Viral load) ให้ต่ำกว่า 50 copies/mL ได้ และสะท้อนความจำเป็นที่จะต้องค้นหาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อปริมาณ viral load ในผู้ป่วย HIV ที่เข้ารับการรักษในคลินิกโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีหลายกลุ่ม ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

ตัวผู้ติดเชื้อเอง เช่น เพศของผู้ติดเชื้อ⁷ อายุ^{8,9} พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์⁹ วินัยในการรับประทานยา^{10,11} ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น จำนวนคู่นอน^{12,13} ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังตรวจพบเชื้อครั้งแรก^{14,15} สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับ^{16,17} จำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน¹⁶ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁸ และแหล่งที่อยู่อาศัย¹⁹⁻²¹ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยหลายกลุ่มที่มีต่อความสำเร็จในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) ในการศึกษา โดยแบ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัสออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบหรือกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมการควบคุมปริมาณเชื้อ HIV ให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย และทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

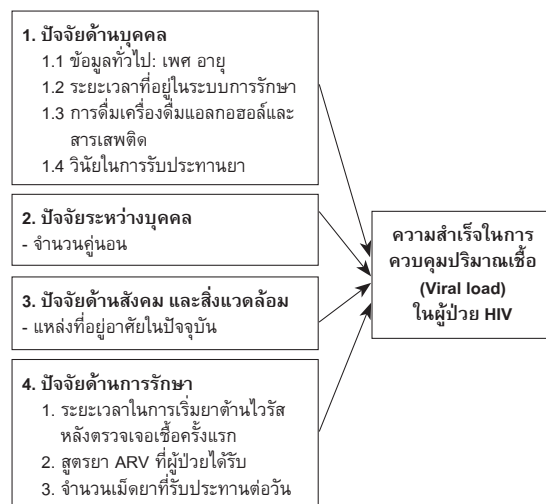
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological model) มองว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยพหุปัจจัยในหลายระดับ (Multiple levels of influence) ในระบบนิเวศนั้น ๆ อันประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยในแต่ละด้านจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมและสุขภาพของบุคคล และปัจจัยแต่ละระดับก็มีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันหรืออิทธิพลจากพหุปัจจัยเหล่านี้ยังมีผลต่อกันและกัน²² และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณ Viral load ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมี 4 ด้านคือ (1) ปัจจัยด้านบุคคล คือปัจจัยที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่อยู่ในระบบการรักษา วินัยในการรับประทานยา พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด (2) ปัจจัย

ระหว่างบุคคล ได้แก่ จำนวนคู่นอน (3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แหล่งที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน (4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก สูตรยา ARV ที่ผู้ป่วยได้รับ และจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ทางผู้วิจัยจึงได้ทำการออกแบบโมเดลเชิงนิเวศวิทยา เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยาแสดงปัจจัยทำนายความสำเร็จในการควบคุมปริมาณ Viral load ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Analytical retrospective study) เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนประวัติของผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายปริมาณ Viral load ในผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลตติยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytic study) เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

ดตยภูมิแห่งหนึ่ง และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Program: NAP plus) ที่รับการรักษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 - กันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แพ้มีประวัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลดตยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ แพ้มีประวัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลดตยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 และมีประวัติการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)²³ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายปริมาณ Viral load ในผู้ป่วยเอชไอวีมากที่สุดคือ วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส²⁴ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 95 จะมีโอกาสเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 71.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษามากกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป จะเกิดการล้มเหลวในการรักษาเพียง 6.8% (OR = 33.97; 95 % CI 6.13-188.24; $p < 0.001$) สามารถคำนวณตัวอย่างได้จากสูตรดังนี้

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

$$\text{เมื่อ } \alpha = 0.05 \quad \text{Power}(B) = 0.85 \quad P_1 = 0.068$$

$$P_2 = 0.714 \quad P = 0.6171 \quad Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \quad Z_{1-\beta} = 0.842$$

ได้จำนวนตัวอย่าง = 26.95 คน

เนื่องจากการศึกษานี้มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ HIV หลายปัจจัย จึงต้องปรับขนาดตัวอย่างเพื่อให้สามารถใช้ multiple logistic regression โดยใช้สูตรของ Hsieh และคณะ²³ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1-(r)^2}$$

เมื่อ r คือ ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น มีค่าตั้งแต่ 0.00 - 1.00 เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษานี้ จึงกำหนดให้มีปานกลาง คือ = 0.5

n_p = ขนาดตัวอย่างที่ปรับสำหรับ multiple logistic

regression = 35.95 คน

และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล (r) ร้อยละ 20 ทำให้ได้ตัวอย่างในการศึกษานี้ = $35.95 + 7.19 = 42$ คน

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลดตยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างน้อย 6 เดือน และ 2) ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี สูตร 2NRTI+1NNRTI หรือ 2NRTI+PIs หรือสูตรทางเลือกตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ข้อมูลที่ต้องการไม่สมบูรณ์ในปีงบประมาณ 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิด Ecological model ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ซึ่งเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ และคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ประกอบไปด้วยสิทธิการรักษาและ ปริมาณ HIV viral load ครั้งล่าสุด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงเชิงนิเวศวิทยา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในระบบการรักษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด และวินัยในการรับประทานยา 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ ได้แก่ จำนวนคู่นอน 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แหล่งที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน และ 4) ปัจจัยด้านการรักษา คำถามชนิดเลือกตอบ ได้แก่ ระยะเวลาในการเริ่มยาด้านไวรัส หลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ประเมินคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อและโมเดลเชิงนิเวศวิทยา 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสมบูรณ์ ความตรงและความชัดเจนของเนื้อหา ความสอดคล้องตามนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด รวมทั้งพิจารณาสำนวนภาษาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วนำผลของการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งสำหรับรายข้อ (Item-level content validity index; I-CVI) และทั้งฉบับ (Scale-level content

validity index; S-CVI) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างทุกระบวนการตลอดการวิจัยตามหลักจริยธรรม²⁵ ประกอบด้วย หลักการเคารพในบุคคล หลักการมุ่งประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการรับรองเลขที่ HE651165 ในวันที่ 21 มีนาคม 2565

วิธีการรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมแบบเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และสร้างฐานข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยจากผู้บริหารโรงพยาบาล ตติยภูมิ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคติดต่อของโรงพยาบาลและจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออกจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด จากนั้น ตรวจสอบความสมบูรณ์ และครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสอบถามที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว แล้วบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for windows version 27 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยตัวแปรกลุ่มวิเคราะห์เพื่อหา ความถี่และ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่องวิเคราะห์เพื่อหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

2. ปัจจัยที่ทำนายปริมาณ Viral load ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression โดยกำหนดระดับ viral load เป็น 2 ระดับคือ ปริมาณ Viral load ≥ 50 copies/mL และ ปริมาณ Viral load < 50 copies/mL

และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha < .05$ คำนวณอัตราส่วนออดส์ (odds ratio; OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI) เพื่อบอกขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ ตามขั้นตอนดังนี้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวระหว่างตัวแปรต้น และปริมาณ viral load โดยใช้สถิติ simple logistic regression ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวกับปริมาณ viral load จะถูกนำมาหาความสัมพันธ์เชิงพหุ หรือความสัมพันธ์อิสระ โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 42 ราย โดยมีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณ viral load < 50 copies/mL 33 ราย (ร้อยละ 78.57) มีค่าเฉลี่ย viral load = 13.87 copies/mL (SD ± 9.89 ; Median = 0 copies/mL) และ กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณ viral load ≥ 50 copies/mL 9 ราย (ร้อยละ 21.43) มีค่าเฉลี่ย viral load = 314,250.33 copies/mL (SD $\pm 406,661$; Median = 69,398 copies/mL)

1. ลักษณะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า ในส่วนปัจจัยด้านบุคคล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.3) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปริมาณ Viral load < 50 copies/mL ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) โดยมีอายุในช่วง 21-40 ปี (ร้อยละ 47.6) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อยู่ในระบบการรักษา 1-5 ปี (ร้อยละ 40.5) มีระยะเวลาที่อยู่ในระบบการรักษาเฉลี่ย 10.78 $\pm$ 6.03 ปี มีประวัติในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 45.2) ในขณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปริมาณ Viral load ≥ 50 copies/mL ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 14.2) โดยมีอายุในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 9.5) กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อยู่ในระบบการรักษา 6-10 ปี (ร้อยละ 7.1) และมีระยะเวลาที่อยู่ในระบบการรักษาเฉลี่ย 6.76 $\pm$ 4.34 ปี ส่วนใหญ่จะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 14.2) ด้านปัจจัยระหว่างบุคคลพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีปริมาณ Viral load < 50 copies/mL ส่วนใหญ่มีคู่นอนในรอบ 1 ปี ไม่เกิน 1 คน (ร้อยละ 59.6) และผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น (ร้อยละ 40.5) ส่วนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีปริมาณ Viral load ≥ 50 copies/mL มีคู่นอนในรอบ 1 ปี ไม่เกิน 1 คน เช่นกัน (ร้อยละ 19) และผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้

ส่วนใหญ่จะมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด โดยอาศัยอยู่จริงนอกจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 19) ส่วนปัจจัยด้านการรักษาพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีปริมาณ Viral load <50 copies/mL หลังตรวจเจอเชื้อเอชไอวีครั้งแรกแล้วส่วนใหญ่จะมีการเริ่มยาต้านไวรัสในระยะเวลาเร็วคือไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 64.3) และสูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับส่วนใหญ่คือ Teevir (ร้อยละ 23.8) กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 1 เม็ดต่อวัน และมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (ร้อยละ 69.1) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มี

ปริมาณ Viral load ≥ 50 copies/mL นั้น ส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสยาวนานมากกว่า 7 วัน หลังตรวจเจอเชื้อเอชไอวีครั้งแรก (ร้อยละ 16.7) และสูตรยาต้านไวรัสที่กลุ่มนี้ได้รับส่วนใหญ่คือ GPO-Virt (ร้อยละ 4.8), Teevir (ร้อยละ 4.8) และ Tenoem, RPV (ร้อยละ 4.8) โดยมักจะได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 1 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 14.3) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่ไม่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (ร้อยละ 14.3) ข้อมูลลักษณะของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังแสดงใน

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำแนกตามปริมาณไวรัส (viral load)

ลักษณะปัจจัย		ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน (ร้อยละ)		
		ปริมาณไวรัส < 50 copies/mL (n=33)	ปริมาณไวรัส ≥ 50 copies/mL (n=9)	รวม (n=42)
ปริมาณไวรัส	Medium Range (Q1-Q3)	0 0	69,398 576.5 - 687,832	0 0 - 34
1. ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ	ชาย	24 (57.1)	3 (7.1)	27 (64.3)
	หญิง	9 (21.4)	6 (14.2)	15 (35.7)
อายุ (ปี)	21-40	20 (47.6)	1 (2.3)	21 (50)
	41-60	13 (30.9)	4 (9.5)	17 (40.5)
	>60	1 (2.3)	3 (7.1)	4 (9.5)
เวลาที่อยู่ในระบบการรักษา (ปี)	1-5	17 (40.5)	2 (4.8)	19 (45.3)
	6-10	9 (21.4)	3 (7.1)	12 (28.6)
	11-15	7 (16.7)	1 (2.3)	8 (19)
	>15	-	3 (7.1)	3 (7.1)
Medium Range (Q1-Q3)		5 3-10	10 7-16	6.5 4-10.75
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	19 (45.2)	3 (7.1)	22 (52.4)
	ไม่ดื่ม	14 (33.3)	6 (14.2)	20 (47.6)
วินัยในการรับประทานยา	< 95	4 (9.5)	6 (14.3)	10 (23.8)
	≥ 95	29 (69.1)	3 (7.1)	32 (76.2)
2. ปัจจัยระหว่างบุคคล				
จำนวนคู่นอนในรอบ 1 ปี	0-1 คน	25 (59.6)	8 (19)	33 (78.6)
	> 1 คน	8 (19)	1 (2.4)	9 (21.4)
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
แหล่งที่อยู่อาศัย	อ.เมือง จ. ขอนแก่น	17 (40.5)	1 (2.4)	18 (42.9)
	ต่างอำเภอ จ.ขอนแก่น	8 (19)	-	8 (19)
	ต่างจังหวัด	8 (19)	8 (19)	16 (38)
4. ปัจจัยด้านการรักษา				
ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัส หลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก	≤ 7 วัน	2 (4.8)	27 (64.3)	29 (69.1)
	>7 วัน	7 (16.7)	6 (14.3)	13 (30.9)
สูตรยา ARV ที่ได้รับ	Acryptega	1 (2.4)	7 (16.7)	8 (19)
	Biktavy	1 (2.4)	1 (2.4)	2 (4.8)
	DTG, ABC/Lamivudine	-	2 (4.8)	2 (4.8)
	DTG, Viread, AZT	1 (2.4)	-	1 (2.4)
	GPO-Virt	2 (4.8)	8 (19)	10 (23.8)
	Teevir	2 (4.8)	10 (23.8)	12 (28.6)
	Tenoem, RPV	2 (4.8)	5 (11.9)	7 (16.7)

ลักษณะปัจจัย		< 50 copies/mL (n=33)	> 50 copies/mL (n=9)	OR	95% CI	p
จำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน	1	9 (27.3)	6 (66.7)	Ref.		
	2	24 (72.7)	3 (33.3)	5.33	1.09-25.98	.038*
	3					

2. ปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่ทำนายปริมาณ Viral load มี 5 ปัจจัย คือ เพศ อายุ ระยะเวลาการรับประทานยาต้านไวรัส (ปัจจัยส่วนบุคคล) แหล่งที่อยู่อาศัย (ปัจจัยสิ่งแวดล้อม) และ ปัจจัยด้านการรักษา คือ ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้ติดเชื้อเพศชายมี viral load จะมีปริมาณ Viral load <50 copies/mL มากเป็น 15.75 เท่า (OR=15.75, 95%CI: 2.59-95.60, p=.003) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เริ่มรับยาต้านไวรัสช้า (รับยาต้านไวรัสหลังวันที่ 7 ที่ตรวจพบเชื้อ) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายปริมาณ Viral load ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ตัวแปร	Viral load < 50 (n = 33)	Viral load ≥ 50 (n = 9)	OR	(95% CI)	p
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ หญิง	9 (27.3)	6 (66.7)	Ref.		
ชาย	24 (72.7)	3 (33.3)	5.33	(1.09 to 25.98)	.038*
อายุ (ปี) > 50 ปี	7 (21.2)	6 (66.7)	Ref.		
≤ 50 ปี	26 (78.8)	3 (33.3)	6.25	(1.26 to 30.90)	.025*
ระยะเวลาในระบบการรักษา ≥ 8 ปี	13 (39.4)	6 (66.7)	Ref.		
< 8 ปี	20 (60.6)	3 (33.3)	3.08	(0.65 to 14.52)	.156
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่ม	19 (57.6)	3 (33.3)	Ref.		
ไม่ดื่ม	14 (42.4)	6 (66.7)	0.37	(0.08 to 1.73)	.206
วินัยในการรับประทานยา < 95%	4 (12.1)	6 (66.7)	Ref.		
≥ 95%	29 (87.9)	3 (33.3)	14.5	(2.55 to 82.28)	.003*
ปัจจัยระหว่างบุคคล					
จำนวนคู่นอนในรอบ 1 ปี > 1 คน	8 (24.2)	1 (11.1)	Ref.		
0 - 1 คน	25 (75.8)	8 (88.9)	0.39	(0.04 to 3.62)	.408
แหล่งที่อยู่อาศัย นอกเขต อ.เมืองขอนแก่น	16 (48.5)	8 (88.9)	Ref.		
ในเขต อ.เมืองขอนแก่น	17 (51.5)	1 (11.1)	9.60	(1.07 to 85.68)	.043*
ปัจจัยด้านการรักษา					
ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัส > 7 วัน	6 (18.2)	7 (77.8)	Ref.		
≤ 7 วัน	27 (81.8)	2 (22.2)	15.75	(2.59 to 95.60)	*.003
สูตรยา ARV ที่ผู้ป่วยได้รับ					
สูตร Acritagea ไม่ได้รับ	26 (78.8)	8 (88.9)	Ref.		
ได้รับ	7 (21.2)	1 (11.1)	2.15	(0.23 to 20.23)	.502
สูตร GPO-Virt ไม่ได้รับ	25 (75.8)	7 (77.8)	Ref.		
ได้รับ	8 (24.2)	2 (22.2)	1.12	(0.19 to 6.52)	.900
สูตร Teevir ไม่ได้รับ	23 (69.7)	7 (77.8)	Ref.		
ได้รับ	10 (30.3)	2 (22.2)	1.52	(0.27 to 8.65)	.636
สูตร Tenoem, RPV ไม่ได้รับ	28 (84.8)	7 (77.8)	Ref.		
ได้รับ	5 (15.2)	2 (22.2)	0.62	(0.10 to 3.92)	.616
จำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน > 1 เม็ด	7 (21.2)	3 (33.3)	Ref.		

ตัวแปร	Viral load < 50 (n = 33)	การเริ่มยาต้านไวรัสใน 7 วันแรก (n = 9)	การเริ่มยาต้านไวรัสใน 7 วันแรก (n = 9)
1 เม็ด	26 (78.8)	9 (100%)	9 (100%)
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$, ตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์ คือ Viral load < 50 copies/mL, OR = Odd Ratio, CI = Confidence interval			
ปัจจัยทำนายปริมาณ Viral load ในการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) ได้แก่ ปัจจัยด้านการ			
copies/mL) เพิ่มขึ้น 9.36 เท่า (AOR = 9.36, 95% CI: 1.26-69.38, $p = .029$) เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีการรับประทานยา ร้อยละ 95 ขึ้นไป ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3			

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายปริมาณ Viral load ในการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร

ปัจจัย	AOR	(95% CI)	p
เพศ หญิง	Ref.		
ชาย	2.34	0.32 to 14.40	.406
ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัส > 7 วัน	Ref.		
< 7 วัน	9.64	(1.25 to 74.28)	.030
ปัจจัย	AOR นี้จะพบว่า ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณ Viral load < 50 copies/mL ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีช่วงอายุประมาณ 41-60 ปี ในขณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณ Viral load ≥ 50 copies/mL ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงโดยมีอายุในช่วง 41-60 ปี		
วินัยในการรับประทานยา < 95%	Ref.		
≥ 95%	9.36	(1.26 to 69.37)	.029

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$, ตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์ คือ Viral load < 50 copies/mL, AOR = Adjusted Odd Ratio ความคุ้มค่าของเพศ ระยะเวลาเริ่มยา และวินัยในการรับประทานยา, CI = Confidence interval

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสจำแนกตามโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ได้ 3 ด้าน มีการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ในการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.3) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การติดเชื้อ HIV และ AIDS ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์จำนวน 493,859 คน เป็นชาย 281,001 คน (ร้อยละ 56.9) และหญิง 212,858 (ร้อยละ 43.1) และส่วนใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป² และคล้ายกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งส่วนใหญ่มีผู้ติดเชื้อเป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.8) อายุเฉลี่ย 40.66 ± 8.73 ²⁶ และเมื่อพิจารณาแยกกลุ่มในการ

ในการเริ่มยาต้านไวรัสช้า คือเริ่มรับยาหลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก (ผลวินัยการรับประทานยาต่อไวรัส โดยระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสช้า คือเริ่มรับยาหลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก 7 วันขึ้นไปจะมีความเสี่ยงที่จะควบคุมไวรัสไม่ได้ (Viral load ≥ 50 copies/mL) มากกว่าผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็วถึง 9.64 เท่า (AOR=9.64, 95%CI: 1.25-74.28, $p=.03$) และการมีวินัยในการรับประทานยาที่น้อยกว่าร้อยละ 95 มีความเสี่ยงที่จะควบคุมปริมาณไวรัสไม่ได้ (viral load ≥ 50 copies/mL) เพิ่มขึ้น 9.36 เท่า (AOR = 9.36, 95% CI: 1.26-69.38, $p=.029$) เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีการรับประทานยา ร้อยละ 95 ขึ้นไป ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

การศึกษานี้จะพบว่า ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณ Viral load < 50 copies/mL ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีช่วงอายุประมาณ 41-60 ปี ในขณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณ Viral load ≥ 50 copies/mL ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงโดยมีอายุในช่วง 41-60 ปี ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่าเพศชายมี viral load < 50 copies/mL มากกว่าเพศหญิง 5.33 เท่า ซึ่งหมายความว่า ในการศึกษาผู้ป่วยเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะควบคุมปริมาณไวรัสไม่ได้เมื่อเทียบกับเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในของ Donnelly²⁷ ที่ทำการศึกษาในสหรัฐอเมริกาและเนเธอร์แลนด์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30,661 คน ที่พบว่าหากเปรียบเทียบในกลุ่มที่ระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อต่ำกว่า 50 cells/mL ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศหญิงจะมีระดับของ HIV viral load สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อพิจารณาที่ระดับ CD4 มากกว่า 350 cells/mL ในผู้ติดเชื้อเพศหญิงจะมีระดับของ HIV viral load ที่ต่ำกว่าผู้ชาย และผลยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Cescon และคณะ²⁸ ที่ศึกษาในประเทศแคนาดาโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวนทั้งหมด 5,442 คน พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV เพศหญิงมีระดับของ HIV viral load ที่มากกว่า 50 copies/mL ซึ่งสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย และในเพศหญิงมีความเสี่ยงที่ปริมาณของ HIV viral load

จะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 1,000 copies/mL ในขณะที่เดียวกัน การศึกษาของ Mosha และคณะ²⁹ ในประเทศแทนซาเนีย ในทางกลับกันพบว่าผู้ติดเชื้อ HIV เพศหญิงที่มีวินัยในการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีเมื่อตรวจระดับของ HIV viral load พบปริมาณของ HIV viral load ต่ำกว่าผู้ติดเชื้อ HIV เพศชายอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามตัวแปรเพศ ไม่สัมพันธ์กับระดับ viral load ในการ multivariable analysis ในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเมื่อทำการวิเคราะห์หลายตัวแปร ปัจจัยเรื่องเพศเพียงปัจจัยเดียว ไม่อาจส่งผลต่อปริมาณ HIV viral load ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่มากกว่า 50 ปี มีระดับ viral load >50 copies/mL มากกว่าในกลุ่มที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี 6.25 เท่า (OR=6.25, 95%CI: 1.26-30.90, $p=0.025$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tinei Shamu และคณะ⁹ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในการดูแลที่นิวแลนด์คลินิกในเมืองฮาเว ประเทศซิมบับเว ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยพบการตอบสนองต่อยา ARTs ต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 50 ปีอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากประสิทธิภาพในการตอบสนองของระดับภูมิคุ้มกันและการตอบสนองต่อยาในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 50 ปีสามารถตอบสนองได้ดีกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 50 ปี

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถทำนายปริมาณ viral load อีกประการคือการมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส กลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่มี viral load < 50 copies/mL ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.9) รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (มีวินัยร้อยละ 95 ขึ้นไป) ในขณะที่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ Viral load $\geq$ 50 copies/mL ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (มีวินัยน้อยกว่าร้อยละ 95) ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมีระดับ viral load < 50 copies/mL มากเป็น 14.5 เท่าของผู้ที่ไม่มีวินัยใน univariate analysis และ 9.36 เท่า ใน multivariable analysis ประสิทธิภาพของการรักษาการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์นั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา ซึ่งจะทำให้ระดับของยาในกระแสเลือดคงที่ สามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มปริมาณของเชื้อไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{30,31} ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา เสี่ยงล้ำ¹⁰

ที่ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาและปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลปิงภาพจำนวน 200 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.5) ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีมาก (มีวินัยในการรับประทานยาร้อยละ 95 ขึ้นไป) ในกลุ่มผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดำ ระบุสาเหตุว่าเกิดจากการรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากเวลาที่กำหนดมากกว่า 30 นาที และพบว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณ viral load < 50 copies/mL มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มี Viral load $\geq$ 50 copies/mL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.013$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Usitalo และคณะ¹¹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณ viral load กับภาระงานวินัยในการรับประทานยาด้วยตนเองของวัยรุ่นและผู้ดูแลในสหรัฐอเมริกา จำนวน 289 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่รายงานว่ารับประทานยาครบไม่เคยขาดยาแม้แต่ครั้งเดียว สัมพันธ์กับการมีระดับ viral load ที่ต่ำกว่า 400 copies/mL และผู้ที่ระบุว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเคยขาดยา 1 ครั้งขึ้นไป จะมีความสัมพันธ์มี viral load > 400 copies/mL มากกว่าผู้ที่ไม่เคยขาดยา 2.78 เท่า (OR 2.78: 95% CI, 1.46-5.27) และการศึกษาของศุภาวิไล วิโรจน์จริยากร³² ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน จะได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาดีมาก มีผลทำให้ปริมาณ viral load ลดลง และมีปริมาณ CD4 cells เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกคงที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ³³ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวน viral $\leq$ load 50 copies/mL จะมีวินัยในการรับประทานยาในระดับร้อยละ 95 ขึ้นไป ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีมากจะมีผลทำให้สามารถกดเชื้อไวรัสในร่างกายให้ลดลงในระดับที่ต่ำจนไม่สามารถระบุจำนวนปริมาณเชื้อไวรัสได้

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่สัมพันธ์กับระดับ viral load ในการศึกษาครั้งนี้ คือการมีแหล่งที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ซึ่งจะสัมพันธ์กับการมี viral load <50 copies/mL มากเป็น 9.6 เท่าของผู้ที่อยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองขอนแก่น การมีที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ซึ่งเป็นที่ตั้งของคลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลดตติภูมิที่ศึกษา จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถเดินทางมารับการรักษาได้สะดวกและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าผู้ติดเชื้อที่พักอาศัยนอกเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ทำให้

ผู้ติดเชื้อสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้ดีกว่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่จำนวน 5,336 คน ในรัฐ South Carolina สหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อที่พำนักในชนบท หรือนอกเขตเมือง มีความเสี่ยงที่อาการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นโรคเอดส์ภายใน 1 ปีมากกว่าผู้ติดเชื้อที่อาศัยในเขตเมือง 1.15 เท่า (AOR 1.15, 95%CI 1.007-1.326)²¹ ทั้งนี้เป็นเพราะการพำนักนอกเขตเมืองเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ และสัมพันธ์กับการขาดนัดรักษามากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาโดย Ohi และคณะ³⁴ ที่ศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลทหารผ่านศึกที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 1,222 คน และพบว่า ผู้ติดเชื้อที่พำนักในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะเริ่มยาต้านไวรัส ภายใน 180 วันหลังตรวจพบเชื้อเร็วกว่าผู้ที่อาศัยในชนบทนอกเมือง 1.72 เท่า (OR 1.72, 95% CI 1.09-2.70) และเริ่มยาภายใน 360 วันหลังพบเชื้อเร็วกว่าผู้ที่พำนักในชนบท 1.26 เท่า (OR 1.26, 95% CI 0.84-1.87) เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเร็วก็จะส่งผลให้ลดการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั่นเอง

3. ปัจจัยด้านการรักษา กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีปริมาณ Viral load <50 copies/mL หลังตรวจเจอเชื้อ HIV ครั้งแรกแล้วส่วนใหญ่จะมีการเริ่มยาต้านไวรัสในระยะเวลาเร็วคือไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 81.8) ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีปริมาณ Viral load ≥50 copies/mL ส่วนใหญ่จะเริ่มรับยาช้าคือหลังเวลา 7 วันที่ตรวจพบเชื้อ (77.8) ซึ่งผู้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสเร็วสัมพันธ์กับการมี viral load ต่ำ มากเป็น 9.64 เท่า ของผู้ที่เริ่มรับยาช้า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เริ่มได้รับยาเร็วจะทำให้มีปริมาณไวรัสต่ำกว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาช้าและมีโอกาสในการติดเชื้อฉวยโอกาสช้ากว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาโดย Palumbo และคณะ²⁴ ในผู้ติดเชื้อ HIV 1,763 ราย และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสช้าจะเกิดเชื้อดื้อยาสูงกว่าและมี viral load ที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสเร็ว เช่นเดียวกับการศึกษาผลการเริ่มยาต้านไวรัสของ Ssebunya และคณะ¹⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ได้เริ่มยาต้านไวรัสภายใน 7 วัน หลังตรวจพบเชื้อจะสามารถกดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่ตรวจไม่พบได้ภายใน 24.9 เดือน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับยาหลังวันที่ 7 ของการตรวจพบเชื้อ ต้องใช้เวลาถึง 38.5 เดือน ในการกดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่ตรวจไม่พบ นอกจากนี้ Hoenigl และคณะ³⁵ ได้ศึกษาระยะเวลาที่ยาต้านไวรัสออก

ฤทธิ์กดปริมาณ viral load ในผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่จำนวน 86 คน และพบว่า การได้รับยาต้านไวรัสโดยเร็วภายใน 30 วันหลังพบเชื้อ (Median 8 วัน) สัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการกดปริมาณเชื้อไวรัสให้อยู่ในระดับที่ตรวจไม่พบ (Undetectable) อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการได้เริ่มรับยาต้านไวรัสเร็วจึงสัมพันธ์กับการมีปริมาณ Viral load ที่ลดลงและเป็นปัจจัยอิสระที่สามารถทำนายระดับ Viral load ในการศึกษานี้

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการรักษาสภาพสามารถทำนายปริมาณ Viral load ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล แก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังตรวจเจอเชื้อครั้งแรก เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายปริมาณ Viral load ดังนั้นเมื่อมีการตรวจวินิจฉัยได้ว่ามีการติดเชื้อ HIV ครั้งแรก พยาบาลจะต้องมีการให้ความรู้กำลังใจ วางแผนการดูแลเพื่อเน้นย้ำและอธิบายถึงความสำคัญของการเริ่มเข้ารับยาต้านไวรัสในครั้งแรก โดยให้ผู้ติดเชื้อได้เข้ารับการรับยาได้โดยเร็วที่สุดเพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้ปริมาณของ HIV viral load เพิ่มขึ้น และเน้นย้ำถึงความเสี่ยงหากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว โดยอธิบายถึงผลกระทบที่จะส่งผลให้ปริมาณ Viral load เพิ่มขึ้นและผลเสียที่ตามมาถ้าไม่ได้รับยาครั้งแรกโดยเร็ว นอกจากนี้การมีวินัยในการรับประทานยาเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายปริมาณ HIV viral load ในผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการมีวินัยในการรับประทานยาเป็นอีกปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อปริมาณ Viral load ดังนั้นพยาบาลต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา อธิบายถึงอาการข้างเคียงหลังการรับประทานยา การมีวินัยและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และควรมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ HIV ให้มีวินัยอย่างเข้มงวดในการรับประทานยาให้ครบและตรงเวลา และชี้ให้เห็นถึงผลเสียด้านการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนหากไม่มีวินัยในการรับประทานยา นอกจากนี้ควรมีการจัดทำคู่มือแนวทางการเริ่มยาต้านไวรัส และมีการกระจายคู่มือไปตามหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดอบรมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสตามระยะเวลาที่กำหนด และอาจพัฒนาสื่อทางการพยาบาลสำหรับการแนะนำผู้ป่วยเรื่องการมีวินัยในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพอย่างเป็นรูปธรรมสร้างความตระหนักในการรับประทานยาและสร้างเครื่องมือในการติดตามการ

รับประทานยาของผู้ป่วย ในการศึกษาต่อไปในอนาคต ควร มีการเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อเป็น ตัวแทนของประชากร ทำการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ บัญญัติที่ครบถ้วนมากขึ้นและติดตาม ตรวจสอบประสิทธิภาพ ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์ ปริมาณ HIV viral load และสามารถเฝ้าปัจจัยที่ได้จาก การศึกษามาควบคุมและเปรียบเทียบความแตกต่างของ ปริมาณไวรัสทั้งก่อนเริ่มการรักษาและหลังการรักษาเพื่อให้ ได้ประสิทธิภาพที่เพิ่มสูงขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยมีดังนี้ 1) เนื่องจากการศึกษานี้ ดำเนินการในคลินิกโรคติดเชื้อเพียงแห่งเดียวซึ่งมีบริบทที่ มีลักษณะ เฉพาะและมีจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อย จึงเกิด ข้อจำกัดในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย ตามโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ทำได้เพียงจำแนกปัจจัยอิสระที่ ทำนายความสำเร็จในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด เท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในบริบทอื่น ๆ และเพิ่ม ขนาดตัวอย่างเพื่อให้ได้ทราบอิทธิพลของปัจจัยในระดับต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมปริมาณไวรัสในเลือด 2) การ วิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แฟ้มประวัติผู้ติดเชื้อ จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณ Viral load เนื่องมาจากข้อมูล ของบางตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมไม่มีการบันทึก ไว้ในเวชระเบียน หรือมีการบันทึกที่ไม่สมบูรณ์ เช่น แรง สนับสนุนทางสังคม (Social support) ผลการวิจัยจึงจำกัด เพียงปัจจัยที่ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนเท่านั้น

References

1. Phatmai P, Tanisaro Y, Chatarawong S. Net of Buddhist Sanggha in Helping for Aids. Mahachulalongkornrajavidyalaya University Phayao Campus, 2006. (in Thai).
2. The Bureau of AIDS, TB and STIs (BATS) of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 26]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/index.php> (in Thai).
3. National Committee on AIDS Prevention and Solution. Strategy on Ending AIDS Problems.

2017. p. 2017-2030 (in Thai).
4. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. 2022. (in Thai).
5. Laxmeshwar C, Acharya S, Das Mk, Keskar P, Pazare A, Ingole N, et al. Routine viral load monitoring and enhanced adherence counselling at a public ART centre in Mumbai, India. PLOS ONE, 2020; 15(5): e0232576
6. Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. World AIDS Day Campaign Concept, 1 December 2021. [Internet]. [cited 2022 Feb 26]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1191420211027083955.pdf> (in Thai).
7. Donnelly CA, Bartley LM, Ghani AC, Le Fevre AM, Kwong GP, Cowling BJ, et al. Gender difference in HIV-1 RNA viral loads. HIV Med. 2005; 6(3): 170-8.
8. Kultanachairot N, Intarachuam S. Factors affecting disease progression of HIV-infected patients at Anonymous Clinic, Chonburi Hospital Chonburi. The 4th Academic Conference, 28 August 2020 at Kasetsart University Sriracha Campus. Chonburi: Kasetsart University. (in Thai).
9. Shamu T, Chimbetete C, Egger M, Mudzviti T. Treatment outcomes in HIV infected patients older than 50 years attending an HIV clinic in Harare, Zimbabwe: a cohort study. PLoS ONE. 2021; 16(6): e253000.
10. Sianglum N. Cooperation in drug use and problems from the use of antiretroviral drugs in Bueng Kan Hospital Journal of the Association of Preventive Medicine of Thailand. 2020; 10(1): 146-56. (in Thai).
11. Usitalo A, Leister E, Tassiopoulos K, Allison S, Malee K, Paul ME, et al. Relationship between viral load and self-report measures of medication adherence among youth with perinatal HIV

- infection. *AIDS Care*. 2014; 26(1): 107-15.
12. Huerga H, Venables E, Ben-Farhat J, van Cutsem G, Ellman T, Kenyon C. Higher risk sexual behaviour is associated with unawareness of HIV-positivity and lack of viral suppression - implications for Treatment as Prevention. *Sci. Rep.* 2017;7(1), 16117. doi: 10.1038/s41598-017-16382-6.
 13. Rasmi Suknarin R., Chunhapran P. Tansupasawasdikul S. The experience of using antiretroviral drugs among drug-resistant HIV patients. *Journal of Nursing and Health*. 2012; 4(1): 23-33. (in Thai).
 14. Palumbo PJ, Fogel JM, Hudelson SE, Wilson EA, Hart S, Hovind L, et al. HIV Drug Resistance in Adults Receiving Early vs. Delayed Antiretroviral Therapy: HPTN 052. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* . 2018; 77(5): 484-91.
 15. Ssebunya R, Wanyenze RK, Lukolyo H, Mutto M, Kisitu G, Amuge P, et al. Antiretroviral therapy initiation within seven days of enrolment: Outcomes and time to undetectable viral load among children at an urban HIV clinic in Uganda. *BMC Infect Dis*. 2017; 17(1): 1-8. pmid:28049444
 16. Midkhuntod J. Factors Affecting Failure of Viral Treatment of Infected Persons. HIV/AIDS patients Takhli Hospital Nakhon Sawan Province. *Sawanpracharakwetsan*. 2019; 16(2): 65-75. (in Thai).
 17. Koh Riean Udom S. Surveillance of antiretroviral resistance of HIV among people taking antiretroviral drugs in Thailand, *Journal of Disease Control*, 2019; 35(1): 23-30. (in Thai).
 18. Thirawatanasuk N, Chaikulwatana A. Piankhum S. Personal and health factors and social support factors related to cooperation in taking antiretroviral drugs. AIDS patients with AIDS in the sample area of Amnat Charoen Province. *Isan Journal of Pharmacy*. 2012; 8(3): 1-13. (in Thai).
 19. Sufon P, Khamphiew P, Thon N, Pangphu-Nga T. Developing guidelines for providing care for HIV/AIDS patients at Received intermittent treatment at Phon Phisai Hospital Nong Khai Province. 2012; [cited 2022 Feb 26]. Available from: <http://118.174.0.244/R2R/index.php?name=news&file=readnews&id=14>. (in Thai).
 20. Pruittsueb A. Factors associated with missed treatment appointments in HIV/AIDS patients receiving treatment. in Vachira Phuket Hospital. *Journal of AIDS*. 2021;33, 139-50, doi:10.14456/taj.2021.12. (in Thai).
 21. Weissman S, Duffus WA, Iyer M, Chakroborty H, Samantapudi AV, Albrench H. Rural-urban differences in HIV viral loads and progression to AIDS among new HIV cases. *South Med J*. 2015; 108: 180-8.
 22. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q*. 1988; 15(4): 351-77.
 23. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14): 1623-34.
 24. Pongsuwan Y. Performance Standards of the Human Research Ethics Committee, Department of Medical Sciences. Human Research Ethics Committee, Department of Medical Sciences, 2016. (In thai)
 25. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14): 1623-34.
 26. Boonlom M. Factors associated with the incidence of hypertension in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in community hospitals in Phuket. *Journal of Medicine District 11*. 2019; 33: 427-40. (in Thai).
 27. Donnelly CA, Bartley LM, Ghani AC, Le Fevre AM, Kwong GP, Cowling BJ, et al. Gender difference

- in HIV-1 RNA viral loads. *HIV Med.* 2005; 6(3): 170-8.
28. Cescon A, Patterson S, Chan K, Palmer AK, Margolese S, Burchell AN, et al. Gender Differences in Clinical Outcomes among HIV-Positive Individuals on Antiretroviral Therapy in Canada: A Multisite Cohort Study. *PLoS ONE.* 2013; 8(12): e83649
29. Mosha F, Muchunguzi V, Matee M, Sangeda RZ, Vercauteren J, Nsubuga P, et al. Gender differences in HIV disease progression and treatment outcomes among HIV patients one year after starting antiretroviral treatment (ART) in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Publ Health.* 2013; 13: 38.
30. Chesney M. Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care STDS.* 2003; 17: 169-77.
31. Paterson DL, Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Ann Intern Med.* 2000; 133(1): 21.
32. Wirotjariyakon S. Effects of Pharmacist Continuous Drug Administration Clinic Services in HIV-Infected Persons at Ron Phibun Hospital. [Master's Thesis of Pharmacy]. Songkhla: University Songkhla Nakarin. 2013. (in thai)
33. Maneesriwongkul W, Wisutthiphan PK. Relationship between health behaviors and continuity of antiretroviral therapy in HIV-infected people. *Journal of Public Health Nursing.* 2016; 29(2): 1-14. (in Thai).
34. Ohl M, Lund B, Belperio, et al., Rural residence and adoption of a novel HIV therapy in a national, equalaccess healthcare system. *AIDS and behav.* 2013; 17(1): 250-9.
35. Hoenigl M, Chaillon A, Moore DJ, Morris SR, Mehta SR, Gianella S, et al. Rapid HIV Viral Load Suppression in those Initiating Antiretroviral Therapy at First Visit after HIV Diagnosis. *Sci Rep* 2016; 6:32947.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในอำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี

ลำดวน เกิดประสพสุข พย.ม.*

อุเทน สุทิน PhD*

วนิดา ประเสริฐ PhD**

สุวรรณา ปรานีดีพลกรัง B.P.H.*

อภิเชษฐ์ จำเริญสุข PhD***

(วันรับบทความ: 25 สิงหาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 31 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 3 พฤศจิกายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัจจุบันการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ และยังส่งผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ยังพบความไม่พร้อมในการดูแลตนเอง และบุตร การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในอำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 122 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ประกอบด้วย แบบสอบถามการเผชิญปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.39 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยการเผชิญปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ($r = .568$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .726$) มีความสัมพันธ์อย่างทางบวกกับกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และพบว่าการเผชิญปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถคาดการณ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้ร้อยละ 37.0

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้คือ ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนการเผชิญปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการสื่อสารภายในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว จากเพื่อน จากครู โรงเรียน และการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ ถ้องถิ่น และสวัสดิการของภาครัฐที่เข้ามาสนับสนุน เงินช่วยเหลือกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่นหลังคลอด การเผชิญปัญหา แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต

*กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลปอทอง อำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

***หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

*ผู้ประสานงานการตีพิมพ์ E.mail : jo090382@gmail.com โทร. 096-9636167

The Relationships among Coping, Social Support, and Quality of Life among Postpartum Adolescent Mothers in Bothong District, Chonburi Province

Lamduan Kerdprasopsuk M.N.S.*

Uten Sutin PhD*

Vanida Prasert PhD**

Suwanna Praneetpolkrang B.P.H.*

Apichet Jumneansuk PhD***

(Received Date: August 25, 2022, Revised Date: October 31, 2022, Accepted Date: November 3, 2022)

Abstract

Pregnancy in adolescents is national health problem and has an effect on young mothers who are not well-prepared, or ready, to care for themselves and their baby. This study aimed to explore the relationships among coping with problems, social support, and quality of life in postpartum adolescent mothers, and determine the factors predicting quality of life among postpartum adolescent mothers in Bothong district, Chonburi province. Researchers recruited 122 postpartum adolescent mothers into the study. Data were collected using a three-part self-administered questionnaire, comprising of coping with problems, social support, and quality of life questionnaires in relation to adolescent pregnancy. All data were analyzed using Pearson's product-moment correlation coefficients and stepwise multiple regression analysis.

Results showed 66.39% of postpartum adolescent mothers had a moderate quality of life. Coping with problems ($r = .568$) and social support ($r = .726$) were significantly associated $p < 0.01$ with the quality of life of postpartum the adolescent mothers respectively. In addition, coping with problems and social support could jointly explain 37% of the variance in quality of life among postpartum adolescent mothers.

The findings of this study suggest that postpartum adolescent mothers should be encouraged to cope with problems, whether they be physical, emotional, or mental health problems, foster relationships and communication among their family, and seek social support from family, peers, teachers, and schools. Moreover, the government should devise and promote policies to improve the quality of adolescent life, especially for adolescents who are unprepared pregnancy, to enhance their future quality of life.

Keywords: postpartum adolescent mothers, coping with problems, social support, quality of life

*Primary and holistic work groups, Bo Thong Hospital, Bo Thong District, Chonburi Province

**Sirindhorn College of Public Health Chonburi

***Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani, Thailand

*Corresponding Author .Email:jo090382@gmail.com Tel: 096-9636167

คนต่อพันคน 15.05 คนต่อพันคน และ 13.08 คนต่อพันคน พบปัญหาภาวะเครียดหลังคลอดร้อยละ 37.4 ปัญหาแผลเย็บร้อยละ 44.3 ปัญหาการให้นมบุตร 64.1 รวมถึงการกระตุ้นพัฒนาการทารกตามวัยร้อยละ 56.3 รวมถึงประสาทางครอบครัวร้อยละ 37.2 ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจร้อยละ 57.3 เป็นต้น จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นยัง พบว่ามารดาวัยรุ่นยุติการเรียนร้อยละ 64.1 ต้องหางานที่ช่วยเสริมในการสร้างรายได้ครอบครัว พบปัญหาการหย่าร้างเกิดขึ้นในกลุ่มมารดาวัยรุ่น ซึ่งเป็นผลที่จะสะท้อนปัญหาทางสังคมในอนาคต ในเรื่องคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นและลูกต่อไป โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ต้องเผชิญปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ ความสัมพันธ์และการสื่อสาร กับบุคคลใกล้ชิดเป็นส่วนใหญ่ และยังต้องการแรงสนับสนุนต่าง ๆ ทางสังคม^{9,11} ดังนั้นผู้วิจัยได้สนใจและนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้การศึกษาครั้งนี้ โดยใช้แนวคิดการคืนสภาพของครอบครัว (Resiliency Model of Family Adjustment and Adaptation)¹⁰

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทำนายความสัมพันธ์ (Correlational predictive design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่คลอดบุตรที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบ่อทองคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้

รวมถึงแนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคม เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในอำเภอบ่อทอง

เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นประโยชน์ต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้ได้รับการสนับสนุนในการในการพัฒนาตนเองสามารถพึ่งตนเอง พร้อมทั้งก้าวผ่านอุปสรรค และปัญหา นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบริบทของสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับบริการคลอดโรงพยาบาลบ่อทอง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โรงพยาบาลบ่อทอง
3. ศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างการเผชิญปัญหามารดาวัยรุ่นหลังคลอดและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอด

หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ (Power analysis) เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามแนวทางของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .80 และค่าอิทธิพลหรือขนาดของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (Effect Size) เท่ากับ .075 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 122 ราย

เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้
1) อายุไม่น้อยกว่า 20 ปีและคลอดบุตรอายุ 6 เดือนขึ้นไปในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี 2) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร

มีการรับรู้และสามารถประเมินสภาพต่าง ๆ รวมทั้งมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง 3) มีสถิติสัมประสิทธิ์สมบรูณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่ซ้ำรายกัน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย**

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ข้อคำถามประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และสิทธิในการรับบริการ

2. แบบวัดการเผชิญปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่มารดาวัยรุ่นที่ต้องเผชิญปัญหาโดยสรุปได้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การเผชิญปัญหาทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 2 การเผชิญปัญหาทางด้านอารมณ์จิตใจ จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 3 การเผชิญปัญหาทางด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร จำนวน 10 ข้อ รวมข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และมีการแบ่งคะแนน 3 ระดับดังนี้ น้อย (1-50 คะแนน) ปานกลาง (51-100 คะแนน) และมาก (101-150 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับหญิงหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เท่ากับ .92

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดที่พัฒนาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีข้อคำถาม 8 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีข้อคำถาม 9 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมจากครู โรงเรียน มีข้อคำถาม 5 ข้อ และการสนับสนุนตามนโยบายภาครัฐ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง)และมีการแบ่งคะแนน 3 ระดับดังนี้ ไม่ดี (1-43 คะแนน) ปานกลาง (44-87 คะแนน) และดี (88-140 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับหญิงหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เท่ากับ 0.87

4. แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹² ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย มีข้อคำถาม 7 ข้อ ด้านจิตใจ มีข้อคำถาม 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีข้อคำถาม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 8 ข้อ มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อ เป็นข้อคำถามคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 (ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด) การหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วมาทดลองใช้ (Try Out) กับหญิงหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยนำแบบวัดคุณภาพชีวิต มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่ากับ.82

วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำแจ้ง หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอปอทอง และ หัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลปอทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มารับบริการ โรงพยาบาลปอทอง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเชิญกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายการตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของการเผชิญปัญหาของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการเพื่อพิจารณาจริยธรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง 32/63

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 13-19 ปี มีอายุเฉลี่ย 17.25 ปี (SD = 5.24) อายุของบุตร

อยู่ระหว่าง 6-3 ปี มีอายุของบุตรเฉลี่ย 1.23 ปี (SD = 2.24) ส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยตนเอง ร้อยละ 74.5 และ บิดามารดาฝ่ายหญิงเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 11.2 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 22.4 และกำลังศึกษา ร้อยละ 16.2 มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.5 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ แยกกันอยู่ ร้อยละ 36.5 ส่วนการคุมกำเนิดหลังคลอดเกือบทั้งหมด มีการคุมกำเนิด โดยใช้วิธีการฝังยาคุมกำเนิด ร้อยละ 94.2

2. การเผชิญปัญหามารดา วัยรุ่นหลังคลอด จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 89.51, SD = 12.31) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเผชิญปัญหาของมารดา วัยรุ่นหลังคลอดทุกด้านมีค่าคะแนนอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ และ สัมพันธภาพและการสื่อสาร (M = 27.46, SD = 6.42; M = 25.42, SD = 5.22; M = 24.07, SD = 3.22 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเผชิญปัญหาของมารดา วัยรุ่นหลังคลอดจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 122)

การเผชิญปัญหาของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด	Mean	SD	น้อย		ปานกลาง		มาก	
			n	%	n	%	n	%
1. ด้านร่างกาย	27.46	6.42	3	2.45	22	18.03	96	78.33
2. ด้านอารมณ์ จิตใจ	25.42	5.22	7	5.73	27	22.13	88	72.13
3. ด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร	24.07	3.22	11	9.01	35	31.73	76	62.29
รวม	89.51	12.31	7	5.73	23	18.85	92	75.40

3. การสนับสนุนทางสังคมของมารดา วัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดี (M = 112.62, SD = 12.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่าคะแนนในระดับดี ด้านสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ด้านสนับสนุนทางสังคมจากครู ด้านการสนับสนุนทางสังคมตามนโยบาย

สุขภาพ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (M = 32.94, SD = 3.96, M = 39.07, SD = 3.25, M = 28.75, SD = 4.25, M = 31.23, SD = 4.22 ตามลำดับ) และพบว่าหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.4) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 122)

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	น้อย		ปานกลาง		มาก	
			n	%	n	%	n	%
1. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	32.54	3.96	7	5.73	11	9.01	104	85.26
2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	39.07	3.25	11	9.01	21	17.21	90	73.77
3. การสนับสนุนทางสังคมจากครู	28.75	4.25	6	4.91	15	12.29	101	82.80
4. การสนับสนุนทางสังคมตามนโยบายสุขภาพพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	31.23	4.22	12	9.83	32	26.22	78	63.95
รวม	112.62	12.53	7	5.73	23	18.85	92	75.40

4. คุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 79.25, SD = 14.88) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าคะแนนอยู่ในระดับดี (mean = 19.96, SD = 3.15) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย และ

ด้านสัมพันธภาพสังคม มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 21.23, SD = 3.22, mean = 22.14, SD = 4.25 และ mean = 8.65, SD = 3.22 ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.39) มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ระบุแต่ละมิติ (n = 122)

คุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	ช่วงคะแนนต่ำสุด-สูงสุด	SD	น้อย		ปานกลาง		ดี	
			n	%	n	%	n	%
1.ด้านร่างกาย	(16-28 คะแนน) 22.14	4.25	22	18.03	87	71.31	13	10.66
2.ด้าน อารมณ์ จิตใจ	(12-28 คะแนน) 19.96	3.15	5	5.41	32	26.22	85	69.67
3.ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม	(6-13 คะแนน) 8.65	3.22	26	21.31	82	67.21	14	11.48
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	(11-33 คะแนน) 21.23	3.82	12	9.83	76	62.29	34	27.88
รวม	(33-109 คะแนน) 79.25	14.88	18	14.75	81	66.39	23	18.86

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่าการเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทาง

สังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับปานกลาง ($r = .568, p < .01$ และ $r = .726, p < .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n = 122)

ตัวแปร	1	2	3
การเผชิญปัญหา	1.00		
แรงสนับสนุนทางสังคม	.842**	1.00	
คุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด	.568**	.726**	1.00

6. ผลการศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างการเผชิญปัญหาการมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอด พบว่า แรงสนับสนุน

ทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอดโดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอดได้ ร้อยละ 37 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยระหว่างสมาคมเผชิญปัญหาและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n = 122)

ตัวแปร	b	Beta	R	R ²	R ² _{change}	R ² _{adj}	t	P-value
การเผชิญปัญหา	0.356	0.457	0.689	0.352	0.375	0.364	6.231	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.254	0.251	0.611	0.371	0.02	0.372	2.552	<.001

Constant = 5.251 F = 49.347

การอภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในอำเภอบ่อทองอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากกลุ่มมารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และยังคงศึกษาในสถาบันเดิมทั้งนี้อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตของหญิงหลังคลอดนั้น อยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ โดยตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมในการดำรงชีวิต¹³ การศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด คือ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา^{14,15} รวมถึงการศึกษาคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด พบว่าด้านความสัมพันธ์ของคู่สมรส (mean=26.5±2.8:25.6±2.8) และสังคม (mean =25.9±2.3: 24.9±2.4) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิต พบว่าแรงสนับสนุนทางครอบครัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ช่วยเหลือสนับสนุนเรื่องการเลี้ยงดูบุตรได้เป็นอย่างดี มีการสนับสนุนทางการให้ข้อมูลการเลี้ยงดูบุตร และค่าใช้จ่ายในช่วงหลังคลอดสอดคล้องกับการศึกษา Sungworawongpana, Mohammad^{16,17} การสนับสนุนของครอบครัวโดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมบทบาทมารดานั้น ได้แก่ การให้ครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขณะอยู่ที่บ้านได้เนื่องจากครอบครัวเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ช่วยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการแสดงบทบาทมารดาที่เหมาะสม สามารถพัฒนาบทบาทมารดาให้ประสบความสำเร็จได้ ด้านการสนับสนุนจากโรงเรียน และครู พบว่ามารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ระหว่างการศึกษามีการดูแลช่วยเหลือจากทางโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น เรื่องการพูดคุยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเรื่องการเรียน และวางแผนตารางการเรียน เพื่อให้จบการศึกษา และยังแสดงให้เห็นว่าบุคคลแรกส่วนใหญ่ที่เด็กพูดคุยเรื่องการช่วยเหลือจะเป็นคุณครูประจำชั้นเรียน สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติมาตรการและแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน¹⁵ ประกอบด้วย 4 ด้านดังต่อไปนี้ 1) การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กนักเรียน 2) การเฝ้าระวัง การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน 3) การดูแลให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน 4) การสร้างความตระหนักและการพัฒนาการมีส่วนร่วมของสังคมสำหรับการดูแลให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน การสนับสนุนจากสังคมเพื่อนในการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการช่วยเหลือจากเพื่อนในเรื่องการพูดคุยให้กำลังใจ ช่วยเหลือเรื่องการเรียน และบางส่วนให้การช่วยเหลือเรื่องเงินบ้างเพื่อใช้จ่าย และพบว่าเมื่อเกิดปัญหาทางด้านความเครียดมารดาวัยรุ่นเลือกที่จะพูดคุยกับสังคมเพื่อนก่อน¹⁶⁻¹⁸ ซึ่งในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มนี้มีการรับรู้ต่อปัญหาและสามารถเผชิญปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ รวมถึงสัมพันธภาพ และการสื่อสารภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมในการดำรงชีวิตเป็นอย่างดี

โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าด้านร่างกาย อารมณ์ด้านจิตใจ สัมพันธภาพ และการสื่อสาร มีค่าคะแนนอยู่ในระดับดี ซึ่งมารดาวัยรุ่นหลังคลอด รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายกับลูก และครอบครัวของตนเอง รู้สึกภูมิใจที่ได้มีบทบาทที่เป็นแม่ และคลอดลูกออกมาแบบสมบูรณ์ ทางด้านอารมณ์ จิตใจ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบว่า มีสภาพจิตใจในช่วงหลังคลอดอยู่ในระดับดี แต่พบในเรื่องอารมณ์หงุดหงิดบ้างในบางช่วงเวลา แต่สามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาศิริวรรณ กำแพงพันธ์¹⁸ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย มักครุ่นคิดถึงแต่เรื่องของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อมหรือเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสจะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวว่าผู้ปกครองจะวิตกกังวล สับสนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกอาย ทางด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสารพบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่วนใหญ่ที่ยังอยู่กับสามีจะมีสัมพันธภาพและการสื่อสารอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาพรนภา เจริญสันต์¹⁹ และ Amal Boutib²⁰ การเผชิญปัญหา กับ แรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ่อทอง มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 35.0 ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัย ทางด้านการเผชิญปัญหา และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เนื่องจากการเผชิญปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพและการสื่อสารภายในครอบครัวอยู่ในระดับดี เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถเพิ่มการดูแลตนเอง และการดูแลบุตรเกิดจากการสามารถเผชิญกับปัญหาในช่วงหลังคลอดทั้งด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง สภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ การจัดการกับภาวะเครียดหลังคลอด การให้นมบุตร รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และสิ่งแวดล้อม หากสามารถปรับตัวรวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สามี เพื่อน ที่เข้ามาช่วยเหลือ และสนับสนุน จะทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดผ่านปัญหาและอุปสรรคได้จะสามารถส่งผลคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoosuan²¹ และ Rouhi²²

ข้อเสนอแนะ นำผลการศึกษาไปทำสร้างแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่

ยังไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง และบุตรในช่วงหลังคลอด ซึ่งจะส่งผลต่อการเผชิญปัญหา ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และบุตรต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมารดาวัยรุ่นหลังคลอดผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาช่วยให้คำแนะนำ และการเขียนงานศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

1. Chang W. Neo A. Fung D. In Search of Family Resilience. *Psychology*. 2015; 6(13): 1595-1607. https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2015100910530357.pdf
2. McCubbin HI, Patterson JM. Family adaptation to crises. In H.I. McCubbin A. Cauble J.M. Patterson (Eds.), *Family stress, coping, and social support*. 26-47). Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1982.
3. Khongchana K, Chukumnerd P, Chatchawet W. Development of Practice Guideline using Yogic Health Promotion for Pregnant Women. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2014; 34(3): 1-18. (in Thai).
4. Hamathulin S, Theerakulchai J, Pumanasakul S. The effects of selected factors on quality of life among postpartum mothers. *Vajira Nursing Journal*. 2016; 18 (1):18-24. (In Thai)
5. Maneein M. Comparative Study of Postpartum Quality of Life between Patients Having Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Journal of Health Sciences*. 2015; 24(4): 648-658. (In Thai)
6. Phantaeng Y, Chamroonsawasdi K, Suparp J, Kittipichai W. Factors Influencing Health Related Quality of Life among Adolescent Mothers with Infants Aged Less Than Six Months in Suphanburi Province. *Journal of Public Health*. 2016; 46(2): 22-37: 128-40. (In Thai)

7. Narong T, Supasri P, Siriarunrat S. Effect of the Maternal Roles Enhancing Program on Perception of Family Support and Success in Maternal Role Attainment among Postpartum Adolescents. The journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2014; 22(1): 15-26. (In Thai)
8. Singthong N, Luecha W, Juntima P, Taweecheep T, Ferngna S, Namnai S, et al. Risk Behavior In Premature Pregnancy. Secondary School Tumbon Banprang Amphoe Dan khun Thot Nakhon Ratchasima Province. Proceeding of the 2nd National academic conference 2018 Nakhon Ratchasima college. Nakhon Ratchasima province, Thailand. 2018: 80-4. (In Thai)
9. Natrujirote W. Mobilizing Process for Teen Pregnancy Prevention. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University. 2018; 20: 1-17. (In Thai)
10. Ushma D. Development and Validation of the Sexual and Reproductive Empowerment Scale for Adolescents and Young Adults. Int. J. Public Health 2022; 11(3): 86-94.
11. Thammarat R, Supasri P, SiriArunrat S. Factors Associated with the Maternal Role Attainment of Teenage Muslim Mothers. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017; 9(3): 37-47.
12. Yirgalem T, Gistane A. Health-Related Quality-of-Life and Associated Factors Among Post-Partum Women in Arba Minch Town. International Journal of Women's Health. 2021; 13:601-611.
13. Mekkamol K, Wichainprapha A. The roles of nurses in teenage mother's caring Journal of Health Science Research. 2018; 12(2): 69-77.
14. Sungworawongpana K. Self-Efficacy in Child Rearing and Quality of Life among Adolescent Mothers in the Northeast of Thailand. Kathmandu Univ Med J. 2017; 17(58): 322-8.
15. Mohammad KI, Sabbah H. Informative title: Effects of social support, parenting stress and self-efficacy on postpartum depression among adolescent mothers in Jordan. J Clin Nurs. 2021; 30(23): 3456-65. doi: 10.1111/jocn.15846.
16. Alsabah T, Vittrup B. Impact The Negative Effects of Insufficient Support Systems on Kuwaiti Mothers of Children with Disabilities. DOMES.2017; 26(2), 422-41. doi.org/10.1111/dome.12110
17. O'Connor PJ, Poudevigne MS. Effects of Resistance Training on Fatigue-Related Domains of Quality of Life and Mood During Pregnancy: A Randomized Trial in Pregnant Women With Increased Risk of Back Pain. Psychosom Med, 2018; 80(3): 327-32. doi: 10.1097/PSY.0000000000000559.
18. Kamphaengphan S, Kaewpornsawan T, Apinuntavech S. Psychosocial Factors Associated with Teenage Pregnancy Attending Antenatal Care Clinic at Siriraj Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011; 56(3): 255-66. (In Thai)
19. Chareoesan P. The Quality of Life among pregnant women who received antenatal care at Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 13(3): 47-59.
20. Boutib A, Chergaoui S, Marfak A. Quality of Life During Pregnancy from 2011 to 2021: Systematic Review. Int J Womens Health. 2022; 2(14): 975-1005. doi: 10.2147/IJWH.S361643.
21. Hoosuwan N, Eriksson L. Antenatal depressive symptoms during late pregnancy among women in a north-eastern province of Thailand: Prevalence and associated factors. Asian J Psychiatr. 2018; 36: 102-7. doi: 10.1016/j.ajp.2018.06.012.
22. Rouhi M, Stirling CM. Mothers' views of health problems in the 12 months after childbirth: A concept mapping study. J Adv Nurs. 2019; 75(12): 3702-14. doi: 10.1111/jan.14187.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของบิดามารดา หรือผู้ปกครองภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดหนึ่งในภาคใต้

มยุรี ยี่ปาโล๊ะ พยม.*

เชมพัทธ์ ขจรกิตติยา ศษ.ม.**

ยุซรอ เล้าแม พยม.**

ซูรียะห์ สาละมิง พยบ.***

นุศรา ดาวโรจน์ วท.ม. **

(วันรับบทความ: 31 ตุลาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 1 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 1 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่พาบุตรมารับบริการแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา โดยใช้วิธีสุ่มแบบบังเอิญ จำนวน 116 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย และ 3) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือปัจจัยในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย และ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง เท่ากับ 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับมาก ($M = 3.24$, $S.D. = 0.82$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และ ความวิตกกังวล อยู่ในระดับมาก โดยด้านปัจจัยเอื้อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านปัจจัยเสริม ($M = 4.08$, $S.D. = 0.44$ และ ($M = 3.95$, $S.D. = 0.53$ ตามลำดับ) โดยทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา ($R^2 = .261$) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เด็กปฐมวัย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

**อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: mayuree@bcnyala.ac.th Tel: 089-6582353

Factors Influencing Early Childhood Health Care Behaviors of Parents or Guardians During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): the Situation in a Province in Southern Thailand

Mayuree Yeepaloh M.N.S.*

Khemmapat Kajornkittiya M.Ed.**

Userow Lohmae M.N.S.**

Sureeyah Salaebing B.N.S.***

Nutsara Dowrote M.Sc.**

(Received Date: October 31, 2022, Revised Date: December 1, 2022, Accepted Date: December 1, 2022)

Abstract

This descriptive research study aimed to examine the factors Influencing early childhood health care behaviors of parents and guardians during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic situation in Yala province in Southern Thailand. The participants were 116 parents and guardians who brought their children to the Children's Health Clinic at the Health Promoting Hospital of the twelfth Health Center in Yala province were recruited using convenience sampling. Data were collected between February and May 2021. The study questionnaires included the 1) general information data record, 2) factors in early childhood health care, and 3) early childhood health promotion behaviors of parents questionnaires. The reliability of the second and third research tools based on Cronbach's alpha co-efficient were 0.71 and 0.73, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and Multiple Regressions.

The results showed that parents had high levels of early childhood health care behaviors ($M = 3.24$, $S.D. = 0.82$), as well as high level had average scores for predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and anxiety. Reinforcing factors ($M = 4.08$, $SD = 0.44$) had the highest average score, closely followed by enabling factors ($M = 3.95$, $S.D. = 0.53$). Based on the multiple regression analysis, attitude was a factor that influenced early childhood health care behaviors of parents and guardians in Yala Province during the situation of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic ($R^2 = .261$). Therefore, parents and guardians should be encouraged to have positive attitudes, which will result in them exhibiting good health care behaviors for their children who are in early childhood.

Keywords: Factors, Health Care Behaviors, Early Childhood, The Coronavirus Disease 2019

*Instructor, Department of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Yala.

**Instructor, Department of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Yala.

***Registered nurse, Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 12 Yala.

*Corresponding Author Email: mayuree@bcnyala.ac.th Tel: 089-6582353

บทนำ

เด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตทั้งอวัยวะภายในและภายนอกอย่างรวดเร็ว โดยช่วงอายุแรกเกิด ถึง 2 ปี จะมีการเจริญเติบโตของระบบประสาทสูงสุดร้อยละ 75 ของทั้งหมด และจะมีการเจริญเติบโตถึงร้อยละ 90 ของทั้งหมดเมื่ออายุ 3 ปี ภาวะโภชนาการที่ดีจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีสุขภาพดีตลอดชีวิต หากเด็กได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตดี การพัฒนาสมองดี เรียนรู้เร็วและฉลาด ซึ่งการเจริญเติบโตจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับพัฒนาการ การมีภาวะโภชนาการที่ดีจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ในทางตรงกันข้ามหากเด็กได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะส่งผลให้เด็กตัวเล็ก ผอม เติบโตช้า และยังส่งผลต่อการพัฒนาของสมองทำให้สติปัญญาต่ำ เรียนรู้ช้า ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า 'ไม่เหมาะสมตามวัย'^{1,2} อย่างไรก็ตามปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae มีรายงานการพบเชื้อมาตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1965 โดยสามารถติดเชื้อได้ทั้งในคนและสัตว์ ทำให้มีอาการแสดงในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท หรือระบบอื่น ๆ การติดเชื้อพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบมากในเด็ก อาจพบมีการติดเชื้อซ้ำได้ เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันจะลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังการติดเชื้อ ซึ่งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 1,920,189 คน เสียชีวิตสะสม 19,260 คน โดยจังหวัดยะลาเป็น 1 ใน 5 จังหวัดที่พบจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด³ และในปี พ.ศ. 2564 จังหวัดยะลา มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 10,626 ราย⁴ แม้ว่าในยอดผู้เสียชีวิตไม่ใช่ผู้ป่วยเด็ก แต่เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ที่ตัวเล็กการดูแลสุขภาพเด็กในสภาวะที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 อยู่ทั่วโลกนี้ย่อมต้องมีความละเอียดอ่อน อดทน ใส่ใจมากกว่าในวัยอื่น ๆ ซึ่งการแพร่ระบาดของเชื้ออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กของมารดาได้

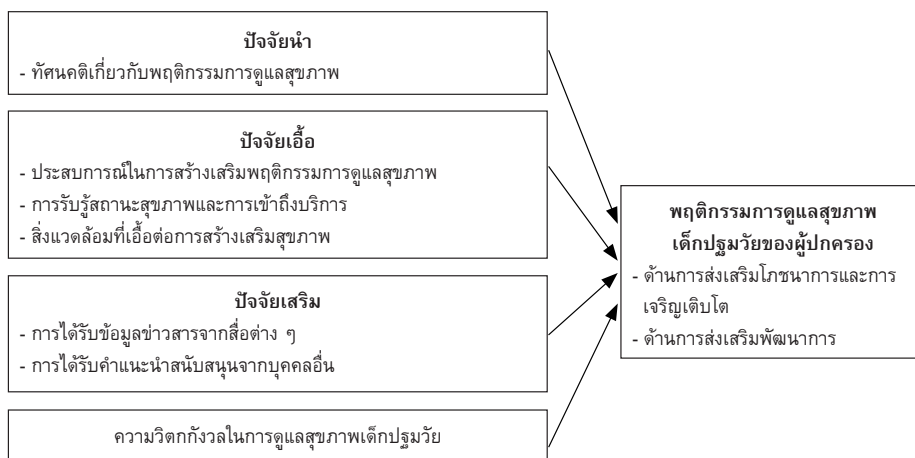
เด็กปฐมวัยที่มีภาวะขาดสารอาหารในประเทศไทยยังคงมีจำนวนมาก โดยเฉพาะในภาคใต้มีเด็กปฐมวัยขาดสาร

อาหารมากที่สุดร้อยละ 11 รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคอีสาน และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ร้อยละ 9.1, 8.3, 6.3 และ 5.3 ตามลำดับ) โดยในภาคใต้ จังหวัดนราธิวาส มีเด็กปฐมวัยที่มีภาวะขาดสารอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 29) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 11 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกว่า 2 เท่า ในขณะที่จังหวัดยะลา ปัตตานี สงขลาและสตูล อัตราอยู่ที่ร้อยละ 21, 19, 17 และ 13 ตามลำดับ⁵ โดยจังหวัดยะลาพบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 44.4 และยังพบว่าเด็กปฐมวัยในจังหวัดยะลาพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 29.69

อย่างไรก็ตามเด็กปฐมวัยเป็นวัยที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพได้เอง ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็ก ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ โดยแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ศักยภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ประสพการณ์ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพและการเข้าถึงบริการ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลอื่น รวมถึงความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แม้ว่าปัจจุบันจะมีวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แต่ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อและต้องระมัดระวังในการใช้ชีวิต โดยปฏิบัติตามวิถีชีวิตใหม่ อย่างไรก็ตามปัญหาขาดสารอาหารและพัฒนาการล่าช้ายังคงเป็นปัญหาสำหรับพื้นที่จังหวัดยะลา เด็กที่ขาดสารอาหารจะส่งผลในระยะยาวต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ซึ่งการขาดสารอาหารเฉียบพลันรุนแรง จะเพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น⁶ ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา



วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทการวิจัย เป็นการศึกษาระบบบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในจังหวัดยะลา
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่พาบุตรมารับบริการแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา โดยใช้วิธีสุ่มแบบบังเอิญ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) กำหนดขนาดอิทธิพล .15 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .90 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Krueger⁷ และแนวคิดวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ในการศึกษาครั้งนี้เน้นส่วนของ PRECEDE ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล 2) ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน 3) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาทบทวนแนวคิด ตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้/เดือน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความให้สมบูรณ์

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาทบทวนแนวคิด ตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา

ประกอบด้วย 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในระดับมากที่สุด (ช่วงคะแนน 4.21-5.00) มาก (ช่วงคะแนน 3.41-4.20) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61-3.40) น้อย (ช่วงคะแนน 1.81-2.60) และน้อยมาก (ช่วงคะแนน 1.00-1.80)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ การรับรู้สถานะสุขภาพและการเข้าถึงบริการ จำนวน 4 ข้อ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของปัจจัยเอื้อ การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมากที่สุด (ช่วงคะแนน 4.21-5.00) มาก (ช่วงคะแนน 3.41-4.20) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61-3.40) น้อย (ช่วงคะแนน 1.81-2.60) และน้อยมาก (ช่วงคะแนน 1.00-1.80)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ และ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลอื่น จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของปัจจัยเสริม การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมากที่สุด (ช่วงคะแนน 4.21-5.00) มาก (ช่วงคะแนน 3.41-4.20) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61-3.40) น้อย (ช่วงคะแนน 1.81-2.60) และน้อยมาก (ช่วงคะแนน 1.00-1.80)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยว

กับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมากที่สุด (ช่วงคะแนน 4.21-5.00) มาก (ช่วงคะแนน 3.41-4.20) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61-3.40) น้อย (ช่วงคะแนน 1.81-2.60) และน้อยมาก (ช่วงคะแนน 1.00-1.80)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาทบทวนแนวคิด ตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ ทำทุกครั้ง ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง และ ไม่ทำเลย การแปลความหมาย ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยมาก การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุด (ช่วงคะแนน 4.21-5.00) มาก (ช่วงคะแนน 3.41-4.20) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61-3.40) น้อย (ช่วงคะแนน 1.81-2.60) และน้อยมาก (ช่วงคะแนน 1.00-1.80)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 2 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำเครื่องมือเก็บข้อมูลมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ระหว่าง 0.66-1

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบสอบถาม

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย แบบสอบถามปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้เท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมโดยมีผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้เก็บข้อมูลโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยแนะนำตัวผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและผู้วิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนการตอบแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มต้นการสอบถามที่เป็นข้อมูลทั่วไปก่อน และอธิบายการให้คำตอบแบบสอบถามทีละขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงแรกของการรับบริการก่อนการฉีดวัคซีนสถานที่เก็บข้อมูลเป็นส่วนตัวไม่ถูกรบกวนด้วยผู้รับบริการรายอื่น ๆ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10-15 นาทีหลังจากตอบข้อคำถามเสร็จแล้วจะตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลในกรณีที่ไม่เรียบร้อย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลครบถ้วน และให้คะแนนแบบสอบถามพร้อมลงรหัสข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. พิจารณาสีทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายว่าการวิจัยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการระบุชื่อในแบบสอบถาม รายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกทำลายใน 2 สัปดาห์หลังจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวระหว่างการดำเนินการวิจัยได้หากไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาต่อ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแล

ที่จะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความวิตกกังวล และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ซึ่งข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษามนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เอกสารรับรองเลขที่ BCNYA 18/ 2563

ผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 86) อายุระหว่าง 26-30 ปี และ 31-35 ปี (ร้อยละ 25) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 87.9) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.1) ส่วนใหญ่ไม่ทำงาน (ร้อยละ 31.0) รายได้ 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 23.3)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.7) คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 82.8) น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (ร้อยละ 84.5) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (ร้อยละ 81.9) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงสมส่วน (ร้อยละ 82.8) มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 94) และได้รับนมแม่ครบ 6 เดือน (ร้อยละ 42.2)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความวิตกกังวล และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.24$, $S.D. = 0.82$) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และ ความวิตกกังวล อยู่ในระดับมาก โดยด้านปัจจัยเอื้อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านปัจจัยเสริม ($M = 4.08$, $S.D. = 0.44$ และ $M = 3.95$, $S.D. = 0.53$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความวิตกกังวล และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย (n = 116)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ปัจจัยนำ	3.84	0.32	มาก
ปัจจัยเอื้อ	4.08	0.44	มาก
ปัจจัยเสริม	3.95	0.53	มาก
ความวิตกกังวล	3.64	0.58	มาก
พฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย	3.24	0.82	มาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา

คะแนนดิบ

$$Y = .841 + .636 (\text{ทัศนคติ})$$

คะแนนมาตรฐาน

$$Z(\text{พฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย}) = .261 (\text{ทัศนคติ})$$

เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

จากสมการอธิบายจากสูตรได้ว่า ทัศนคติเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มขึ้น .261 หน่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์พหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา

ปัจจัย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	.841	.885		.951	.344
ปัจจัยนำ (ทัศนคติ)	.636	.229	.261	2.771	.007

R = .261 R² = .068 adj R² = .059 P-value = .007

การอภิปรายผล

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลาอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภัสสร นวลสีทอง และคณะ⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมเตรียมอาหารของผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมโภชนาการแก่เด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมาก แต่อาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชญาพร ริสระ และคณะ⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของโสพิณทร์ แก้วมณี และคณะ¹⁰ พบว่าการปฏิบัติตนผู้ดูแลเด็กในการประเินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนใน

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แต่การส่งเสริมสุขภาพเด็กก็เป็นสิ่งที่ผู้ปกครองต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากช่วงปฐมวัยเป็นระยะที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาการทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมและบุคลิกภาพ¹ แต่อาจต้องเพิ่มความระมัดระวังในการป้องกันเด็กจากโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID -19) มากขึ้น ดังจะเห็นจากการศึกษาของดิษรา ผางสง่า และศศิลักษณ์ ขยันกิจ¹¹ โดยพบว่า การปฏิบัติของผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขอนามัยเด็กวัยอนุบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านของการจัดเตรียมอุปกรณ์อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเรื่องเวลาแล้วพบว่า ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ถือเป็นช่วงเวลาที่ผู้ปกครองมีเวลาอยู่กับลูกมากขึ้น ส่งผลให้

ผู้ปกครองมีเวลาที่จะดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยได้มากขึ้น¹¹

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา คือ ปัจจัยนำ (ทัศนคติ) โดยทัศนคติเพิ่มขึ้นจะทำให้พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพิ่มขึ้น ซึ่งทัศนคติเป็นปัจจัยนำและเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อแสดงพฤติกรรม⁷ การที่ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเด็กในระดับมากส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กมากขึ้นเช่นกัน จะเห็นว่าทัศนคติของผู้ปกครองมีความสำคัญมากต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็ก ดังการศึกษาของทิววรรณ เทพา¹² ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของอุพริกา โยสิทธิ์¹³ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองในจังหวัดยะลา ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลากหลาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทราบวิธีการปฏิบัติตัวในสถานการณ์การแพร่ระบาด และจากการศึกษาของ ยุซรอ เลาะมะ¹⁴ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดยะลา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนได้ จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองในพื้นที่จังหวัดยะลาที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เช่นเดียวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย เมื่อผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะใน

สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะทำให้ผู้ปกครองปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงตามวัย

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ดียิ่งขึ้น โดยจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยต่อไปอย่างต่อเนื่อง
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ และขอขอบคุณทุก ๆ ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

1. Chumai T. Early childhood growth and development. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2016; 1 (2): 18-33. (in Thai)
2. Department of Health. Study report factors affecting development Thai early childhood the 6th time, Thailand; 2017. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Coronavirus disease 2019 situation report [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 15] Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no668-011164.pdf>. (in Thai)
4. Yala Provincial Statistical Office. Analysis of the epidemic situation of COVID-19, Yala Province, 2021. Yala : O.K. copy center and printing ; 2021. (in Thai)

5. UNICEF. Survey on the situation of children and women in Thailand 2017 [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 04]. Available from : <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-1-12.html>. (in Thai)
6. Mo-suwan L, Puwanant M, Phosuwattanakul J, Suthutvoravut U, Jongpipatwanich S, Chongviriyaphan N, et al. Clinical Practice Guidelines for the Pediatric Inpatient Treatment of Severe Acute Malnutrition 2019. Thai JPEN. 2020; 28(1) : 10-39. (in Thai)
7. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019; 12(1): 38-48. (in Thai)
8. Nualsithong N, Phuchongchai T, Thongsawang K. Parental nutrition promotion for preschool children in tambon nafai child development center, Mueang District, Chaiyaphum Province. Regional Health Promotion Center 9. 2020.; 14(35): 483-494. (in Thai)
9. Thisara P, Ponmark J, Seekhao P, Sinlapawit-thayathon B. Predictive factors of parental behaviors on promoting early childhood development in Phayao province. Journal of Nursing and Health Care. 2017; 35(2): 169-176. (in Thai)
10. Kaewmanee S, Thongrit C, Langji M. The development of an assessment and promotion model for early childhood development with participation from people in the community in the Covid-19 situation in the responsible area of Jebilang health promotion hospital, mueang district, Satun province. Journal of Council of Community Public. 2021; 3(2):72-84. (in Thai)
11. Phangsanga D, Khayankij S. Parents' Roles in promoting preschooler's health care during the spread of COVID-19 in Watamarintraram school. An Online Journal of Education (Internet). 2021; 16(2). (in Thai)
12. Thepha T. Knowledge, attitude, and perception of 6-month exclusive breastfeeding supporting behaviors of husband in the northeast region: A study in tertiary hospitals. Journal of Nursing Science & Health. 2021; 44(3):17-33. (in Thai)
13. Yosit U. Behaviors and factors associated with oral health care by parents of preschool children in child care centers, municipal Tha pha district, Lampang province. Thammasat university; 2015. (in Thai)
14. Lohmae U, Yeepaloh M, Kajornkittiya K. Factors predicting preventive behaviors of COVID-19 among guardians of preschool aged children. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022; 5(1):12-25. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้

นุรฮาอีดา เจ๊ะมามะ พย.ม***

สาริมาน มากซุซิด พย.ม*

พิชญ์ชญาธิษฐ์ เรืองเรืองกุลฤทธิ์ พย.ม*

(วันรับบทความ: 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 270 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้โดยใช้ KR-20 ได้ค่า 0.84 ด้านทักษะและด้านพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=17.93$, S.D.=1.68) มีทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับทักษะดี ($\bar{x}=3.91$, S.D.=0.48) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.06$, S.D.=0.39) ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารและทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ($r=0.14$, $r=0.17$, $r=0.14$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ($r=0.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 และรณรงค์ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรค Covid-19

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรค Covid-19 ผู้สูงอายุ

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: Nursaheeda@bcnyala.ac.th หมายเลขโทรศัพท์: 084-3438067

Relationships among Knowledge, Attitude, and Behaviors Regarding COVID-19 Infection Prevention Among Older People Living in One Municipality in Southern Thailand

Nursaheeda Chemama M.N.S.***

Satiman Makchuchit M.N.S.*

Pichayanit Ruangroengkulrit M.N.S.*

(Received Date: November 2, 2022, Revised Date: November 25, 2022, Accepted Date: November 28, 2022)

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationships among knowledge, attitude, and prevention behaviors and COVID-19 infection among older people living in one municipality of a province in southern Thailand. Two hundred and seventy older people were recruited using the G*power program and a simple sampling technique. The data were collected from January to March 2022. The research instruments were the personal data record and a set of three questionnaires about knowledge, attitudes, and prevention behaviors related to COVID-19 infections. The reliability of the questionnaire regarding knowledge about COVID-19 infection prevention was evaluated using KR-20, which yielded a value of 0.84. The reliability of the attitude and prevention behavior questionnaires were tested using Cronbach's alpha coefficients and were revealed to be 0.78 and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Correlation Coefficients.

The results demonstrated that the older people had a high level of knowledge about COVID-19 ($M=17.93$, $S.D.=1.68$), a good level of attitude towards COVID-19 infection prevention ($M=3.91$, $S.D.=0.48$), and a high level of COVID-19 infection prevention behaviors ($M=4.06$, $S.D.=0.39$). Furthermore, education regarding the information sources and attitudes towards COVID-19 infection prevention had a statistically significant positive relationship to COVID-19 infection prevention behaviors at $p<.05$ ($r=0.14$, $r=0.17$ and $r=0.14$, respectively). The older people's knowledge levels had a statistically significant positive relationship to COVID-19 infection prevention behaviors ($r=0.18$) ($p<.001$). These findings can be used as guidelines to develop programs to educate people and improve their attitudes about Covid-19 in order to promote engaging in appropriate prevention behaviors and to campaign for new normal behaviors to prevent COVID-19 infections.

Keywords: knowledge, attitude, prevention behaviors, COVID-19, Older people

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

**Corresponding author E-mail: Nursaheeda@bcnyala.ac.th Tel: 084-3438067

บทนำ

โรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) คือ โรคติดเชื้อจากไวรัสชนิดหนึ่ง ซึ่งพบการระบาดในช่วงปี 2019 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งในตอนนั้นจะรู้จักโรคนี้ในชื่อว่า ไวรัสอู่ฮั่น ก่อนที่ภายหลังจะระบุเชื้อก่อโรคได้ว่าเป็นเชื้อในตระกูลโคโรนาไวรัส แต่เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ดังนั้น ทางองค์การอนามัยโลก จึงได้ตั้งชื่อโรคติดต่อชนิดนี้ใหม่อย่างเป็นทางการ โดยมีชื่อว่า COVID-19¹ โคโรนาเป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินระบบหายใจ และจัดเป็นเชื้อไวรัสตระกูลใหญ่ที่มีอยู่หลายสายพันธุ์ เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดนี้มีสารพันธุกรรมเป็น RNA มีเปลือกหุ้มด้านนอกที่ประกอบไปด้วยโปรตีนเคลือบด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เป็นปุ่ม ๆ ยื่นออกไปจากอนุภาคไวรัส จึงสามารถเกาะตัวอยู่ในอวัยวะที่เป็นเป้าหมายของเชื้อไวรัสได้ โคโรนาไวรัสเป็นเชื้อที่ไม่สามารถอยู่เดี่ยว ๆ ได้ แต่จะแฝงตัวอยู่ในละอองฝอยจากการไอ จาม และสารคัดหลั่งอย่างน้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระ ดังนั้นการแพร่เชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ จะแพร่เชื้อผ่านการสูดดมละอองฝอยขนาดใหญ่ และละอองฝอยขนาดเล็กในอากาศ รับเชื้อเข้าไปในทางเดินหายใจทำให้เกิดโรคในทางเดินหายใจได้²

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โคโรนา-19 ยังคงขยายเป็นวงกว้างทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2564 พบว่ายอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลก จำนวน 179,545,383 ราย เสียชีวิต 3,888,524 ราย โดยประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับที่ 76 ของโลก ซึ่งประเทศไทยมียอดผู้ติดเชื้อสะสมระลอก 3 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ทั้งสิ้น 196,502 ราย เสียชีวิต 1,599 ราย ซึ่งกรมควบคุมโรค ได้รายงาน 10 อันดับจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Covid-19) ในประเทศรายใหม่สูงสุด ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ นครปฐม ชลบุรี สมุทรสาคร ปทุมธานี นนทบุรี ปัตตานี ยะลา และสงขลา ซึ่งจังหวัดยะลาจัดอยู่ใน 10 อันดับจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Covid-19) สูงสุดในประเทศ พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั้งสิ้น 921 ราย พบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 46 ราย เสียชีวิตสะสม 6 ราย³ ข้อมูลจากสาธารณสุขจังหวัดยะลา ณ วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เมื่อแยกเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภอเมืองยะลาเป็นผู้ติดเชื้อสะสมมากที่สุด จำนวน 264 ราย รองลงมาเป็นอำเภอธารโต 128 ราย อำเภอบันนังสตา 126 ราย อำเภอเบตง 113 ราย อำเภอ

ยะหา 100 ราย อำเภอกรงปินัง 99 ราย อำเภอรามัน 70 ราย และอำเภอกาบัง 21 ราย ซึ่งในจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จังหวัดยะลาเป็นผู้สูงอายุ ทั้งสิ้น 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.84 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดในจังหวัดยะลา ณ วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เมื่อศึกษาข้อมูลจากเทศบาลนครยะลา จะพบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโควิด จำนวนทั้งสิ้น 656 ราย เสียชีวิต 8 ราย⁴ ผู้สูงอายุเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากเกิดกระบวนการสูงอายุ มีการเสื่อมถอยทั้งร่างกายทุกระบบ มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงตามวัยโดยเฉพาะภูมิคุ้มกันด้านเซลล์ ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากขึ้น⁵ จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกประเทศทั่วโลก พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อ อายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่อายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 14.8-19.07⁶ ดังนั้นหากมีการติดเชื้อในผู้ที่ร่างกายไม่แข็งแรงโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงชีวิตมากกว่าคนทั่วไป³ จากสถานการณ์การระบาดดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของเทศบาลนครยะลาที่ต้องประสบกับภาวะหยุดชะงักลงเหมือนทุกที่ในประเทศไทย จากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์โควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองยะลา จังหวัดยะลา พบว่าผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติมีผลกระทบมากที่สุด ส่วนผลกระทบทางสังคมนั้นทำให้การปฏิบัติศาสนกิจเป็นไปด้วยความลำบาก และต้องระมัดระวังมากยิ่งขึ้น⁷

กรมควบคุมโรค ได้ให้แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ซึ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีลงมา ผู้สูงอายุ และคนที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปหากมีการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 แนวทางการปฏิบัติสำหรับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

1) ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ หรือเมื่อสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก 2) เลือกรับประทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ๆ ควรรับประทานอาหารแยกสำหรับ หรือหากรับประทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ 3) หากไอ จาม ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดปากจาม และทำความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากาก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการของไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก 4) งดออกจากบ้านหรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร หลีกเลี่ยงการสวมกอดหรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้ในการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือ สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) เป็นต้น 5) หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเมะเร็ง ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุไว้ ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์หากถึงกำหนดตรวจตามนัด ให้ติดต่อขอคำแนะนำจาก แพทย์ และให้ญาติไปรับยาแทน และ 6) ดูแลสุขภาพจิตใจของตนเอง ไม่ให้เครียดเกินไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ (เช่น รำมวยจีน โยคะ) ฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี ปลุกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจคลายเครียด ทำบุญ ตักบาตร เป็นต้น³

จากแนวคิดของบลูม (Bloom)⁸ ได้กล่าวว่า ความรู้พฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งความรู้ (knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาสติปัญญา และเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ ความรู้ที่ได้จะนำมาสร้างทัศนคติ สุดท้ายจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จึงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ ทัศนคติที่ค่อยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมดังเช่น จากการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรม

ของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019⁹ พบว่าประเด็นความรู้เรื่องไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดคือ โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับซาร์ส (SARS) และเมอร์ส (MERS) ร้อยละ 20 เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะฟักตัว 3-14 วัน ร้อยละ 13.33 โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ และสามารถแพร่เชื้อได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ ร้อยละ 13.33 สำหรับด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ข้อที่มีคะแนนน้อยคือ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์ เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ และล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.327$) และจากการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาสพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 17.29$, $S.D. = 3.94$) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$, $S.D. = 0.40$) มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.28$, $S.D. = 0.27$) นอกจากนี้ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19¹⁰ และจากการศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ และแหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลโควิด-19¹¹⁻¹² และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹³ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าปัจจุบันได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 มากขึ้นจากการสื่อสารหลากหลายช่องทาง

แต่ข้อจำกัดด้วยการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการมองเห็นและการรับฟังลดลง รวมถึงการรับรู้และความจำลดลงทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารหรือการพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ อาจยังไม่ถูกต้องครบถ้วนและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม¹⁴ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริม ให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติตัวที่มีความเฉพาะ ในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) เพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติจนเกิดความเคยชินได้อย่างทั่วถึงและเกิดความต่อเนื่อง

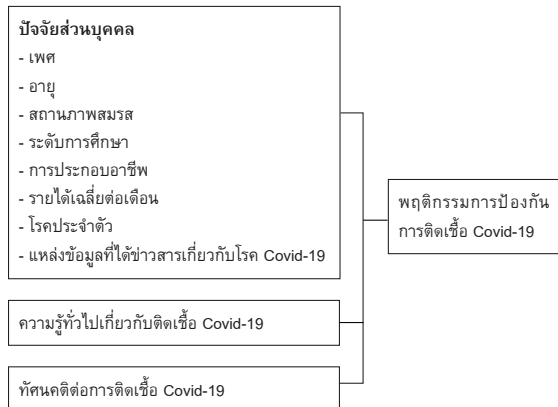
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของบลูม (Bloom)⁸ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยแนวคิดของบลูม กล่าวว่าความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ (knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อใช้มาประกอบในการตัดสินใจ 2) ทักษะคิด (attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทำที่ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (practice) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้และ

ทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 7,054 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่มติดสังคม) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G*power¹⁵ เลือก Correlation: Bivariate normal model โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .15 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 270 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก และทำการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) แล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) มีคะแนนการประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) 4) มีคะแนนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Thai Mental State Examination: TMSE) มากกว่า 23 คะแนน 5) ยินยอมเข้าร่วมและตอบแบบสอบถาม และคัดกลุ่มตัวอย่างออกเมื่อเข้าเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน และ 3) ขอลถอนตัวออกจากการวิจัยในทุกกรณี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลที่ได้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค Covid-19 และประวัติการได้รับวัคซีน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 จำนวน 35 ข้อ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ คำตอบที่ใช่ให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ใช่ และตอบว่าไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย¹⁷ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-6.66 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 6.67-13.32 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 13.32-20.00 หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

2. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 จำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบวัดประเมินค่าตามแนวของลิเคิร์ท โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ¹⁷ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน โดยมีการแปลผลคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์¹⁷ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ Covid-19 ในระดับทัศนคติดีน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ Covid-19 ในระดับทัศนคติดีน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ Covid-19 ในระดับทัศนคติปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ Covid-19 ในระดับทัศนคติดี และค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ Covid-19 ในระดับทัศนคติดีมาก

3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 จำนวน 24 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบวัดประเมิน

ค่าตามแนวของลิเคิร์ท โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ¹⁷ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ 80) ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ 61-80) ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ 41-60) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง (ร้อยละ 11-40) ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ 0-10) ให้ 1 คะแนน โดยแปลผลคะแนนออกเป็น 5 ระดับซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์¹⁷ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับน้อยมาก ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และนักวิชาการสาธารณสุขผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคระบาด แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ได้ค่า 0.75, 0.86, และ 0.95 ตามลำดับ จากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้มีค่า Kuder-Richardson: KR-20 เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แล้วนำไปหาความเที่ยง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยให้ทำความเข้าใจแบบสอบถามร่วมกัน เพื่อให้การเก็บข้อมูลได้ข้อมูลตรงมากที่สุด พักพักกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและชี้แจงขั้นตอน

การเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย และสิทธิในการออกจากการวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุตามแบบสอบถามที่ได้เตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (percentage) การวิเคราะห์ระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-moment correlation)

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากอาสาสมัครไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม สามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ และผู้วิจัยมีการใช้รหัสของข้อมูลแทนการระบุตัวตน การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาใน

มนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา (เอกสารรับรองเลขที่ BCNYA 05/2564)

ผลการวิจัย

1. จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.2) อายุระหว่าง 60-64 ปี (ร้อยละ 45.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.6) มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 43.0) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 29.6) ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.9) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 31.5) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.11) ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุดจากแหล่งข้อมูลที่ ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 74.4) และมีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุด ได้แก่ ฉีด 2 เข็ม (ร้อยละ 47.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ จำแนกข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=270)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ชาย	102	37.8	ไม่มีรายได้	58	21.4
หญิง	168	62.2	น้อยกว่า 5,000 บาท	85	31.5
อายุ			5,000-10,000 บาท	48	17.8
อายุ 60-64 ปี	124	45.9	มากกว่า 10,000 บาท	79	29.3
อายุ 65-69 ปี	79	29.3	โรคประจำตัว		
อายุ 70-74 ปี	36	13.3	มีโรคประจำตัว	192	71.11
อายุ 75-79 ปี	13	4.8	ไม่มีโรคประจำตัว	78	28.89
อายุ มากกว่า 80 ปี	18	6.7	แหล่งข้อมูลที่ได้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค โควิด-19		
สถานภาพสมรส			โทรทัศน์	172	63.7
โสด	57	21.1	อินเทอร์เน็ต	69	25.6
สมรส	169	62.6	วิทยุ	60	22.2
หย่าร้าง	44	16.3	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	109	40.4
ระดับการศึกษา			อสม.	201	74.4
ไม่ได้รับการศึกษา	80	29.6	ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	116	43.0	1 เข็ม	15	5.6
ปริญญาตรี	66	24.4	2 เข็ม	128	47.4
สูงกว่าปริญญาตรี	8	3.0	3 เข็ม	88	32.6
การประกอบอาชีพ			4 เข็ม	11	4.1
ไม่ประกอบอาชีพ	132	48.9	ไม่ได้รับวัคซีน	28	10.4
ค้าขาย	48	17.8			
ข้าราชการบำนาญ	38	14.1			
เกษียณการ	8	3.0			
รับจ้าง	33	12.2			
ธุรกิจส่วนตัว	11	4.1			

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=17.93$, $S.D.=1.68$) มีทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 โดยรวมอยู่ในระดับทัศนคติดี ($\bar{x}=3.91$,

$S.D.=0.48$) และระดับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.06$, $S.D.=0.39$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยรวม ($n=270$)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19	17.93	1.68	ระดับมาก
ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19	3.91	0.48	ระดับดี
พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ Covid-19	4.06	0.39	ระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค Covid-19 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับ

ต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.14$ $p=.02$, $r=0.17$ $p=.01$, $r=0.14$ $p=.02$ ตามลำดับ) สำหรับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.18$ $p=.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ ($n=270$)

ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19	r	p
ระดับการศึกษา	0.14*	.02
แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค Covid-19 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)	0.17*	.01
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19	0.18**	.00
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ Covid-19	0.14*	.02

* $p < .05$ ** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาในระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=17.93$, $S.D.=1.68$) อาจเป็นผลมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นการระบาดระลอกสองและสาม และจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทางรวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในชุมชนจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี¹¹ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้

ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=16.36$, $S.D.=0.89$) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 มีความรู้ในระดับมาก¹⁰ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความรู้พฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่าประชากรที่ศึกษา มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง^{9,18} และยังมีการศึกษาในระดับความรู้ของประชาชนประเทศมาเลเซีย¹⁹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ในจังหวัดกาฬสินธุ์²⁰ พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ในระดับปานกลาง และการศึกษาความรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์²¹ พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากการศึกษาในช่วงแรกที่มีการระบาดของโรคนี้ ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่พบครั้งแรก ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารยังไม่ชัดเจน อาจส่งผลต่อความรู้ของประชาชนยังไม่ถูกต้อง

2. ผลการศึกษาระดับทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับทัศนคติดี ($\bar{x}=3.91$, S.D.=0.48) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานของรัฐ หรือจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้แก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้าน โดยผ่านการแถลงการณ์รายงานสถานการณ์การระบาดรายวัน ทำให้ประชาชนเชื่อมั่นต่อการทำงานของหน่วยงานรัฐที่พยายามจะควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนพบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับดี^{12,22} จากการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดมหาสารคาม²³ และกรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร¹⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับสูง แม้ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าการแพร่ระบาดของโรคนี้มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์โควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองยะลา จังหวัดยะลา⁷ พบว่าผลกระทบทางสังคมจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าประเด็นการระบาด ของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ทำให้การปฏิบัติศาสนกิจเป็นไปด้วยความลำบากและต้องระมัดระวังมากยิ่งขึ้น มีผลกระทบอยู่ในระดับมาก รองลงมาส่งผลต่อการศึกษาทั้งระบบ และทำให้ประเพณีต่าง ๆ ในท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการไปได้ นอกจากนี้สอดคล้องกับการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประชาชนชาวจีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.10 เชื่อมั่นว่าสาธารณสุขรัฐประชาชนจีนจะสามารถเอาชนะ และต่อสู้กับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ในที่สุด²⁴

3. ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.06$, S.D.=0.39) อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบกับปัจจุบันมีการประชาสัมพันธ์การใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ มีการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมายที่จำเป็นต้องใช้เพื่อควบคุมการระบาดหรือบังคับ เช่น การใช้หน้ากากอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ การล้างมือด้วยสบู่และการใช้เจลล้างมือแอลกอฮอล์ จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี²⁵ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชาชนภาพรวมอยู่ในระดับดี^{12,18,26-27} จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม.²⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี นอกจากนี้การศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019⁸ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=1.61$, SD=0.28) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของวัยรุ่นในจังหวัดยะลา พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง²⁹

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค Covid-19 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ Covid-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับต่ำมาก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.14$ $p=.02$, $r=0.17$ $p=.01$, $r=0.14$ $p=.02$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.18$ $p=.00$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาได้ ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมาก และมีทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับดี สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา¹² พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ และช่องทางการรับรู้ข้อมูลโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี¹¹ พบว่าแหล่งข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹³ สำหรับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹¹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศซาอุดีอาระเบีย และของประชาชนจีนพบว่า ระดับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19^{10,24,30} นอกจากนี้จากการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความรู้ด้านการป้องกันตนเองระดับปานกลาง และสูงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส เป็น 16.60 เท่าและ 6.91 เท่าของความรู้ด้านการป้องกันตนเองระดับต่ำ²⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของ

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ³¹ จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี โดยมองว่าความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอน การมีความรู้ที่ดี และมีทัศนคติเชิงบวก ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดี³²

สรุป

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ covid-19 ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ covid-19 อยู่ในระดับที่ดี และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ covid-19 อยู่ในระดับมาก เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ covid-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ covid-19 ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ covid-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยการประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ วิทยุ รวมถึงจากบุคลากรสาธารณสุข และอส.ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลกับประชาชนในชุมชน จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีนโยบาย มาตรการทางสังคมและกฎหมายที่จำเป็นต้องใช้เพื่อควบคุมการระบาด หรือบังคับใช้จนทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อในยุควิถีชีวิตใหม่ (new normal) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ ทักษะคติ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อนำมาพัฒนาูปแบบการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองยะลา อสม. เขตเทศบาลเมืองยะลา ทุกท่านที่ให้ความกรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

References

1. Department of Disease Control Ministry of Public Health. COVID-19 Report [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 08]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situationno437-150364.pdf>. (in Thai).
2. Infectious Disease Association of Thailand. Coronavirus disease 2019 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 02]. Available from: <https://www.idthai.org/>. (in Thai).
3. Department of Disease Control. Situation of the COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 02]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/>. (in Thai).
4. Yala Provincial Public Health Office. Report of infected people in Yala province, April 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <http://www.ylo.moph.go.th/EOC/Welcome/filetimeline>. (in Thai).
5. Eliopoulos C. Gerontological nursing. 9 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
6. Department of Mental Health. Risk and Impact of COVID-19 to older adults [Internet]. 2021 [cited 2022 may 10]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>. (in Thai).
7. Rungrut S, Maso S, Kadem Y. The economic and social impacts from the COVID-19 pandemic toward the people in Yala City Municipality Yala Province. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology 2021; 6(2): 160-74. (in Thai). 597-604.
8. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David McKay; 1964.
9. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 (COVID-19). Nursing Public Health and Education Journal 2020; 21(2): 29-39. (in Thai).
10. Kaewsuksai R, Kongkun P, Tongkoop B, Samaair L, Boonnarakorn S. Relationships between knowledge, perception, and the "new normal behaviors" for preventing coronavirus disease (COVID-19) infection among people in Narathiwat province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021; 8(2): 67-79. (in Thai).
11. Rueangseree M. The relationships between personal factors and knowledge and the behavior of older persons regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 in Ubonratchathani province. Journal of Nursing and Health Care 2022; 40(2): 124-33. (in Thai).
12. Phansuma D, Boonruksa P. Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima province. Srinagarind Medical Journal 2021; 36(5): (in Thai).
13. Inthacharoen A, Kanchanapoom K, Tansakul K, Pattapat S. Factors influencing preventive behavior towards coronavirus disease 2019 among people in Khohong town municipality Songkhla province. Journal of Council of Community Public Health 2021; 3(2): 19-30. (in Thai).

14. Unai K, Chaiwang P, Korakodkamchon B, Panjarean D. Health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among older persons at risk for dementia in a rural community in Chiang Rai province. *Nursing Journal CMU* 2023; 49(1): 200-12. (in Thai).
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39(2): 175-91.
16. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan. *China the Journal of Hospital Infection* 2020; 105(2): 183-7.
17. Best WJ. *Research in education*. 3 rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1978.
18. Ongarj P, Ungcharoen R. Self-protection behavior of COVID-19: A case study of students at Kasetsart university, Chalermphrakiat campus, Sakon Nakhon province. *Public Health Policy & Law Journal* 2020; 7(1): 87-102. (in Thai).
19. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PLOS ONE* 2020; 15(5): 1-15.
20. Poonaklom P, Rungram V, Abthaisong P, Piralam B. Factors associated with preventive behaviors towards coronavirus disease (COVID-19) among adults in Kalasin province, Thailand. *OSIR* 2020; 13(3): 78-89.
21. Morasakul B, Punthasee P. Knowledge and prevention behaviors regarding COVID-19 among the first-year nursing students of Saint Theresa International college and Saint Louis college. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2021; 15(37): 179-95. (in Thai).
22. Khumsaen N. Knowledge, attitudes and preventive behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe U-thong, Suphanburi province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2021; 4(1): 33-48. (in Thai).
23. Poophalee T, Chummalee I. Knowledge, attitudes and behavior related to the prevention of COVID-19: A case of a community in Maha Sarakham. *Thai journal of pharmacy practice* 2022; 14(4): 877-86. (in Thai).
24. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci* 2020; 16(10): 1745-52.
25. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynahk C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factor influencing to health promotion behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of the Police Nurses* 2020; 12(2): 323-36. (in Thai).
26. Bashirian S, Barati M, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjari A, Zareian S, et al. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: An application of the protection motivation theory. *J Hosp Infect* 2020; 105(3): 430-3.
27. Pawun V, Boonchuaythanasit K, Ponrachom C, Sukolpuk M. Perception of information, knowledge and protecting behavior of diseases and health hazard of Thai citizens in 2016. *Journal of Health of Science Research* 2017; 11(1): 70-9. (in Thai).
28. Moonti J. Factors influencing preventive behavior of coronavirus disease 2019 among village health volunteers in Kong Krailat District, Sukhothai Province. *Journal of Disease Prevention and control* 2021; 27(9): 5-14. (in Thai).

29. Waehayi H, Severity perception and preventive behavior on the Coronavirus disease -2019 among youth at Sateng- Nok sub district, Muang district, Yala province. *Academic Journal of Community Public Health* 2020; 6(4): 158-68. (in Thai).
30. Al-Hanawi MK, Angawi K, Alshareef N, Qattan AM, Helmy HZ, Abudawood Y, et al. Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Front in Public Health* 2020; 8(217): 1-10.
31. Laemthaisong J, Toonsiri C, Homsin P. Factor influencing on preventive behaviors of respiratory tract infections among caregivers of preschool aged children in children care center, Bangkok metropolitan administration. *Journal of Public Health Nursing* 2019; 13(1): 1-19. (in Thai).

การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อ่อนน้อม ฐปวิโรจน์ พย.ม.*

(วันรับบทความ: 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การนิเทศทางคลินิกมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรสายสุขภาพ โดยเฉพาะการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อ สมรรถนะหลักและสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะโรคของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 43 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด การนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมพัฒนาตามกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของซาส์กิน และติดตาม ผลหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบแผนการนิเทศทางคลินิก แบบมีส่วนร่วม แบบประเมินสมรรถนะหลัก แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค และแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีความคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินสมรรถนะหลัก แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค และแบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ .90, .87 และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) คู่มือการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม 2) แผนการนิเทศผู้ป่วยรายโรค ขั้นตอนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมที่ชัดเจนส่งผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลัก ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคในระยะหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพภายหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 4 อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษารังนี้ทำให้ทราบว่าพยาบาลผู้ถูกนิเทศมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก การมีส่วนร่วม พยาบาลวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Onnom_noi@hotmail.com Tel. 089-2420053

The Development of Participatory Clinical Supervision Model in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

Onmom Dhupawiroch M.N.S.*

(Received Date: November 2, 2022, Revised Date: November 23, 2022, Accepted Date: November 25, 2022)

Abstract

Clinical supervision makes an important contribution to high quality patient care and professional wellbeing for the allied health workforce. Especially, participatory clinical supervision had an effect on knowledge development and nursing practice. The purpose of this quasi-experimental study research was to test the effectiveness of the development of participative clinical supervision model in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. A sample of 43 registered nurses was recruited by purposive sampling. The development of participative clinical supervision model was developed based on Proctor's clinical supervision model and participatory management of Sashkin. Data were collected on the second and fourth weeks after the completion of the participative clinical supervision program. The research instruments consisted of: the participative clinical supervision model, core-competency scale, specific functional competency test and satisfaction questionnaire. The quality of the research instruments was assessed by performing a preliminary trial with 30 registered nurses with characteristics similar to the sample to determine the reliability the Cronbach's alpha coefficients of the core-competency scale, specific functional competency test and satisfaction questionnaire, which were .90, .87 and .78, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and One-Way Repeated Measures ANOVA statistics.

The results revealed that the participatory clinical supervision model consisted; 1) participatory clinical supervision model handbook 2) clinical supervision for specific functional competency. A clarifies of operating processes of clinical supervision model effect of core-competency and specific functional competency in registered nurses were improved significantly after the participative clinical supervision model finished and there was a moderate level for satisfaction with the development of participative clinical supervision model. This study suggested that, the positive perception would improve nursing knowledge and promoted nursing skills beyond to effectiveness nursing care process

Keywords: clinical supervision model, participation, registered nursing

*Registered Nurse, Senior Professional level, Head of Out-patient Department Nursing Subdivision, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

*Corresponding Author Email: E-mail: Onnom_noi@hotmail.com Tel. 089-2420053

บทนำ

จากนโยบายระบบบริการสาธารณสุขแสดงไว้ชัดเจนในการจัดบริการสุขภาพให้มีมาตรฐาน พัฒนาระบบสาธารณสุขระยะยาว และประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวมบริการที่ทั่วถึงและมีคุณภาพ¹ มีความเสมอภาคและความครอบคลุมการบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ² ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงต้องตระหนักและตื่นตัวให้มีการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถของตนเองอยู่เสมอ องค์กรพยาบาลจึงต้องมีระบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อควบคุม กำกับ และมีระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อเป็นกลไกและสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้และทักษะ ส่งผลให้เกิดการสร้างผลงานที่ดีและนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จในการปฏิบัติการพยาบาล จะเห็นได้ว่าการนิเทศทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ³

คุณภาพของทีมีปฏิบัติการพยาบาลสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการที่มีความเกี่ยวข้องถึงการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล³ โดยผู้รับการนิเทศสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาลในองค์กร ด้วยบรรยากาศแห่งความมั่นคง เชื่อมั่นในการพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะที่เป็นเลิศ จากกระบวนการดังกล่าวจะนำไปสู่การตระหนักในความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพและสะท้อนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดเอกลักษณ์ ลักษณะเฉพาะในวิชาชีพ พัฒนาสมรรถนะในงาน เพิ่มทักษะและส่งเสริมให้เกิดจริยธรรม สอดคล้องกับคำกล่าว ของลูธเนน⁴ ที่ว่าการนิเทศเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ และช่วยควบคุมคุณภาพการบริการโดยการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาดตนเอง มีการตั้งใจและสร้างความพึงพอใจในงาน การนิเทศที่มีประสิทธิภาพสม่ำเสมอและพอเพียงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและประสิทธิภาพของงาน กล่าวคือ เมื่อเกิดการนิเทศทางการพยาบาลส่งผลกับประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาล⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศโดยเฉพาะการเยี่ยมตรวจการปรึกษาทางการพยาบาลทำให้พยาบาลมีกำลังใจเกิด

ความภาคภูมิใจส่งผลต่องานที่ปฏิบัติและเกิดความพึงพอใจในงาน³ สอดคล้องกับการศึกษาของคอปเลอร์⁶ ที่ว่าการที่บุคลากรจะสามารถทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจนั้น ผู้ให้บริการต้องได้รับความพึงพอใจก่อน ผู้ให้บริการที่ไม่พึงพอใจในงานจะก่อความยุ่งยากให้กับองค์กร และไม่สามารถทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจได้ การนิเทศทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญมากต่อบริการที่มีคุณภาพ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกของพยาบาลเพื่อให้งานบริการพยาบาลมีคุณภาพ

การนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติงานโดยใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ⁷ และจากการศึกษาของเฮอร์กาส และคณะ ผลของการนิเทศทางคลินิกพบว่า พยาบาลที่ได้รับการนิเทศทางคลินิกสามารถให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น⁸ ตามกรอบแนวคิดของพรอคเตอร์⁹ พบว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม โดยผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล จะเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการนิเทศและเกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลที่ดีขึ้น⁹ นอกจากนี้จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการนิเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้รับการนิเทศด้านทักษะและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย โดยการตั้งใจและสร้างความพึงพอใจในงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรโดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ¹⁰ การมีส่วนร่วมในงานของบุคลากรเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติงานเพราะเป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหาในทุกกระบวนการของการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในงานของบุคลากรจะพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานและการเพิ่มผลผลิต^{3,10}

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นโรงพยาบาลขนาด 550 เตียง ให้บริการสุขภาพในระดับตติยภูมิระดับ A นโยบายของโรงพยาบาลคือจัดการบริการทางการพยาบาล โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

คือโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน บริการด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ซึ่งในส่วนของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมุ่งเน้นระบบบริหารจัดการและการปฏิบัติการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูง เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชาชนแบบยั่งยืน ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ทั้งด้านบริการการพยาบาลและวิชาการ โดยเห็นได้จากการให้การสนับสนุนทุก ๆ ด้าน เช่น การศึกษาต่อทุกระดับ การอบรมเฉพาะทาง สนับสนุนอุปกรณ์ทางการพยาบาล และให้ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ควบคุมและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล เครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลคือการนิเทศทางการพยาบาล จากการศึกษาองค์กรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ภายใต้การประชุมแบบมีส่วนร่วมของทีมหัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์เรื่องปัญหาและอุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า จุดแข็งของการนิเทศ คือผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนต่อการนิเทศทางการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้ความร่วมมือดีในการเป็นผู้ติดตามนิเทศ และพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการนิเทศ จุดอ่อนคือหัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติภารกิจอื่นด้วยทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการนิเทศและการบันทึกผลการนิเทศ ขาดความต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพบางส่วนมีอายุงานระหว่าง 1-3 ปี ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญและความเสี่ยงรายโรคในการดูแลผู้ป่วย รูปแบบการนิเทศไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน พยาบาลไม่มีส่วนร่วมวางแผนหรือวางนโยบายการนิเทศ กิจกรรมการนิเทศทางคลินิกใช้เวลานาน พยาบาลติดภาระงานไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการนิเทศ และขณะร่วมกิจกรรมการนิเทศพยาบาลไม่กล้าแสดงความคิดเห็น

กลุ่มภารกิจบริการพยาบาลจึงมีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยการนิเทศทางคลินิกแนวใหม่เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหาร รับผิดชอบในส่วนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อสมรรถนะหลักและสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะโรคของพยาบาลวิชาชีพ การใช้รูปแบบการนิเทศฯ จะเป็นการกระตุ้นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการให้มีความกล้าหาญใน

การคิด การตัดสินใจ และการแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ส่งเสริมให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะสมรรถนะวิชาชีพพ้องก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจ^{3,5-8,11} ส่วนสมรรถนะหลักและสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคพบได้น้อยมาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเปรียบเทียบสมรรถนะหลักและสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะโรคของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลักและสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะโรคของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม สมรรถนะหลักและสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะโรคของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม
2. ภายหลังจากการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม พยาบาลมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

ขอบเขตวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (one group pretest-posttest design) โดยพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอกเตอร์⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ

ชาส์ซกิน¹² เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาแบบแผนการ
นิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมต่อสมรรถนะหลัก สมรรถนะ
การพยาบาลเฉพาะโรคและความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพเฉพาะในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่วันที่
1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2565

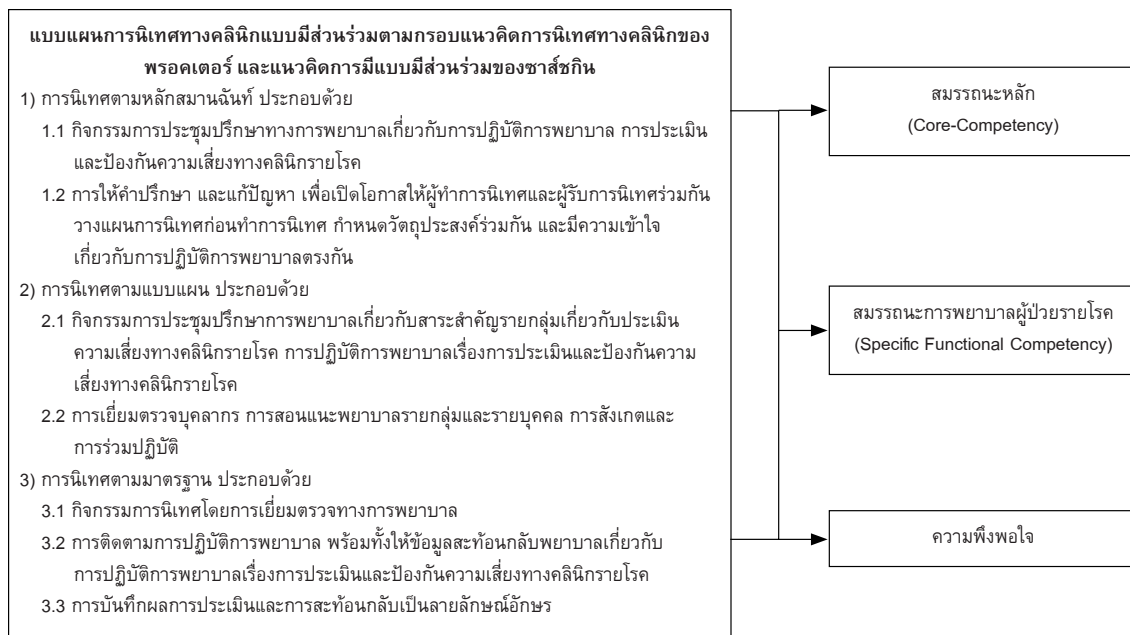
กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้
ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁹
และแนวคิดการมีแบบมีส่วนร่วมของชาส์ซกิน¹² ซึ่งเป็น
กระบวนการที่ผู้นิเทศปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้หลัก
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้ความช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงาน
มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทาง
คลินิก เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการบริการการพยาบาลอย่าง
มีคุณภาพ โดยแบบแผนการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย
1) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ ประกอบด้วย กิจกรรมการ
ประชุมปรึกษาทางพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการ
พยาบาล การประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก
รายโรค การให้คำปรึกษา และแก้ปัญหา เพื่อเปิดโอกาสให้
ผู้ทำการนิเทศและผู้รับการนิเทศร่วมกันวางแผนการนิเทศ
ก่อนทำการนิเทศ กำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน และมีความ
เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตรงกัน 2) การนิเทศ
ตามแบบแผน ประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมปรึกษาการ
พยาบาลเกี่ยวกับสาระสำคัญรายการกลุ่มเกี่ยวกับประเมินความ
เสี่ยงทางคลินิกการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการ
ประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกการเยี่ยม
ตรวจบุคลากร การสอนและพยาบาลรายกลุ่มและรายบุคคล
การสังเกตและการร่วมปฏิบัติ 3) การนิเทศตามมาตรฐาน
มีกิจกรรมการนิเทศโดยการเยี่ยมตรวจทางพยาบาล
การติดตามการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อมูล
สะท้อนกลับพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง
การประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกการให้คำปรึกษา
บันทึกผลการประเมินและการสะท้อนกลับเป็นลายลักษณ์
อักษร

สมรรถนะหลัก (core-competency) ในการศึกษาครั้งนี้
ได้ให้ความหมายของสมรรถนะหลัก คือคุณลักษณะรวมของ
พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์
โดยอ้างอิงแบบของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการ

พลเรือน¹³⁻¹⁶ ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 สมรรถนะคือ 1) การ
มุ่งผลสัมฤทธิ์ (achievement motivation) คือความมุ่งมั่นที่
จะให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ตนเองได้รับมอบหมายตาม
มาตรฐานวิชาชีพ หรือตามเกณฑ์วัดผลสัมฤทธิ์ที่ฝ่ายการ
พยาบาลของโรงพยาบาลกำหนดขึ้น อีกทั้งยังหมายรวมถึง
การสร้างสรรค์พัฒนาผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงาน
ตามเป้าหมายที่ยากและท้าทาย 2) บริการที่ดี (service
mind) คือความตั้งใจและความพยายามของพยาบาลในการ
ให้บริการเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับมอบ
หมายดูแล ตลอดจนกลุ่มงานหรือหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (expertise) คือ
ความขวนขวายสนใจใฝ่รู้เพื่อสั่งสมพัฒนาทักษะ ความรู้
ความสามารถของตนในการปฏิบัติราชการด้วยการศึกษา
ค้นคว้าหาความรู้ พัฒนางานตนเองอย่างต่อเนื่อง 4) การยึดมั่น
ในความถูกต้อง และชอบธรรม และจริยธรรม (integrity)
การครองตนและประพฤติปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมทั้งตาม
หลักกฎหมายและคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพ และ 5) การ
ทำงานเป็นทีม (teamwork) ความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับ
ผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งในทีมงาน หน่วยงานหรือองค์กรโดย
ผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็นสมาชิกในทีมมิใช่ในฐานะหัวหน้าทีม
และความสามารถในการสร้างและดำรงรักษาสัมพันธภาพ
กับสมาชิกในทีม

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค (specific
functional competency) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความ
หมายของสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค คือ
พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกถึงการนำความรู้ ความ
เชี่ยวชาญ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาท
หน้าที่ในงานเฉพาะทาง/ตามสายงานสู่การปฏิบัติได้บรรลุ
ผลสำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินสมรรถนะ
การพยาบาลผู้ป่วยรายโรคใน 4 หอผู้ป่วยหลักประกอบด้วย
ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค
ผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการ
พยาบาลผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ส่วนที่ 3 แบบ
ประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม และส่วนที่
4 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
ดังแสดงกรอบแนวคิดตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง (one group pretest-posttest design) วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ประชากร หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเต็มเวลาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ที่คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งนี้ไม่รวมพยาบาลประจำการที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้นิเทศและตำแหน่งพยาบาลประจำการปฏิบัติงานบางเวลา และปฏิบัติการงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

2. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ในปัจจุบัน

3. ไม่มีประสบการณ์ในการศึกษาการพยาบาลเฉพาะทาง/หรือระดับการศึกษาต้องไม่สูงกว่าระดับปริญญาตรี

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยการลงนามหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ (power analysis) เพื่อการวิเคราะห์การแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) ที่ .90 และค่า effect size เท่ากับ .55 และทำการเปิดตาราง Power Tables สำเร็จรูป^{13,14} ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 43 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามเอกสารรับรองเลขที่ 036/2565 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย

ทุกคนเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับและสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งสิ้น โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วยการใช้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁹ แนวคิดการมีแบบมีส่วนร่วมของซาส์ซกิน¹² และวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมีมัสและแม็กแท็กการ์ด¹⁵ มี 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) ขั้นตอนการวางแผน โดยผู้วิจัยหลักใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกเพื่อนำมาออกแบบ (ร่าง) รูปแบบการนิเทศทางคลินิก หลังจากนั้นใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงให้ทุกคนทราบเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศทางคลินิก เตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศตั้งแต่การทบทวนหลักการนิเทศ ก่อนเริ่มปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกตามคู่มือที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยใช้การสังเกต ทั้งแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การบันทึกข้อมูลการประชุมทุกครั้ง เพื่อค้นหาจุดเด่น สิ่งที่ต้องปรับปรุงก่อนนำข้อมูลกลับไปใช้ในการพิจารณาวางแผนปรับปรุงรูปแบบการนิเทศทางคลินิก 2) ขั้นนำแผนไปปฏิบัติเริ่มนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของกลุ่มการพยาบาลไปปฏิบัติจริง ภายใต้คู่มือการนิเทศการพยาบาลทางคลินิก (ฉบับร่าง) ที่ได้พัฒนา ผู้วิจัยระบุแผนการติดตามประเมินผลภายหลังการปฏิบัติเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยใช้การสังเกต การพูดคุยสอบถาม แบบไม่เป็นทางการ ร่วมกับการสะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคหลังจากปฏิบัติการนิเทศตามแผนที่กำหนด ปรับคู่มือการนิเทศของกลุ่มการพยาบาล (ฉบับร่าง) ให้เป็นแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดการมีแบบมีส่วนร่วมของซาส์ซกิน¹² เนื่องจากต้องนำไปใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ เป็นการสะท้อนแนวคิดและรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น 3) ขั้นสังเกตการณ์ และ 4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ เป็นระยะการปรับปรุงคู่มือการนิเทศของกลุ่มการพยาบาล โดยใช้การประชุมเพื่อระดมสมอง เปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

อบรมการนิเทศทางคลินิก ในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2565 แล้วร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เพื่อพิจารณาเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาของการนิเทศทางคลินิกที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติการนิเทศตามแผนนิเทศแต่ละหอผู้ป่วย ก่อนนำมาปรับปรุงรูปแบบการนิเทศร่วมกันอีกครั้ง และกลับไปใช้ในการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และวัดผลเป็นสมรรถนะหลัก สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค และความพึงพอใจ

โดยแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) คู่มือการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้นิเทศ 2) แผนการนิเทศจำนวน 4 เรื่องหลัก คือ แผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม แผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และแผนการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม คุณภาพของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน หัวหน้าพยาบาลจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูงจำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัด ลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัย ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาพยาบาล ระดับการศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล ประสบการณ์การทำงานพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และตำแหน่งงานปัจจุบัน

2.2 แบบประเมินสมรรถนะหลัก (core-competency) ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน¹⁶ ซึ่งเป็นแบบประเมินการแสดงพฤติกรรมบริการ แบ่งเป็น 5 สมรรถนะหลัก ประกอบด้วย 1) การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (achievement motivation) 2) บริการที่ดี (service mind) 3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (expertise) 4) การยึดมั่นในความถูกต้อง และชอบธรรม และจริยธรรม (integrity) 5) การทำงานเป็นทีม (teamwork) มีข้อคำถามทั้งหมด 64 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ คือ ระดับ

คะแนน 1 ไม่เคยแสดงพฤติกรรมให้เห็นเลยหรือแสดงให้เห็นนาน ๆ ครั้ง/ ต้องให้คำแนะนำทุกครั้ง และระดับคะแนน 5 แสดงให้เห็นสม่ำเสมอ โดยแสดงพฤติกรรมให้เห็นทุกครั้งอย่างต่อเนื่อง ในทุกสถานการณ์/ สามารถแนะนำคนอื่นได้ทุกครั้ง การแปลผลการประเมิน ร้อยละ 90-100 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานสูงมาก ร้อยละ 80-89 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานสูง ร้อยละ 60-79 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานปานกลาง ร้อยละ 45-59 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานน้อย และน้อยกว่าร้อยละ 45 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานน้อยมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกจำนวน 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัย ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .89 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

2.3 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค (specific functional competency) พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคแต่ละสาขา ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมในด้านของความสามารถในการประเมินและดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension) ระดับความสามารถที่ 2 (ประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี) มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในด้านความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมิน

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ระดับความสามารถที่ 2 (ประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และส่วนที่ 4 แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมในด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis); การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI), ปอดติดเชื้อ (pneumonia) ระดับความสามารถที่ 2 (ประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี) มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลการประเมิน ร้อยละ 90-100 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคสูงมาก ร้อยละ 80-89 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคสูง ร้อยละ 60-79 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคปานกลาง ร้อยละ 45-59 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคน้อย และน้อยกว่าร้อยละ 45 หมายถึง บุคลากรมีศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคที่จัดทำโดยทีมที่มีสหสาขาวิชาชีพ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลแต่ละสาขาผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก จำนวน 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินความพึงพอใจของการพยาบาลต่อแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ Satisfaction Questionnaire (CQS-8) ที่สร้างขึ้นโดยลาเซน¹⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์ และธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์¹⁸ ซึ่งคณะผู้วิจัย นำมาปรับภาษาให้เข้ากับการศึกษาในครั้งนี้โดยมีคุณลักษณะเป็นข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน^{17,18} คะแนนมาก แสดงว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม เมื่อแบ่งเป็นระดับความพึงพอใจ คะแนน 8-20 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย คะแนน 21-26 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง และคะแนน 27-32 หมายถึง ความพึงพอใจมาก พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัย ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมให้แก่พยาบาลวิชาชีพในการศึกษาครั้งนี้เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการ ขั้นตอนการตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และขั้นสิ้นสุดแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา นำเสนอต่อรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อรับทราบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และนัดหมายการอบรมในสัปดาห์ถัดไป เพื่อเตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพในการรับการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม

1.1 จัดอบรมการนิเทศทางคลินิก ในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เวลา 9.00-16.00 น. ณ ห้องประชุม

อุทอง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอบรมเพื่อสื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 43 รายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศทางคลินิก เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการนิเทศในแต่ละกิจกรรม การประเมินผลการนิเทศและประโยชน์จากการนิเทศเพื่อให้บุคลากรเกิดความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับนิเทศ และเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ทำการนิเทศและรับการนิเทศร่วมกันวางแผนการนิเทศก่อนทำการนิเทศ กำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตรงกัน รวมทั้งให้ผู้รับการประเมินรับทราบเกี่ยวกับหัวข้อ และลักษณะการประเมินสมรรถนะหลัก และสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค จากนั้นให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดแล้ว จึงเริ่มดำเนินการนิเทศทางคลินิกที่มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 วัน โดย

วันที่ 1 ผู้วิจัยใช้หลักสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เข้าพูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล ณ หอผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ของงานวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงการวิจัยในครั้งนี้อีกครั้ง ผู้ช่วยวิจัยเริ่มการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถนะหลัก แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

วันที่ 2 ประชุมปรึกษาทางพยาบาลเกี่ยวกับสาระสำคัญรายกลุ่มเกี่ยวกับประเมินความเสี่ยงทางคลินิก รายโรค การปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก รายโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นและตกลงเห็นชอบร่วมกัน เกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็นอันดับแรก/จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เข้ามาใช้บริการ การกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการดูแลรายโรคที่ต้องการนิเทศที่ประชุมคัดเลือกโรคจากการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโรคที่มีความเสี่ยงสูงของหอผู้ป่วยนั้น ๆ หลังจาก

นั้นมีการทบทวนทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก รายโรคของแต่ละสาขา ผู้วิจัยให้คำปรึกษาและร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จากนั้นสรุปข้อตกลงร่วมกัน ได้แก่ กำหนดเป้าหมายโรคที่ต้องการนิเทศ การปฏิบัติการพยาบาลรายโรคตามมาตรฐานวิชาชีพ และวิธีการนิเทศทางคลินิก

วันที่ 3 การเยี่ยมตรวจบุคลากรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยนั้น ๆ เริ่มสอนแนะนำการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงตามแผนการสอน ประกอบด้วย การประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก รายโรคโดยพยาบาลผู้รับการนิเทศที่ได้รับมอบหมายนำเสนอรายงานข้อมูลผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกับผู้รับการนิเทศอภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคที่เลือกไว้ มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งในส่วนที่ถูกต้องแล้วและในส่วนที่ควรเพิ่มเติม แนะนำการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกในแต่ละครั้งมีพยาบาล เข้าร่วม 4-6 คน ประชุมกลุ่มครั้งละไม่เกิน 30 นาที เสร็จสิ้นการดำเนินงานตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม ในระยะเวลา 3 วัน นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ต่อไป เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2

2.1 เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมครบ 3 วันแล้ว มีระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดแบบแผนการนิเทศทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยเริ่มการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะหลัก และแบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

2.2 ระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเริ่มการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะหลัก แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ในระยะนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความเสี่ยงที่

รายงานผ่านโปรแกรม HRMS on Cloud จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

3. ขั้นสิ้นสุดการดำเนินงานตามแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมงานวิจัยเปิดโอกาสแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความเสี่ยงที่รายงานผ่านโปรแกรม HRMS on Cloud โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะหลักและคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคในระลอกก่อนเริ่มการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) โดยมีการทดสอบสมมติฐานข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) และทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าทุกตัวแปรมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 43 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.72 อายุเฉลี่ย 26.53 ปี (S.D. = 6.63) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 81.39 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน ประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ปี (S.D. = 1.56) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการร้อยละ 69.76 และปฏิบัติส่วนใหญ่ออยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 37.21

ผลของการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ

แบบประเมินสมรรถนะหลัก ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลักในระลอกก่อนเริ่มการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่ออย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลักต่อแบบแผนการ
นิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี
Bonferroni ($p < .05$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลัก
ในระยะก่อนเริ่มการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และ
หลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่
2 และสัปดาห์ที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลักในระยะสิ้นสุดการ
นิเทศสัปดาห์ที่ 2 และค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลัก
ในระยะสิ้นสุดการนิเทศสัปดาห์ที่ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 คะแนน
สมรรถนะหลักภาพรวมภายหลังจากการใช้แบบแผนการ
นิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในระยะ 4 สัปดาห์ พบว่า
หมวดที่ 1 การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Mean = 80.79, S.D. =
20.22) หมวดที่ 2 บริการที่ดี (Mean = 91.93, S.D. = 22.98)
หมวดที่ 3 การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Mean =
83.17, S.D. = 20.79) หมวดที่ 4 การยึดมั่นในความถูกต้อง
และชอบธรรม และจริยธรรม (Mean = 95.45, S.D. =
24.84) และหมวดที่ 5 การทำงานเป็นทีม (Mean = 96.77,
S.D. = 24.19) แสดงว่า การใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิก
แบบมีส่วนร่วมมีผลกับสมรรถนะหลัก 3 หมวดคือ ทำให้
บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานสูงมากในส่วนของการบริการ
ที่ดี การยึดมั่นในความถูกต้อง และชอบธรรม และจริยธรรม
และการทำงานเป็นทีม

แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค
ประกอบด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย
รายโรคผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยกุมาร
เวชกรรม ผู้ป่วยรายโรคศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และ
การพยาบาลผู้ป่วยรายโรคอายุรกรรม ในระยะก่อนเริ่มการ
นิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และหลังสิ้นสุดการนิเทศ
ทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่ออย่างน้อย 1 คู่ ที่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
คะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคต่อแบบแผน
การนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี
Bonferroni ($p < .05$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการ
พยาบาลผู้ป่วยรายโรคในระยะก่อนเริ่มการนิเทศทางคลินิก

แบบมีส่วนร่วม และหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมี
ส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนน
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคในระยะสิ้นสุดการ
นิเทศสัปดาห์ที่ 2 และค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการ
พยาบาลผู้ป่วยรายโรคในระยะสิ้นสุดการนิเทศสัปดาห์ที่ 4
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2 เมื่อจำแนกคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย
รายโรคภายหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม
ในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการ
พยาบาลผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมีกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 9 คน ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =
77.79, S.D. = 19.44) ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการ
พยาบาลผู้ป่วยรายโรคกุมารเวชกรรมมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน
6 คน ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 68.14, S.D.
= 17.03) ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยราย
โรคศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน
12 คน ค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง (Mean = 80.10, S.D. =
20.02) และค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย
รายโรคอายุรกรรมมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน ค่าคะแนน
อยู่ในระดับสูง (Mean = 80.79, S.D. = 21.19)

ความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อ
แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาล
วิชาชีพในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 26.90
(S.D. = 3.22) เมื่อแบ่งตามระดับคะแนน พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ใน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.70) และรองลงมามีความพึง
พอใจในระดับสูง (ร้อยละ 43.30)

ความเสี่ยงที่รายงานผ่านโปรแกรม HRMS on Cloud
จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ภายหลังจากสิ้นสุดการนิเทศทาง
คลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในสัปดาห์ที่ 4
พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรม
กระดูก และหอผู้ป่วยอายุรกรรม ไม่พบอุบัติการณ์ความ
เสี่ยง หรืออาการไม่พึงประสงค์ขณะปฏิบัติงานรายงานผ่าน
โปรแกรม HRMS on Cloud จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลัก และสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค ในระยะก่อนเริ่มการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 (n=43)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
สมรรถนะหลัก					
ภายในกลุ่ม	244.69	2.06	118.89	29.75	.003
ความคลาดเคลื่อน	238.56	59.69	3.99		
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค					
ภายในกลุ่ม	1708.37	2.15	793.04	15.64	.018
ความคลาดเคลื่อน	3168.63	62.47	50.72		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะหลัก และสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค ในระยะก่อนเริ่มการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม และหลังสิ้นสุดการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 (n=43) เป็นรายคู่

ระยะเวลา	Mean	S.D.	ระดับนัยสำคัญ (p-value)		
			ก่อนเริ่มการนิเทศฯ	หลังสิ้นสุดการนิเทศฯ สัปดาห์ที่ 2	หลังสิ้นสุดการนิเทศฯ สัปดาห์ที่ 4
สมรรถนะหลัก					
ก่อนเริ่มการนิเทศฯ	67.57	10.06	-	.002	.000
หลังสิ้นสุดการนิเทศฯ สัปดาห์ที่ 2	71.63	11.12		-	.001
หลังสิ้นสุดการนิเทศฯ สัปดาห์ที่ 4	86.53	5.75			-
สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค					
ก่อนเริ่มการนิเทศฯ	61.13	10.60	-	.003	.000
หลังสิ้นสุดการนิเทศฯ สัปดาห์ที่ 2	69.51	8.89		-	.000
หลังสิ้นสุดการนิเทศฯ สัปดาห์ที่ 4	80.83	9.88			-

การอภิปรายผล

สมรรถนะหลัก จากข้อค้นพบเกี่ยวกับผลของการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมโดยมีผู้เกี่ยวข้องกับการนิเทศทางคลินิกเข้าร่วมคิด ร่วมวิพากษ์ และร่วมปฏิบัติในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีการนิเทศทางคลินิก เพื่อร่วมกันกำหนดรายละเอียดของแผนการนิเทศ มีการจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิก มีการตกลงร่วมกันเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน แล้วร่วมกันจัดทำเป็นคู่มือการนิเทศทางคลินิกของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อผู้นิเทศนำแผนการนิเทศที่สร้างขึ้นเองไปปฏิบัติจริง ทำให้ผู้นิเทศรู้สึกมั่นใจด้านองค์ความรู้ในเรื่องที่นิเทศ มีความกล้าที่จะพูดคุยนเสริม

รายละเอียดความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักของผู้รับการนิเทศได้มากขึ้น¹⁶ โดยสมรรถนะหลักประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้านซึ่งเป็นตัวเดียวกันกับข้าราชการพลเรือนไทย ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) ความสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) การยึดมั่นในความถูกต้อง และชอบธรรม และจริยธรรม และ 5) การทำงานเป็นทีม จากข้อค้นพบจากงานวิจัยยังพบอีกว่าภายหลังจากการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรมีศักยภาพในการทำงานสูงมากในส่วนของการบริการที่ดี การยึดมั่นในความถูกต้อง และชอบธรรม และจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม การที่บุคคลจะแสดงสมรรถนะใดสมรรถนะหนึ่งได้ต้องมีองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถในงานนั้น ๆ แต่ถ้าขาดสิ่งเหล่านี้บุคคลนั้นก็ไม่สามารถแสดงสมรรถนะที่ได้ออกมาได้ ดังนั้นการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพได้^{11,19} สอดคล้องกับแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์⁹

และแนวคิดการมีแบบมีส่วนร่วมของชาวต่างชาติ¹² คือ กระบวนการที่ผู้ให้เทศปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติงาน ให้ความสำคัญช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิก และการมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางหรือมาตรฐานในการปฏิบัติงานนำไปสู่ผลลัพธ์ในการบริการการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้งานบริการพยาบาลในหมวดที่ 2 มีคะแนนสูงบ่งบอกถึงบุคลากรมีศักยภาพในการทำงานสูงมาก และยังมีผลสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ ดันติสุข พบว่า การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกโดยให้ผู้ให้เทศและผู้รับการนิเทศร่วมตกลงเห็นชอบในการกำหนดแผนการนิเทศ ส่งผลให้ผู้ให้เทศและผู้รับการนิเทศมองเห็นวิธีการนิเทศที่ชัดเจน นำไปใช้นิเทศจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความรู้อย่างทั้งผู้ให้เทศและผู้รับการนิเทศ¹⁹

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรค จากข้อค้นพบเกี่ยวกับผลของการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ผู้ป่วยรายโรคผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยรายโรคศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก และการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคอายุรกรรม เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ การศึกษาค้นคว้าได้ปฏิบัติขั้นตอนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์⁹ และแนวคิดการมีแบบมีส่วนร่วมของชาวต่างชาติ¹² ซึ่งเป็นการนิเทศเพื่อควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน เน้นสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะของผู้รับการนิเทศ โดยเป็นทักษะในด้านการประเมินและดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอดที่มีภาวะพิษแห่งครรภ์ การประเมินและดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการนิเทศที่ไม่เน้นการชี้แนะ แต่มุ่งตั้งคำถามให้คิด ส่งผลให้หลังการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบนี้ ผู้ให้เทศและผู้รับการนิเทศได้สะท้อนว่ารู้สึกชอบและพึงพอใจต่อการนิเทศลักษณะนี้ เป็นการช่วยเติมความรู้ กระตุ้นให้ทบทวนความรู้มากขึ้น และช่วยลดความเครียดในการนิเทศลง สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ ดันติสุข พบว่าหลังใช้นิเทศของพรอคเตอร์ในการ

พัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพช่วยสร้างทัศนคติทางบวกต่อการนิเทศและช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ¹⁹ และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ศึกษาการพัฒนาการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม พบว่า การที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หัวหน้าหรือผู้ช่วยต้องทำหน้าที่จัดการให้เกิดการเรียนรู้การสอน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน จัดทีมนิเทศงานที่สามารถให้การสอนและนำการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนิเทศงานให้มีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้านที่ส่งเสริมความสำเร็จของการนิเทศงานการพยาบาลได้แก่ ความรู้ความสามารถ เจตคติ และทักษะการนิเทศของผู้ให้เทศ¹⁹⁻²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิ จันทรียงและคณะ พบว่า การที่หัวหน้าหรือผู้ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกลยุทธ์การเสริมแรงจูงใจที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ให้เทศและผู้รับการนิเทศมีกำลังใจในการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง²² สอดคล้องกับการศึกษาของบทการนิเทศของหัวหน้าหรือผู้ช่วยที่เป็นจริงและที่คาดหวัง พบว่าการเสริมแรงจูงใจแก่ผู้รับการนิเทศโดยชมเชย ให้กำลังใจขณะทำการนิเทศ ช่วยให้การนิเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลถึงคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี^{19,22}

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม จากข้อค้นพบเกี่ยวกับผลของการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 26.90 (S.D. = 3.22) เมื่อแบ่งตามระดับคะแนนพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.70) และรองลงมามีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 43.30) กล่าวคือ การที่ผู้ให้เทศและผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการนิเทศตั้งแต่ร่วมกันกำหนดแผนการนิเทศ ออกแบบขั้นตอนปฏิบัติการนิเทศ สรุปผลการนิเทศ และสะท้อนผลการนิเทศ ก่อให้เกิดการเรียนรู้และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้การนิเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อเนื้อให้มี ความพึงพอใจต่อการนิเทศอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สอดคล้องกับนุชจริย ชุมพินิจและสุริพร มูลศาสตร์ พบว่า การให้ผู้ให้เทศ

และผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการนิเทศจะทำให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศสูงขึ้น²³ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ เมืองประเสริฐและคณะ²⁴ พบว่า การมีขั้นตอนการปฏิบัติการนิเทศแบบมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ผู้ได้รับการนิเทศรับรู้ได้ว่ามีความรู้ที่เพิ่มขึ้น และมีแบบแผนการนิเทศที่ชัดเจนทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากรูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วมไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และเป็นการนิเทศในหอผู้ป่วยหลักคือ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยรายโรคอายุรกรรมที่มีจำนวนผู้ป่วยมากภาระงานมากมีความหลากหลาย อีกทั้งพยาบาลผู้รับการนิเทศถ้าแบ่งระดับสมรรถนะตาม Benner²⁵ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับผู้เรียนรู้ (advance beginner) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลมา 3-4 ปี และปฏิบัติงานในสถานที่เดิมติดต่อกัน 2-3 ปี การนิเทศแบบมีส่วนร่วมอาจเป็นเรื่องที่ใหม่ทำให้ระดับความพึงพอใจในส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

สรุป

การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพตามกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิก ของพรอคเตอร์ และแนวคิดการมีแบบมีส่วนร่วมของซาสซกิน ช่วยให้พยาบาลผู้รับการนิเทศมีสมรรถนะหลัก และสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยรายโรคเพิ่มสูงขึ้น สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้แบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในระดับผู้เรียนรู้ (advance beginner) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลมา 3-4 ปี และปฏิบัติงานในสถานที่เดิมติดต่อกัน 2-3 ปี เท่านั้น ควรคงไว้ในการใช้การนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและทำการประเมินสมรรถนะหลัก (core-competency) และสมรรถนะ

การพยาบาลผู้ป่วยรายโรค (specific functional competency) ในพยาบาลวิชาชีพทุกคน แต่ควรแยกประเมินตามระดับประสบการณ์ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

References

1. Department of Medical Sciences. Ministry of public health, Thailand [Internet]. 2017. [cited August 10 2022]. Available form: [http://www.dmsc.moph.go.th/secretary/pr/upload/download/bookDMSc\[eng\]2560.pdf](http://www.dmsc.moph.go.th/secretary/pr/upload/download/bookDMSc[eng]2560.pdf).
2. Sakolsattayatorn P. Annual report. Bureau of non-communicable disease, ministry of public health. 2015. (in Thai)
3. Supunpayob P, Sukadisai P, Amphon K. Developing a nursing supervision model of the nursing division in phrapokklao hospital. Journal of Nursing and Education. 2013; 6(1): 12-26. (in Thai)
4. Luthans F. Organization behavior; an evidence-based approach [Internet]. 2015. [cited August 1 2022]. Available form: https://bdpad.files.wordpress.com/2015/05/fred-luthans-organizational-behavior_-an-evidence-based-approach-twelfth-edition-mcgraw-hill_irwin-2010.pdf.
5. Saenprasarn P. Nursing supervision; competency & individual development plan. In: Colonel SR, Chaleoykitti SA. editors. The Journal of Royal Thai Army Nurses. Proceeding of the meeting of Royal Thai army nurses association; 2016 Nov 10-11; Bangkok; 2016. p. 83-5. (in Thai)
6. Intasuwan A, Chantra R, Sarakshetrin A. The effective of nursing supervision model in the nursing organization of Ranong hospital. JND 2016; 43(3): 25-43. (in Thai)
7. Tana P, Sangumpai K, Trakulsithichoke S. Effects of clinical supervision on the application of nursing process in caring of diabetic patients and nurses satisfaction. Journal of Nursing and Health Care 2017; 35(4): 52-60. (in Thai)

8. Sommer I, Larsen K, Nielsen CM, Stenholt BV, Bjørk IT. Improving Clinical Nurses' Development of Supervision Skills through an Action Learning Approach. *Nurs Res Pract*. 2020; 2020: 9483549. Published 2020 Feb 19. doi:10.1155/2020/9483549.
9. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge. 2001.
10. Sangmanee W, Kaewvichit N, Thongsuk P, Thiangchanya P, Boonyoung N, Kulkea J. The Development of Nursing Supervision Program Model for the First-Line Manager based on 2P safety: SIMPLE (Medication error, Fall) at a Tertiary Care Hospital in Southern Thailand. *Pnu Sci J*. 2022; 14(1): 1-16.
11. Pidgeon K. The Keys for Success: Leadership Core Competencies. *J Trauma Nurs*. 2017; 24(6): 338-41.
12. Sashkin M. A manager's guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division; 1982.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; 39(2): 175-91.
15. Kemmis S, McTaggart R. The action research Planner. (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press; 1988.
16. Office of the Civil Service Commission (OCSC). Competencies of Thai civil servants. Bangkok: P.A. Living Publishing House. 2003.
17. Larsen DL, Attkison CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/ patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann*. 1979; 2(3): 197-207.
18. Kongsakon R, Jareonsettasin T. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction (CSQ-8) Thai version with psychiatric care: *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2000; 45(2): 155-6. (in Thai)
19. Tantisuk W. The Development of participatory clinical supervision pattern of registered nurses at the private hospital in Bangkok. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University; 2013. (in Thai)
20. Intasuwan A, Chantra R, Sarakshetrin A. The effective of nursing supervision model in the nursing organization of Ranong hospital. *JND* 2016; 43(3): 25-43. (in Thai)
21. Paiboonpalayoi B, S. Monaiyapong P. Effects of a participatory supervision program for head nurses on professional nurses' performance at a Cancer hospital. *Thai Cancer J* 2015; 35(2): 46-55. (in Thai)
22. Ewertsson M., Bagga-Gupta S., Allvin R., Blomberg K. Tensions in learning professional identities—nursing students' narratives and participation in practical skills during their clinical practice: an ethnographic study. *BMC Nursing*. 2017; 16(1) doi: 10.1186/s12912-017-0238-y.48-017-0238-y.
23. Chumpinij N, Moolsart S. The development of a clinical supervision model for head nurses at Bhumibol Adulyadej hospital. *Journal of The Police Nurse*. 2015; 7(2): 79-89. (in Thai)
24. Maungprasert S, Kongkakul U, Sahmaae N, Kuiburd T, Iemwuttiwattana J, Charoenwong S. The development of participative clinical supervision model among the Nursing Division in Naradhiwas Rajanagarindra hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2018; 10(2): 13-24. (in Thai)
25. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.

การเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ยุวดี อำพิน พย.บ.*

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ วท.ม.**

(วันรับบทความ: 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 17 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 18 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาชีวิตผู้ประสพเพื่อพัฒนาและศึกษาผลโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับโปรแกรมการเพิ่มทักษะและการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวในเขตรับผิดชอบของตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติกำหนด จำนวน 60 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับโปรแกรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมตามคู่มือฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถ และแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ 0.78, 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลด้วยการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย ปรากฏว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลของกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะบุคลากรทางด้านสุขภาพควรเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการอบรมพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ยุคปกติได้

คำสำคัญ: ทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่, อาสาสมัครประจำครอบครัว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม จังหวัดอุทัยธานี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

**ผู้ประสานงานการตีพิมพ์ E.mail : ansuree2549@gmail.com โทร. 083-4882512

Improving New Normal Care Skills for Family Volunteers Caring for Dependent Elderly Patients

Yuwadee Amphin B.N.S.*
Ansuree Sirisophon M.Sc.**

(Received Date: November 27, 2022, Revised Date: December 17, 2022, Accepted Date: December 18, 2022)

Abstract

This research and developmental research design study aimed to develop and assess a new program to provide training about “new normal” care skills for family volunteers caring for dependent, elderly family members and an associated social support program. The participants were 60 family volunteers located in the Nam Seum sub-district in the Meung district of Uthaitani Province, Thailand. They were selected by purposive sampling and divided into an experimental and control group consisting of 30 participants each. The experimental group received training in the new normal care skills enhancement program for the care of dependent elderly family members along with with social reinforcement, while the control group received training based on the traditional family volunteer training program from the Ministry of Public Health. The research instruments included a knowledge assessment, a competency assessment, and the new normal care skills assessment developed by the researchers. The content validity was assessed by experts and the instruments’ reliabilities were 0.78, 0.82 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The research found that, after completing the training, the mean scores for knowledge, competency, and new normal caring skills among the experimental group were higher than before receiving the program and that the experimental group had statistically significant higher scores than the control group that received the traditional elderly care training at the .01 significance level. The findings suggested that health personnel should add the new normal care skills training program simultaneously with providing social reinforcement to the training program for caring for dependent elderly family members in order to be able to adapt training for family caregivers to meet the standards of the “new normal care practices”.

Keywords: New Normal Care Skills, Family volunteers, Dependent Elderly, Self-Efficacy

*Namsuem Health Promotion Hospital Uthai Thani

**Baromarajonani College of Nursing Sawanpacharak Nakornsawan, Nakornsawan

**Corresponding Author Email : ansuree2549@gmail.com Tel: 083-4882512

บทนำ

การดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่มีการศึกษาและได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ทางสังคมโลกที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากทำให้สัดส่วนโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น นานาประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการสำรวจประชากรในประเทศไทย พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 11 มีการคาดการณ์อีกว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุทัยธานีในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราที่เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 20.27 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด นอกจากนี้ ผลการคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปรากฏว่า ประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดเป็นกลุ่มติดสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 81.83) รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 1.74) และติดเตียง (ร้อยละ 0.80) อีกทั้งยังมีผู้พิการที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 8.77 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดอุทัยธานีได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วเช่นกัน²

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลยุทธ์ในการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลระยะยาว (long term care : LTC) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และด้วยแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ญาติพี่น้อง ซึ่งแต่ละคนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน มีปัญหาด้านสุขภาพที่อาจจะเหมือนกันหรือต่างกันแล้วแต่สุขภาพของแต่ละบุคคล การที่จะทำให้ครอบครัวนั้น ๆ สุขภาพดี มีชีวิตยืนยาวและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้นจะต้องได้รับการดูแลและส่งเสริม ป้องกัน จัดการความเสี่ยงและภัยสุขภาพ

ไม่ให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพขึ้น หากมีผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวได้รับการดูแลซึ่งบุคคลที่ดีและเหมาะสมที่สุดก็คือ สมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ เอง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้วยการนำลูก หลาน ญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวรวมถึงเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ครอบครัวไว้วางใจให้มาเป็นผู้ดูแลสุขภาพของครอบครัวและพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยจัดอบรมให้มีความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ และนำไปปฏิบัติจริงในการดำรงชีวิตของตนเองและใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง³ การดำเนินงานเกี่ยวกับพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดอุทัยธานี ได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพครอบครัวครอบคลุมพื้นที่ 7 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,300 คนและผู้พิการ 221 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการจำแนกเป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน 55 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 34 คน มีอาสาสมัครประจำครอบครัว จำนวน 60 คน มีการประเมินผลจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM) ในการดูแลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้สูงวัยได้น้อย เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อนจึงขาดความมั่นใจในการดูแล ถึงแม้จะผ่านการอบรมมาแล้วก็ตาม และด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดแนวปฏิบัติใหม่ (new normal) ที่อาสาสมัครประจำครอบครัวและผู้สูงอายุต่างก็ต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตบนวิถีชีวิตใหม่

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำครอบครัว ในพื้นที่ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานีโดยตรง และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่นำแนวคิดการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่มาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม จึงสนใจที่จะมุ่งพัฒนาการเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว ด้วยการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะโดยมุ่งหวังพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติของอาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยนำแนวคิดรูปแบบวิถีใหม่มาเพื่อพัฒนาทักษะและ

ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และแกนนำชุมชนให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ด้วยการเยี่ยมติดตาม ให้กำลังใจ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและความมั่นใจในความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในครอบครัวของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และภาคภูมิใจมีความสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้มากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ต่อความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยมุ่งศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ตามแนวคิดของ Bandura⁴ การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ตามแนวคิดของ Cobb⁵ และแนวคิดการดูแลสุขภาพภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป (next normal) ตามแนวคิดของปริญญารัตน์ ฐนะบุญปวง⁶ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ต่อความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม
2. ความสามารถในการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม

3. ทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

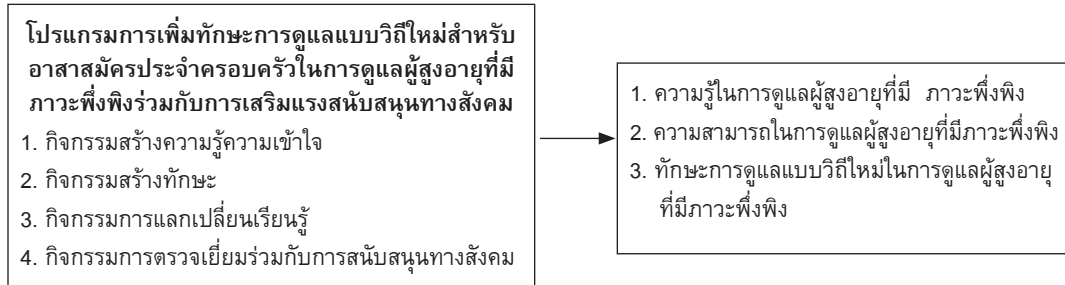
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura⁴ อธิบายว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (efficacy beliefs) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectancies) แล้วจะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การดำเนินชีวิตในรูปแบบวิถีใหม่ในปัจจุบันก็มีความสำคัญและสามารถเติมเต็มทักษะที่จำเป็นและสำคัญในยุคปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่รวดเร็ว ทำให้ทุกคนต้องรู้เท่าทัน สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงนี้ให้ได้

ทั้งนี้ การนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาดำเนินการด้วยการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสอนสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและความคาดหวังในผลลัพธ์ในตนเองต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้นได้ ในขณะที่การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb⁵ ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือประสบกับภาวะวิกฤต หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยประคับประคองบุคคลนั้นอยู่ บุคคลก็จะรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองปลอดภัยเพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นมาร่วมด้วยแล้ว ย่อมทำให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเห็นคุณค่าของตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังได้เช่นกัน

ดังนั้น กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม กำหนดให้กิจกรรมสร้าง

ความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมสร้างทักษะ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยมร่วมกับการ

สนับสนุนทางสังคมสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและศึกษาผลของโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1.1 การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura⁴ 2) การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb⁵ และ 3) แนวคิดการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติดี⁶ ไปตามแนวคิดของปรัชญาการณ ฐนะบุญปอง⁶

1.2 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

กำหนดเนื้อหาและประเด็นการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมสร้างทักษะ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดอบรมด้วยการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ จัดประชุม และตรวจติดตามการปฏิบัติของอาสาสมัครประจำครอบครัวในระยะเวลา 5 สัปดาห์

1.3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมการฝึกอบรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกอบรมเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ 2) อาจารย์พยาบาล 3) พยาบาลวิชาชีพ และ 4) นักวิชาการสาธารณสุข วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (index of item objective congruence : IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00

ระยะที่ 2 การเปรียบเทียบผลการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

2.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นประชากรทั้งหมด คืออาสาสมัครประจำครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและอาศัยอยู่ในตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมในอดีตของ Wangpitipanit et al⁷ ได้ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาอาศัย

ในประเทศไทย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis กำหนดค่า $\alpha=.05$ และ power=.80 คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมถึงวิเชษฐ์ เว็ดสันทียะ และคณะ^๑ ในการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบสองกลุ่มได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

ดังนั้น จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันนี้ เท่ากับ 60 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือ อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม จำนวน 30 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลาก

กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ต้องขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-65 ปี 2) ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ไม่เคยเข้าร่วมอบรมการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน และ 5) สามารถเข้าโปรแกรมได้ตลอดเวลาจนเสร็จสิ้น

ส่วนกำหนดเกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ลาออกจากความเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และ 2) เจ็บป่วยกะทันหันทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ในระยะขั้นตอนเวลาการวิจัย

2.2 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2.2.1 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^๑ และบรรณันท์ พิมพ์โพธิ์¹⁰ แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประจำครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ ที่อยู่ อายุ ระดับการ

ศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลมีอาการเจ็บป่วย โดยให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบประเมิน

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (multiple choice question) ใน 4 ตัวเลือก กำหนดให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว โดยให้อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นผู้ตอบแบบประเมิน แบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินความรู้ คือ ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และตอบถูก ให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ ตามแนวคิดของ Bloom¹¹ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่ดี ช่วงคะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่ปานกลาง ช่วงคะแนนระหว่าง 13-15 คะแนน หรือร้อยละ 60-79 และ 3) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบวิถีใหม่ไม่ดี ช่วงคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน เป็นต้นไป หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^๑ และบรรณันท์ พิมพ์โพธิ์¹⁰ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว โดยให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 33 ข้อ และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่ตั้งแต่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.20-5.00$) ระดับมาก ($\bar{x}=3.40-4.19$) ระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.60-3.39$) ระดับน้อย ($\bar{x}=1.80-2.59$) และระดับน้อยที่สุด ($\bar{x}=1.00-1.79$)

2.2.3 แบบประเมินทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^๑ บรรณันท์ พิมพ์โพธิ์¹⁰ และปริญญารณ

ขณะบุญปวง¹² ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เป็นผู้ประเมินทักษะอาสาสมัครประจำครอบครัวใน 2 ด้าน คือ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ และด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำนวน 32 ข้อ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนประเมินทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับทักษะจากค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ตั้งแต่ระดับดี ($\bar{x}=1.34-2.00$) ระดับพอใช้ ($\bar{x}=0.67-1.33$) และระดับไม่ดี ($\bar{x}=0.00-0.66$)

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2.3.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมทั้ง 3 ชุด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้เท่ากับ 1.00

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.89

3) แบบประเมินทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.89

2.3.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมทั้ง 3 ชุด ไปทดลองเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์รอนบาคแอลฟา ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.78

2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.82

3) แบบประเมินทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ ๙ มีความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.87

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 3 กันยายน - 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนก่อนการวิจัย

1) ติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่แจ่มชัดวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) ประชุมทีมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนตามแผนการวิจัยอย่างละเอียด ก่อนดำเนินการวิจัย

2.4.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1) เก็บข้อมูลด้วยการขอให้อาสาสมัครครอบครัวตอบแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความสามารถและขอให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขประเมินผลทักษะของอาสาสมัครครอบครัวในระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม - 4 กันยายน พ.ศ. 2565

2) สำหรับกลุ่มทดลองดำเนินการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเวลา 2 วัน ในระหว่างวันที่ 5-6 กันยายน พ.ศ. 2565 ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกวัน วันละ 1-5 ราย แต่ละรายได้รับการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 6 กันยายน-12 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ผ่านระบบออนไลน์และการเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม คือการจัดอบรมตามหัวข้อในคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 2 วัน ในระหว่างวันที่ 12-13 กันยายน พ.ศ. 2565 และการติดตามเยี่ยมบ้านตามปกติ โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

2.4.3 ขั้นตอนหลังการวิจัย

1) เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบประเมินทั้ง 3 ชุดกับกลุ่มตัวอย่างและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขประเมินทักษะในระหว่างวันที่ 1-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.5.2 สถิติอนุมาน (inferential statistics)

1) สถิติการทดสอบค่าทีของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

2) สถิติการทดสอบค่าทีของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 18/2565 วันที่รับรอง 2 สิงหาคม 2565 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีการทบทไต่ ต่อกกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับการตรวจสอบและคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาทดลองใช้ และสามารถนำมาใช้ได้จริงกับอาสาสมัครประจำครอบครัว โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมสร้างทักษะ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมการตรวจเยี่ยม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความรู้ความเข้าใจ ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 1 วัน มีเนื้อหา 4 หัวข้อ ประกอบด้วย 1. การดูแลสุขภาพทั่วไปกับผู้ป่วย 2. การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

และ 4. การดูแลแบบวิถีใหม่ ซึ่งอาสาสมัครประจำครอบครัวมีความสนใจ ตั้งใจในการเรียนรู้ มีการถามและตอบคำถามเป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 2 สร้างทักษะ ใช้เวลาฝึกทักษะจำนวน 1 วัน โดยแบ่งกลุ่มย่อย 4 ฐาน ฐานละ 7-8 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากรฐานละ 1 คน ดำเนินการสาธิตและผู้เข้าอบรมสาธิตย้อนกลับ ประกอบด้วย ฐานที่ 1 การสาธิตการล้างมือตนเองและผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ฐานที่ 2 การสาธิตการใส่ การเลือก การทิ้งหน้ากากอนามัย ฐานที่ 3 การป้อนอาหารเตรียมอาหารเครื่องดื่มโดยยึดหลักป้องกันการติดเชื้อ และฐานที่ 4 การใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์

กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกำหนดตารางวันเวลาหลังการอบรม สัปดาห์ 1 และสัปดาห์ที่ 3 นัดประชุม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซึม จัดเวทีให้อาสาสมัครแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลแบบวิถีใหม่ ครั้งละ 2 ชั่วโมง

ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการอบรมพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ สามารถปฏิบัติตามความรู้ ความเข้าใจจากกิจกรรมที่ได้อบรมไปแล้วได้ มีบางรายสอบถามเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์ชนิดฉีดพ่นแบบละอองฝอย และการใช้น้ำยาทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม และการรับประทานสมุนไพรป้องกันโรค ทำให้มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์ที่น่าสนใจเพิ่มมากขึ้น ในสัปดาห์ที่ 3 หลังการอบรม อาสาสมัครประจำครอบครัวยังคงมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ มีความคล่องแคล่วในการปฏิบัติมากขึ้น มีความภาคภูมิใจที่ทั้งตนเองและผู้สูงอายุไม่มีผู้ติดเชื้อโควิดในช่วงที่มีการระบาด

กิจกรรมที่ 4 การตรวจเยี่ยม ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หลังเสร็จสิ้นการอบรมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจเยี่ยมทางออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 10-30 นาที และการเยี่ยมบ้านตามแผนงานซึ่งอาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถเปิดช่องทางสื่อสาร คือ การใช้ช่องทางไลน์จากโทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย และทีมสุขภาพสามารถรายงานภาวะสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุได้ทั้งทางวาจาภาพถ่ายและถ่ายทอดสด อาสาสมัครประจำครอบครัว พูดคุยยิ้มแย้ม มีกำลังใจ ไม่มีความวิตกกังวลหรือท้อแท้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางรายสาธิตการดูแลให้ผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้เห็น บางรายประสบ

เหตุการณ์ผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิด ดุร้าย หลงลืม อาสาสมัครได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก สามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุได้

2. ผลของการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่สำหรับอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

2.1 ข้อมูลกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ปรากฏว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3 (ร้อยละ 30) มีช่วงอายุระหว่าง 52-64 ปี (ร้อยละ 23) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43) ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 50) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 57) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 100) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) มีความรักใคร่กันเป็นอย่างดี (ร้อยละ 50) และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบุตร/หลาน (ร้อยละ 77) โดยผู้สูงอายุเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ร้อยละ 33) และมีอาการเจ็บป่วยในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 63)

ในขณะที่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ปรากฏว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3 (ร้อยละ 30) มีช่วงอายุระหว่าง 39-51 ปี (ร้อยละ 37) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 53) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 50) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 53) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 37) มีความรักใคร่กันเป็นอย่างดี (ร้อยละ 47) และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบุตร/หลาน (ร้อยละ 53) โดยผู้สูงอายุเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ร้อยละ 33) และมีอาการเจ็บป่วยในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 30)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ความรู้							
ก่อนการทดลอง	30	11.67	3.57	ไม่ดี	29	9.87**	.00
หลังการทดลอง	30	17.50	1.79	ดี			
ความสามารถ							
ก่อนการทดลอง	30	3.58	0.31	มาก	29	15.76**	.00
หลังการทดลอง	30	4.51	0.07	มากที่สุด			
ทักษะในการดูแล							
ก่อนการทดลอง	30	1.52	0.38	ดี	29	2.66**	.01
หลังการทดลอง	30	1.72	0.14	ดี			

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 11.67 และหลังได้รับการฝึกอบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.50 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยความสามารถก่อนได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 3.58 และหลังได้รับการฝึกอบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถเท่ากับ 4.51 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลก่อนได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 1.52 หลังได้รับการฝึกอบรมแล้วมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลเท่ากับ 1.72 และผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรม

ความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ก่อนการทดลอง)	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	30	11.67	3.57	ไม่ดี	58	0.77	.44
กลุ่มควบคุม	30	12.27	2.31	ไม่ดี	58		
ความสามารถ							
กลุ่มทดลอง	30	3.58	0.31	มาก	58	1.06	.29
กลุ่มควบคุม	30	3.49	0.34	มาก	58		
ทักษะในการดูแล							
กลุ่มทดลอง	30	1.52	0.38	ดี	58	1.60	.12
กลุ่มควบคุม	30	1.36	0.41	ดี	58		

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 11.67 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม เท่ากับ 12.27 โดยผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการฝึกอบรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถของกลุ่ม

ทดลองก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 3.58 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 3.49 และพบว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมมีความสามารถไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.52 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.36 พบว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมมีทักษะในการดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (หลังการทดลอง)	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	30	17.50	1.79	ดี	58	8.29 ^{**}	.00
กลุ่มควบคุม	30	12.73	2.58	ไม่ดี	58		
ความสามารถ							
กลุ่มทดลอง	30	4.51	0.07	มากที่สุด	58	20.16 ^{**}	.00
กลุ่มควบคุม	30	3.60	0.23	มาก	58		
ทักษะในการดูแล							
กลุ่มทดลอง	30	1.72	0.14	ดี	58	7.96 ^{**}	.00
กลุ่มควบคุม	30	1.49	0.07	ดี	58		

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 17.50 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกอบรมเท่ากับ 12.73 และพบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถของกลุ่ม

ทดลองหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 4.51 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 3.60 และพบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทักษะในการดูแลของกลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.72

และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการฝึกอบรม เท่ากับ 1.49 พบว่าหลังจากที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้กลุ่มทดลองมีทักษะในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลอง ปรากฏว่า มีความรู้ ความสามารถ และทักษะการดูแลแบบวิถีใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มควบคุมก็มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมหลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครประจำครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในครอบครัวเดี่ยวที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กันเป็นอย่างดี สอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะเพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานภายในบ้าน และดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับบรรทัดฐานทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่คาดหวังให้เพศหญิงต้องทำหน้าที่ในการดูแล ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว^{13,14} นอกจากนี้อาสาสมัครประจำครอบครัวส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 39-64 ปี ถือว่าเป็นช่วงวัยกลางคน มีวุฒิภาวะสูง และยอมรับผิดชอบในการจัดการด้านต่าง ๆ ทั้งในชีวิตส่วนตัว การดูแลงานภายในบ้าน ดูแลครอบครัวตลอดจนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี¹⁵ แม้ว่าอาสาสมัครประจำครอบครัวจะสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตามหากแต่อาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถศึกษาหาความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มเติมและทักษะความสามารถ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีอีกด้วย กล่าวคือบุคคลสามารถอ่านออกเขียนได้ จะสามารถแสวงหาความรู้ พัฒนาทักษะ มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้มีความสามารถในการดูแลได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งหากมีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และสามารถให้การดูแลในการดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้นจนเกิดความชำนาญได้¹⁶ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (information and communication technology : ICT) ที่พัฒนาอย่างรวดเร็วนี้ จึงเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารขนาดใหญ่ที่สามารถค้นหาได้รวดเร็ว ทำให้

ทุกคนมีความรู้ในหลากหลายเรื่อง โดยเฉพาะการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและผู้สูงอายุ เป็นต้น สัมพันธ์กับที่อาสาสมัครประจำครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยมาแล้วในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 63) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันจะมีความรักความผูกพันกัน ทำให้มีมุมมองด้านบวกในการดูแล มีความตั้งใจที่จะดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบแทนพระคุณบุญพาวรี และยังส่งผลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลให้ดีและมีคุณภาพยิ่งขึ้น^{15,17} ซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวคิดสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ส่วนผลการศึกษาหลังการทดลองของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลอง ปรากฏว่า มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมการฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีเนื้อหาและหัวข้อในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างจากโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม อีกทั้งยังมีกิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่างจากอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการฝึกอบรมจากโปรแกรมเดิม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura⁴ ที่กล่าวว่า การได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบหรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ล้วนเป็นวิธีการในการเสริมสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง¹⁸ สอดคล้องกับ Khalaila¹⁹ ที่ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุว่าการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดการแสดงออก ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงจุฬามาส ขุมทอง และวิทยา จันตุ²⁰ ได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมมาศึกษากับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง พบว่า หลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนการทดลอง ปรากฏว่ามีความรู้ที่ยังไม่ดึก แม้ว่าจะได้รับการอบรมการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวตามคู่มือของกระทรวงสาธารณสุขมาแล้วก็ตาม หรือที่อาสาสมัครประจำครอบครัวสามารถหาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งจากช่องทางออฟไลน์สู่ออนไลน์ (offline to online)²¹ ตามความเข้าใจของตนเอง แต่หากการได้รับความรู้จากฝึกอบรมที่มีแบบแผนหรือมีวัตถุประสงค์ตามความต้องการ หรือเพิ่มเติมในส่วนขาดและมีเนื้อหาทันสมัย ทันสถานการณ์ก็จะช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความรู้เพิ่มมากขึ้น รวมถึงความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งในที่นี้หมายถึงความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบวิถีใหม่ และที่สำคัญคืออาสาสมัครประจำครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นจากการเข้าโปรแกรม²² ในขณะที่ คะแนนเฉลี่ยความสามารถและทักษะในการดูแลของอาสาสมัครประจำครอบครัวก่อนการทดลองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่เมื่อได้รับการฝึกอบรมแล้วก็มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ สอดคล้องกับที่ Molassiotis and Wang²³ กล่าวว่า การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาและปรับปรุงภาระงาน มีความสุขในการปฏิบัติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย

โปรแกรมการฝึกอบรมนี้มีหัวข้อเนื้อหาที่มุ่งให้ความรู้แบบวิถีใหม่อาจไม่ใช่เรื่องใหม่ในการสาธารณสุขของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แต่หากพิจารณาถึงผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะเรื้อรังที่ต้องรักษาตัว โดยมีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในบ้านรวมถึงผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวด้วยแล้ว ก็ต้องมั่นใจว่าผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลแบบวิถีใหม่ เพื่อสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สอดคล้องกับที่ปริญญภรณ์ ธนะบุญปวง¹² ได้กล่าวว่าการดูแลสุขภาพภาวะในปัจจุบันควรต้องเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนในการแก้ปัญหา

สุขภาพ เช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้กลายเป็นโรคประจำถิ่น มีการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการบริการผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและชุมชนแล้ว อีกทั้งยังต้องส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และแกนนำชุมชนเพื่อให้ร่วมกันสร้างสุขภาวะดีแก่ผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไปในอนาคตด้วย

นอกจากนี้ การที่อาสาสมัครประจำครอบครัวได้รับการกิจกรรมการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยแล้วยิ่งส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)²³ เป็นการได้รับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ (peer support system) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญและสามารถชักจูงบุคคลได้ง่าย ที่จะช่วยให้ผู้ได้รับการเสริมแรงประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มโอกาสให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเข้าถึงข้อมูลและได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์²⁴ ตลอดจนช่วยลดความเครียดและการปรับตัวของตนในการดูแลผู้สูงอายุด้วย²⁵ สอดคล้องกับที่ Puavilai and Stuijbergen²⁶ กล่าวว่า บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถช่วยสร้างบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมและประสบการณ์ด้วยการจัดให้มีกลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีและอาจมีผลกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย สอดคล้องกับจามจุรี แซ่หลู่ และคณะ²⁴ กล่าวว่า เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุยังสามารถปรับตัวและรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง เพื่อพร้อมที่จะได้รับการดูแลและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขอยู่ที่บ้านและในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้เห็นประสบการณ์ตรงจากผู้ที่มีประสบการณ์ ทำให้อาสาสมัครประจำครอบครัวเกิดการเรียนรู้จากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขผ่านการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเองและเกิดพฤติกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการฝึกอบรมการเพิ่มทักษะการดูแล
แบบวิถีใหม่ร่วมกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมที่
พัฒนามีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยพัฒนาความรู้ ความ
สามารถ และทักษะในการดูแลสำหรับอาสาสมัครประจำ
ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถนำ
ไปขยายผลการใช้ให้เกิดประโยชน์กับในพื้นที่อื่น ๆ

2. บุคลากรทางด้านการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำ
ผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาและพัฒนา
โปรแกรมการฝึกอบรมในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร
ประจำครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไปได้ เช่น
การดูแลเรื่องสมุนไพรในผู้สูงอายุ การใช้แอลกอฮอล์กับ
ผู้สูงอายุ การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและมุมมองด้าน
บวกในการดูแลของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการฝึกอบรมไปศึกษากับกลุ่ม
ตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregivers) ผู้พิการ ผู้ป่วย
ติดเตียงที่ยังไม่สูงอายุ

2. ควรนำไปพัฒนาและทดลองใช้ร่วมกับการพัฒนา
สมรรถนะอื่น เช่นจากการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม
เปลี่ยนเป็นร่วมกับการเสริมแรงเชิงบวก หรือร่วมกับการ
สร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience quotient) ของอาสาสมัคร
ประจำครอบครัว เป็นต้น

References

1. Chobthamasakul S. Relationship between Health Literacy and Obesity Prevention Behavior of Undergraduate Students in Bangkok Metropolitan Region. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*. 2019; 8(1): 116-23. (in Thai)
2. Uthai Thani Provincial Public Health Office. Annual Report of the Elderly 2021. Uthai Thani Provincial Public Health Office, Thailand; 2021. (in Thai)
3. Primary Health Care Division, Ministry of Public Health. Family Volunteer Handbook. Printing

House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand, Thailand; 2016. (in Thai)

4. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W H Freeman and Company; 1997.
5. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med*. 1976; 38(5): 300-14.
6. Thanaboonpuang P. Health Care and Quality of Life for the Older Adults in Next Normal. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2022; 2(1): 86-96. (in Thai)
7. Wangpitipanit S, Panuthai S, Sucamvang K., Lasuka D, Jitapunkul S. Family Caregiver Capacity Building Program for Older People with Dependency in Thailand: A Randomized Controlled Trail. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2016; 20(1): 18-32.
8. Cherdsumtia V, Pichayapinyo P, Lagampan S. Capacity Building for Family Volunteers in Caring for the Dependency. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2021; 28(1): 33-44. (in Thai)
9. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Family Volunteer Manual. Printing House of the Agricultural Cooperatives Association of Thailand, Thailand; 2016. (in Thai)
10. Pimpo B. Potential Development of Caregiver for the Elderly with Chronic Diseases in Phai Lom Community, Laplae District, Uttaradit Province. Master of Education. Health Promotion. Chiang Mai University. (in Thai)
11. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
12. Thanaboonpuang P. Health Care and Quality of Life for the Older Adults in Next Normal. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2022; 2(1): 86-96. (in Thai)
13. Thaithae et al. Factors Affecting Health Care Behaviors of the Elderly among Urban Community in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2021. 48(2): 393-406. (in Thai)

14. Yodphetch S, Sombat L, Choktanawanich P, Sakdaporn T. Good models on the elderly care by family and community in rural areas in Thailand. (Research report). Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, Thailand: 2009. (in Thai)
15. Phoomphit C, Panuthai S, Thamdee D. Care Ability, Positive Aspects of Caregiving and Quality of Care for Dependent Older Persons. *Nursing Journal*. 2021; 48(3): 226-36. (in Thai)
16. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of Practice*. Missouri: Mosby; 2001.
17. Trevisan dos Santos FG, Zulini A, Cardoso Bellini LC, de Cassia Nogueira Sanches R, da Silva Rêgo A, Oliveira Girardon-Perlini NM, Trindade Radovanovic CA. Factors associated with the skills of informal caregivers in home care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022; 75(4): 1-7.
18. Sirited P, Thammaseeha N. Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(2): 58-65. (in Thai)
19. Khalaila R. Does emotional empathy moderate the association between caregiver burden and burnout among Arab family caregivers of older relatives?. *Health Soc Care Community*. 2022; 30(5): e2478-88.
20. Khumthong C, Juntu W. Effect of Health Education Program Applied Disease Prevention and Social Support Motivation on the Behavior of Prevention of Complications from Chronic NCDs in the Elderly with Chronic Non-communicable Diseases in the Area of Muang Surin District Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021; 48(3): 226-36. (in Thai)
21. Jaranasampanno P. Development the Quality of life in New Normal Age. *Journal of MCU Development*. 2021; 6(3): 116-28. (in Thai)
22. Suanrueang P, Wannasri A, Srithamrongsawat S. Community Care by Caregivers to Dependent Elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy. *Journal of Health Systems Research*. 2018; 12(3): 437-51. (in Thai)
23. Molassiotis A, Wang M. Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. *Curr. Treat. Options in Oncol*. 2022; 23(4): 494-513.
24. Saeloo J, Kaewkrachok T, Samdaengsarn D. How Social Support and Health Literacy Influence Quality of Life of Elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021; 8(2): 39-52. (in Thai)
25. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav*. 1982; 23: 145-9.
26. Pauvilai A, Stuifbergen AK. Life experiences relevant to life quality of Thai women with diabetes. *Thai Journal of Nursing Research*. 2000; 4(3): 248-64.

การรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ศศ.ด.***

วรณัฐ ไชยวาน พย.ม.*

สุภาพัทธ์ หาญกล้า กศ.ม.*

นงนุช บุญมาลา พย.บ.*

อัญชลี อ้วนแก้ว พย.ม.*

(วันรับบทความ: 30 กันยายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 13 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 13 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล (entrustable professional activities [EPAs]) ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2 ในปีการศึกษา 2565 มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี โดยใช้แบบประเมิน EPAs แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5 ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 64 กิจกรรม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัคของแบบประเมินเท่ากับ 0.98 โดยให้นักศึกษาตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามี EPAs ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ในระดับ 3 ถึงระดับ 5 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 73.4 มี EPAs ระดับ 4 รองลงมาร้อยละ 21.9 อยู่ในระดับ 5 และมี EPAs ระดับ 3 น้อยที่สุด (ร้อยละ 4.7) และเป็นกิจกรรมการพยาบาลในระยะตลอดทั้งหมด ส่วนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 มี EPAs ในระดับ 4 ถึงระดับ 5 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 เป็นระดับ 5 ส่วนระดับ 4 พบร้อยละ 46.9 เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการรับรู้ระดับ EPAs พบว่าสัดส่วน EPAs ระดับ 5 ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพิ่มขึ้นและมากกว่าในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปว่าการปฏิบัติการพยาบาลในกิจกรรมซ้ำ ๆ นักศึกษามี EPAs ในระดับที่สูงขึ้น ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่มี EPAs ในระดับที่ยังไม่ยอมรับ (ต่ำกว่าระดับ 4) ควรจัดให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติมากขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล, การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล, วิชาการพยาบาลมารดาและทารก

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: soianu@kku.ac.th Tel: 081 9658337

Entrustable Professional Activities Level in Nursing as Perceived by Nursing Students in Maternal Newborn Nursing and Midwifery Practicum Subject

Soiy Anusornteerakul PhD***

Woranuch Chaiwan M.N.S.*

Suphaphak Harnklar M.Ed*

Nongnuch Boonmala B.N.S.*

Anchalee Ounkaew M.N.S.*

(Received Date: September 30, 2022, Revised Date: December 13, 2022, Accepted Date: December 13, 2022)

Abstract

This descriptive research aimed to study the entrustable professional activities [EPAs] level in nursing as perceived by nursing students. The sample consisted of 30 fourth-year nursing students who had completed practical training in maternal newborn nursing and midwifery practicum I and II in the academic year 2022, Ratchathani University Udon Thani Campus. The EPAs assessment form was used, and divided into 5 levels, from level 1 to level 5, consisting of 64 nursing activities. Cronbach's alpha coefficient confidence value of the assessment form was 0.98. The students answered the self-assessment form. The descriptive statistics and analytical statistics Chi-square were used.

The results showed that the students had EPAs in the maternal newborn nursing and midwifery practicum subject 1 at level 3 to level 5. The most of them (73.4%) had EPAs in level 4, followed by 21.9% in level 5, and the least at level 3 (4.7%) were nursing activities during the delivery period all. The maternal newborn nursing and midwifery practicum subject 2 had EPAs at level 4 to level 5. Most of them were (53.1%) at level 5, while level 4, 46.9% were found. When testing for differences in the proportion of perceived levels of EPAs, it was found that the proportions of EPAs at level 5 in the maternal newborn nursing and midwifery practicum subject II were increased and more than the maternal newborn nursing and midwifery practicum subject I with statistical significance at the .05 level. It was concluded that nursing practice in repetitive activities, students will have higher levels of EPAs. Therefore, nursing activities with unacceptable levels of EPAs (below level 4) should provide students with more practice.

Keywords: entrustable professional activities, nursing student perception, maternal and newborn nursing subject

*Lecturer Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

**Corresponding author E-mail: soianu@kku.ac.th Tel: 081 9658337

บทนำ

ความสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล (entrustable professional activities [EPAs]) เป็นสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (psychomotor skills) ที่ผู้ประเมินไว้วางใจให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้กำกับดูแล เป้าหมายของ EPAs คือความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้ปฏิบัติงานได้โดยปราศจากการกำกับดูแล^{1,2} การใช้แนวคิด EPAs ถูกนำมาใช้มากในโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศ โดยใช้เป็นกรอบในการประเมินการปฏิบัติงานของผู้เรียน เช่น สมาคมวิทยาลัยแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (American Association of Medicine Colleges)³ โรงเรียนแพทย์ในแคนาดา (Medical School in Canada)^{4,5} โดยมีเป้าหมายการใช้ EPAs ในการประเมินการเรียนการสอนในคลินิก เพื่อให้ผู้เรียนได้รับความไว้วางใจให้ปฏิบัติกิจกรรมได้โดยปราศจากการกำกับดูแลโดยตรง⁶ คณะทำงานด้านมาตรการการประกันคุณภาพการศึกษา มูลนิธิพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพแห่งชาติ ได้นำแนวคิดนี้มาใช้โดยกำหนดประเด็นไว้วางใจว่านักศึกษาที่มีทักษะที่สมบูรณ์จะเรียกว่า มีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล (EPAs) และเป็นประเด็นสำคัญ 1 ใน 10 ประเด็นที่กำหนดไว้ให้มีในเกณฑ์ประกันคุณภาพ ที่ระบุไว้ว่าสถาบันการศึกษาควรกำหนดสมรรถนะที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล EPAs จึงเน้นที่สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่ประกอบด้วยกิจกรรม (tasks) และความรับผิดชอบของผู้เรียนที่ได้รับความไว้วางใจ (entrust) ให้ปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล เพราะเป็นผู้ที่มีสมรรถนะเพียงพอ⁴⁻⁷ สภาการพยาบาลได้นำแนวคิด EPAs มาใช้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรต้นแบบสภาการพยาบาล พ.ศ. 2564 ที่กำหนดให้ EPAs เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติในแต่ละวันตามที่ได้รับมอบหมายและตามความรับผิดชอบ กิจกรรมการพยาบาลนี้มีทั้งง่ายและซับซ้อน นักศึกษาพยาบาลจะสามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ง่ายไม่ซับซ้อน แต่เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ถ้านักศึกษาพยาบาลมี EPAs ที่เพียงพอจะถูกไว้วางใจให้ดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะแทรกซ้อนได้⁸ แต่เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลศาสตร พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ได้ลด

ชั่วโมงการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการพยาบาล โดยกำหนดให้ 1 หน่วยกิต ต้องจัดการเรียนการสอนไม่เกิน 45 ชั่วโมง⁹ ทำให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลน้อยลง นักศึกษาจึงมีโอกาสมีนี้อาจมี EPAs ในระดับที่ยอมรับได้น้อยลง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ได้นำแนวคิด EPAs มาใช้ในการเตรียมนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ โดยการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล จนเกิดความมั่นใจและความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานจริง และคาดหวังว่านักศึกษาจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้จริงในคลินิก โดยจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เป็น 6 หน่วยกิต ตามเกณฑ์สภาการพยาบาล^{8,9} แบ่งเป็น 2 รายวิชา เป็นรายวิชาละ 3 หน่วยกิต ได้แก่ วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ทั้ง 2 รายวิชา มีกิจกรรมการพยาบาลและการมอบหมายงานที่เหมือนกัน นักศึกษาจะเรียนทั้ง 2 รายวิชานี้ในชั้นปีที่ 4 โดยเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 เสร็จสิ้นแล้ว จึงเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 และเนื่องจากในการปฏิบัติงานจริงนั้นในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด ตลอดจนการพยาบาลทารกแรกเกิด มีทั้งผู้รับบริการที่มีและไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน นักศึกษาต้องให้การพยาบาลผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่ม นักศึกษาจึงได้ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2 ในผู้รับบริการที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้นักศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพิ่มขึ้น นักศึกษาจึงควรมีระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นตามระดับของกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น และระยะเวลาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย¹⁰ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นจะอยู่บนพื้นฐาน 2 ส่วน คือ ภาระงานที่ปฏิบัติซ้ำ ๆ และเป็นภาระงานที่ต้องปฏิบัติ^{11,12} ผู้สอนจึงเชื่อว่าการที่นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง จะทำให้นักศึกษามีสมรรถนะเพิ่มขึ้นและสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับการดูแลได้ ดังนั้น นักศึกษาที่เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาล

มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เสร็จสิ้นแล้ว น่าจะมีระดับ EPAs เพิ่มมากขึ้น

การศึกษาระดับ EPAs ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยังมีน้อยมาก ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาระดับ EPAs ของนักศึกษาในภาพรวมทั้งหลักสูตร^{10,13-15} ยังไม่พบว่ามี การศึกษาระดับ EPAs ในรายวิชาเฉพาะ แต่พบว่ามี การศึกษา EPAs เฉพาะสาขาวิชาในต่างประเทศ เช่น EPAs การดูแลรักษาโรคในภาวะวิกฤต (critical care medicine)¹⁶ EPAs โรคทางเดินอาหาร (gastroenterology)¹⁷ เป็นต้น วิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เป็น รายวิชาที่มีกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเฉพาะ ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขต อุดรธานี จึงได้ดำเนินการประเมินสมรรถนะของนักศึกษา ตามกรอบแนวคิด EPAs ตามการรับรู้ของนักศึกษา หลัง สิ้น สหวิทยาการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการ ผดุงครรภ์ 1 และ 2 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการ ปรับปรุงและพัฒนาการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการ พยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ และหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการ พยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล ของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของสัดส่วนการรับรู้ ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยไม่ต้องกำกับ ดูแล ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและ การผดุงครรภ์ 1 และ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการ พยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2 แบ่ง กิจกรรมการพยาบาลเป็นระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะ หลังคลอด และทารกแรกเกิด มีการมอบหมายงาน ความ รับผิดชอบและกิจกรรมการพยาบาลที่เหมือนกัน เนื่องจาก ในการปฏิบัติงานจริงทุกหน่วยการพยาบาลไม่สามารถแยก ให้การพยาบาลผู้รับบริการที่ภาวะปกติหรือมีภาวะ แทรกซ้อนเท่านั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี จึงจัดการเรียนการสอนทั้ง

2 รายวิชาที่เหมือนกัน โดยใช้กรอบแนวคิด EPAs ในการ ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติงาน แบ่ง EPAs ออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ให้สังเกตเท่านั้น หรือต้องช่วยเหลือทั้งหมด ระดับ 2 สามารถปฏิบัติได้ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด ระดับ 3 สามารถปฏิบัติได้ภายใต้การกำกับดูแลเมื่อต้องการ และ พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที ระดับ 4 สามารถปฏิบัติได้ ด้วยตนเองหรือภายใต้การกำกับดูแลห่างๆ และระดับ 5 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและสามารถให้การกำกับดูแล ผู้อื่นได้ โดยกำหนดให้ EPAs ระดับ 4 ขึ้นไป ถือว่าเป็น EPAs ที่เพียงพอ สมบูรณ์และยอมรับได้ และเป็นเป้าหมายใน การผลิตบัณฑิตพยาบาลและการจัดการเรียนการสอน^{1,7,18-19}

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ในนักศึกษาพยาบาลทั้งหมดในปีการศึกษา 2565 จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินกิจกรรมการ พยาบาลตามระดับ EPAs หลังนักศึกษาสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ งานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ในเดือนเมษายน และหลังนักศึกษาสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ งานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2 เสร็จสิ้นแล้ว ในปี การศึกษา 2565 ที่มีจำนวนทั้งหมด 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ และเกรดเฉลี่ยสะสม ส่วนที่ 2 แบบประเมิน EPAs ตามกิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ทั้งหมด 64 กิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลใน ระยะตั้งครรภ์ 22 กิจกรรม เช่น การซักประวัติ การตรวจ ครรภ์ การคำนวณอายุครรภ์และการคะเนกำหนดคลอด ระยะคลอด 24 กิจกรรม เช่น การประเมินการหดตัวของ มดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การทำคลอดทารก และรก ระยะหลังคลอด 10 กิจกรรม เช่น การคลั่งมดลูก การประเมินแผลฝีเย็บ และการพยาบาลทารกแรกเกิด

8 กิจกรรม เช่น การตรวจร่างกายทารก การตรวจระบบประสาทส่วนกลาง (primitive reflexes) แต่ละกิจกรรมประเมินความสามารถด้านทักษะตามระดับ EPAs แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 นักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เอง ต้องให้สังเกตและช่วยเหลือรอบนอกเท่านั้น ระดับ 2 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลใกล้ชิด ระดับ 3 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลที่พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที ระดับ 4 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้กำกับดูแลสังเกตอยู่ห่าง ๆ และระดับ 5 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแล^{1,7,18,19}

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

กิจกรรมการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ทั้งหมด 64 กิจกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากการพิจารณาของอาจารย์ผู้สอนในสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ จากนั้นผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะกรรมการบริหารวิชาการ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกำกับมาตรฐานวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี จำนวน 6 คน แบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 35 คน หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบักระยะตั้งครรภ์เท่ากับ 0.99 ระยะคลอดเท่ากับ 0.97 ระยะหลังคลอดเท่ากับ 0.89 ทารกแรกเกิดเท่ากับ 0.93 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบักรวมเท่ากับ 0.98

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 2565/018E รับรองเมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 แบบประเมินนี้จะไม่ระบุชื่อนักศึกษา นักศึกษามีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบประเมินได้ โดยจะไม่มีผลต่อการเรียนและคะแนนของนักศึกษา และจะวิเคราะห์ผลทั้งหมดในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ตอบแบบประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้นักศึกษาตอบข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน EPAs ด้วยตนเอง หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ในเดือนเมษายน และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยให้นักศึกษาส่งแบบประเมินกลับผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ และค่ามัธยฐาน ในการระบุระดับ EPAs การทดสอบการกระจายของประชากรด้วยสถิติ one sample Kolmogorov test พบว่าเป็นการกระจายแบบปกติ (distribution is normal) และใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2 test) ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนการรับรู้ระดับ EPAs ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาทั้งหมด 35 คน สมัครใจตอบแบบประเมินวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 30 คน วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 21-24 ปี อายุเฉลี่ย 21.77 ± 0.82 ปี เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 96.7 เกรดเฉลี่ยสะสม (grade point average/ GPA) อยู่ระหว่าง 2.25-3.77 เฉลี่ย 2.87 ± 0.33

ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์

EPAs ของนักศึกษาแยกตามรายวิชา พบว่าวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ในระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และทารกแรกเกิด นักศึกษามี EPAs ในระดับ 4 ถึงระดับ 5 และส่วนใหญ่มี EPAs ในระดับ 4 อยู่ระหว่างร้อยละ 70.0-100 ส่วนการพยาบาลในระยะคลอด นักศึกษามี EPAs ในระดับ 3 ถึงระดับ 5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 ร้อยละ 66.7 ส่วนระดับ 3 มีร้อยละ 12.5 เป็นกิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอดทั้งหมด หลังการฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการ

ผดุงครรภ์ 2 นักศึกษามี EPAs ในระดับ 5 เพิ่มขึ้นในทุกระยะของการพยาบาล โดยพบว่าการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และการพยาบาลทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มี EPAs ในระดับ 5 อยู่ระหว่างร้อยละ 59.1-100 ส่วนในระยะคลอด EPAs ระดับ 3 เพิ่มขึ้นระดับ 4 ทั้งหมด

ส่วนใหญ่ยังมี EPAs ในระดับ 4 ร้อยละ 75.0 โดยระยะคลอดมีสัดส่วน EPAs ในระดับ 5 น้อยที่สุด รองลงมาเป็นระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และการพยาบาลทารกแรกเกิดตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกิจกรรมการพยาบาลในวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ แยกตามระยะการพยาบาลและการรับรู้ระดับ EPAs (N = 30)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนกิจกรรม	ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1			ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2		
		ระดับ 3 (%)	ระดับ 4 (%)	ระดับ 5 (%)	ระดับ 3 (%)	ระดับ 4 (%)	ระดับ 5 (%)
ระยะตั้งครรภ์	22	0	16 (72.8)	6 (27.3)	0	9 (40.9)	13 (59.1)
ระยะคลอด	24	3 (12.5)	16 (66.7)	5 (20.8)	0	18 (75.0)	6 (25.0)
ระยะหลังคลอด	10	0	7 (70.0)	3 (30.0)	0	3 (30.0)	7 (70.0)
ทารกแรกเกิด	8	0	8 (100)	0	0	0	8 (100)
รวม	64	3 (4.7)	47 (73.4)	14 (21.9)	0	30 (46.9)	34 (53.1)

หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 EPAs ของนักศึกษาเพิ่มขึ้น จำแนกเป็นกิจกรรมการพยาบาลในระยะต่าง ๆ ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ EPAs ระดับ 4 เพิ่มขึ้นระดับ 5 จำนวน 7 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคำนวณอายุครรภ์/คะเนกำหนดคลอด 2) การตรวจเต้านมและหัวนม 3) การตรวจครรภ์ด้วยวิธี Leopold handgrip (4 ท่า) 4) การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ (สมุดสีชมพู) 5) การเตรียมผู้รับบริการตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (electric fetal monitoring/EFM, non stress test/NST, ultrasound, fetal biophysical profile/FBPP) 6) การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (EFM, NST, ultrasound, FBPP) และ 7) การแนะนำ การสังเกตและการนับการดิ้นของทารกในครรภ์

ระยะคลอด EPAs ระดับ 3 เพิ่มขึ้นระดับ 4 จำนวน 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ผล EFM และการรายงานแพทย์/พยาบาล 2) การทำคลอดทารก และ 3) การตัดฝีเย็บและการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ และเพิ่มขึ้นจากระดับ 4 เป็นระดับ 5 จำนวน 1 กิจกรรม คือ การตรวจครรภ์ด้วยวิธี Leopold handgrip (4 ท่า)

ระยะหลังคลอด EPAs ระดับ 4 เพิ่มขึ้นระดับ 5 จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การคลั่งและประเมินการหดตัวของมดลูก 2) การประเมินระดับยดนมดลูก 3) การ

ประเมินการให้นมแม่ด้วยคะแนนการเข้าเต้า (LATCH score) และ 4) การจำหน่ายมารดาและทารกกลับบ้าน

การพยาบาลทารกแรกเกิด EPAs ระดับ 4 เพิ่มขึ้นระดับ 5 ทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การดูแลทารกแรกเกิดหลังคลอดทันที 2) การฉีดวิตามินเค (vitamin K) และวัคซีนไวรัสตับอักเสบ (hepatitis vaccine) 3) การตรวจระบบประสาทส่วนกลาง (primitive reflects) 4) การรับย้ายทารกแรกเกิด 5) การอาบน้ำทารกแรกเกิด 6) การดูแลทารกแรกเกิดประจำวัน 7) การฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) และ 8) การดูแลทารกแรกเกิดส่องไฟเพื่อการรักษา (on phototherapy)

ความแตกต่างของสัดส่วนการรับรู้ระดับความสามารถปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์

หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 EPAs ของนักศึกษาระดับ 3 เพิ่มขึ้นระดับ 4 ทั้งหมด 3 กิจกรรม และมีสัดส่วน EPAs ระดับ 4 เพิ่มขึ้นระดับ 5 จำนวน 20 กิจกรรม เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระดับ EPAs หลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 2 รายวิชา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละกิจกรรมการพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ แยกตามการรับรู้ระดับ EPAs (N = 30)

ระดับ EPAs	ปฏิบัติการพยาบาลมารดา		ปฏิบัติการพยาบาลมารดา		X ² test	P value
	ทารกและการผดุงครรภ์ 1	ทารกและการผดุงครรภ์ 2	ทารกและการผดุงครรภ์ 1	ทารกและการผดุงครรภ์ 2		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับ 3 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้กำกับดูแลที่พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที	3	4.7	0	0	10.91	.004
ระดับ 4 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้กำกับดูแลสังเกตอยู่ห่างๆ	47	73.4	30	46.9		
ระดับ 5 นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแล	14	21.9	34	53.1		
รวม	64	100	64	100		

การอภิปรายผล

หลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 นักศึกษายังมี EPAs ในระดับ 3 จำนวน 3 กิจกรรม (ร้อยละ 12.5) ซึ่งเป็นระดับที่ยังไม่ยอมรับในความสามารถ เพราะนักศึกษายังไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยอิสระ แต่ต้องมีผู้กำกับดูแลที่พร้อมให้การช่วยเหลือได้ทันที^{7,8} และเป็นกิจกรรมการพยาบาลในระยะตลอดทั้งหมด ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ผล EFM และการรายงานแพทย์/พยาบาล 2) การทำคลอดทารก และ 3) การตัดฝีเย็บและการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติน้อย จากจำนวนผู้รับบริการน้อยลง กอปรกับจำนวนนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติในระยะตลอดรวมกับนักศึกษาสถาบันการศึกษาพยาบาลอื่น ๆ มีมากขึ้น ทำให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมเหล่านี้ลดลง และเมื่อนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ต่อไปอีก นักศึกษาสามารถเพิ่มพูนประสบการณ์จาก EPAs ในระดับ 3 เพิ่มเป็นระดับ 4 ทั้งหมด และ EPAs ในระดับ 4 ส่วนใหญ่จะสามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ขึ้นเป็นระดับ 5 สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้สมรรถนะเป็นฐาน ที่ระบุไว้ว่านักศึกษาควรมีระดับ EPAs เพิ่มขึ้นตามระดับกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลากการฝึกปฏิบัติงานที่มากขึ้น^{8,20} และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด EPAs ที่สะท้อนประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น คือกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติซ้ำ ๆ หรือเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ จะเป็นการสะสมประสบการณ์และความชำนาญ^{1,11,12} ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการรับรู้ระดับ EPAs ของ 2 รายวิชา มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ต่อจากการฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ซึ่งเป็นกิจกรรมเดียวกัน ทำให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเดิมซ้ำ ๆ และมีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ จนเกิดการรับรู้ว่ามีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับ 4 ขึ้นไป ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับความสามารถทางการปฏิบัติได้ และ EPAs ในระดับ 4 ได้เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 5 มากขึ้น ซึ่งเป็นระดับ EPAs สูงสุด ที่นักศึกษามีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องมีผู้กำกับดูแล และสามารถช่วยเหลือกิจกรรมการพยาบาลผู้อื่นได้ EPAs ในระดับ 4 และระดับ 5 เป็นระดับที่ยอมรับได้ว่ามี EPAs ที่เพียงพอ สอดคล้องกับเป้าหมายการผลิตบัณฑิตพยาบาลและการจัดการเรียนการสอน^{7,8} ทำให้การจัดการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี บรรลุตามเป้าหมายการผลิตบัณฑิตพยาบาลและการจัดการเรียนการสอน อย่างไรก็ตาม บางกิจกรรมการพยาบาลที่นักศึกษามี EPAs ระดับ 4 อยู่แล้ว และไม่เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 5 เป็นกิจกรรมที่นักศึกษาไม่ค่อยได้มีโอกาสในการฝึกปฏิบัติ หรือได้ฝึกปฏิบัติไม่มากนัก โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอด เนื่องจากข้อจำกัดดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้น การฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีสถานการณ์เสมือนจริงก่อนฝึก

ปฏิบัติงานจริงจึงมีความจำเป็น ตลอดจนหลังการฝึกปฏิบัติงานจริงในกิจกรรมการพยาบาลที่นักศึกษายังมี EPAs ในระดับต่ำกว่า 4 จึงเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้สอนหรือผู้รับผิดชอบวิชาที่ต้องรับระดับความสามารถของนักศึกษาหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน การบริหารหลักสูตร และการจัดประสบการณ์ทางคลินิกให้กับนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลจริงได้ (deal EPAs)¹

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย แม้จะประเมินการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ทั้งหมด ในปีการศึกษา 2565 ซึ่งมีเพียง 35 คน จึงอาจทำการศึกษาซ้ำเมื่อมีนักศึกษาจำนวนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

หลังสิ้นสุดการปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 นักศึกษายังมี EPAs ในระยะคลอดอยู่ในระดับที่ยังไม่ยอมรับ 3 กิจกรรม ดังนั้น จึงควรเตรียมนักศึกษาในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีสถานการณ์เสมือนจริงที่จำเป็นอีกครั้งก่อนฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพื่อให้ นักศึกษามี EPAs ที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อระดับความสามารถของนักศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
2. ควรศึกษาความแตกต่างของสัดส่วนการรับรู้ระดับความสามารถของนักศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาและครูคลินิก

References

1. Al-Moteri M. Entrustable professional activities in nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Sci* 2020; 7(3): 277-84.
2. Anusornteerakul S, Paokanha R, Chaiwan W, Harnkha S, Korsuk C. Application of entrustable professional activities concept to psychomotor skill development for professional nurses. *Journal of Nursing and Health Care* 2020; 39(1): 6-13. (in Thai)
3. Englander R, Flynn T, Call S, Carraccio C, Cleary L, Fulton, TB, et al. Toward defining the foundation of the MD degree: Core entrustable professional activities for entering residency. *J Assoc Am Med Coll* 2016; 91(10): 1352-8.
4. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Entrustable professional activity (EPA) fast facts. Canada: Canmeds Royal College Ca; 2016.
5. Touchie C, Boucher A. Entrustable professional activities for the transition from medical school to residency. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada; 2016.
6. Surjadi M, Stringari-Murray S, Saxe JM. Entrustable professional activities in nurse practitioner education. *J Nurse Pract* 2019; 15(5): 97-102. doi:10.1016/J.NURPRA.2018.12.030
7. National Education Personnel Health Development Foundation. Recommendations for the development of specialized health education for reforming educational institutions and teaching. Nonthaburi: Office of International Health Policy Development Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
8. Nursing Council. Bachelor of nursing science program: The nursing council's model program 2021. Nonthaburi: Nursing Council; 2021. (in Thai)
9. Nursing Council. Nursing council announcement on the core competencies of graduates with a bachelor's degree. Nonthaburi: Nursing Council; 2018. (in Thai).
10. Anusornteerakul S, Tienprasert S, Kanchanabatr B. Entrustable professional activities on psychomotor skills among newly graduated nurses. *Journal of Nursing and Health Care* 2020; 38(1): 69-77. (in Thai)
11. Hart D, Franzen D, Beeson M, Bhat R, Kulkarni M, Thibodeau L, et al. Integration of entrustable professional activities with the milestones for emergency medicine residents. *West J Emerg Med* 2019; 20(1): 35-42.

12. Holzhausen Y, Maaz A, Renz A, Bosch J, Peters H. How to define core entrustable professional activities for entry into residency? *BMC Med Educ* 2018; 18(1): 87.
13. Mongkhonsiri P, Kitsomporn J, Thadakant S, Tongvichean S, Anusornteerakul S, Amornrojana-varavutti W, et al. Entrustable professional activities (EPAs) for newly graduated nurses: A preliminary study in Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2021; 31(1): 161-76. (in Thai)
14. Rastsadondee K, Tongvichean SC, Tapasee W, Thienfaidee U, Prakobkit K. Determination of the levels of entrustable professional activities for graduated nurses. *Thai Journal of Nursing*. 2020; 69(4): 50-9. (in Thai)
15. Anusornteerakul S, Hankha S, Buengmoom N, Ounkaen A, Chaimeekhieo N, Chaiwan W. Expected and actual entrustable professional activities in nursing of newly graduated nurses as perceived by nursing instructors. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin* 2021; 12(1): 1-15. (in Thai)
16. Fesser HE, Addizzo HD, Beck LM, Buckley JD, Pastores SM, Piquette CA, Spevetz A. Entrustable professional activities and curriculum milestones for fellowship training in pulmonary and critical care medicine: report of a multi-society working group. *Chest* 2014; 146(3): 813-34.
17. Rose S, Fix OK, Shah BJ, Jones TN, Szykowski RD, Bosworth BP, Sedlack RE. Entrustable professional activities for gastroenterology fellowship training. *Gastrointestinal Endoscopy* 2014; 80(1): 16-27.
18. Amy LP, Scott AC, Caitlin KF, Jean YM, Megan RU, Jordan HQ. Entrustable professional activities for pharmacy practice. *Am J Pharm Educ* 2016; 80(4): 1-4.
19. Cate OT. Entrustment as assessment: Recognizing the ability, the right, and the duty to act. *J Grad Med Educ* 2016; 8(2), 261-2.
20. Nicely KLW, Fairman J. Postgraduate nurse practitioner residency programs: Supporting transition to practice. *Academic Medicine: J Assoc Am Med Coll* 2015; 90(6): 707-9.

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

นิตยา มณีท่าโพธิ์ พย.บ.*

พรณี ชูศรี รป.ม.**

สมพร เจษฎาญาณเมธา ป.ร.ด.**

ปัญญา เกื่อนด้าง พย.ม.**

วิภาพร สิทธิศาสตร์ ส.ด.***

(วันรับบทความ: 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 21 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 22 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 10 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 100 คน วิจัยดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) ออกแบบและพัฒนา 3) ทดลองใช้ระบบการพยาบาล และ 4) ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกเนื้อหาสาระ แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพระบบการพยาบาล แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือพบค่า IOC 0.5-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.76-0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์สรุปเนื้อหาและสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed rank test และ Chi square's test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การจัดระบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการนำระบบการพยาบาลไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยรับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการพยาบาลได้ถูกต้อง รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองอย่างถูกต้อง และได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสูงกว่าก่อนนำไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้ระบบการพยาบาลในระดับมากที่สุด ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองนี้ จะช่วยให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณค่า และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง

*หน่วยการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

**กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: vipaporn@bcnb.ac.th โทร: 062 154 9596

Development of a Palliative Nursing Care System

Nittaya Maneetapo B.N.S.*

Phannee Choosri M.P.A.**

Somporn Jedsadayanmetha PhD**

Panya Tuandeang M.N.S.**

Vipaporn Sittisart Dr.P.H.***

(Received Date: November 27, 2022, Revised Date: December 21, 2022, Accepted Date: December 22, 2022)

Abstract

This research and development design aimed to develop the palliative nursing care system (PNCS) for end-of-life persons and evaluate its effectiveness. Samples were 10 registered nurses (RNs) and 100 patients. Research processes were 1) situation analysis, 2) design and development, 3) implementation, and 4) evaluation. Data collection used a focused group discussion (FDG) and a self-administration questionnaire. Tools were the content record, the FDG guideline, the quality assessment record, the knowledge assessment form, the nursing skill assessment form, the satisfaction questionnaire, and the nursing activity record. The validity showed IOC 0.5-1 and the reliability showed Cronbach's alpha coefficient 0.76-0.88. Data analysis used content analysis, percent, average, standard deviation, Wilcoxon signed rank test, and Chi square test.

Results showed that a palliative nursing care system (PNCS) is composed of a nursing delivery system as a primary nurse and clinical nursing practice guidelines for palliative care at the end of life. It deployed on the first arrival on admission at the ward until discharged to home. We found that after patients received a PNCS they statistically significant received more valid screening and assessment of their self-care demand, and received more specific planning for palliative care than before at $p < .05$. RNs had the highest satisfaction on deploying the PNCS. In summary, the PNCS was useful for nurse personnel to provide appropriate care that followed the patients' lifestyle. Therefore, patients had value at the end of their life and peaceful death.

Keywords: Nursing care system, Primary nurse, End of life, Palliative care

*Palliative Care Unit, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

**Nursing Organization, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

***Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

***Corresponding Author. Email: vipaporn@bcnb.ac.th Tel: 062 154 9596

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) คือ การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมีระยะเวลาในการดำรงชีวิตจำกัด โดยเน้นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้บรรเทาอาการทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเช่น อาการปวด¹ จากสถานการณ์ในปัจจุบันสถิติข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สถิติจำนวนผู้ป่วยประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นพบว่า ในพ.ศ. 2562 และ 2563 เท่ากับ 109, 256 ราย และ 132,584 ราย² โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 1,026 เตียงและรับผิดชอบโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 2 รวม 5 จังหวัด จากการทบทวนสถิติจำนวนผู้ป่วยประคับประคองที่เข้ามารับบริการในปี พ.ศ.2561, 2562 และ 2563 พบว่ามีจำนวน 1,128, 1,468 และ 1,519 รายตามลำดับ³ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมักมีภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมักมีความซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรือจากอาการของโรคในระยะสุดท้ายมักมีความไม่สุขสบาย เช่น ท้องผูก ชีพเรื้อรัง กระวนกระวาย หายใจลำบาก เพื่อการมีชีวิตคุณภาพที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาได้จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม⁵ ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลแบบประคับประคองเชิงรุกที่เน้นระบบการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกทำให้สามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ปฏิบัติสามารถทำตามได้ง่ายและรวดเร็ว⁶ 2) กระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน ซึ่งการดูแลต้องครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และด้านกฎหมาย^{7,8} 3) ทีมพยาบาล ผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพเป็นแบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต้องการพยาบาลต้องมีความรู้ทัศนคติที่ดี และผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง⁹ และมีแนวคิดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสามารถทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพได้^{10,11} จึงจะส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดการ ความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยทุกรายควรต้อง

ได้รับการประเมินความปวด¹² ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลง เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น¹³ 4) กระบวนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องต้องมีระบบการดูแลต่อเนื่องถึงบ้านซึ่งจะช่วยลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลและช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล¹⁴

จากรายงานของ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า ข้อมูลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning : ACP) ในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 เท่ากับ 888 ราย 770 ราย และ 929 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 78.72 52.47 และ 61.15 ตามลำดับ³ และจากการทบทวนสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า มีปัญหากระบวนการดูแลที่ไม่ชัดเจนในด้าน 1) การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากร ขาดพยาบาลแบบเจ้าของไข้ที่มีความรู้ และการปฏิบัติการดูแลที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการประเมินการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย 2) กระบวนการดูแลผู้ป่วยในการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม ขาดการประเมินแบบองค์รวมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยตามพื้นฐานความเป็นอยู่ ความเชื่อ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ 3) การวางแผนจำหน่ายที่ไม่ต่อเนื่องและขาดการสื่อสารข้อมูลสภาวะโรคของผู้ป่วยแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ครบถ้วนครอบคลุม 4) การวางแผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ต่อเนื่อง และ 5) การบันทึกเอกสารแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุมสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตที่บ้านก็ไม่สมบูรณ์

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง (ศูนย์พุทธรักษ์) ซึ่งมีเป้าหมายในการให้บริการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานได้มีประสิทธิภาพ การตายดี เพิ่มการเข้าถึงบริการให้ครอบคลุม เหมาะสม ทุกกลุ่มโรค เพิ่มการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพิ่มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามมาตรฐาน 12 จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสามารถนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลอย่างสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

ผลลัพธ์ภายหลังใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองพยาบาลจะมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยการประยุกต์แนวคิดทางการพยาบาล มาใช้เป็นกรอบในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคิดระบบการพยาบาล (nursing care system) ชนิดพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (primary nurse) และกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical nursing practice guideline: CNPG) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ Balamans¹⁵ ที่แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็น (need Assessment) 2) การออกแบบและพัฒนา (design and development) 3) การทดลองใช้ระบบการพยาบาล (tryout and implementation) และ 4) การประเมินผล (evaluation)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์และวางแผนพัฒนาระบบการพยาบาล โดยการศึกษาเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง และสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ
2. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยสนทนากลุ่ม (focused group discussion) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อนำข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การจัดระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (primary nurse) และพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับแก้ก่อนนำมาทดลองใช้

3. นำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้ โดยอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้มีความรู้ และทักษะในใช้ระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ร่วมกับการมอบหมายความรับผิดชอบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (primary nurse) ให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น โดยมีผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นที่ปรึกษาและนิเทศปฏิบัติการพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการพยาบาลและบันทึกเพื่อปรับปรุงระบบการพยาบาลให้เหมาะสม เป็นระยะเวลา 6 เดือน

4. ประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งด้านพยาบาล และด้านผู้ป่วย โดย ด้านพยาบาลจะประเมินความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำไปใช้ และประเมินความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลหลังการนำไปใช้ ด้านผู้ป่วยโดยประเมินการได้รับการดูแลตามกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามขั้นตอนต่าง ๆ เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการนำระบบการพยาบาลไปใช้

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ประสานงานด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองประจำหน่วยงาน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ เป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป กำหนดเกณฑ์การคัดออกคือ ในขณะที่ดำเนินการวิจัย มีการโอนย้ายไปทำงานที่อื่น หรือไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ตลอดการวิจัย จำนวน 10 คน
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบระดับประคอง จำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบระดับประคองก่อนนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคองไปใช้ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง ผู้วิจัยสร้างมาจากการสรุปข้อมูลจากศึกษาจากเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง

1.2 คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาจากข้อสรุปการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และประยุกต์จากแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคองของกองการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกเนื้อหาสาระประกอบด้วย คำหลักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง และความต้องการที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาระบบการพยาบาล

2.2 แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตัวอย่างคำถามหลัก คือ ปัจจุบันท่านให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร ท่านมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการพยาบาลแบบระดับประคองอย่างไร เป็นต้น

2.3 แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง

2.4 แบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ แบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2.5 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคองของกองการพยาบาล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ กระบวนการดูแล กระบวนการจำหน่าย และกระบวนการดูแลภาวะเศร้าโศก ประเมินโดยผู้วิจัย มีคะแนนรวม 100 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนทักษะมี 5 ระดับ คือ

ระดับ 1 (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 20) หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้

ระดับ 2 (คะแนนร้อยละ 21-40) หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้

ระดับ 3 (คะแนนร้อยละ 41-60) หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง

ระดับ 4 (คะแนนร้อยละ 61-80) หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและสามารถสอนผู้อื่นได้

ระดับ 5 (คะแนนร้อยละ 81 ขึ้นไป) หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยได้

2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในงานและการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล ของกองการพยาบาล พ.ศ.2557 เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดย

ระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ระดับ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ระดับ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ระดับ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด กำหนดการแปลค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

2.7 แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคองของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประเมินพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการดูแลตามกิจกรรมการพยาบาล ตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง ประกอบด้วย กระบวนการคัดผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแล กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคอง กระบวนการจำหน่าย และกระบวนการดูแลภาวะเศร้าโศก เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ คือ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาล จำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรง (validity) ของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกชุด จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกันและคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0.5-1 ถือว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์

2. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบวัดความรู้การพยาบาล แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.76-0.88 ถือว่ามีคุณภาพตามเกณฑ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลจากการบันทึกจัดกลุ่มเนื้อหา หัวข้อหลัก และประเด็นสำคัญรวบรวมความหมายจัดเป็นข้อความสำคัญ กลุ่มเนื้อหา และหัวข้อหลักตามความหมายและสาระสำคัญของคำตอบที่สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถิติอ้างอิงแบบ non-parametric test (ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล ด้วย Kolmogorov - Smirnov test พบไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p < .05$) คือ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการพยาบาลก่อนและหลังการนาระบบการพยาบาลไปใช้ (เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และใช้ Chi square's test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังการนาระบบการพยาบาลไปใช้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หมายเลขรับรอง 048/2564 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างทุกกระบวนการตลอดการวิจัยตามหลักจริยธรรม ประกอบด้วย หลักการเคารพใน

บุคคล หลักการมุ่งประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การจัดระบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกได้รับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การจัดระบบพยาบาลแบบเจ้าของไข้ (primary nurse) ซึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลประคับประคอง (palliative care nurse: PCN) ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อนำเข้าสู่ระบบ และรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) พยาบาลแบบเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care ward nurse: PCWN) ที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองหลักสูตร 1 เดือน ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้ 1) การประเมินระดับความสามารถ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนให้การพยาบาล โดยใช้เครื่องมือประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยได้แก่ แบบประเมิน Palliative performance scale (PPS) และแบบประเมินอาการต่าง ๆ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) 2) ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลประคับประคอง PCN 3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มุ่งเน้น จัดการอาการรบกวนเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติให้พร้อมดูแลต่อที่บ้าน 5) ประสานกับพยาบาลประคับประคอง PCN เพื่อวางแผนการจำหน่ายและให้การดูแลที่บ้าน

1.2 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกได้รับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อพบผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีภาวะของโรคระยะอยู่ในระยะลุกลาม หรือเป็นมะเร็งที่รักษาลำบาก ระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (Heart disease) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โรคไต (Renal disease) โรคตับ (Liver Disease) เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสมรรถนะในการประกอบกิจกรรมประจำวันถดถอย โดยจากการประเมินจากข้อบ่งชี้ทั่วไป (general criteria) และข้อบ่งชี้เฉพาะโรค (specific criteria)

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการดูแล มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง 2) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ 3) การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดังนี้

1) การวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง โดยการประชุมครอบครัว (family meeting & advance care plan) เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้เกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค เข้าใจถึงการดำเนินของโรค แผนการรักษา ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อให้ญาติหรือผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วย/ญาติ ลงนามยินยอมเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

2) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลในสองกลุ่มเป้าหมาย คือ การดูแลผู้ป่วย การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการตนเองของผู้ป่วย ESAS ประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q และการประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินความต้องการดูแล ด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย หลังจากนั้นให้การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ตรงตามสภาพความเป็นจริง และการดูแลครอบครัว/ญาติ มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อกำหนดความต้องการการดูแลด้านจิตใจ และดำเนินการสนับสนุน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยและญาติ

3) การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้การดูแลมีการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสุขสบาย

ลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และครอบครัวยอมรับต่อการสูญเสีย

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการจำหน่าย มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การจำหน่ายโดยขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และจำหน่ายเสียชีวิตที่โรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1) การจำหน่ายโดยขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 คาดว่าเวลาที่จะมีชีวิตอยู่เหลือเพียงเป็นวันถึงสัปดาห์ โดยประเมินความต้องการการดูแลในวาระท้าย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ประสานงานส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านที่ศูนย์เยี่ยมบ้าน (home health care: HHC)

2) จำหน่ายเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ที่จะมีชีวิตอยู่เหลือเพียงเป็นวันถึงสัปดาห์ โดยให้การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการดูแลภาวะเศร้าโศก มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ มุ่งเน้นไปที่ครอบครัว/ญาติ โดยการร่วมแสดงความเสียใจในช่วงเหตุการณ์หลังการสูญเสีย และมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน ถ้าประเมินภาวะเศร้าโศกของผู้ดูแล (Brief Grief Questionnaire) คะแนนรวม ถ้า > 5 ควรส่งปรึกษาแพทย์

2. ผลลัพธ์การนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้ พบว่า

2.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุระหว่าง 27 - 46 ปี ($\bar{x} = 35.3$, S.D. = 6.36) ทุกคนจบการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 7 - 24 ปี ($\bar{x} = 12.6$, S.D. = 6.62) ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า (ตารางที่ 1)

2.1.1 ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีระดับความรู้หลังนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้ ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.95) สูงกว่าก่อนใช้ ($\bar{x} = 8.70$, S.D. = 0.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

2.1.2 ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมพยาบาลมีทักษะการพยาบาลหลังนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้ ($\bar{x} = 4.18$, S.D. = 0.62) สูงกว่าก่อนใช้ ($\bar{x} = 2.09$, S.D. = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนทักษะสูงที่สุดคือ การคัดกรองผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.63$, S.D. = 0.56) รองลงมาเป็นด้านการดูแลผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.65) และด้านระบบการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.63)

2.1.3 ความพึงพอใจต่อการระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ภายหลังการนำระบบการพยาบาลไปใช้ พบว่า ในภาพรวมของระบบพยาบาลมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x} = 4.64$, S.D. = .51) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาบุคลากร มีระดับความพึงพอใจสูงที่สุด ($\bar{x} = 4.90$, S.D. = 0.30) รองลงมาเป็นด้านระบบการพยาบาล ($\bar{x} = 4.56$, S.D. = 0.5) และด้านบริหารทรัพยากร ($\bar{x} = 4.40$, S.D. = 0.68) ด้านที่มีคะแนนทักษะน้อยที่สุดคือ ด้านกระบวนการดูแลภาวะเศร้าโศก ($\bar{x} = 3.95$, S.D. = 0.39)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างระหว่างความรู้ และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการพยาบาลฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 10)

คะแนน	ก่อน (n = 10)		หลัง (n = 10)	
	$\bar{x}$ (S.D.)	แปลค่า	$\bar{x}$ (S.D.)	การแปลค่า
ด้านความรู้	3.3 (0.95)	-	8.7 (0.95)	-
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน (post - pre)	Z* 2.83 p-value .005**			
ด้านทักษะ				
การคัดกรองผู้ป่วย	2.07 (0.58)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้	4.63 (0.56)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและสามารถสอนผู้อื่นได้
การดูแลผู้ป่วย	2.13 (0.36)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้	4.15 (0.65)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและสามารถสอนผู้อื่นได้
กระบวนการจำหน่าย	2.00 (0.53)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้	4.13 (0.63)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและสามารถสอนผู้อื่นได้
กระบวนการดูแลภาวะเศร้าโศก	2.08 (0.66)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้	3.95 (0.39)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง
ภาพรวม	2.09 (0.49)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้	4.18 (0.62)	ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและสามารถสอนผู้อื่นได้
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย	Z*18.50 p-value <.001***			
ความพึงพอใจ				
ด้านการบริหารทรัพยากร	-	-	4.40 (0.68)	พึงพอใจมาก
ด้านการพัฒนาบุคลากร	-	-	4.90 (0.30)	พึงพอใจมากที่สุด
ด้านระบบการพยาบาลฯ	-	-	4.56 (0.50)	พึงพอใจมากที่สุด
ภาพรวม	-	-	4.64 (0.51)	พึงพอใจมากที่สุด

หมายเหตุ * Wilcoxon signed rank test

** Statistical significant at $p < .05$

*** Statistical significant at $p < .01$

2.4 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ผลการศึกษาด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการได้รับการพยาบาลตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเปรียบเทียบก่อนและหลังการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้ โดยทำการศึกษานักศึกษาพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุอยู่ระหว่าง 19-98 ปี ($\bar{x} = 68.8$, S.D. = 13.85)

เพศชาย (ร้อยละ 52) มีโรคประจำตัวไม่ใช่มะเร็ง (ร้อยละ 64) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 32-93 ปี ($\bar{x} = 65.78$, S.D. = 17.09) เพศชาย (ร้อยละ 56) มีโรคประจำตัวไม่ใช่มะเร็ง (ร้อยละ 65) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลผู้ดูแล ตั้งแต่แรก

รับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลต่อ
เนืองที่บ้าน ก่อนและหลังการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้
ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนและ หลังการนำ
ระบบการพยาบาลไปใช้ มีความแตกต่างกันของอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ในด้านการได้รับคัดกรองเข้าสู่ระบบ
การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองถูกต้องตรงตามข้อบ่งชี้
ด้านการได้รับประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง
(PPS) อย่างถูกต้อง และด้านการได้รับวางแผนดูแลรักษา
ตนเองล่วงหน้า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามกิจกรรมการพยาบาลจาก
พยาบาลผู้ดูแล ก่อนและหลังการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	ก่อน (n=50)		หลัง (n=50)		X ² test	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง ถูกต้องตรงตามข้อบ่งชี้	31	62	50	100	4.46	.035*
2. ผู้ป่วยมีการยินยอมเข้าสู่การดูแลระยะท้ายแบบประคับประคอง	35	70	50	100	2.65	.104
3. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (PPS) อย่างถูกต้อง	30	60	48	96	4.15	.042*
4. ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการประเมินศักยภาพ ในการดูแลระยะท้าย แบบประคับประคอง	34	68	47	94	2.09	.149
5. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการประเมินและติดตามอาการ	34	68	47	94	2.09	.149
6. ผู้ป่วยระยะท้าย/ครอบครัว ได้รับการประเมินด้านจิตใจ	30	60	45	90	3.00	.083
7. ผู้ป่วยระยะท้าย/ครอบครัว ได้รับการประเมินด้านเศรษฐกิจและสังคม	30	60	45	90	3.00	.083
8. ผู้ป่วยระยะท้าย/ครอบครัว ได้รับการประเมินความต้องการด้าน จิตวิญญาณ	32	64	45	90	2.19	.138
9. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า	32	64	50	100	3.95	.047*
10. กระบวนการจำหน่ายมีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับหน่วยที่ เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	33	66	45	90	1.85	.174
11. มีการจัดการภาวะเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย	33	66	48	96	2.78	.096

หมายเหตุ * Statistical significant at $p < .05$

การอภิปรายผล

สรุปได้ว่าผลการศึกษาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคอง ที่พัฒนาจากการศึกษาครั้งนี้
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การจัดระบบพยาบาลแบบ
เจ้าของไข้ และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกรับจนจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล โดยการมอบหมายให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
และพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้
ครอบคลุมองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ
จิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มุ่งเน้น
การจัดการอาการรบกวนเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานตาม
แผนการรักษาของแพทย์ มีการดูแลที่ต่อเนื่อง ให้ความรู้และ

ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติให้พร้อมดูแลต่อที่บ้าน
จนกระทั่งการประสานงานกับพยาบาล Palliative Care
Nurse เพื่อวางแผนการจำหน่ายและให้การดูแลที่บ้าน
ส่งผลให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น
ทำให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในภาพรวมดีขึ้นกว่าก่อน
การใช้ระบบ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย
ที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ประกอบด้วย
การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะท้ายแบบประคับ
ประคองถูกต้องตามข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการ
ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองถูกต้อง และ
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเอง
ล่วงหน้า ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ต้องมีการพัฒนา ได้แก่
ผู้ป่วย มีการยินยอมเข้าสู่การดูแลระยะท้ายแบบประคับ

ประคอง การประเมินศักยภาพครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประเมินและติดตามอาการ การประเมินด้านจิตใจ ประเมินด้านเศรษฐกิจและสังคม การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ รวมถึงกระบวนการจำหน่ายส่งต่อผู้รับบริการ กระบวนการจัดการภาวะเศร้าโศก ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการประเมินศักยภาพในการดูแลและระยะท้ายแบบประคับประคอง กระบวนการจำหน่ายมีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการจัดการภาวะเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมุ่งเน้นการดูแลไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นแต่รวมถึงญาติด้วย ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน แยกแยะระหว่างปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาจากตัวผู้ป่วยหรือปัญหาจากสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัว เพื่อการดูแลที่ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยการดูแลแบบประคับประคองเน้นให้การดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามให้การดูแลและช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากการเป็นดูแลตลอดช่วงเวลาดูแลของชีวิตตลอดจนภายหลังเสียชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใช้ครอบครัวมีส่วนร่วม¹⁶ จึงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่จัดให้มีการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบคลุมทั้งการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง การเตรียมผู้ป่วย การดูแลความไม่สุขสบายของผู้ป่วย การประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลความเศร้าโศกของญาติเมื่อเกิดการสูญเสีย เป็นระบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมนันต์¹⁷ และคณะที่พบว่า การพยาบาลจะเริ่มดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อ่อนการตัดสินใจที่จะยุติการรักษา ให้มีการประชุมครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแล การควบคุมความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การประสานงานดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการประคับประคองจิตใจญาติ จนการดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สำหรับรูปแบบการจัดบริการพยาบาลจากการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nurse) รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายและครอบครัว การจัดรูปแบบเช่นนี้ให้พยาบาลและผู้ป่วยเกิดความสัมพันธ์ที่ดี มีความไว้วางใจต่อพยาบาล ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จะมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของนภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ และคณะ¹⁸ ที่พัฒนาระบบการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยกำหนดองค์ประกอบของระบบส่วนหนึ่งเป็นจัดด้านโครงสร้างด้านบุคลากรที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย จัดระบบการดูแลตั้งแต่ในหอผู้ป่วย และให้พยาบาลในหอผู้ป่วยส่งปรึกษาพยาบาลประคับประคอง ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบบริการเป็นผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงในการฝึกประสบการณ์สอนงาน ประสานงาน จัดประชุมครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า สอนและฝึกทักษะผู้ดูแลเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและประเมินผลลัพธ์ และจะคล้ายคลึงในส่วนการดูแลที่ชุมชนโดยจัดให้พยาบาลประคับประคองในชุมชนพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลและคล้ายกับการจัดรูปแบบบริการแบบพยาบาลเจ้าของไข้

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในการศึกษานี้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เกิดกับพยาบาลและผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองถูกต้องตามข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองถูกต้อง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เกิดจากกระบวนการในการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพกลุ่มปฏิบัติงานเพื่อนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ซึ่งการพัฒนาความรู้ดังกล่าว ส่งผลต่อสมรรถนะพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (PCWN) ซึ่งมีหน้าที่ในการประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนให้การพยาบาล ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติให้พร้อมดูแลต่อที่บ้าน และประสานกับพยาบาล Palliative Care Nurse เพื่อวางแผนการจำหน่ายและให้การดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับกิตติกร นิลมนันต์และกัลยา แซ่ซิด¹⁹ ที่ศึกษา

ผลของโปรแกรม การพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การพยาบาลจัดการรายกรณีนำผลการจากแบบประเมินอาการ เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลระยะท้ายแบบประคับประคองถูกต้องตรงตามกระบวนการดูแล ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งความต้องการ ทำให้การพยาบาลจัดการรายกรณีสามารถทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และการจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังจากผู้ป่วย หัตถ์หน้า หรือผู้ป่วย ช่วยทำให้เกิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการได้ เนื่องจาก การสอนงานและการเป็นพี่เลี้ยงจัดได้ว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่ใช้เพื่อเสริมสร้าง และความรู้ (knowledge) ทักษะ(skill) และคุณลักษณะเฉพาะตัว (personal attributes) ในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เสนอให้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นพยาบาลแบบเจ้าของไข้ไปใช้ ในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. ควรมีนโยบายการอบรมพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ในการนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไปใช้
2. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน
3. ควรศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง

References

1. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. 2014; 28(2): 130-4.
2. Ministry of Public Health. KPI report 2018-2020. [Internet]. [Cited 2021 Mar 14]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
3. Buddhachinaraj Hospital. Out patient service report 2018 - 2020. Buddhachinaraj Hospital. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Handbook for Palliative and End-of-Life Care. [Internet]. 2020. [Cited 2022 Mar 30]. Available from: https://www.dms.go.th/back-end//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_.pdf. (in Thai)
5. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018; 5(1): 4-8.
6. Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018; 27(1-2): e21-38.
7. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 26-34. (in Thai).
8. Castro MCM. Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. J Bras Nefrol. 2019; 41(1): 95-102.
9. Kitreerawutiwong N, Kitreerawutiwong N, Mekrungrongwong S, Keeratisiroj O, Hangsuntea J. Palliative care in district health system. Journal of Nursing and Health Sciences. 2018; 12(1S): 1-12. (in Thai).
10. Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing and theories. Int J palliat Nurs. 2014; 20(2): 75-81.
11. Karacsony S, Chang E, Johnson A, Good A, Edinborough M. Measuring nursing assistants' knowledge, skills and attitudes in a palliative approach: A literature review. Nurse Educ Today. 2015; 35(12): 1232-39.

12. Sukhpanyarak M, Malaitong U, Krairatcharoen N, Ardkhitkran S, Ardkhitkran S. The development of palliative care model for cancer patients. *Buddhachinaraj Med J*. 2018; 35(1): 65-74. (in Thai)
13. Webb JA, LeBlanc TW. Evidence-based management of cancer pain. *Semin Oncol Nurs*. 2018; 34(3): 215-26.
14. Van der Plas AG, Vissers KC, Francke AL, Donker GA, Jansen WJ, Deliens L, Onwuteaka Philipsen Bd. Involvement of a case manager in palliative care rescues hospitalizations at the end of life in cancer patients: A mortality follow-back study in primary care. *PloS One* 2015; 10(7): e0133197.
15. Bemelmans TMA. Strategic planning for research and development. *Long Range Planning*. 1979; 12(2): 33-44.
16. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Examining the effect of the case management model on patient results in the palliative care of patients With cancer. *Am J Hosp Palliat Med*. 2014;31(6): 655-64.
17. Nilmanat K, Khaw T, Purinthrapibal S, Sae-chit K, Thammachote P. Nurses' experience in providing transitional care in families of critically and terminally ill patients deciding to terminate treatment: a case study. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2022; 37(1): 42-57. (in Thai)
18. Tangpulpowanit N, Suleesathira N, Chuenta S. The development of palliative care system for end of life patients at Yasothon hospital. *Journal of Health and Environmental Education*. 2020; 5(2): 36-45. (in Thai)
19. Nilmanat K, Sae-chit K. Effects of a Case-based management nursing program for terminally ill patients on their perception of symptom induced suffering and terminal care quality. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2018; 33(3): 51-66. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก จากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี

ปวีณา บัวตุม ส.ม.

จันทิมา นวมะวัฒน์ ส.ด.**

ธัญสินี พรหมประดิษฐ์ พย.ม.**

(วันรับบทความ: 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 161 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม ชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ลักษณะท่าทางการทำงาน 3) ลักษณะสถานที่ปฏิบัติงานและอุปกรณ์ทำงาน 4) การสนับสนุนขององค์กร และ 5) ลักษณะอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานในพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 98.1 ส่วนใหญ่มีระดับความปวดปานกลาง อวัยวะที่พบมีอาการปวดเมื่อยสูงสุดคือ ไหล่ รองลงมาคือ หลังส่วนล่าง ข้อเท้า และเท้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์ โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในเตียงตามลำพัง ($\chi^2=14.58, 6.37, 7.65, 5.65$ ตามลำดับ; $p < .05$) การทำงานที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อคอและไหล่เพื่อทำงานเป็นเวลานาน ๆ และการทำงานในท่าเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ($X^2 = 15.71, 15.22$ ตามลำดับ; $p < .01$) จากผลการศึกษาหน่วยงานสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผนการป้องกันและลดปัญหาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย

คำสำคัญ: อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก พยาบาล พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรคจากการทำงาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัยธานี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ Email: juntima@bcnsprnw.ac.th Tel: 056-255563

Factors Associated with Work-related Musculoskeletal Disorders among Registered Nurses and Nurse's Aides at Uthaithani Hospital

Paveena Buatam M.P.H.

Juntima Nawamawat Dr.P.H.**

Thansinee Prompradit M.N.S.**

(Received Date: November 25, 2022, Revised Date: December 27, 2022, Accepted Date: December 27, 2022)

Abstract

This survey-based research aimed to study the factors associated with work-related musculoskeletal disorders among registered nurses and nurse's aides at Uthai Thani Hospital in Uthai Thani province, Thailand. One-hundred and sixty one registered nurses (RNs) and nurse aides were recruited into the study. A self-administered questionnaire composed of 5 parts, specifically: 1) demographic data, 2) working posture, 3) work area, tools, and equipment, 4) organizational support, and 5) signs of work-related musculoskeletal disorders, was used to gather data. Data analysis used descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, standard deviations, and Chi-square tests. The level for statistical significance was set at $p < .05$.

Results showed that the prevalence rate of work-related musculoskeletal disorders among RNs and nurse's aides was 95.65%. Most of them had experienced moderate pain at some point. The most commonly affected body parts were the shoulders, lower back, ankles and feet, respectively. The factors found to be statistically significantly associated with work-related musculoskeletal disorders were 1) age, 2) working hours per week, 3) having an underlying disease related to the musculoskeletal disorder, 4) helping patients with positioning or transferring without any additional assistance ($\chi^2 = 14.58, 6.37, 7.65, 5.65$, respectively), at $p < .05$ 5) working characteristics, such as prolonged stretching of the neck and shoulders while working, and 6) working for long periods in the same posture ($\chi^2 = 15.71, 15.22, p < .01$), respectively. Findings suggest that healthcare workplaces should take these factors into consideration when implementing any programs for the prevention and control of these disorders among RNs, nurse's aides, and other healthcare personnel.

Keywords: musculoskeletal disorders, nurses, nurse aides, work related to musculoskeletal disorder

*Registered Nurse, Professional level, Uthaithani Hospital

**Registered Nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute

**Corresponding Author, Email: juntima@bcnsprnw.ac.th Tel: 056-255563

บทนำ

ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่มักเกิดกับคนทำงานไม่ว่าจะประกอบอาชีพใด กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพในวัยทำงานซึ่งพบอัตราป่วยที่สูงทุกปี ทั้งนี้กลุ่มอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานที่พบบ่อยในวัยทำงานคือ อาการปวดหลังระดับล่าง (low back pain)¹ การเกิดโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานจะพบมากจากการใช้มือและแขน เช่น การก้ม การเหยียด การกำ การจับยึด การบิด และการเอี้ยว หากเป็นการเคลื่อนไหวตามปกติในวิถีชีวิตประจำวันก็จะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ หากกิจกรรมเหล่านี้ในคนทำงานที่มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำ ๆ ต้องการความเร็ว ใช้แรงมาก และไม่มีเวลาพักที่เพียงพอ² อาชีพที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาชีพก่อสร้าง (อัตรา 1,830 คนต่อแสนประชากร) และอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (1,500 คนต่อแสนประชากร)³ สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 พบว่าทั่วประเทศมีอัตราป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อผิดปกติจากการทำงาน 237.07 ต่อแสนประชากร ในขณะที่จังหวัดอุทัยธานีมีอัตรา 147.19 ต่อแสนประชากร⁴ สถิติการมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของบุคลากรโรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า บุคลากรมีการเจ็บป่วยด้วยอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกสูงสุด อวัยวะที่มีอาการปวดเมื่อยสูงเป็นอันดับแรก คือ อาการปวดบ่า ไหล่ รองลงมาคืออาการปวดขา⁵ ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการทำงานที่ต้องใช้แรง ลักษณะงานที่เครียดอันจะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานประจำวัน⁶

การพยาบาลมีขอบเขตเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน การปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับบริบทที่ปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลมีตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน จนถึงขั้นสูงที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ดังนั้นเพื่อให้การใช้ศักยภาพของพยาบาลอย่างเต็มที่ในการให้บริการด้านสุขภาพของประชาชนได้สำเร็จ จึงจำเป็นต้องมีทีมการพยาบาลที่ผสมผสานทักษะประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรหลักของโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วย⁷ งานการพยาบาลมีลักษณะการทำงานที่ต้องรีบเร่ง การยก

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ลักษณะท่าทางการทำงานที่ต้องบิดตัว เอี้ยวตัว การก้มและเงยขณะให้การพยาบาล ซึ่งทำให้ท่าทางการทำงานผิดไปจากสมดุลของร่างกาย การนั่งหรือยืนเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน โดยเฉพาะอาการปวดหลังส่วนล่างพบได้มากถึงร้อยละ 60.4 ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย⁸ และจากการศึกษาของมนัส สุวรรณมาตร และคณะ⁹ เกี่ยวกับอาการผิดปกติทางโครงสร้างและระบบกล้ามเนื้อและกิริกรรมทางกายของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ลักษณะการทำงานเป็นกะ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ร้อยละ 88.6 และทำให้ต้องลางานเพราะอาการปวด สูงถึงร้อยละ 11.3 ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์^{10,11}

แบบจำลอง PRECEDE เป็นแนวคิดที่เป็นส่วนหนึ่งของ PRECEDE-PROCEED Model¹² ที่นิยมนำมาใช้วินิจฉัย ประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนสุขภาพ การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพหรือเป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis phase) จะนำ PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) หมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการวิเคราะห์ วินิจฉัย และประเมินผลทางพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล หากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จะต้องดำเนินการหลายด้านประกอบกันทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม

ของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน หรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคน ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่คือ การกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง ต่าหนดิเตือน การลงโทษ¹³

เห็นได้ว่าอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จึงมีองค์ประกอบของสาเหตุมาจาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงทำงาน การยึดเหยียดกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกาย ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะการทำงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ วันที่ทำงาน และอุปกรณ์ในการทำงาน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร ทั้งการพัฒนาศักยภาพในการทำงาน การจัดหาอุปกรณ์ และนโยบายสุขภาพ หากจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ ทุกฝ่ายต้องมาร่วมมือกันแก้ไข เพราะหากไม่ได้รับการแก้ไขที่สาเหตุโดยตรงจะทำให้บุคลากรมีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำหรือมีอาการผิดปกติมากกว่าเดิม ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีการหยุดพักงานมากขึ้น สุดท้ายจะเกิดภาวะเหนื่อยหน่ายงาน (burn out) และลาออกจากงานไปในที่สุด¹⁴ ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลเกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลและระบบสาธารณสุขในวงกว้าง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี เพื่อทราบขนาดและสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปวางแผนแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราชุกของกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี

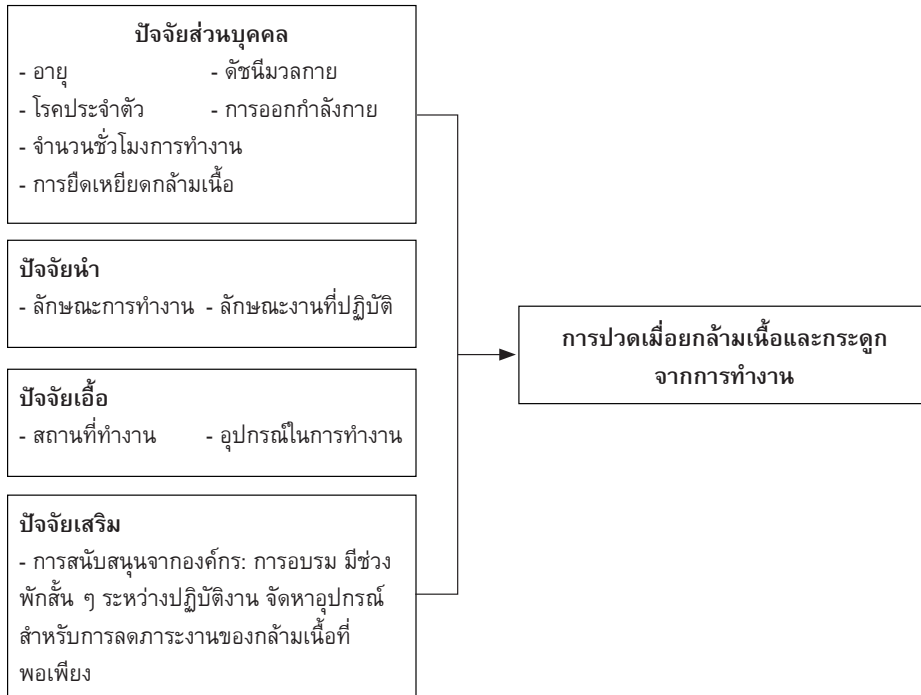
คำถามการวิจัย

1. อัตราชุกของกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานีเป็นเท่าไร
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานีมีอะไรบ้าง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงทำงาน และพฤติกรรมป้องกันโรค และการยึดเหยียดกล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะการทำงาน ประกอบด้วย ทำทางจากการทำงาน ประกอบด้วย การเอื้อม การก้มตัว การออกแรง การบิดเอียงตัว การทำงานท่าเดิมซ้ำ ๆ และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประกอบด้วย การยกเคลื่อนย้ายวัตถุที่มีน้ำหนักมาก การนั่งหรือยืนทำงานเป็นเวลานานมีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี
3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ทำงาน ประกอบด้วย แสงสว่าง การทำงานในพื้นที่ลาดเอียง พื้นลื่น ขรุขระ คับแคบ ต้อวยกผู้ป่วยตามลำพัง การทำงานที่รีบเร่ง การทำงานล่วงเวลา และอุปกรณ์ในการทำงาน ประกอบด้วย รถเข็น อุปกรณ์ช่วยยกเคลื่อนย้าย ความพอเพียงของอุปกรณ์เพียงเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี
4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย การอบรม การช่วยเหลือกันในการยกเคลื่อนย้าย จำนวนพยาบาลในแต่ละเวร ช่วงเวลาในการทำงาน (เวรเช้า-บ่าย-ดึก) มีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัยธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (research design)

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (survey-based research) โดยเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดยศึกษาในช่วง 1 กรกฎาคม 2565 - 31 สิงหาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 275 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลอุทัยธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิมอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์การคัดออก คือ ประสบอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการทำงานในระยะ 6 เดือนก่อนการศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากตาราง Krejcie & Morgan¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 161 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดย ชั้นแรก คัดเลือกหน่วย

งานมาทุกหน่วย ชั้นที่สอง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยของหน่วยงานนั้น ๆ จนครบจำนวน คือ พยาบาล จำนวน 115 ราย และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 46 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุทัยธานี เลขที่ 4/2565 ทั้งนี้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษาวิจัย พร้อมอธิบายการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่เกิดผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการและการพัฒนาระบบงานการปฏิบัติงานของบุคลากรเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวนคำถามทั้งสิ้น 63 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

เพศ อายุ ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ หน่วยงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ช่วงเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการมีโรคประจำตัวเกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การออกกำลังกาย และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะท่าทางการทำงาน จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกแบบประมาณค่า (Likert scale) คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง และมาก เป็น 1 - 4 คะแนนตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนดังนี้ ระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย 1-23 คะแนน มีปัญหาระดับปานกลาง 24-48 คะแนน และมีปัญหาระดับมาก 36-48 คะแนน ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะสถานที่ปฏิบัติงานและอุปกรณ์ในการทำงาน จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่และไม่ใช่ เป็น 1 และ 2 คะแนนตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนดังนี้ ระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย 1-14 คะแนน มีปัญหาระดับปานกลาง 15-22 คะแนน และมีปัญหาระดับมาก 23-30 คะแนน ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนขององค์กร จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่และไม่ใช่ เป็น 1 และ 2 คะแนน ตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนดังนี้ ระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย 1-8 คะแนน มีปัญหาระดับปานกลาง 9-13 คะแนน ปัญหาระดับมาก 14-18 คะแนน ส่วนที่ 5 การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบบประมาณค่า (Likert scale) คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก เป็น 1 - 4 คะแนน ตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนดังนี้ ระดับไม่มีปัญหาถึงมีปัญหาเล็กน้อย 1-20 คะแนน มีปัญหาระดับปานกลาง 21-30 คะแนน และมีปัญหาระดับมาก 31-40 คะแนน กรณีนี้นำเกณฑ์การพิจารณาคะแนนของเครื่องมือแต่ละชนิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางกระดูก พยาบาลอาชีวอนามัย และนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญทางการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและโครงสร้าง จากนั้นให้นำเครื่องมือไปแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษา และความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือ

ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยของโรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร จังหวัดชยันตนา จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาความเที่ยงของชุดคำถามส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเข้า และส่วนที่ 5 การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ 0.75 ทั้ง 2 ส่วน และส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ และส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ด้วยค่า KR-20 ได้ 0.76 และ 0.77 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ก่อนรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและแจกเอกสารชี้แจงโครงการ พร้อมกับแบบยินยอมลงนามให้ลงนามยินยอมก่อน และเก็บเอกสารยินยอมที่ลงนามแล้วที่ผู้วิจัย หลังจากนั้นก็จึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม จากนั้นนัดวันและเวลาส่งคืนแบบสอบถามอีกครั้งภายใน 1 สัปดาห์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนเก็บคืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายคุณลักษณะของตัวแปร โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.76 และพยาบาลร้อยละ 71.43 อายุเฉลี่ย 44.59 ปี (9.60 ปี) มีประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก ร้อยละ 21.12 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ($< 22.90 \text{ kg/m}^2$) มากที่สุด ร้อยละ 42.20 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 44.72 ส่วนใหญ่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังปฏิบัติงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 52.17 และปฏิบัติงานต่อสัปดาห์มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 75.78

อัตราความชุกของอาการผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยเท่ากับร้อยละ 95.65 โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงดังนี้ มีอาการปวดมากร้อยละ

39.13 ปวดระดับปานกลางร้อยละ 45.34 ปวดน้อยถึงไม่มีอาการปวดเมื่อยเลย ร้อยละ 15.53 อวัยวะที่พบมีอาการปวดเมื่อยสูงที่สุดคือ ไหล่ ร้อยละ 83.85 รองลงมาคือ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 82.61 และข้อเท้าและเท้า ร้อยละ 81.37 ส่วนอวัยวะที่พบอาการปวดเมื่อยน้อยที่สุดคือ ศอก และแขน ร้อยละ 60.25 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า อายุ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/

สัปดาห์ และการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย ($\chi^2 = 7.654, 6.367, 14.578$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ส่วนค่าดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน (n = 161)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน						X ²	p-value
	ปวดมาก		ปวดปานกลาง		ไม่ปวดเลย-ปวดเล็กน้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)							14.58	0.035*
20 - 29 ปี	2	3.17	8	10.96	7	28.00		
30 - 39 ปี	9	14.29	12	16.44	4	16.00		
40 - 49 ปี	25	39.68	33	45.21	8	32.00		
50-60 ปี	27	42.86	20	27.40	6	24.00		
ค่าดัชนีมวลกาย							3.034	0.544
≤22.9	30	47.62	30	41.10	15	60.00		
23-24.9	11	17.46	13	17.81	4	16.00		
≥25	22	34.92	30	41.10	6	24.00		
โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง							7.65 ^a	0.011*
มี	19	30.16	14	19.18	1	4.00		
ไม่มี	44	69.84	59	80.82	24	96.00		
การออกกำลังกาย								
ไม่เลย	22	34.92	25	34.25	7	28.00		
<3 ครั้ง/สพ.	26	41.27	36	49.32	10	40.00		
≥3 ครั้ง/สพ.	15	23.81	12	16.44	8	32.00		
จำนวนชั่วโมงการทำงาน (ชม./สัปดาห์)							6.37	0.038*
≤ 40 ชั่วโมง	21	33.33	11	15.07	7	28.00		
> 40 ชั่วโมง	42	66.67	62	84.93	18	72.00		
การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ							2.513	0.651
ไม่เลย	24	38.10	27	36.99	10	40.00		
ทำบางครั้ง	30	47.62	41	56.16	13	52.00		
ทำเป็นประจำ	9	14.29	5	6.85	2	8.00		

* $p < .05$

ผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ลักษณะการทำงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ลักษณะท่าทางการทำงานที่พบบ่อยที่สุดคือ ก้มตัวไปข้างหน้าเพื่อเอื้อมหยิบ จับ สิ่งของบ่อยครั้งหรือเป็นเวลานาน ร้อยละ 98.14 รองลงมาคือ การทำงานใน

ลักษณะก้ม ๆ เงย ๆ บ่อยครั้ง ร้อยละ 96.89 และการยก เคลื่อนย้าย คน สิ่งของวัสดุที่มีน้ำหนักมาก ร้อยละ 96.27 ลักษณะท่าทางการทำงานที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การนั่งทำงานเป็นเวลานานเกินกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 83.85

ผลการศึกษาด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะของสถานที่ปฏิบัติงาน และอุปกรณ์ในการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ที่พบบ่อยที่สุดคือ สถานที่ทำงานมีแสงสว่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงานร้อยละ 83.23 รองลงมาคือ การทำงานด้วยความรีบเร่งร้อยละ 80.12 และหน่วยงานมีอุปกรณ์สำหรับใช้ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพียงพอ ร้อยละ 79.50 ลักษณะของสถานที่ปฏิบัติงานและอุปกรณ์ในการทำงานที่พบน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความลาดเอียง ร้อยละ 19.25

ผลการศึกษาด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ลักษณะของการสนับสนุนขององค์กร ที่พบมากที่สุดคือ การมีช่วงพักสั้น ๆ ระหว่างปฏิบัติงาน ร้อยละ 83.85 รองลงมาคือ การช่วยเหลือกันเมื่อต้อง ยก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย สิ่งของวัสดุที่มีน้ำหนักมากร้อยละ 83.23 และหน่วยงานมีการอบรมการยกเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยให้กับพนักงานที่ต้องทำงานเกี่ยวกับการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สิ่งของเป็นประจำและต่อเนื่อง ร้อยละ 74.53 ลักษณะการสนับสนุนขององค์กรที่พบน้อยที่สุดคือ การสนับสนุนให้มีกิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อระหว่าง

ปฏิบัติงาน เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 39.75

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ด้านลักษณะงานและท่าทางการทำงาน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน และการปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนขององค์กรกับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า การทำงานที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อคอและไหล่เพื่อทำงานเป็นเวลานาน การทำงานในท่าเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในเตียงตามลำพัง มีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($\chi^2 = 15.712, 15.219, 5.655$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนขององค์กรกับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ไม่พบปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (n=161)

ปัจจัยนำ	การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน						X ²	p-value
	ปวดมาก		ปวดปานกลาง		ไม่ปวดเลย-ปวดเล็กน้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ								
งานที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อคอและไหล่เพื่อทำงานเป็นเวลานาน ๆ							15.71	0.002**
ไม่เลย-น้อย	8	12.70	22	30.14	11	44.00		
ปานกลาง	29	46.03	33	45.21	12	48.00		
มาก	26	41.27	18	24.66	2	8.00		
ท่าทางการทำงานที่ต้องบิด เอี้ยวตัวบ่อยครั้ง หรือเป็นเวลานาน							8.34	0.09
ไม่เลย-น้อย	17	26.98	24	32.88	13	52.00		
ปานกลาง	28	44.44	38	52.05	8	32.00		
มาก	18	28.57	11	15.07	4	16.00		
งานในท่าเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน							15.22	0.005**
ไม่เลย-น้อย	13	20.63	20	27.40	11	44.00		
ปานกลาง	26	41.27	43	58.90	9	36.00		
มาก	24	38.10	10	13.70	5	20.00		
ปัจจัยเอื้อ								
ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในเตียงตามลำพัง							5.65	0.045*
ใช่	27	42.86	27	36.99	4	16.00		
ไม่ใช่	36	57.14	46	63.01	21	84.00		
หน่วยงานมีอุปกรณ์สำหรับใช้ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย							1.19	0.567
ใช่	50	79.37	60	82.19	18	72.00		
ไม่ใช่	13	20.63	13	17.81	7	28.00		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (n=161) (ต่อ)

ปัจจัยนำ	การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน						X ²	p-value
	ปวดมาก		ปวดปานกลาง		ไม่ปวดเลย-ปวดเล็กน้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยเสริม								
การอบรมการยกเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย							3.72	0.154
ใช่	42	66.67	57	78.08	21	84.00		
ไม่ใช่	21	33.33	16	21.92	4	16.00		
มีช่วงพักสั้น ๆ ระหว่างปฏิบัติงาน							4.50	0.069
ใช่	49	77.78	62	84.93	24	96.00		
ไม่ใช่	14	22.22	11	15.07	1	4.00		
จัดหาอุปกรณ์สำหรับการลดภาระงานของกล้ามเนื้อที่พอเพียง							1.974	0.360
ใช่	41	65.08	52	71.23	20	80.00		
ไม่ใช่	22	34.92	21	28.77	5	20.00		

* p<.05, **<.01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบมีอัตราชุกร้อยละ 95.65 ถือว่าพบว่ามีอัตราชุกที่สูงมาก อวัยวะที่พบมีอาการปวดเมื่อยสูงที่สุดคือ ไหล่ หลังส่วนล่าง และข้อเท้าและเท้า ตามลำดับ ส่วนอวัยวะที่พบอาการปวดเมื่อยน้อยที่สุดคือ ศอก และแขน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศทั้งความชุกของการเกิด และอวัยวะที่ได้รับอันตรายจากปัญหากล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ที่พบว่าความชุกเฉพาะจุด (point prevalence) ของการเกิดความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานเท่ากับ ร้อยละ 70.40 อวัยวะที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ หลังส่วนล่าง เข่า ไหล่ หลังส่วนบน และอวัยวะที่พบน้อยที่สุดคือ นิ้วมือ¹⁶ และอีกการศึกษาที่ศึกษาพยาบาลปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน แล้วพบว่า การเกิดความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานจะพบว่ามีอัตราชุกสูง และพบว่าอวัยวะที่ผิดปกติได้บ่อยที่สุดคือ เข่า หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง คอ และไหล่¹⁷ ทั้งนี้ เนื่องมาจากลักษณะงานของพยาบาลจะสนับสนุนให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น การทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม เช่น การบิด การงอ การเอี้ยว การดึง การยก การทำงานด้วยมือที่ขูเหนือศีรษะ หรือข้อศอกอยู่เหนือไหล่ การทำงานที่คอบหรือหลังมีการงอหรือโค้งมากกว่า 30 องศา หรือทำท่าทางเดิมค้างไว้นาน ๆ

เป็นต้น ปัจจัยอีกประการคือ ท่าทางการทำงานที่ซ้ำ ๆ จึงทำให้กล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูกที่ใช้ในการเคลื่อนไหวเกิดการบาดเจ็บ นอกจากนี้การรวมกันของปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวมาอาจก่อให้เกิดอันตรายและการบาดเจ็บเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหนึ่งปัจจัยในแต่ละครั้ง และเกิดขึ้นหลาย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดการสะสม ซึ่งจะมีโอกาสในการเกิดการบาดเจ็บมากขึ้น¹⁸

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์ และการมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยที่ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน แตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความอ่อนล้าจากการทำงานจนทำให้เกิดความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน จนเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลของพยาบาล¹⁹ เนื่องจากการมีดัชนีมวลกายที่สูงจะส่งผลต่อการแบกน้ำหนักตัวขณะทำงาน จึงอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของความล้าของกระดูกและกล้ามเนื้อได้ง่าย แต่ก็ยังมีบางการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน²⁰ การสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

คือ การศึกษามีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ใส่ค่าเฉลี่ย BMI) จึงพบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านปัจจัยนำหรือลักษณะการทำงาน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะงานประกอบด้วยการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำหัตถการและบันทึกข้อมูลลงเอกสารและคอมพิวเตอร์ และพบว่าท่าทางทำงานที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อคอและไหล่เพื่อทำงานเป็นเวลานาน ๆ และการทำงานในท่าเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ที่ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของมณีสุข สุวรรณมาตร และคณะ⁹ ที่ผลการศึกษาพบว่า ท่าทางการทำงานที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ มีความสัมพันธ์กับผิดปกติทางโครงสร้างและระบบกล้ามเนื้อ และกิจกรรมทางกายขณะทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากลักษณะการทำงานมีความคล้ายคลึงกัน การมีลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ท่าทางการทำงานที่มีการเอียงตัวไปด้านข้าง บิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน นั่งทำงานต่อเนื่องมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้เกิดแรงกดต่อกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกบริเวณเอว เส้นเลือด เส้นเอ็นและเส้นประสาท การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหลังลดลง รวมถึงการหดเกร็งของกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ จนกล้ามเนื้ออ่อนล้า ทำให้เกิดอาการปวด ตึง แสบหรือชาบริเวณหลังส่วนล่าง อีกทั้งการก้มและเอียงศีรษะไปด้านข้างขณะทำงานส่งผลให้เกิดแรงกดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอที่ระดับ C4-C5 เส้นเอ็นบริเวณคอและไหล่ถูกยืด เส้นประสาทถูกกดทับ กล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความเมื่อยล้าและปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ได้²¹

ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่มีแสงสว่างและมีอุปกรณ์ในการช่วยยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แต่มักต้องยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพียงลำพังซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ เนื่องจากต้องมีการออกแรงและเกร็งร่างกายอย่างมาก จะสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยส่งผลทาง

อ้อมต่อการเกิดความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน²² นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติงานที่ขาดผู้ช่วยเหลือในระหว่างการปฏิบัติทางการพยาบาล และการทำงานในกะกลางคืน มีผลต่อการเกิดความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน²³

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล ปัจจัยด้านลักษณะงาน ปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านการทำงาน ย่อมส่งผลต่อความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล ย่อมส่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากการทำงานของพยาบาล ดังนั้นการปรับปรุงลักษณะการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของพยาบาล จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและผลกระทบจากกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จากการศึกษาทำให้ทราบถึงความชุก และปัจจัยเสี่ยงต่อการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1.1 ควรมีการประเมินด้านกายศาสตร์ในหน่วยงาน มีการปรับท่าทางการทำงานและสถานที่ปฏิบัติงานให้เหมาะสม

1.2 ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล

1.3 หน่วยงานพยาบาลควรมีนโยบายในการปรับปรุงพื้นที่ใช้ในการทำงานของบุคลากรพยาบาล เช่น เติงโต๊ะ ให้มีระดับความสูงที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติการพยาบาล หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น การมีล้อเลื่อน การมีกระดานยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เพื่อเป็นการต่อยอดของการศึกษากครั้งนี้ในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการพยาบาล จึงควรศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ

บุคลากรทางการพยาบาลโดยใช้ แนวคิด PROCEED โดยเน้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

References

1. Department of disease control, Ministry of public health. Work related musculoskeletal disorders [Internet]. 2018 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <http://inenvocc.ddc.moph.go.th/envoccsmart/app/knowledge/detail/3> (in Thai)
2. Canadian center for occupational health and safety. Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs) [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/rmirsi.html>
3. Health and safety executive. Work-related musculoskeletal disorders statistics in Great Britain [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/msd.pdf>
4. Health data center, Ministry of public health. Health statistics [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=envocc/format1.php&cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=74b22d3ae96848ef364e6b1a26da8f37# (in Thai)
5. Uthaithani hospital. Outpatient statistic: A report. Uthaithani: Uthaithani hospital. 2021. (in Thai)
6. Amin NA, Noah RM, Quek KF, Oxley JA, Rusli BN. Perceived physical demands in relation to work-related musculoskeletal disorders among nurses. *Materials Today: Proceedings*. 2020; 31(1): 79-82.
7. Thailand nursing and midwifery council. A declare of Thailand Nursing and Midwifery Council on Thailand nursing and midwifery council policy for human resource in nursing team (date Feb 23, 2018) (in Thai).
8. Srisukkho N, Luksamijarulkul P, Chaiyanan S, Morakotsriwan N. Factors associated with low back pain of nursing personnel in a hospital in Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*. 2021; 17(1): 84-112. (in Thai)
9. Suwannamat M, Prueksakorn P, Pombubpha S, Pantong K, Srisuwan S, Thienkaew N. A musculoskeletal disorders and physical activity during work of medical personnel in pandemic Covid – 19. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2021; 2(1): 38-50. (in Thai)
10. Pimarn R, Wongmatikul V. Prevalence and risk factors of low back pain among nurses at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. *Chulalongkorn Med J*. 2017; 61(1): 87-102. (in Thai)
11. Meyoutam C. The prevalence and related factors of low back pain among nursing personnel in Nakhonpathom hospital. *Region 4-5 Medical Journal*. 2020; 39(4): 578-90. (in Thai)
12. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and environment approach. Mayfield : Mountain View. 1991.
13. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
14. Lee W, Yragui NL, Anderson NJ, Howard N, Lin JH, Bao S. The job demand-control-support model and work-related musculoskeletal complaints in daytime and night time janitors: The mediating effect of burnout. *Appl. Ergon*. 2022; 105: 103836.
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* [internet]. 1970 [cited 2022 Jul 9]; 30(3): 607-10. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>.
16. Ashiyat KA, Zainab OA. Work-related musculoskeletal disorders and work ability among hospital nurses. *J Taibah Univ Medical Sci*. 2019; 14(3): 252-61.

17. Bazazan A, Dianat I, Bahrapour S, Talebian A, Zandi H, Sharafkhaneh A, et al. Association of musculoskeletal disorders and workload with work schedule and job satisfaction among emergency nurses. *Int Emerg Nurs*. 2019; 44: 8-13
18. Jiratakulthana S. Ergonomics and risk factors affected to musculoskeletal disorders [internet]. 2564 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://www.ohswa.or.th/17805876/ergonomics-and-workstation-design-series-ep1>. (in Thai).
19. Yamin R, Wahyu A, Ishak H, Salmah U, Patittingi F. Effect of BMI, workload, work fatigue, and complaints of musculoskeletal disorders on nurse performance in Sawerigading Hospital Palopo. *Enfermería Clínica* 2020; 30(4): 403-6.
20. Tantawey S. Work-related musculoskeletal symptoms among employees with different tasks: Ahlia University case study. *Biomed Res*. 2019; 30:1-6.
21. Vuttikun A, Chanprasit C, Kaewthummanukul T. Ergonomic Factors and Musculoskeletal Disorders Among Bamboo Handicraft Workers. *Nursing Journal*. 2020; 47(2): 37-49. (in Thai).
22. Yang S, Li L, Wang L, Zeng J, Li Y. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders among intensive care unit nurses in China: a structural equation model approach. *Asian Nurs Res*. 2020; 14(4): 241-8.
23. Asmare M, Salh Y, Mustofa Y, Enyew H, Tadael A, Zeleke G. Prevalence and factors associated with work-related musculoskeletal disorder among health care providers working in the operation room. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021; 72: 103989.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งบทความมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับบทความที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในบทความที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ทำขึ้นใหม่ (original article) ทั้งนี้จะต้องเป็นการศึกษาที่ส่งประโยชน์ ทางกรพยาบาล 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 เท่าเว้นระยะขอบบน ล่าง ซ้าย และขวา 2.54 ซม. พร้อมทั้งเบอร์โทรและ E-mail ของเจ้าของต้นฉบับที่สามารถติดต่อได้
4. ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

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

ตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัดของหน้าแรก

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 อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อเหนือเชิงบรรทัด (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) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ใช้อย่างย่อๆ 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 ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์

2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยายและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยอาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย หากมีตารางจะต้องไม่เกิน 2 ตาราง ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้งบรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนอง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง กรณีสภาพ ไขภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ที่ผู้พิมพ์เป็นเจ้าของภาพ ขนาดโปสเตอร์ ใส่คำอธิบายรูปไว้ใต้ภาพโปสเตอร์ คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้ภาพ

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เริ่มด้วยการสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ทบทวนว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ อภิปรายแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย อธิบายเหตุผลที่ผลการวิจัยออกมาดังที่เป็น และเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

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

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่ไม่ได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัยมีรายละเอียดในการเขียนดังนี้

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความจริงและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ซึ่งนิยมใช้ในวารสารต่างๆ ไปดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมา โดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวทึบ หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลข ให้เริ่มต้นด้วย 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 และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอะไรก็ตาม

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 และต้องได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ในทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เขียรณัช 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.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 232/199 ถ.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