

วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ



JOURNAL OF NURSING AND HEALTH CARE

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน) 2566 Volume 41 No.2 (April-June) 2023



ISSN 2351-0358

เจ้าของโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ JOURNAL OF NURSING AND HEALTH CARE

เจ้าของที่ปรึกษา	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการที่ปรึกษา	
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	เกษียณอายุราชการ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์	เกษียณอายุราชการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ตรุณี รุจกรกานต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
บรรณาธิการ	
รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
บรรณาธิการผู้ช่วย	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งลวลัย เอี่ยมกุศลกิจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	มหาวิทยาลัยราชธานี
อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลรวงศ์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ภทรสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasirak	Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA
รองศาสตราจารย์ ดร.พลสุข ศิริพล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.มารีสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ อีรานูต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.บุรทิน ขำภีร์ฐ์	สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีธัญญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจนเนตร พลเพชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ ดร.สาดี แอมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
อาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์	กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
Mr. Kent Dale Hamilton	นักวิชาการอิสระ
ดร. ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ฝ่ายจัดการ	
อาจารย์ ดร.ศุภวดี แฉวเพี้ย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนกมล สีสรร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์
อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยซำ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ขนิษฐา พรหมกระโทก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายนิพนธ์ วาดาดา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นางสาวนุชพร ดุมนใหม่	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นายอรรถพล รมณ์นิล	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ขอเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|--|--|
| 1. รศ.ดร. พิชญ์ประอร ยังเจริญ | 15. ผศ.ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม |
| 2. รศ.ดร. สุภาพ อารีเอื้อ | 16. ผศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน |
| 3. รศ.ดร. บัณฑิต สำแดงฤทธิ์ | 17. ผศ.ดร. ศรัณญา จุฬาริ |
| 4. รศ.ดร. ปิยะนุช ชูโต | 18. อาจารย์ ดร. ปรารถนา ทาสนา เอลเทอร์ |
| 5. รศ.ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ | 19. อาจารย์ ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ |
| 6. รศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด | 20. อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี |
| 7. Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasirat | 21. อาจารย์ ดร. ณัฐธิดา เพชรประไพ |
| 8. ผศ.ดร. ทิพมาส ชินวงศ์ | 22. อาจารย์ ดร.ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน |
| 9. ผศ.ดร. สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ | 23. ดร.ศศิมา ทองสาย |
| 10. ผศ.ดร. สมรภาพ บรรหารักษ์ | 24. ดร. ธิดา มุลาพันธ์ |
| 11. ผศ.ดร. สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ | 25. ดร.เอกชัย ภูผาใจ |
| 12. ผศ.ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมน | 26. ดร.สุพรรณิ กัณหดิลก |
| 13. ผศ.ดร. จิตาภา ผูกพันธ์ | |
| 14. ผศ.ดร. อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ | |

* การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน	โชคนิตทิพัฒน์ วิสุญญ เอมอร ทาระคา	e261796
		(1-14)
* ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์	อังสนิณี กันสุขเจริญ ชนุตพร สมใจ	e261827
		(1-13)
* โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ : วิจัยแบบผสมผสานวิธี	ธัญรัศม์ ฤชงค์ชัย ภัทรวรินทร์ ภัทราศิริสมบุญรณ์ ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง ปาริชาติ ญาตินิยม จิรัชญา เหล่าคมพดุมอาจารย์	e261687
		(1-18)
* ทักษะคตินักศึกษาพยาบาลต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่ต้องรับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม	วรรณิณี เดียววิเศษเรศ คิซิดะ ยาสุโกะ ภรภัทร์ เฮงอุดมทรัพย์ ดาริน บัวหาญ	e261893
		(1-13)
* ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง	พรภัทรา แสนเหลา สุวารี ทวนวิเศษกุล ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ อรวี มาอ้น จริยา พานสายตา	e261329
		(1-10)
* การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก	ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน ศุภณินิตย์ พลไพรินทร์ นิตยา สุริยะพันธ์	e262733
		(1-14)
* ประสิทธิผลของสื่อมัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึก ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	บุปผา พาโคกทอม สุมนหา พัวศรี ณรงค์ คำแหวน	e263044
		(1-12)
* ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กต่อความรู้ทัศนคติและ พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จังหวัดอุดรธานี	พวงผกา อินทร์เอี่ยม ชรินทร์พร มะชะรา พรทิพย์ อนันต์กุล ประนม มะธิธิไช	e262930
		(1-13)
* ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มี ภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี	ลักขณา ชอบเสียง พนัชญา ชันติจิตร ชนุกร แก้วมณี	e264153
		(1-11)
* อื่น ๆ		
* คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2566 วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ตามที่ทราบกันแล้วว่าการปรับปรุงการทำงานของวารสารอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่แบบออนไลน์อย่างเดียว (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวางปรับระบบเลขหน้าใหม่ให้เป็นสากลมากขึ้น ตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวบรวมเล่ม ยกเลิกการจัดหน้าแบบเป็นคอลัมน์ เพื่อลดปัญหาการทับซ้อนกันของตัวอักษร รูปภาพ และตาราง

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เจ้าของโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะให้วารสารเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานของพยาบาลวิชาชีพและการสาธารณสุข มุ่งสู่ความเป็นมาตรฐานระดับสากล แผนงานสำหรับปี พ.ศ. 2566-2567 ของฝ่ายวารสารคือ ดำเนินการตามเตรียมความพร้อม เพื่อรับการประเมินจากศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Citation Index Centre: TCI) ในต้นปี พ.ศ. 2568 ดังนั้นบทความที่ท่านส่งเข้ามาจะได้รับการประเมินที่เข้มข้นให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน ท่านจึงมั่นใจได้ว่าบทความของท่านมีคุณภาพที่ดี

สุดท้ายนี้ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคมจึงขอเรียนเชิญพี่น้องพยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสาร โดยการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรีทิรา เจียรณัย

บรรณาธิการ





การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อลดอาการปวดหลัง ในผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน

นางลักษณ์ สาหิณกอง พย.บ.*

จำเนียร พัฒนจักร พย.ม.**

วาสนา รวยสูงเนิน PhD (Nursing)***

(วันรับบทความ: 19 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 23 พฤษภาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 23 พฤษภาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน เป็นหัตถการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ้นเลือดเรื้อรัง
อุดกั้นที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการขยายหลอดเลือดปอดซ้ำหลายครั้งตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย
ในหัตถการดังกล่าวแพทย์จะแทงเข็มผ่านหลอดเลือดดำพินอโรล โดยขณะทำผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภายหลังหัตถการคือ เลือดออกหรือเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลให้นอนหงายราบ
ห้ามงอขาที่ทำเป็นเวลา 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การนอนราบเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สุขสบายจาก
การปวดหลังซ้ำ ๆ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลัง
การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน

ผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาสู่การพัฒนาเป็นโปรแกรมการกระตุ้นให้ลุกเร็วในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือด
ปอดด้วยบอลลูน ใช้ในการดูแลภายหลังหัตถการจนครบ 4 ชั่วโมง ซึ่งกิจกรรมการดูแลประกอบไปด้วย การส่งเสริมการลุกเร็ว
การปรับระดับหัวเตียง และการเปลี่ยนท่านอน จากการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงเมื่อ
เทียบกับการทำครั้งก่อนหน้า รู้สึกสุขสบายมากขึ้น โดยไม่เกิดภาวะเลือดออกหรือเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง

คำสำคัญ: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อาการปวดหลัง การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน การพยาบาล

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้ประสานการตีพิมพ์ E-mail: waskir@kku.ac.th Tel: 088-5525665



Implementation of Evidence-Based Practice to Reduce Back Pain in Patients Undergoing Balloon Pulmonary Angioplasty

Nongluk Sahinkong BN.S.*

Chamnian Pattanajak MS.N.**

Wasana Ruaisungnoen PhD (Nursing)***

(Received Date: March 19, 2023, Revised Date: May 23, 2023, Accepted Date: May 23, 2023)

Abstract

Balloon pulmonary angioplasty (BPA) is a standard intervention for patients with pulmonary arterial hypertension caused by chronic thromboembolic obstructive vascular disease, and is a selective treatment for inoperable cases. The patients will need to undergo BPA several times throughout the course of their illness. BPA is performed by obtaining access through the femoral vein, which can cause complications such as bleeding or subcutaneous hematomas. Therefore, after the procedure, patients are advised to lie flat in a supine position with their leg extended for six hours to prevent complications and subsequent recurring back pain.

This article aims to present evidence-based management for back pain in patients with pulmonary arterial hypertension caused by chronic obstructive vascular disease after BPA. This evidence-based approach led to the development of the early ambulation program for BPA patients, which includes promoting early mobilization, adjusting head-of-bed height, and changing positions. After implementation in two patients who had previously undergone the procedure, it was found that they experienced notably less back pain compared to their previous procedures. Consequently, they felt more comfortable from the early mobilization without having experiencing bleeding or hematomas.

Keywords: evidence-based practice, back pain, balloon pulmonary angioplasty, nursing care

* Student of Master of Nursing Science (Adult and Gerontology Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Faculty of Medicine, Khon Kaen University

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

* Corresponding author, waskir@kku.ac.th Tel: 088-5525665



บทนำ

ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดเรื้อรังอุดกั้น (Chronic thromboembolic pulmonary hypertension: CTEPH) เป็นโรคในกลุ่มของภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง (Pulmonary hypertension: PH) มีอุบัติการณ์การเกิดไม่สูง พบได้ประมาณ 2-6 ราย และความชุก 26-38 รายต่อประชากรผู้ใหญ่ล้านคนในประชากรทั่วโลก¹ การศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิด CTEPH ต่อปี คือ 37.8 ต่อล้านประชากร² แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของ CTEPH ในเอเชียยังมีน้อย ความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดเรื้อรังอุดกั้นเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงปอด กล่าวคือ มีลิ่มเลือดตกค้างและมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของลิ่มเลือดจนกลายเป็นพังผืดภายในหลอดเลือดแดงปอดส่วนใหญ่เกิดจากการสลายได้ไม่สมบูรณ์ของลิ่มเลือดภายหลังการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary embolism) จึงมีผลให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนเลือดและการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่มหรือแน่นหน้าอกร่วมด้วย เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว ทำให้มีอาการบวม นอนราบไม่ได้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด บางรายอาจจะมีอาการไอหรือไอเป็นเลือดร่วมด้วย³⁻⁴ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าในปัจจุบันทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้แม่นยำยิ่งขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนมากขึ้น ผลการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³ โดยแนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดเรื้อรังอุดกั้นคือ การให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulants) ยาฟุ้งเป้าต่อภาวะความดันในหลอดเลือดปอดสูง การผ่าตัดนำลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดปอด (Pulmonary endarterectomy) และการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน¹

การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน เป็นการใส่สายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนติดอยู่ตรงปลายผ่านเข้าทางหลอดเลือดดำที่มออรอล (Femoral vein)⁵ เข้าสู่หลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary artery) ในตำแหน่งที่มีรอยตีบหรือรอยโรค และใช้บอลลูนถ่างขยายหรือทำลายรอยโรคหรือลิ่มเลือดที่ปอด ผลการรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้การไหลเวียนเลือดและการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้นและความต้านทานภายในหลอดเลือดปอดลดลง ส่งผลให้หัวใจห้องขวาทำงานได้ดีขึ้น³ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลง แต่อย่างไรก็ตาม การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เนื้อเยื่อปอดบาดเจ็บ (Lung injury) อาการไอเป็นเลือด (Hemoptysis) หลอดเลือดปอดปริ (Vascular dissection) การแพ้สารทึบรังสี อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเฉพาะที่การเกิดก้อนเลือดชั้นใต้ผิวหนัง (Hematoma) หรือมีภาวะเลือดออก (Bleeding) ในตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด เป็นต้น⁶

นอกจากนี้ ขณะที่ทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบบนเตียงทำหัตถการที่มีขนาดพอดีกับตัวผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3-4 ชั่วโมง ซึ่งต้องได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันสายสวนหัวใจหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เลื่อนหลุดจากผู้ป่วย หรือหลอดเลือดปริแตกจากลวดนำสายสวนแทงทะลุหลอดเลือดปอดหากมีการเคลื่อนไหวระหว่างทำหัตถการ เมื่อเสร็จสิ้นหัตถการ หลังถอดท่อนำสายสวนหลอดเลือดและกดแผลห้ามเลือดผู้ป่วยต้องนอนหงายราบและเฝ้าติดตามอาการที่ทำการหัตถการต่ออีก 6 ชั่วโมง ซึ่งแนวทางการดูแลดังกล่าวเป็นแผนการดูแลพื้นฐานเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการผ่านหลอดเลือดแดงที่มออรอล (Femoral artery) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด⁷ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนต้องนอนราบทั้งในขณะและหลังทำหัตถการเป็นระยะเวลารวม 9-10 ชั่วโมง ซึ่งยาวนานกว่าผู้ป่วยที่ตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านทางเส้นเลือดแดง

การนอนหงายราบและเฝ้าติดตามเป็นเวลานานทั้งในระหว่างการทำหัตถการและภายหลังการทำหัตถการส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังและรู้สึกไม่สบายใจได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดให้ข้อมูลว่า ตนเองรู้สึกปวดหลังมาก บางครั้งจะมีอาการชาไปปลายเท้าร่วมด้วย การประเมินความปวดจากแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric rating scale) จากระดับคะแนน 0-10 ได้คะแนนความปวด 4, 7, และ 10 คะแนนตามลำดับ โดยเริ่มปวดในชั่วโมงที่ 3 และความปวดจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนที่นานขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน เนื่องจากเป็นหัตถการที่เริ่มทำในประเทศไทย และการศึกษาในต่างประเทศก็ยังมีจำนวนไม่มากนักเช่นเดียวกัน ผู้เขียนจึงเทียบเคียงกับการศึกษา



เกี่ยวกับการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำหัตถการผ่านทางหลอดเลือดแดงพีมอโรล^{8,9} เนื่องจากหัตถการทั้ง 2 อย่าง แม้จะมีความคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันในตำแหน่งหลอดเลือดที่ใช้แทงเพื่อใส่ท่อนำสายสวน คือ การตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจจะผ่านหลอดเลือดแดง และการขยายหลอดเลือดปอดผ่านทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีความดันภายในหลอดเลือดน้อยกว่าหลอดเลือดแดง แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลหลังทำหัตถการด้วยแนวปฏิบัติเดียวกัน ได้แก่ การประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ ณ โรงพยาบาลปอร์โตเลเกร (Hospital de Clínicas de Porto Alegre: HCPA) รัฐริโอกรันเดโดซูล ประเทศบราซิล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม ค.ศ. 2013 พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 375 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 116 รายที่มีอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 34 ระดับความรุนแรงความปวดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (4–7 คะแนน) ร้อยละ 52⁸ และการศึกษาในผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAG) ผ่านทางหลอดเลือดแดงพีมอโรลของ Rio Grande do Sul ตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึงมิถุนายน ค.ศ. 2009 จำนวน 205 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 150 รายที่มีอาการปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 65.8 ระดับความรุนแรงของอาการปวดคือ 5.0 ± 4.2 ⁹ การศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า อาการปวดหลังเป็นประสบการณ์ทางลบที่ผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่านทางหลอดเลือดบริเวณขาหนีบส่วนหนึ่งต้องเผชิญ ซึ่งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรศึกษาแนวทางการจัดการความปวดที่เหมาะสม เนื่องจากการพบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนโดยเฉพาะ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยภายหลังทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน และการนำไปใช้ในกรณีศึกษา

การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน

การขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะความดันในหลอดเลือดปอดสูงจากภาวะลิ้นเลือดเรื้อรังอุดกั้น ซึ่งแนวปฏิบัติตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (The European Society of Cardiology: ESC) และสมาคมโรคระบบทางเดินหายใจแห่งยุโรป (The European Respiratory Society: ERS) ปี ค.ศ. 2022 แนะนำให้ใช้ในการรักษาในผู้ป่วยภาวะความดันในหลอดเลือดปอดสูงจากภาวะลิ้นเลือดเรื้อรังอุดกั้นที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาผ่าตัด หรือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดปอด แต่ยังคงมีภาวะความดันในหลอดเลือดปอดสูงอยู่¹

ขณะทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอด ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณขาหนีบและใช้เข็มแทงหลอดเลือดดำพีมอโรล จากนั้นใส่ท่อนำสายสวนขนาด 7 เฟรนซ์ (French: Fr.) ที่มีความยาว 10 ซม. ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Unfractionated heparin) ขนาด 70–100 IU/kg และทำการตรวจสอบหัวใจด้านขวา (Right heart catheterization) ใส่สายสวนหัวใจชนิดสวานแกนซ์ (Swan-Ganz catheter) เข้าสู่หัวใจห้องขวาไปยังหลอดเลือดปอด เพื่อประเมินความดันในหลอดเลือดปอดและปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) โดยใช้เทคนิคเทอร์โมดิลูชัน (Thermo dilution technique)⁴

หลังจากการตรวจสอบหัวใจด้านขวา แพทย์ผู้รักษาย้ายเปลี่ยนท่อนำสายสวนเป็นขนาด 6 Fr. ความยาว 60–65 ซม. ใส่สายสวนหลอดเลือดเพื่อการรักษา (Guiding catheter) ขนาด 6 Fr. และลวดนำสายสวน (Guide wire) ขนาด 0.014 มม. ผ่านหลอดเลือดปอดที่มีรอยตีบ/รอยโรค โดยใช้บอลลูนขนาดเล็ก 2–6 มม. ยาว 20–30 มม. ทำการขยายหลอดเลือดปอดในตำแหน่งที่มีรอยโรค^{4,10} เพื่อให้พื้นที่หลอดเลือดแดงปอดเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ความต้านทานภายในหลอดเลือดปอดแดงลดลง การไหลเวียนเลือดและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น^{3,4}

แม้ว่าการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนจะมีประสิทธิภาพ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงทั้งในระยะการทำหัตถการ ได้แก่ การบาดเจ็บของหลอดเลือดปอดเนื่องจากการเจาะของเส้นลวด เป็นต้น และภายหลังการทำหัตถการ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ปอดร่วมกับไอเป็นเลือด (Hemoptysis) และ/หรือภาวะขาดออกซิเจน ประมาณร้อยละ 8^{3,10} ภาวะใดได้รับบาดเจ็บจาก



การได้รับสารทึบรังสี ผิวหนังได้รับการบาดเจ็บจากรังสี ภาวะแทรกซ้อนตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด⁵ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดภายหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การเจาะเลือดติดตามค่าการทำงานของไต การเอกซเรย์ปอดติดตามการบาดเจ็บของปอด การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ งดอาหารข้างที่ทำการหัตถการ เพื่อป้องกันเลือดออกและก้อนเลือดใต้ผิวหนังในตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด เป็นต้น⁴

การดูแลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังทำการหัตถการผ่านหลอดเลือดที่ขาหนีบ

อาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังทำการหัตถการผ่านหลอดเลือดที่ขาหนีบ สามารถอธิบายตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)^{11,12} ได้ว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียงให้นอนหงายราบเป็นระยะเวลานานโดยไม่เปลี่ยนท่า จึงทำให้เกิดการกดทับกล้ามเนื้อหลังเป็นเวลานาน เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นสัญญาณประสาทผ่านเส้นใยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ เส้นใยประสาท เอ เดลต้า (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทซี (C-fiber) ซึ่งเส้นใยประสาทสองชนิดนี้รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวด (nociceptors) เข้าสู่ไขสันหลังทางส่วนหลัง ณ บริเวณซีสแตนต์เทีย เจลาทีโนซ่า ผ่าน Transmission-T cell ไปที่บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง (Spinal cord) ซึ่งบริเวณนี้จะมีเซลล์ชื่อ substantial gelatinosa (SG cell) มีหน้าที่ควบคุมการปิด หรือเปิดประตูของไขสันหลัง เมื่อ SG cell ยอมเปิดประตูให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมอง ส่งผลให้สมองเกิดการรับรู้ความปวด ผู้ป่วยจึงรู้สึกไม่สบาย และเกิดอาการปวดหลัง¹³ รวมทั้งการเปิดปิดของประตูยังขึ้นอยู่กับการคิด (Cognitive) ด้วย เนื่องจากกลไกการทำงานของความคิดสามารถกระตุ้นเส้นใยประสาทให้ควบคุมการเปิด-ปิดประตูได้ กล่าวคือ ในผู้ป่วยบางรายที่มีความกลัวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดทำให้นอนเกร็ง มีภาวะเครียด หรือในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวด มีความสนใจต่อความปวดมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกปวดมากขึ้น เนื่องจากขณะนั้นกลไกการทำงานของความคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งการให้ประตูปิดได้¹⁴

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลเพื่อลดอาการปวดหลังโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยหลังทำการหัตถการผ่านหลอดเลือดแดงพีมอรัล ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมการลุกเร็ว (Early ambulation) มีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดระหว่างการเริ่ม Ambulation ที่ 3 ชั่วโมง และที่ 6 ชั่วโมงตามมาตรฐานในผู้ป่วยหลังทำ CAG/PCI ผ่านทางหลอดเลือดแดงบริเวณที่ขาหนีบ พบว่า ผู้ป่วยที่เริ่ม Ambulation ชั่วโมงที่ 3 หลังทำการหัตถการ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่แตกต่างจากกลุ่มที่เริ่ม Ambulation ตามมาตรฐานชั่วโมงที่ 6 หลังทำการหัตถการ¹⁵ ดังนั้นการให้ผู้ป่วยเริ่ม Early ambulation ที่ 3 ชั่วโมงจึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้เพื่อลดอาการไม่สบายจากการนอนราบเป็นเวลานาน และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเร็วทั้งหมด 15 เรื่อง พบว่า การกระตุ้นให้ลุกเร็วหลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบใน 2-4 ชั่วโมง สามารถช่วยลดอาการไม่สบายจากการปวดหลังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผลในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ นอกจากนี้ยังมีการรายงานประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนของ Royal Papworth Hospital ในประเทศอังกฤษ โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยให้นอนราบเป็นเวลา 4 ชั่วโมงหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน³

2. การเปลี่ยนท่านอน จากการศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งต่ออาการปวดบริเวณหลัง (Lumbar pain) และความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) ของผู้ป่วยชาวเกาหลีหลังจากการทำ PCI ผ่านทางหลอดเลือดแดงพีมอรัล โดยการจัดท่าให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวซ้ายและขวา ด้านละ 1 ชั่วโมง และการจัดหัวเตียงในระดับ 30 องศา ช่วยลดอาการปวดบริเวณหลัง และลดความไม่สบายของผู้ป่วยหลังทำการหัตถการได้ โดยไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนงานวิจัยที่



เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบในการจัดการเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการตรวจหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงพีมอรัล โดยศึกษาจากงานวิจัยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990–2017 ทั้งหมด 9 เรื่อง พบว่า การจัดการเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการตรวจหลอดเลือดหัวใจผ่านทางหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ มี 2 วิธี ได้แก่ การกระตุ้นให้ลุกเร็ว โดยการให้นอนพัก 4 ชั่วโมง การจัดทำขยับตำแหน่งของร่างกายทุกชั่วโมง สลับการนอนหงาย การตะแคงซ้าย และตะแคงขวา¹⁸

3. การปรับระดับความสูงของหัวเตียง มีการศึกษาผลของระดับความสูงของหัวเตียงในระดับต่าง ๆ ต่ออาการปวดหลัง (Back pain) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังทำ coronary angiogram ผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มเปรียบเทียบระหว่างการปรับระดับความสูงของหัวเตียง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ปรับระดับความสูงของหัวเตียง 0 องศา กลุ่มที่ 2 ปรับระดับความสูงของหัวเตียง 15 องศา และกลุ่มที่ 3 ปรับระดับความสูงของหัวเตียง 30 องศา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการปรับระดับหัวเตียงที่ 15 และ 30 องศา ตามลำดับ มีค่าคะแนนของอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มที่ปรับระดับความสูงของหัวเตียง 0 องศา ที่ 3 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปรับระดับหัวเตียงที่ 15 และ 30 องศา พบว่า ค่าคะแนนของอาการปวดหลังของกลุ่มที่ได้รับการปรับระดับหัวเตียงที่ 30 องศา ที่ 3 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ปรับระดับความสูงของหัวเตียง 15 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{7,19} ดังนั้นการปรับระดับหัวเตียงที่ 30 องศา จึงเป็นวิธีการที่จะช่วยลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่านทางหลอดเลือดที่ขาหนีบที่ต้องนอนราบเป็นเวลานาน

ทั้งนี้การเลือกวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยา พยาบาลผู้ดูแลจะเลือกใช้วิธีใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสอดคล้องกับแผนการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย

การวางแผนการดูแลเพื่อลดอาการปวดหลังภายหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลูน

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์โดยครอบคลุมงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษเฉพาะที่มีการตีพิมพ์ในฐานข้อมูล CINAHL, ScienceDirect, PubMed, Thai-Jo และ Google scholar ระหว่างปี ค.ศ. 2012–2022 ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการนำมาใช้วางแผนการดูแลจำนวน 10 เรื่อง และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ผู้เขียนนำมาวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลูนเพื่อลดอาการปวดหลัง โดยจัดเป็นโปรแกรมการกระตุ้นให้ลุกเร็วในผู้ป่วยหลังการทำขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลูน (Early ambulation for BPA program) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรม early ambulation for BPA

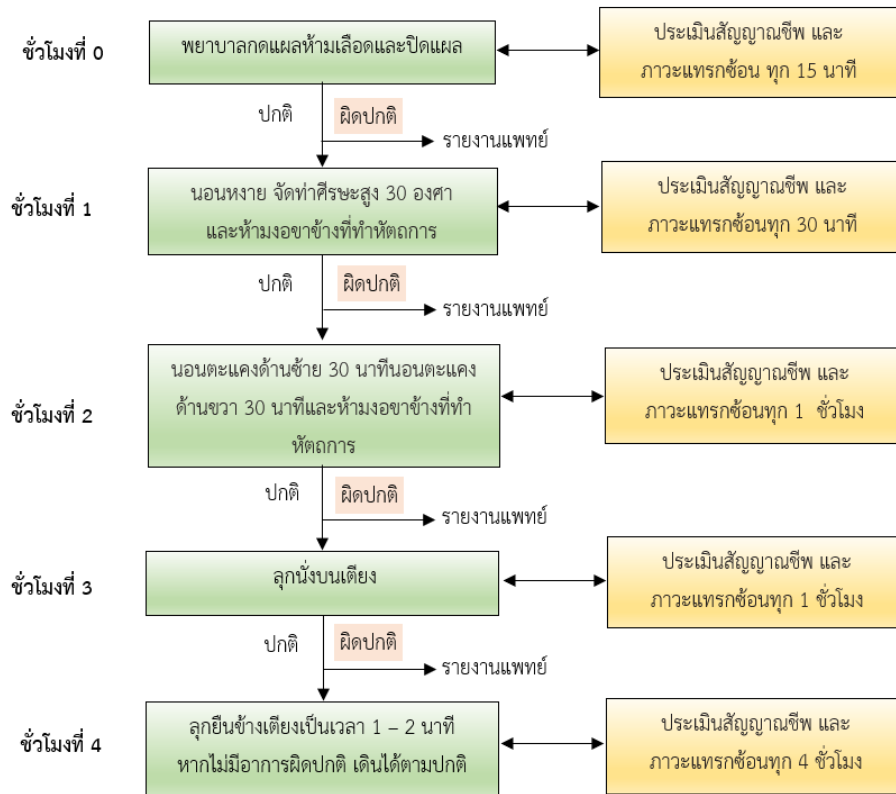
ชั่วโมงหลังทำ BPA	กิจกรรม
ชั่วโมงที่ 0 ถึง 1 (ภายหลังจากการกดห้ามเลือดและปิดแผล)	ผู้ป่วยนอนหงาย จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา และห้ามงอขาข้างที่ทำหัตถการ
ชั่วโมงที่ 1 ถึง 2	ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายเป็นเวลา 30 นาที และตะแคงขวาเป็นเวลา 30 นาที
ชั่วโมงที่ 2 ถึง 3	ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงได้
ชั่วโมงที่ 4	ผู้ป่วยลุกยืนข้างเตียงเป็นเวลา 1–2 นาที หากไม่มีอาการผิดปกติ สามารถเดินได้ตามปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลูน

ภายหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลูนผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพตามมาตรฐาน คือ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วงแรก ประเมินทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 และประเมินทุก 1 ชั่วโมงที่ 3 และ 4 จากนั้นหากสัญญาณชีพ



ไม่มีการเปลี่ยนแปลงประเมินทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งประเมิน bleeding/hematoma ตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดภายใน 24 ชั่วโมง หลังการทำหัตถการ⁷



ภาพที่ 1: การดูแลผู้ป่วยหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนโดยใช้โปรแกรม early ambulation for BPA

กรณีศึกษา

การนำโปรแกรม Early ambulation for BPA ไปใช้ในการดูแลกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ดงนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 62 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น CTEPH ปฏิเสธโรคประจำตัว และเคยเข้ารับการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งนี้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเข้ารับการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนเป็นครั้งที่ 3 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ในการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนในครั้งที่ 1 และ 2 หลังทำหัตถการ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้นอนราบ 6 ชั่วโมง ซึ่งทำให้มีอาการปวดหลังระดับปานกลาง คะแนนความปวด 4 คะแนน

ภายหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนในครั้งนี้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีอาการไอ/ไอเป็นเลือด ผลตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบด้านขวา ไม่พบ Bleeding/Hematoma สัญญาณชีพแรกรับหลังทำหัตถการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิต 114/56 mmHg อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้ง/นาที O₂ saturation 100%

หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรม Early ambulation for BPA เพื่อลดอาการปวดหลัง พบว่า ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายมากขึ้น ไม่ต้องนอนนานเท่าเดิม ลุกเข้าห้องน้ำได้เร็วขึ้น คะแนนความปวด 0 คะแนน และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกและก้อนเลือดใต้ผิวหนังตำแหน่งบริเวณที่ทำหัตถการ



กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 36 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น CTEPH ปฏิเสธโรคประจำตัว และเคยเข้ารับการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนมาแล้ว 5 ครั้ง ครึ่งนี้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนเป็นครั้งที่ 6 ผู้ป่วยให้ประวัติว่าในการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนในครั้งที่ 1-5 หลังทำการหัตถการ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้นอนราบ 6 ชั่วโมง การนอนราบเป็นเวลานานทำให้มีอาการปวดหลังมาก คะแนนความปวด 10 คะแนน และมีประวัติการรับยาบรรเทาอาการปวด คือ มอร์ฟีนซัลเฟต (Morphine sulfate) หลังได้รับยามีอาการผื่นคัน

แรกรับหลังการขยายหลอดเลือดปอดครั้งนี้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รู้สึกดี ถามตอบรู้เรื่อง หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีอาการไอ ผลค่าแรงที่แทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบด้านขวา ไม่พบ Bleeding/Hematoma สัญญาณชีพแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิต 124/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้ง/นาที O_2 saturation 95%

หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรม Early ambulation for BPA เพื่อลดอาการปวดหลัง พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกดีมากที่ไม่ต้องนอนนานเท่าเดิม ไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวด คะแนนความปวดหลังการทำหัตถการครั้งนี้ 1 คะแนน ผู้ป่วยยังไม่กลั้วและเดินในชั่วโมงที่ 4 แต่ Early ambulation ด้วยการลุกนั่งในชั่วโมงที่ 3 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกและก้อนเลือดได้ผิวหนังตำแหน่งบริเวณที่ทำหัตถการ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูน เคยมีประสบการณ์การทำหัตถการ และภายหลังหัตถการ กรณีศึกษาเคยนอนราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมงตามแนวปฏิบัติแบบเดิม พบปัญหาเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายจากการปวดหลังทั้ง 2 ราย โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นเพศหญิง ภายหลังการทำหัตถการในครั้งก่อนให้คะแนนความปวดในระดับปานกลาง และกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นเพศชาย ภายหลังการทำหัตถการในครั้งก่อน รู้สึกปวดหลังในระดับรุนแรงมากร่วมกับมีประวัติการได้รับยาลดอาการปวด และเมื่อดูแลตามโปรแกรม Early ambulation ในครั้งนี้ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกสุขสบายมากขึ้น อาการปวดหลังลดลงอย่างมาก ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้มของโปรแกรมในการลดอาการปวดหลังที่ระดับความปวดแตกต่างกัน โดยสามารถใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีโอกาสลดความต้องการใช้ยาแก้ปวดได้ แต่อย่างไรก็ตามต้องมีการศึกษาผลลัพธ์การใช้โปรแกรมอย่างเต็มรูปแบบก่อนการสรุปผลการศึกษาดังกล่าว

สรุป

อาการปวดหลังของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดปอดด้วยบอลลูนเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน การให้การพยาบาลภายหลังการทำหัตถการโดยใช้โปรแกรม Early ambulation for BPA ช่วยลดอาการปวดหลังรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้นได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นวิธีการลดอาการปวดหลังโดยไม่ต้องใช้ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้เอง และไม่มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรม Early ambulation for BPA ต่ออาการปวดหลัง ความสุขสบาย และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้ป่วย CTEPH ก่อนนำไปปรับปรุงเป็นแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติต่อไป

Reference

1. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM, Badagliacca R, Berger RMF, Brida M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). Endorsed by the International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) and the European Reference Network on rare respiratory diseases (ERN-LUNG). Eur Heart J. 2022;43(38):3618–731.



2. Puengpapat S, Pirompanich P. Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension in Thammasat University Hospital. *Lung India Off Organ Indian Chest Soc.* 2018;35(5):373–8. (in Thai)
3. Pussdhamma B. Pulmonary Hypertension and clinical cases. Khon Kaen: Faculty of medicine, Thailand; 2021.
4. Hoole SP, Coghlan JG, Cannon JE, Taboada D, Toshner M, Sheares K, et al. Balloon pulmonary angioplasty for inoperable chronic thromboembolic pulmonary hypertension: the UK experience. *Open Heart.* 2020;7(1):e001144.
5. Kjellstrom B, Ryfstenius H, Landenfelt-Gestre LL, Ivarsson B. Outpatient specialist clinics for pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension in the Nordic countries. *Pulm Circ.* 2020;10(4):2045894019897499.
6. Cale R, Ferreira F, Pereira AR, Saraiva C, Santos A, Alegria S, et al. Balloon pulmonary angioplasty protocol in a Portuguese pulmonary hypertension expert center. *Rev Port Cardiol.* 2021;40(9):653–65.
7. Phuengsri K, Panyasuk S. Effects of care protocols after transfemoral coronary angiography, cardiac catheterization laboratory unit, Lampang Hospital. *Journal of Health Science.* 2019;28(6):1077–91. (in Thai)
8. Hilario TS, Santos SM, Kruger J, Goes MG, Casco MF, Rabelo-Silva ER. Pain assessment and management in patients undergoing endovascular procedures in the catheterization laboratory. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2017 [cited 2022 Sep 2]. Available from: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/XTSp8rVcfhKdFLBhbxDNMSx/?lang=en>
9. Piva CD, Vaz E, Moraes MA, Goldmeyer S, da Costa Linch GF, de Souza EN. Discomfort reported by patients after cardiac catheterization using the femoral or radial approaches. *Rev Bras Cardiol Invasiva Engl Ed.* 2014;22(1):36–40.
10. van Thor MCJ, Lely RJ, Braams NJ, ten Klooster L, Beijk MAM, Heijmen RH, et al. Safety and efficacy of balloon pulmonary angioplasty in chronic thromboembolic pulmonary hypertension in the Netherlands. *Neth Heart J.* 2020;28(2):81–8.
11. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; 150(3699):971-9.
12. Siegele DS. Pain and suffering: the gate control theory. *Am J Nurs* 1974; 74(3):498- 502.
13. Chaiyagad C, Ruaisungnoen W. Back pain management for patients underwent transfemoral coronary angiography: nurse's role. *Srinagarind Med J.* 2021;36(1):111-8. (in Thai).
14. Leungsomnana, S, Ngamkham, S. Attention to pain. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center.* 2013;30(1):83–93. (in Thai)
15. Kobrossi S, Tamim H, Dakik HA. Vascular complications of early (3h) vs standard (6 h) ambulation post-cardiac catheterization or percutaneous coronary intervention from the femoral artery. *Int J Cardiol.* 2014; 176(3):1067–9.
16. Burn KL, Marshall B, Scrymgeour G. Early mobilization after femoral approach diagnostic coronary angiography to reduce back pain. *J Radiol Nurs.* 2015;34(3):162–9.
17. Cha NH, Sok S. Effects of position change on lumbar pain and discomfort of Korean patients after invasive percutaneous coronary intervention: a RCT study. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(10):2742–7.
18. Fereidouni Z, Morandini MK, Kalyani MN. The efficacy of interventions for back pain in patients after transfemoral coronary angiography: A rapid systematic review. *J Vasc Nurs.* 2019;37(1):52–7.
19. Turen S, Yilmaz RA, Yesiltepe N, Bektas I. Effect of the head of bed elevation on back pain after elective coronary angiography: A randomized controlled trial. *Appl Nurs Res.* 2022;64:151571.



การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะกำเริบและระยะพักฟื้น : กรณีศึกษา

สุวิจักขณ์ เจนปิยพงษ์ พย.บ.*

ชมพูนุช เพชรวิเศษ พย.บ.*

ณัฐธิดา เพชรประไพ PhD**

ศรัณญา จุฬาริ ปร.ด.***

(วันรับบทความ: 9 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 17 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 20 มิถุนายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

วัณโรคปอดมีการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน อาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในวัณโรค ตลอดจนเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันและการให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายกลับบ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ค้นหาปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน FANCAS ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อกำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนการจำหน่ายระยะยาวเมื่อกลับบ้าน เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดระยะการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรคปอด

คำสำคัญ: วัณโรคปอด การพยาบาล กรณีศึกษา

*พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

***ผู้ประสานการตีพิมพ์ E-mail: saranya.c@sut.ac.th Tel: 065-1545398



Nursing Care of Patients with Pulmonary Tuberculosis in the Acute and Recovery Phases: A Case Study

Suwichak Chenpiyaphong B.N.S.*

Chomphoonut Phetwiset B.N.S.*

Nutthita Patchprapai PhD**

Saranya Chularee PhD***

(Received Date: June 9, 2023, Revised Date: June 17, 2023, Accepted Date: June 20, 2023)

Abstract

The spread of pulmonary tuberculosis has been increasing among the older adults and individuals with weakened immune systems, resulting in longer treatment durations. This may lead to complications and higher treatment costs. Nurses play a crucial role in caring for patients with tuberculosis, as well as prevention and monitoring of the spread of the disease and providing guidance upon patient discharge. Therefore, nurses must possess excellent knowledge and understanding about pulmonary tuberculosis.

The purpose of this article is to present a case study of the nursing care for patients with pulmonary tuberculosis. The Fluid balance, Aeration, Nutrition, Communication, Activity, and Stimulation, FANCAS assessment tool was used to identify the life-threatening problems being faced by patients. This information was collected to determine the related nursing problems, develop nursing care plans, and provide patient care. Additionally, long-term discharge planning was established to reduce the severity and complications of the disease, shorten hospital stays, decrease healthcare costs, and promote consistent medication adherence related to the treatment of pulmonary tuberculosis, while preventing drug resistance from occurring.

Keywords: pulmonary tuberculosis, nursing care, case study

*Register Nurse, Respiratory Intensive Care Unit, Suranaree University of Technology Hospital

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

*** Assistance Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

*** Corresponding author; E-mail: saranya.c@sut.ac.th Tel: 065-1545398



บทนำ

วัณโรคปอดเป็นปัญหาด้านการสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2565 โดยองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 1.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10.1 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 4.5 สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (DR-TB) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาโรแฟมพิซิน (RR-TB) จำนวน 450,000 คน และยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตจำนวน 1.4 ล้านคน และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตจำนวน 187,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต¹ นอกจากนี้วัณโรคยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 13 รองลงมาจาก COVID-19¹ ประชากรประมาณ 1 ใน 3 พบมีเชื้อวัณโรค และประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ของประเทศที่มีการตรวจพบเชื้อวัณโรคมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย รวมถึงวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน²

อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงและในปี พ.ศ. 2563 มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และรายเก่าที่กลับมาเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 รายต่อแสนประชากร การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มสำเร็จเพิ่มขึ้น อัตราการรักษาล้มเหลวและขาดยาลดลง³ แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังคงสูง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง² อีกทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดวัณโรคปอดในประเทศไทย ได้แก่ การย้ายถิ่นฐานของแรงงานข้ามชาติ ความยากจน การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น การอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การทำงานในที่แห่งเดียวกัน การจัดลักษณะที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะหรือสภาพแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น¹ วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายจากการพูด ไอหรือจาม วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะและอาจแสดงอาการอย่างเฉียบพลันเกือบทุกระบบของร่างกาย อย่างไรก็ตาม วัณโรคกว่าร้อยละ 75-80 เกิดขึ้นที่ปอด^{4,5} เมื่อเชื้อวัณโรคถูกกลืนเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกายจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดและไปยังอวัยวะต่าง ๆ หากเข้าไปยังเนื้อเยื่อปอดจะเกิดพยาธิสภาพและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หากรักษาไม่ทันท่วงทีผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ ในภาวะเช่นนี้พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤตอย่างปลอดภัย^{6,7}

ในปี พ.ศ. 2565 หอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีผู้ป่วยวัณโรคปอดเข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม รวมทั้งสิ้น 32 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 3 ราย เสียชีวิต 5 ราย และได้รับการรักษาต่อเนื่อง 3 ราย⁸ จากการศึกษาเฉพาะเจาะจงพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและระบบทางเดินหายใจ และการรับประทานอาหารลดน้อยลง เมื่อติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้านพบว่าผู้ป่วยมีการหยุดยาเอง รับประทานยาไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ต้องการกลับมารักษาซ้ำใหม่ และเกิดการดื้อยาวัณโรคปอด⁵

กรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่เรียกว่า FANCAS เป็นกรอบแนวคิดที่นำมาใช้เพื่อประเมินและค้นหาปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่พัฒนาและนำมาใช้ครั้งแรก คือ Dr. June C. Abbey⁹ ปัจจุบันกรอบแนวคิดนี้ยมนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยที่มาของชื่อ FANCAS มาจากตัวย่อของการประเมินผู้ป่วยในแต่ละด้าน ประกอบด้วย

1. **ด้านความสมดุลของน้ำ (F: Fluid balance)** เป็นการประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำและลักษณะทางคลินิกที่บ่งบอกถึงความสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่างในร่างกาย การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการไหลเวียนของโลหิต
2. **ด้านการหายใจ (A: Aeration)** เป็นการประเมินระบบทางเดินหายใจและความเพียงพอของออกซิเจนในร่างกาย
3. **ด้านโภชนาการ (N: Nutrition)** เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ระบบการย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย รวมทั้งความเพียงพอของสารอาหารต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
4. **ด้านการติดต่อสื่อสาร (C: Communication)** เป็นการประเมินความต้องการในการ สื่อสารและความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส
5. **ด้านการทำกิจกรรม (A: Activity)** เป็นการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย



6. ด้านการกระตุ้น (S: Stimulation) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ตำแหน่งและระดับของความเจ็บปวด เป็นต้น

กรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS¹⁰ ได้ถูกพิจารณานำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นแบบประเมินมีประโยชน์ที่ช่วยให้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ตรงประเด็น และครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัยและทันท่วงที⁹ ผู้ประพันธ์ได้นำแบบการประเมิน FANCAS มาเป็นกรอบแนวคิดในการรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โดยผู้เขียนได้ประเมินภาวะสุขภาพจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจรังสีทรวงอก ร่วมกับการใช้แนวคิดการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงความปลอดภัย ความเป็นปัจเจกบุคคล ความแตกต่างทางวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตั้งแต่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงการดูแลระยะยาว เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งมีประโยชน์สำหรับนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การกลับมารักษาซ้ำใหม่ การดื้อยาวัณโรคปอด และการเสียชีวิต

กรณีศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยรายกรณีวัณโรคปอดโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตของแฟรงค์ (FANCAS) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1.1) ความสมดุลของสารน้ำ (Fluid balance) 1.2) การหายใจ (Aeration) 1.3) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 1.4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 1.5) การทำกิจกรรม (Activity) และ 1.6) การได้รับการกระตุ้น (Stimulation) 2) การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การศึกษานี้เป็นการพยาบาลรายกรณี (Case study) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ที่คณะผู้ประพันธ์ได้ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

1. ประวัติผู้ป่วย

พระภิกษุไทย อายุ 62 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสโสด มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetes mellitus) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ระยะที่ 3 ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรคปอดทุกวัน ไม่มีขาดยา

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 3 เดือนก่อน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม ไอแห้งเป็น ๆ หาย ๆ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลว 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มีไข้ตอนบ่าย ๆ ไอ หาวสั้น หายใจเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล

วินิจฉัยโรค Pulmonary Tuberculosis

การประเมินสภาพแรกพบ แรกพบที่หอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย ได้ On oxygen cannula 3 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 195/106 มิลลิเมตรปรอท (ท่านอน) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนปลายนิ้ว (O₂ Saturation) 98%



2. การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด FANCAS ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการซักประวัติและประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิด FANCAS

แนวคิด FANCAS	เข้ารับการรักษครั้งที่ 1 วันที่ 14-17 ก.ค. พ.ศ. 2565	เข้ารับการรักษครั้งที่ 2 วันที่ 23 ก.ค.-6 ส.ค. พ.ศ.2565 (6 วัน ห่างจากครั้งที่ 1)	เข้ารับการรักษครั้งที่ 3 วันที่ 14 วันที่ 14-19 ส.ค.พ.ศ.2565 (8 วัน ห่างจากครั้งที่ 2)
1. ความสมดุลของ สารน้ำ (Fluid Balance)	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E ₄ V ₅ M ₆ ถามตอบ รู้เรื่อง แต่เหนื่อยเพลีย รับประทาน อาหารได้น้อย กลืนลำบาก ซีพจร สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E ₄ V ₅ M ₆ ถามตอบ รู้เรื่อง เหนื่อยเพลีย รับประทาน อาหารได้น้อย กลืนลำบาก ซีพจร สม่ำเสมอ ความดันโลหิตอยู่ใน ระดับปกติ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E ₄ V ₅ M ₆ ถามตอบ รู้เรื่อง เหนื่อยเพลีย รับประทาน อาหารได้น้อย กลืนลำบาก ซีพจร สม่ำเสมอ ความดันโลหิตอยู่ใน ระดับปกติ
2. การหายใจ (Aeration)	ผู้ป่วยไอแห้ง หายใจหอบเหนื่อย RR 28 ครั้งต่อนาที O ₂ Saturation 91% ไม่มีภาวะเขียวคล้ำ (No cyanosis) ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (No retraction) ฟังปอดพบเสียง Crepitation บริเวณปอดทั้งสองข้าง	ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการ หายใจลำบาก ไม่มี cyanosis ไม่มี retraction ฟังปอดไม่พบเสียง ผิดปกติ	ผู้ป่วยไอมีเสมหะสีเหลือง หายใจ หอบเหนื่อย RR 28 ครั้งต่อนาที ไม่มี cyanosis ไม่มี retraction ฟังปอดข้างขวาได้ยินเสียงหายใจ ลดลง
3. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (Body mass index: BMI 12.17 kg/m ²) รับประทานอาหารได้น้อย 3-4 คำ/ มือ มีอาการกลืนลำบาก และเจ็บคอ เมื่อกินน้ำลาย	น้ำหนักลดลง 3 kg ภายใน 1 เดือน น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (BMI 11.54 kg/m ²) รับประทาน อาหารได้น้อยคงเดิมและมีอาการ กลืนลำบาก	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (BMI 11.54 kg/m ²) ใส่สายยางทางจมูก เพื่อให้อาหาร (Nasogastric [NG] Tube) ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอน
4. การติดต่อสื่อสาร (Communication)	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ปกติ แต่พูด ได้เป็นประโยคสั้น ๆ	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ปกติ	ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ปกติ มี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับวัณโรค
5. การทำกิจกรรม (Activity)	กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงเท่ากันทั้ง สองข้าง (motor power grade V) พลิกตะแคงตัวด้วยตนเองได้ แต่ไม่ สามารถทำท่าความสะอาดร่างกายได้ ด้วยตนเอง มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย	กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงเท่ากัน ทั้งสองข้าง (motor power grade V) พลิกตะแคงตัวและ ขยับย้ายปัสสาวะได้ด้วยตนเอง แต่ ถ่ายอุจจาระโดยการใส่ผ้าอ้อม มี อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย	กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงเท่ากัน ทั้งสองข้าง (motor power grade V) ช่วยเหลือตนเองได้ เล็กน้อย มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย
6. การได้รับการ กระตุ้น (Simulation)	ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากมี อาการไข้สูง และได้รับการผูกมัดที่ มือทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันผู้ป่วยดึง อุปกรณ์ทางการแพทย์และไม่สุข สบายจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายปวด ศีรษะเล็กน้อย มีไข้สูงและไม่สุข สบายจากการใส่สายสวนปัสสาวะ	ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากการ ใส่สายยางทางจมูก และสายสวน ปัสสาวะ
ยาวัณโรคที่ผู้ป่วย ได้รับ	1. ยา Isoniazid 100 mg 3 เม็ด ก่อนนอน 2. ยา Rifampicin 450 mg 1 เม็ด ก่อนนอน 3. ยา Pyrazinamide 500 mg 2 เม็ด ก่อนนอน 4. ยา Ethambutol 400 mg 2 เม็ด ก่อนนอน 5. ยา Vitamin B6 1 เม็ด ก่อนนอน	1. ยา Isoniazid 100 mg 3 เม็ด ก่อนนอน 2. ยา Rifampicin 450 mg 1 เม็ด ก่อนนอน 3. ยา Ethambutol 400 mg 2 เม็ด ก่อนนอน 4. ยา Vitamin B6 1 เม็ด ก่อน นอน 5. ยา Vitamin B6 1 เม็ด ก่อนนอน	1. ยา Isoniazid 100 mg 3 เม็ด ก่อนนอน 2. ยา Rifampicin 450 mg 1 เม็ด ก่อนนอน 3. ยา Ethambutol 400 mg 2 เม็ด ก่อนนอน 4. ยา Vitamin B6 1 เม็ด ก่อน นอน



3. การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยตามแนวคิด FANCAS ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยตามแนวคิด FANCAS

แนวคิด FANCAS	ข้อมูลผู้ป่วย			
	ครั้งที่ Admit	ประวัติความเจ็บป่วย ในอดีต	ประวัติความเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	ผลทางห้องปฏิบัติการ/ ผลการตรวจรังสีทรวงอก
1. ความสมดุลของ สารน้ำ (Fluid Balance)	ครั้งที่ 1	รับประทานอาหารน้อยกว่า ปกติ 5-6 คำ/มื้อ	1 วันก่อนมา มีถ่ายเหลว 3 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง	- Na ⁺ 131.7 mmol/L - K ⁺ 3.49 mmol/L - I/O=565-2,299/650-1,700 ml/day
	ครั้งที่ 2	6 วันก่อนมา รับประทาน อาหารได้น้อย 3-4 คำ/มื้อ และรับประทานยาบางครั้ง	รับประทานอาหารได้น้อย คงเดิม	- I/O=850-3,878/250-3,100 ml/day
	ครั้งที่ 3	5 วันก่อนมามีถ่ายดำไม่ทราบ ปริมาณ	รับประทานอาหารทางสาย ยาง รับประทานได้ทั้งหมด ไม่มีถ่าย ดำ	- Na ⁺ 116.4 mmol/L - I/O=3,492-5,339/2,250- 2,800 ml/day
สรุป : มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเนื่องจากถ่ายเหลวและอาเจียน				
2. การหายใจ (Aeration)	ครั้งที่ 1	ไม่มีไอ ไม่มีหอบเหนื่อย	1 วันก่อนมา ไอ หอบ เหนื่อย RR 28 ครั้งต่อนาที O ₂ Sat 91% ฟังปอดพบ Crepitation ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง	ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Generalized patchy infiltration with reticulonodular infiltration both lungs
	ครั้งที่ 2	6 วันก่อนมา มีไอเสมหะเป็นสี เหลือง	ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย เสียง ปอดปกติ ไอมีเสมหะสีเหลือง	ผลตรวจรังสีทรวงอกคล้ายครั้งที่ 1
	ครั้งที่ 3	1 วันก่อนมา ไอมีเสมหะ	หายใจหอบเหนื่อย RR 28 ครั้ง/นาที ไอมีเสมหะสี เหลือง ฟังปอดได้ยินเสียง หายใจที่ปอดขาลดลง	ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Generalized patchy infiltration with reticulonodular infiltration both lungs
สรุป : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของวัณโรคปอด				
3. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)	ครั้งที่ 1	รับประทานอาหารได้ปกติ แต่ มีน้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัม ในช่วง 3 เดือนก่อน (BMI 12.17 kg/m ²)	1 วันก่อนมา มีอาการถ่าย เหลว 3 ครั้ง มีคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหาร ได้ลดลง อ่อนเพลีย	- Albumin 3.0 g/dL - Hematocrit 32.1%
	ครั้งที่ 2	6 วันก่อนมา รับประทาน อาหารได้น้อย รับประทานยา บางครั้ง	รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย รูปร่างซูบผอม เห็นกระดูก น้ำหนักลดลง 3 kg (BMI 11.54 kg/m ²)	- Albumin 2.8 g/dL - Hematocrit 27.8%
	ครั้งที่ 3	5 วันก่อนมา มีถ่ายอุจจาระสี ดำ ไม่ทราบปริมาณ รับประทานอาหารได้น้อย ใกล้เคียงเดิม	ไม่มีการถ่ายอุจจาระสีดำ หรือเป็นเลือด น้ำหนักเท่า เดิม	- Albumin 2.5 g/dL - Hematocrit 20.0%
สรุป : มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย				



แนวคิด FANCAS	ข้อมูลผู้ป่วย			
	ครั้งที่ Admit	ประวัติความเจ็บป่วย ในอดีต	ประวัติความเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	ผลทางห้องปฏิบัติการ/ ผลการตรวจรังสีทรงอก
4. การติดต่อสื่อสาร (Communication)	ครั้งที่ 1	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ญาติในครอบครัวไม่มีประวัติติดเชื้อวัณโรค	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ญาติมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	-
	ครั้งที่ 2	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ญาติในครอบครัวไม่มีประวัติติดเชื้อวัณโรค	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการอ่อนเพลีย ญาติกังวลแจ้งว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้บางครั้ง	-
	ครั้งที่ 3	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ญาติในครอบครัวไม่มีประวัติติดเชื้อวัณโรค	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง แต่มีอาการอ่อนเพลีย ญาติกังวล แจ้งว่าตนทำงานไม่สามารถให้ผู้ป่วยตามเวลาได้	-
สรุป : ปกติ				
5. การทำกิจกรรม (Activity)	ครั้งที่ 1	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย ต้องช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง	-
	ครั้งที่ 2	ผู้ป่วยมีอาการเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย กลืนลำบาก	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่อ่อนเพลีย ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะโดยใส่ผ้าอ้อม	-
	ครั้งที่ 3	5 วันก่อนมา รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะได้เอง โดยใส่ผ้าอ้อม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่อ่อนเพลีย มากขึ้น ใส่สายยางอาหาร ต่อลงกระเพาะอาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะ	-
สรุป : ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย				
6. การได้รับการ กระตุ้น (Simulation)	ครั้งที่ 1	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการกลืนลำบาก	ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายเนื่องจากมีไอ หอบเหนื่อย และไข้สูงการใส่สายสวนปัสสาวะ และได้รับการผูกมัดที่มือทั้งสองข้าง	- WBC count 15,300 /uL - Neutrophil 93% - Lymphocyte 3% - Sputum AFB Day 1 ผล Positive
	ครั้งที่ 2	ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะเล็กน้อย	ผู้ป่วยไม่สบายจากอาการปวดศีรษะ และมีไข้สูง	- Neutrophil 71% - Lymphocyte 16% - Sputum AFB Day 3 ผล Positive - Sputum PCR TB ผล Detected
	ครั้งที่ 3	ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียมากขึ้น ไอมีเสมหะ	ผู้ป่วยไม่สบายจากการติดเชื้อ หอบเหนื่อย การใส่สายยางอาหาร ต่อลงกระเพาะอาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะ	- Neutrophil 72% - Lymphocyte 15% - Sputum AFB Day 3 ผล Positive
สรุป : ไม่สบาย : ไอ เหนื่อย				



4. ปัญหาของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลในการดูแล

จากการประเมินภาวะสุขภาพและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินตามกรอบแนวคิดของ FANCAS สามารถสรุปวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ 1) Stimulation: เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB) 2) Aeration: การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของวัณโรคปอด 3) Fluid & Nutrition: มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย : ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย 4) Activity: ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย และ 5) Stimulation: ไม่สุขสบาย : ไอ เหนื่อย

5. การพยาบาล ผู้ประพันธ์จะขอยกตัวอย่างแผนการพยาบาลเพียงบางข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB)

NANDA-International diagnosis 1: Risk for infection and spread of infection secondary to active TB.

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติให้ประวัติว่า “1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ตอนบ่าย ๆ ไอ หาวสั้น ถ่ายเหลว 3 ครั้ง”

O: สังเกตพบว่าผู้ป่วยไอไม่ปิดปาก ไม่ชอบสวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือหลังขับเสมหะ/น้ำลาย สัญญาณชีพ พบ อุณหภูมิ 41.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC count 15,300 /uL, Neutrophil 93%, Lymphocyte 3%, Sputum AFB positive, ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ Generalized patchy infiltration with reticulonodular infiltration both lungs

คำอธิบาย: เชื้อวัณโรคปอด คือ เชื้อ Mycobacterium tuberculosis สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศในลักษณะละอองฝอยขนาดเล็ก (Airborne transmission) ละอองฝอยขนาดเล็ก 1-5 ไมโครเมตร จะลอยอยู่ในอากาศ การติดเชื้อเกิดขึ้นจากการหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการพูด ไอ หรือจาม⁶ เมื่อเชื้อเข้าไปในถุงลมปอดจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น เมื่อระบบภูมิคุ้มกันทำงานไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดรอยโรคในเรื้อปอด มักพบบริเวณตรงกลางมักเป็นในส่วนล่างของ Upper lobe หรือส่วนบนของ Lower lobe การแบ่งตัวของเชื้ออาจลุกลามไปตาม Lymphatic vessels ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด (Hilar lymph node) ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น และเมื่อเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดแล้วสามารถกระจายไปอวัยวะต่าง ๆ ได้

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผลการเอกซเรย์ปอดไม่พบ New infiltration
- 2) ไม่มีการติดเชื้อวัณโรคบริเวณอื่นเพิ่มในร่างกาย
- 3) สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
- 4) ไม่มีญาติและบุคลากรผู้ดูแลติดเชื้อเพิ่มเติม

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) จัดให้อยู่ในห้องแยกโรคระบบปิดที่มีแรงดันลบ (Negative pressure room) ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 2) บุคลากรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันด้วย Mask N95 ทุกครั้งที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย กรณีที่มีการเคลื่อนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นต้องเป็นกรณีจำเป็นเท่านั้น โดยบุคลากรต้องคำนึงถึงการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ สวมใส่ PPE และเคลื่อนย้ายตามเส้นทางที่กำหนด และเคลื่อนย้ายด้วยแคปปูล์แรงดันลบ¹¹
- 3) ดูแลผู้ป่วยตามหลัก 5 Moments and Hand hygiene ได้แก่ 1) ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2) ล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย 3) ล้างมือหลังสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย 4) ล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย และ 5) ล้างมือหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อลดการติดเชื้อจากบุคลากรทางการแพทย์สู่ผู้ป่วยและผู้ป่วยสู่บุคลากรทางการแพทย์
- 4) ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพที่อาจเกิดความผิดปกติ



- 5) ดูแลให้รับประทานยารักษาวัณโรคปอด ได้แก่ Isoniazid (100 mg) 3 tab oral hs, Rifampicin (450 mg) 1 tab oral hs, Pyrazinamide (500 mg) 2 tab oral hs (เฉพาะวันจันทร์ พุธ และศุกร์), Ethambutol (400 mg) 2 tab oral hs (เฉพาะวันจันทร์ พุธ และศุกร์) และ Vitamin B6 1 tab oral hs ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียง¹² ดังนี้
 - อาการที่อาจเกิดได้กับยารักษาวัณโรคทุกตัว ได้แก่ ผื่นผื่นไหม้ ไข้ ปวดข้อ ตับอักเสบ หากเกิดอาการให้หยุดยาที่สงสัย
 - ยา Isoniazid อาจทำให้เกิดอาการตีขี้หนู มองภาพไม่ชัด คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ปลายมือปลายเท้าชา ง่วงได้
 - ยา Rifampicin อาจทำให้เกิดอาการตีขี้หนู เกร็ดเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้องได้
 - ยา Pyrazinamide อาจทำให้เกิดอาการตีขี้หนู ตับอักเสบ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และปวดข้อได้
 - ยา Ethambutol อาจทำให้การมองเห็นผิดปกติ และปวดข้อโดยไม่มีข้ออักเสบได้
 - 6) หากผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol (500 mg) 1 tab oral ทุก 4-6 ชั่วโมง และดูแลเช็ดตัวลดไข้
 - 7) อธิบายการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังการขับเสมหะ/น้ำลาย การสวมหน้ากากอนามัย การขับเสมหะ/น้ำลายลงในภาชนะที่โรงพยาบาลจัดให้ (ถุงขยะแดง) การแยกอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว ตลอดจนการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การไปในที่ชุมชน
 - 8) ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะติดเชื้อ ตลอดจนติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก
- ประเมินผล ในขณะที่นอนโรงพยาบาลครั้งแรก ผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรคสูตร IRZE ไม่พบผลข้างเคียงจากการให้ยารักษาวัณโรค ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจำนวน 4 วัน ในขณะที่นอนโรงพยาบาลครั้งแรก ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกาย 37.7 – 38.0 องศาเซลเซียส ในวันแรกของการนอนโรงพยาบาล และวันที่ 2-4 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ในขณะที่นอนโรงพยาบาลครั้งที่สองและสาม มีไข้บางช่วงเวลารอดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 15 วัน ค่าความเข้มข้นออกซิเจนปลายนิ้ว 96-100 เปอร์เซ็นต์ ไม่พบการติดเชื้อวัณโรคที่อวัยวะอื่น ไม่พบ New infiltration ญาติผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน สามารถอธิบายการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของวัณโรคปอด

NANDA-International diagnosis 2: Impairment of gas exchange secondary to ineffective breathing pattern associated with Pulmonary tuberculosis.

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติให้ประวัติว่า “มีไอตลอด โอบมากช่วงกลางคืนมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล”

O: ผู้ป่วยไอมีเสมหะสีเหลือง สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที O₂Saturation 91% ฟังปอดได้เสียง Crepitation ผล Chest x-rays พบ Generalized patchy infiltration with reticulonodular infiltration both lungs

คำอธิบาย: วัณโรคเกิดจากการได้รับเชื้อ Mycobacterium tuberculosis เมื่อสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อ วัณโรคเข้าสู่ร่างกาย เชื้อวัณโรคจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น แทรกผ่านผนังถุงลมเข้าไปยังเนื้อเยื่อและถุงลมปอด ร่างกายกระตุ้นภูมิคุ้มกันทั้ง T cells และ B cells มารวมตัวที่เนื้อเยื่อปอดและล้อมรอบกลุ่ม macrophages ที่มีเชื้อวัณโรคกลายเป็น granuloma หากเชื้อวัณโรคใน granuloma มีการแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนร่างกายไม่สามารถควบคุมเชื้อได้ ทำให้เกิดพยาธิสภาพในปอด^{5,6} ทำให้เนื้อเยื่อปอดแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้น้อยลงเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: ได้รับออกซิเจนในร่างกายอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อคอและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น
- 2) อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
- 3) Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที



- 4) O₂Saturation มากกว่า 95%
- 5) ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Crepitation
- 6) ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบ New patchy infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อคอและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น Capillary refill time นานกว่า 2 วินาที เพื่อติดตามภาวะพร่องออกซิเจน
- 2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เพื่อดูสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลง
- 3) Monitor O₂ saturation เพื่อติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
- 4) ดูแลให้ใส่ออกซิเจนแบบ cannula 3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย แนะนำไม่ควรเพิ่ม flow ไม่เกิน 5 ลิตรต่อนาที และในหอผู้ป่วยแยกโรคที่มีห้องความดันลบสามารถใช้ HFNC หรือ NIV ได้ พิจารณาตามภาวะการหายใจล้มเหลวของผู้ป่วย¹¹
- 5) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้พลังงานในการทำกิจกรรม โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้เต็มที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น
- 6) สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้น
- 7) ประเมินร่างกายผู้ป่วยร่วมกันในการดูแลรักษาเกี่ยวกับการบริหารปอดและออกกำลังกาย
- 8) ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด

ประเมินผล ในขณะนอนโรงพยาบาลไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อคอและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการอ่อนเพลียหรือกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าอุ่น Capillary refill time 2 วินาที ปริมาณออกซิเจนในเลือด 96-100 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอดยังได้ยินเสียง Coarse crepitation both lungs ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบ New patchy infiltration

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย : ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
NANDA-International diagnosis 3: Imbalanced nutrition, fluid and electrolyte: Less than body requirements.

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติให้ประวัติว่า “ครั้งแรกที่นอนโรงพยาบาลมีอาการ ถ่ายเหลว 3 ครั้ง มีคลื่นไส้อาเจียน ทานอาหารได้ลดลง และครั้งที่สองมีอาการ 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการทานอาหารได้น้อย ระยะหลังรับประทานไม่ได้เลยเหนื่อยเพลีย”

O: ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย กลืนลำบาก รูปร่างผอมหนังหุ้มกระดูก รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ/มื้อ ต่อมามีอาการกลืนลำบาก รับประทานอาหารไม่ได้ ต้องใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Sodium = 131.7 mmol/L และ Potassium = 3.49 mmol/L Admit ครั้งที่ 1 ในการนอนโรงพยาบาล BMI 12.17 kg/m² Albumin 3.0 g/dL Admit ครั้งที่ 2 ในการนอนโรงพยาบาล BMI 12.17 kg/m² DTX แกร็บเท่ากับ 70 mg% Albumin 2.8 g/dL

คำอธิบาย: ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อยลงทำให้มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เห็นได้จากประวัติการรับประทานอาหาร ก่อนรักษาในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ต่อมามีอาการคลื่นไส้อาเจียนและมีอาการถ่ายเหลวบ่อยครั้ง ทำให้มีเกลือแร่ในเลือดต่ำ โดยเฉพาะภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) การเจ็บป่วยวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหลายระบบทั้งจากการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response: SIRS) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น และยังคงเผชิญกับความเครียดที่คุกคามชีวิตทำให้ผู้ป่วยใช้พลังงานเพิ่มขึ้น¹³



วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อรักษาสสมดุลของสารอาหาร สารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) มีค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายปกติ ดังนี้ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 90-106 mmol/L, TCO_2 24-30 mmol/L
- 2) Albumin 3.5-5.0 gm/dL
- 3) ไม่มีอาการแสดงของภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก เกร็ง กระตุก กระสับกระส่าย เป็นต้น
- 4) ไม่มีอาการแสดงของประเมินภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ ท้องผูก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นเหน็บชา มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น หัวใจห้องบนหรือห้องล่างเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติหรือหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น
- 5) สารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายสมดุล
- 6) ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีผิวหนังบาง บวม

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินอาการแสดงของการขาดสารอาหาร ด้วยการคัดกรองภาวะโภชนาการและประเมินภาวะทุพโภชนาการ ตามคำแนะนำของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (Society of parenteral and enteral nutrition of Thailand: SPENT)²³
- 2) ประเมินภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ ได้แก่ ภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
- 3) ประเมินสภาพผิวหนัง อาการบวม การแตกทำลายของผิวหนัง ก่อนและหลังให้การพยาบาล
- 4) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml IV rate 100 ml/hr ตามแผนการรักษา
- 5) ดูแลให้ยา Elixir KCl 30 ml oral 1 dose ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้เกลือแร่โพแทสเซียมกลับมาสมดุล และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น
- 6) ดูแลให้ยา Salt tab (600 mg) 1 tab oral pc bid ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้เกลือแร่โซเดียมสมดุล และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น
- 7) ดูแลบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต
- 8) ประเมินร่วมกับนักโภชนาการ เพื่อดูปริมาณพลังงานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับอาหารเหลวทางสายยางสูตร 1.2:1 จำนวน 300 ml x 4 feed (Total energy = 1,440 kcal, total protein = 60 gm/day) น้ำตาม 50 ml/feed และน้ำระหว่างมื้อ 50 ml ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งประเมินความสามารถในการรับอาหารจากปริมาณอาหารคงค้างในกระเพาะอาหาร หากค้าง 200-500 มิลลิลิตร ควรหยุดการให้อาหาร¹³
- 9) ดูแลทำความสะอาดจมูก หนุนสายยางอาหารทางจมูกและเปลี่ยนพลาสติกทุกวัน ป้องกันการยืดยาวของสายคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจกับสายยาง
- 10) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนดูแลไม่ให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มเติม เพื่อสงวนพลังงาน
- 11) ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้งเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในร่างกาย
- 12) ติดตามผลเลือดของห้องปฏิบัติการ ค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือด ค่าความเข้มข้นเลือด ค่าโปรตีนในเลือดตามแผนการรักษา (ถ้ามี) เพื่อติดตามความก้าวหน้าของภาวะขาดสารอาหารและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

ประเมินผล ผู้ป่วยมี Conjunctiva ชีตเล็กน้อย ผิวหนังชุ่มชื้น ได้รับอาหารได้ครบทุกมื้อ ไม่มีสำคัญอาหารและน้ำ ระดับน้ำตาลปกติอยู่ในช่วง 80-187 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดตามน้ำหนักในขณะนอนโรงพยาบาล น้ำหนักอยู่ในช่วง 33-37 กิโลกรัม ไม่พบอาการแสดงของภาวะโซเดียมและโพแทสเซียมต่ำ ผลเกลือแร่ในร่างกายขณะนอนอยู่โรงพยาบาล โซเดียมอยู่ระหว่าง 131.7-137 mmol/L, โพแทสเซียมอยู่ระหว่าง 3.38-4.49 mmol/L คลอไรด์อยู่ระหว่าง 85-110 mmol/L ไบคาร์บอเนตอยู่ระหว่าง 21-26 mmol/L และอัลบูมินอยู่ระหว่าง 2.3-3.0 gm/dL สารน้ำเข้า-ออก สมดุล



6. แผนการจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge Plan) โดยใช้หลัก D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ ซึ่งกระทำตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในการรักษาจนกระทั่งถึงวันจำหน่าย ดังนี้

6.1 Diagnosis (D) แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่คือโรควัณโรคปอดซึ่ง สามารถแพร่กระจายเชื้อทางอากาศได้จากการหายใจปกติ พุด ไอ หรือจาม ส่วนใหญ่จะมีอาการใช้ตอนกลางคืน รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไอ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น⁴

6.2 Medicine (M) แนะนำการใช้ยารักษาวัณโรคที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาอย่างละเอียด พร้อมทั้งเน้นย้ำการรับประทานยาที่ถูกต้องและถูกเวลา และต่อเนื่องครบคลุมระยะเวลาการรักษา เพื่อป้องกันการดื้อยาวัณโรค ควรรับประทานยาพร้อมน้ำเปล่าขณะท้องว่าง (ก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหารประมาณ 15-30 นาที) เพื่อให้การดูดซึมยามีประสิทธิภาพสูงสุด อาการไม่พึงประสงค์จากยา แบ่งเป็นผลข้างเคียงรุนแรง ถ้ามีอาการเหล่านี้ควรหยุดยาแล้วไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ การได้ยินผิดปกติ เวียนศีรษะ เดินเซ มีผื่น การมองเห็นผิดปกติ ตีขาน สำหรับผลข้างเคียงไม่รุนแรง ถ้ามีอาการเหล่านี้สามารถให้ยาต่อได้แต่ควรแจ้งแพทย์ให้ทราบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคันเล็กน้อย ขามือ ขาเท้า ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปัสสาวะอาจเปลี่ยนเป็นสีส้มหรือแดง เกิดจากสีของตัวยา Rifampicin ที่ขับออกมา ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ทุกรายและไม่มีอันตราย^{14-16,20}

6.3 Environment (E) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์แรกของโรค เป็นระยะที่เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อได้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับไว้รักษาในห้องควบคุมแรงดันลบในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมสถานที่และห้องพักให้ผู้ป่วย โดยจัดห้องที่มีแสงแดดส่องถึง อากาศถ่ายเทสะดวก แยกของใช้ส่วนตัวออกจากผู้อื่น ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อพบเจอคนในบ้าน หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้มีโรคประจำตัว เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้มีภูมิคุ้มกันต่ำอาจติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย หลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งสัมผัสสารคัดหลั่ง และทิ้งขยะของผู้ป่วยในถังขยะที่มีถุงรองรับและฝาปิดสนิท¹⁸

6.4 Treatment (T) แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ซึมลง มีผื่นแดงจำนวนมาก หากพบอาการดังกล่าวสามารถพาผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเข้ารับการรักษาเบื้องต้น หรือโทรเบอร์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อขอความช่วยเหลือได้

6.5 Health (H) เปิดโอกาสพูดคุยและสอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลสุขภาพที่ดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงและอาการของโรคดีขึ้นได้¹⁹

6.6 Outpatient (O) แนะนำให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาลเป็นประจำ เพื่อติดตามอาการปรับยา และติดตามผลเลือดว่ามีความผิดปกติหรือไม่ หากมีอาการของโรครุนแรงขึ้น แพทย์หรือมีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง สามารถมาก่อนวันนัดหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้

6.7 Diet (D) แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หากผู้ป่วยไม่สามารถทานอาหารทางปากได้ มีอาการเบื่ออาหาร กลืนลำบาก สามารถให้อาหารปั่นทางสายยางทางจมูกแทนได้ ดำเนินการประสานขอคำปรึกษาจากนักโภชนาการเกี่ยวกับการขอรับอาหารปั่นหรือวิธีการทำอาหารปั่นด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ และงดใช้สารเสพติดทุกชนิด เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากยา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้นอนโรงพยาบาลจำนวน 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลาการรักษาครั้งที่ 1 จำนวน 4 วัน ครั้งที่ 2 จำนวน 15 วัน และครั้งที่ 3 จำนวน 6 วัน รวม 25 วัน จากการใช้แบบประเมิน FANCAS ในการรวบรวมข้อมูล สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยได้ดังนี้



- 1) Stimulation: เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ (Active TB)
- 2) Aeration: การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของวัณโรคปอด
- 3) Fluid & Nutrition: มีภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย: ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- 4) Activity: ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลงเนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย
- 5) Stimulation: ไม่สุขสบาย: ไอ เหนื่อย

จะเห็นได้ว่าการประเมิน (Assessment) มีความสำคัญที่สุด และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ผู้ประพันธ์นำแบบประเมินทางการพยาบาล FANCAS เนื่องจาก FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแนวทางการประเมินตามกรอบแนวคิด FANCAS ก็ยังพบข้อจำกัด กล่าวคือกรอบแนวคิด FANCAS เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เน้นเฉพาะการเจ็บป่วยด้านร่างกายเพียงด้านเดียว ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อาจส่งผลให้การประเมินความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตไม่สมบูรณ์ ข้อจำกัดอีกประการ คือ กรอบแนวคิด FANCAS เน้นเฉพาะการประเมินผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย แต่ไม่ครอบคลุมถึงการประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรเลือกใช้แบบประเมินเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละระยะให้เหมาะสม²⁰

References

1. World Health Organization [WHO]. Tuberculosis. 2022. [cited 2023 Jun 8] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Minister of Public Health, Thailand. National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018. [cited 2023 Jun 8] Available from: <http://tbthailand.org/download/Manual/NTP2018.pdf>. (in Thai)
3. Nunthaiquegool V. Factors related to tuberculosis of tuberculosis patients receiving services in tuberculosis Clinic, Phuwiang Hospital, Khon Kaen Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen 2564;28(2):53-62. (in Thai)
4. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. Thailand Operational Plan to End TB 2017-2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021. (in Thai)
5. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. The National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design publishing; 2021. (in Thai)
6. Suárez I, Fünfer SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheuer G, Rybniker J. The Diagnosis and treatment of tuberculosis. Dtsch Arztebl Int. 2019;116(43):729-35.
7. Tharatonrungrung P. Nursing care for pulmonary tuberculosis patients in outpatient services. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2021;1(2):77-94. (in Thai)
8. Kamlai P. Nursing care of pulmonary tuberculosis with acute respiratory failure: Case study 2 cases. Mahasarakham Hospital Journal 2020;17(2):162-73. (in Thai)
9. Holloway NM. Nursing the critically ill Adult. California: Addison-Wesley Publishing; 1979.



10. Respiratory intensive care unit. 2022 Pulmonary tuberculosis patient statistics Suranaree University of Technology Hospital. (in Thai)
11. Thongngam S, Pumool S, Ratanarat R. Nursing care for patients with COVID-19 in the Isolation unit, Siriraj hospital. Siriraj Med Bull. 2020;13(3):221-31. (in Thai).
12. Bureau of Tuberculosis, Department of Disease Control. National Tuberculosis Control Programme guideline, Thailand, 2018. Bangkok: Graphic and Design Publishing; 2018. (in Thai)
13. Benyapad P, Kongsaman P. Nutritional support in critically ill patients: the challenges of nurses role. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2019;63(3):219-30. (in Thai)
14. Pothidara Y, Thanyasawad T. Effects of using a critically ill patients assessment from according to FANCAS concept in nursing practicum course. Nursing Journal. 2020;47(2):463-75. (in Thai)
15. Sareeso P. Anemia in older people: An often-overlooked problem. Thai Journal of Nursing Council. 2012;27(4):5-15. (in Thai)
16. Jampawal T. State anxiety. Buddhist Psychology Journal 22018;3(1):13-20. (in Thai)
17. Aengthone W, Kasatpibal N, Unahalekhak A. Effects of reinforcement in prevention of pulmonary tuberculosis infection on knowledge and practices of people surrounding the refugee camp. Nursing Journal. 2012;2(39):117-31. (in Thai)
18. Keeratichananont W, Keeratichananont S. Prevention and treatment of patients with antituberculosis drug-induced hepatotoxicity. Thammasat Medical Journal. 2015;15(4):646-57. (in Thai)
19. Suravadee W. Basis knowledge of Anti-tuberculosis drugs [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 18] Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1318> (in Thai)
20. Chiaranai C, Chularee S. Critical care nursing I. In print materials; 2021. (in Thai)



การพัฒนาบทบาทพยาบาลเรือนจำในการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง

ศักดา ขำคม ศศ.ด.*

สิริกร ขาวบุญมาศิริ พย.ม.**

รัชดาภรณ์ ใจอ้าย พย.ม.**

(วันรับบทความ: 10 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 21 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 22 มิถุนายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขังทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตของผู้ต้องขังทั้งประเทศไทยและต่างประเทศยังต่ำเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ต้องขังที่มีอยู่ เนื่องจากการขาดแคลนทีมบุคลากรวิชาชีพ เครื่องมือประเมินทางจิตเวช กระบวนการบำบัดรักษาและปัญหาการส่งต่อที่ซับซ้อน ตามมาตรฐานสากลกำหนดให้ทุก ๆ เรือนจำ จะต้องมียุทธศาสตร์ทางสุขภาพจิตหรือพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยหนึ่งคนเพื่อให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังแบบองค์รวมทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลเรือนจำในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง โดยการเน้นทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำและบทบาทของพยาบาลในเรือนจำทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พยาบาลในเรือนจำเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ ตั้งแต่การประเมินคัดกรองผู้ต้องขังและรับทุกรายหลังเข้าสู่เรือนจำ ให้การบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การติดตามการรักษอย่างต่อเนื่อง การให้บริการผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังก่อนจำหน่ายออกจากเรือนจำ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ต้องขังพ้นโทษกลับสู่ชุมชน ดังนั้นหากพยาบาลมีแนวทางในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขัง ก็จะช่วยให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช มีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตตามนโยบายคืนคนดีสู่สังคม ป้องกันการกระทำผิดซ้ำและการกลับมาป่วยซ้ำ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตผู้ต้องขัง พยาบาลเรือนจำ บริการสุขภาพจิต

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**อาจารย์ สาขาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email sakdakh@sut.ac.th Tel: 083-7927207



The Development of the Role of Prison Nurses in Providing Mental Health Care for Inmates

Sakda Khumkom PhD^{*}

Sirikon Khaobunmasiri M.N.S.^{**}

Rachadaporn Jai-ai M.N.S.^{**}

(Received Date: June 10, 2023, Revised Date: June 21, 2023, Accepted Date: June 22, 2023)

Abstract

There is a growing global concern regarding the increasing prevalence of mental health problems and psychiatric disorders among prisoners. However, the access to mental health services for incarcerated individuals, both in Thailand and other countries, remains significantly limited. This is primarily due to many factors including a shortage of qualified professionals, inadequate psychiatric assessment tools, complex treatment procedures, and challenging referral processes. Additionally, international guidelines emphasize that every correctional facility should have at least one healthcare provider or registered nurse to deliver comprehensive health services, encompassing promotion, prevention, treatment, and rehabilitation. This article aims to develop the role of prison nurses in providing mental health care for inmates by reviewing the literature about prison mental health services and prison nurses' roles. Nurses working in prisons play a pivotal role in providing essential mental health care to inmates throughout their incarceration journey. Their responsibilities begin with the initial screening of each inmate upon entry into the prison and extend to continuous assessment, treatment provision, telepsychiatry services, preparation for release, and ensuring continuity of care post-release. By adhering to guidelines for mental health and psychiatric services, nurses can effectively facilitate access to these services for inmates with mental health issues. Consequently, this support enables inmates to access the necessary resources for their well-being, aids in their successful reintegration into society accordance with rehabilitation policies, and helps prevent relapses and recidivism.

Keywords: prison mental health, prison nurse, mental health service

^{*} Assistant Professor, School of Psychiatric Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^{**} Lecturer, School of Psychiatric Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^{*} Corresponding author, Email: sakdakh@sut.ac.th Tel: 083-7927207



บทนำ

จากรายงานสถานะเกี่ยวกับสุขภาพเรือนจำในภูมิภาคยุโรปจำนวน 36 ประเทศขององค์การอนามัยโลก พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพเรือนจำ โดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังมีประเด็นที่น่าเป็นห่วงในเรื่องความแออัดยัดเยียดและการขาดบริการด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ32.8) ของผู้ต้องขังมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งคาดว่า เป็นรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศที่สำรวจ ให้ข้อมูลว่าสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดในเรือนจำ คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งมีอัตราสูงกว่าในชุมชนทั่วไปมาก¹ เช่นเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง มีแนวโน้มสูงเป็น 7 เท่าของประชาชนทั่วไปในสังคมตะวันตก ความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขังมีแนวโน้มสูงขึ้นตามจำนวนผู้ต้องขัง ในเรือนจำที่เพิ่มขึ้น และมีปัญหาการใช้สารเสพติดในผู้ต้องขังรุนแรงมากขึ้นเช่นเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่ ความผิดปกติทางจิตและความรุนแรงในเรือนจำมักเกิดขึ้นในบริบทของสภาพการคุมขังที่ไร้มนุษยธรรม การบาดเจ็บ ความรุนแรง ความแออัดยัดเยียด ความหวาดกลัวและโรคภัยไข้เจ็บระหว่างถูกคุมขัง ซึ่งพบได้ทั่วไปในเรือนจำละตินอเมริกา²

จากรายงานข้อมูลสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศไทยของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวน 263,592 คน ผู้ต้องขังชายจำนวน 232,856 คน และผู้ต้องขังหญิงจำนวน 30,736 คน โดยในจำนวนนี้มีรายงานเป็นผู้ต้องราชทัณฑ์ คดี พ.ร.บ.ยาเสพติดจำนวน 181,995 คน คิดเป็นร้อยละ 77.89 ของผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ³ ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับช่วงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำของกรมราชทัณฑ์ มณฑลเสฉวน และคณะ⁴ พบว่า ร้อยละ 45.67 มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช โรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ต้องขังชาย 3 อันดับแรก คือ โรคของสุราและสารเสพติด (ร้อยละ 32.50) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 17.30) และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (ร้อยละ15.90) ส่วนปัญหาสุขภาพจิตและโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ต้องขังหญิง 3 อันดับแรก คือ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 20) โรคของสุราและสารเสพติด (ร้อยละ12.50) และโรคจิตเภท (ร้อยละ7.50)⁴ จะเห็นว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช แต่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษาโรคทางจิตเวชของกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ เพียงร้อยละ 0.13 ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และยังพบว่าผู้ต้องขัง 1 ใน 4 ไม่มีสิทธิการรักษาหรือมีปัญหา ด้านสิทธิการรักษาเนื่องจากเป็นคนต่างชาติ ขนขายชอบ หรือไม่สามารัระบุตัวตนได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานิดา สิงห์ขุฑู และคณะ⁵ ที่พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานยังต่ำมากเนื่องจากการขาดแคลนเจ้าหน้าที่และบุคลากร โปรแกรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สถานที่ สิทธิการรักษา การส่งต่อและติดต่อสื่อสาร ซึ่งการขาดแคลนทีมบุคลากรวิชาชีพ เครื่องมือประเมินทางจิตเวช กระบวนการบำบัดรักษาและปัญหาระบบการส่งต่อที่ซับซ้อนทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ

ตามมติคณะรัฐมนตรีและได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ได้กำหนดระเบียบกรมราชทัณฑ์ว่าด้วยการดำเนินการเกี่ยวกับการอำนวยการและการสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง พ.ศ. 2561 ที่กำหนดกรอบการดำเนินงานในการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขังทั้งการดูแล การตรวจรักษา การป้องกันและสร้างเสริมเพื่อให้เกิดภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในเรือนจำด้วยดี โดยกำหนดให้เรือนจำทุกแห่งจัดให้มีสถานพยาบาล และจัดให้มีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานเรือนจำที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลของแต่ละเรือนจำ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินผล การตรวจรักษา การดูแลสุขภาพอนามัย และการดูแลสุขภาพจิตต่าง ๆ ในเรือนจำ กลุ่มผู้ต้องขังถือเป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง หากไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะที่จำเป็น อาจนำไปสู่ความเปราะบาง และเกิดผลเชิงลบต่อปัจจัยทางสังคม ฉะนั้นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขัง จึงเป็นส่วนหนึ่งของงานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ต้องขังให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ต้องขังและรองรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶



จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิต ต้องการการดูแลด้านสุขภาพจากพยาบาลที่มีความรู้ มีทักษะการประเมินสุขภาพและการตัดสินใจทางคลินิก ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลเรือนจำจึงมีความสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการดูแลสุขภาพกลุ่มคนพิเศษนี้ การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังตามมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้เรือนจำทุกแห่งต้องให้มีเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ อย่างน้อยหนึ่งคน ซึ่งควรมีความรู้ทางโรคทางจิตเวชและการบำบัดรักษาในเรือนจำควรจัดให้ได้มาตรฐานเทียบเท่ากับการจัดบริการ ที่ให้ในชุมชน รวมทั้งผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรงที่ต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรครักษาควรได้ย้ายไปรักษาตัวยัง โรงพยาบาลจิตเวช พยาบาลในเรือนจำต้องให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขังในสถานพยาบาลในเรือนจำตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อคอย ให้บริการด้านสุขภาพ หากเกิดกรณีผู้ต้องขังเจ็บป่วยหรือมีภาวะฉุกเฉิน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าจำนวนของ เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ยังคงไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องขัง ภาวะเครียดด้านความมั่นคงและ ความปลอดภัยเพศสภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ล้วนเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ ด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ต้องขังเข้าถึงได้ยากขึ้น⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของนันทกา สวัสดิพานิช และคณะ⁸ ที่พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในทัณฑสถานหญิงเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติบทบาทที่ ชัดแย้งทั้งดูแลและควบคุม ต้องเผชิญสถานการณ์เสี่ยง ต้องทำงานภายใต้ข้อจำกัดหรืออุปสรรค ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับ ภาระงานที่ทำ และมีความมั่นคงในสถานภาพการทำงาน แต่ขาดการพัฒนาเชิงวิชาชีพ จึงมีข้อเสนอแนะในเรื่องการเพิ่มโอกาส ความก้าวหน้าในงานโดยการเลื่อนระดับและโอกาสในการพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ เช่น การศึกษาอบรมตามความต้องการและ ความจำเป็นของหน่วยงาน รวมทั้งการปรับค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่ทำ เพราะค่าอยู่เวรของพยาบาลในระบบ ราชทัณฑ์น้อยกว่าสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ นอกจากนั้นจากการประชุมร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัด กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ยังพบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขในเรือนจำและทัณฑสถานมีน้อย จำนวนเจ้าหน้าที่ของเรือนจำไม่ เพียงพอต่อการนำผู้ต้องขังออกมาตรวจยังหน่วยบริการจิตเวช และเสี่ยงต่อผู้ต้องขังหลบหนีขณะนำตัวออกนอกเรือนจำ ส่งผลให้ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจรักษาและฟื้นฟูทางสุขภาพจิตและจิตเวชน้อยมาก ทำให้ขาดยาและอาการทางจิตกำเริบซ้ำ นับเป็นปัญหา สำคัญที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและเป็นระบบ⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานิดา สิงห์ขุฑิต และคณะ⁹ ที่วิเคราะห์ สถานการณ์และผลการดำเนินงานระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชที่ผ่านมาของเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า มีอุปสรรคในการดำเนินงานทั้งด้านบุคลากรที่ขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินและการดูแลรักษา ด้านสถานที่ซึ่งมีข้อจำกัดใน การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยังมีอาการรุนแรงและต้องการการเฝ้าระวังก่อนส่งรักษาต่อ การขาดความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูล เพื่อการรักษาหรือกลับสู่ชุมชน กระบวนการส่งต่อที่ไม่สามารถเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ต้องขังจิตเวชออก จากเรือนจำได้ และยังไม่สามารถติดตามผู้ต้องขังกลุ่มนี้หลังจำหน่ายได้ ทำให้ผู้ต้องขังขาดการรักษา มีอาการกำเริบ และอาจนำมาสู่ การก่อคดีซ้ำได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นความสำคัญของพยาบาลเรือนจำ หากพยาบาลให้บริการสุขภาพจิตในเรือนจำตั้งแต่ แรกกับผู้ต้องขัง ทำการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขัง นำผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา ดูแลบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังอาการกำเริบรุนแรง ช่วยลดและป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ต้องขังในเรือนจำ หากผู้ต้องขังที่ถูกปล่อยกลับสู่สังคม หากมีการส่งต่อข้อมูล ผู้ต้องขังก็จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากครอบครัวและชุมชนจะช่วยให้ ผู้ต้องขังไม่ขาดยา ไม่เกิดอาการกำเริบ และไม่ก่อเหตุรุนแรง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลเรือนจำใน การดูแลสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง โดยมุ่งเน้นบทบาทวาระธรรมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำและบทบาทของพยาบาล ในเรือนจำทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตั้งแต่การคัดกรองและบำบัดรักษาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขัง การติดตามการรักษาต่อเนื่องในเรือนจำและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากเรือนจำ เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางใน การให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ อันจะนำไปสู่การเข้าถึงบริการของผู้ต้องขังป่วยจิตเวชที่ได้รับการ ดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีคุณภาพต่อไป



ระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ ผู้เขียนขอสรุปและนำเสนอเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ ดังนี้

1. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ

ตามข้อกำหนดขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (ข้อกำหนดแมนเดลา - Mandela Rules)¹⁰ ปี ค.ศ. 2015 มีแนวทางในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านการรักษาพยาบาล และผู้ต้องขังที่มีความบกพร่องทางจิตใจและ/หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 122 ข้อ ซึ่งผู้เขียนขอสรุปเฉพาะประเด็นที่สำคัญๆที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพ เช่น ข้อกำหนด 24 ระบุว่า 1) การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ต้องขังเป็นความรับผิดชอบของรัฐโดยผู้ต้องขังควรได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานเช่นเดียวกับที่รัฐจัดให้กับประชาชนอื่น และจะต้องสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยไม่คิดมูลค่าและไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งสถานภาพด้านกฎหมายของตน 2) การจัดบริการรักษาพยาบาลควรอยู่ในลักษณะที่เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับงานด้านสาธารณสุขโดยทั่วไป และในลักษณะที่ประกันให้มีการรักษาและพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้บริการด้านเอชไอวี วัณโรค และโรคติดต่ออื่น ๆ รวมทั้งภาวะที่ต้องพึ่งพิงยาเสพติด และข้อกำหนด 25 ระบุว่า 1) เรือนจำทุกแห่งต้องมีสถานบริการรักษาพยาบาล อันมีหน้าที่ประเมิน ส่งเสริม ค้ำครองและพัฒนาสุขภาพกายและจิตใจของผู้ต้องขัง โดยเฉพาะการให้ความใส่ใจเป็นพิเศษต่อผู้ต้องขังที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพที่กระทบต่อการบำบัดฟื้นฟูของตน 2) การบริการรักษาพยาบาลจะต้องมีคณะทำงานสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างเพียงพอสำหรับหน่วยบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นอิสระ และมีศักยภาพด้านการแพทย์อย่างเต็มที่ โดยควรมีความเชี่ยวชาญอย่างเพียงพอทั้งด้านจิตวิทยาและจิตเวช และต้องจัดให้ผู้ต้องขังทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมที่มีคุณภาพด้วย

ในประเด็นผู้ต้องขังที่มีความบกพร่องทางจิตใจและ/หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ มีประเด็นข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องคือ ข้อกำหนด 109 ที่ระบุว่า 1) บุคคลที่พบว่าไม่มีส่วนรับผิดชอบในอาชญากรรม หรือกรณีที่ต้องตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าเป็นผู้มีความบกพร่องทางจิตใจและ/หรือมีปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรง ซึ่งการอยู่ในเรือนจำอาจส่งผลให้อาการนั้นเลวร้ายลง จะต้องไม่ถูกขังในเรือนจำและจะต้องส่งตัวบุคคลดังกล่าวไปอยู่ในสถานบำบัดทางจิตโดยเร็วที่สุด 2) หากจำเป็นผู้ต้องขังที่มีความบกพร่องทางจิตใจและ/หรือมีปัญหาด้านสุขภาพอาจเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานพิเศษ ภายใต้การดูแลอย่างเหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ชำนาญการ และ 3) การบริการด้านการแพทย์ ต้องจัดให้มีสำหรับผู้ต้องขังที่มีความจำเป็นทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลด้านจิตเวช ส่วนข้อกำหนด 110 ระบุว่า ในกรณีที่จำเป็น ควรดำเนินการโดยจัดให้มีหน่วยงานที่เหมาะสมเพื่อประกันว่าจะมีการรักษาผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางด้านจิตไปหลังได้รับการปล่อยตัวแล้ว และมีการดูแลด้านจิตวิทยาสังคมภายหลังการรักษาด้วย

กล่าวโดยสรุปจากข้อกำหนดแมนเดลากล่าวถึงประเด็นการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังควบคู่ไปกับหลักการบริการเรือนจำที่เหมาะสม และประเด็นทางสิทธิมนุษยชนไว้ในเอกสารเดียว โดยเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาในส่วนการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังที่ควบคู่ไปกับแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เรือนจำที่ทันสมัย ภายใต้แนวคิดพื้นฐานเรื่องการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บุคคลมีตั้งแต่กำเนิด การไม่เลือกปฏิบัติ การห้ามทรมานและปฏิบัติที่ทารุณโหดร้าย โดยมุ่งเน้นการใช้เรือนจำที่มีความปลอดภัยสำหรับทุกคนในการคุ้มครองสังคม รวมทั้งการลดการกระทำความผิดซ้ำ ปัจจุบันข้อกำหนดแมนเดลากลายเป็นมาตรฐานหลักในการบริหารเรือนจำทั่วโลก และทวีความสำคัญในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในมิติการให้บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขัง ข้อกำหนดแมนเดลาระบุให้รัฐมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และให้บริการทางสาธารณสุขแก่ผู้ต้องขังในมาตรฐานเดียวกับประชาชนทั่วไป โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย รวมทั้งได้กำหนดรายละเอียดหน้าที่ และข้อห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เพื่อให้บริการทางการแพทย์ในเรือนจำอยู่ภายใต้มาตรฐานทางจริยธรรมและมาตรฐานการดูแลเดียวกันกับผู้ป่วยในชุมชนภายนอก ซึ่งถือเป็นแนวทางที่ก้าวหน้าอย่างสำคัญในการบริหารเรือนจำไปพร้อมกับส่งเสริมสิทธิของผู้ต้องขัง อีกทั้งยังเป็นข้อกำหนดที่เป็นหลักการพื้นฐานสำคัญในการจัดการด้านสาธารณสุขของเรือนจำในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบันด้วย¹¹



ในส่วนของประเทศไทย ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1353/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการเพื่อ
การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ปี พ.ศ. 2563 โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้ 1) กำหนดนโยบายและ
ทิศทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ 2) ขับเคลื่อนนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาระบบ
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ 3) พัฒนาเครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำเพื่อให้
บรรลุเป้าหมายตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เรื่อง สิทธิของผู้ต้องขัง และสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข
จากรัฐ 4) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีด้วยหัวใจ 5) ติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน
ที่กำหนดไว้ ตลอดจนแก้ไขปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน และ 6) แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานตามความเหมาะสม

จากคำสั่งดังกล่าวข้างต้นจึงเกิดความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตและกระทรวงยุติธรรม
โดยกรมราชทัณฑ์⁵ ได้ร่วมกันจัดทำ แนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน
เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในสังกัด
กรมสุขภาพจิต กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ เรือนจำ ทัณฑสถาน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดบริการ
สุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถาน รวมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลและรายงานสถิติประจำเดือนเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต
และจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. นิยามความหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁵
ได้ให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องระบบบริการสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

1. ผู้ต้องขังป่วยจิตเวช หมายถึง นักโทษเด็ดขาด คนต้องขังและคนฝากที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช เช่น
มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5

2. แนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ
ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานตามบริบทของพื้นที่ การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชผ่านระบบ Telepsychiatry การส่งต่อ
ผู้ป่วยจิตเวช การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังป่วยจิตเวชก่อนปล่อย การติดตามผู้ต้องขังป่วยจิตเวชภายหลังปล่อยตัว การบันทึกข้อมูลลงใน
ฐานข้อมูลนิติจิตเวช และวิธีการจัดเก็บและรายงานข้อมูลการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน

3. การจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การออกแบบวิธีการตรวจ การคัดกรองการรักษา และการติดตาม
ผลการรักษาผู้ต้องขังป่วยจิตเวช โดยสถานพยาบาลในเรือนจำ ทัณฑสถาน โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลและสถาบันสังกัด
กรมสุขภาพจิต โดยดำเนินการติดตามอาการและตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ เน้นการคัดกรองและการเข้าถึงการรักษา 6 ภาวะ
ที่สำคัญคือ 1) อาการทางจิต 2) ภาวะซึมเศร้า 3) การฆ่าตัวตาย 4) ภาวะถอนสุรา 5) ภาวะติดสุรา และ 6) ภาวะติดฝิ่น

4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)
หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในสถาบันหรือโรงพยาบาล จิตเวช ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน
และในชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดกรอง 4 ข้อ คือ 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่น
ด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น
แบบเฉพาะเจาะจง และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้้น วางเพลิง)

จากแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชดังกล่าวข้างต้น จึงได้กำหนดขอบเขตการให้บริการว่า เป็นการให้บริการ
สุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำที่ครอบคลุมตั้งแต่การรับใหม่เข้าเรือนจำจนถึงการปล่อยตัวกลับสู่ชุมชน โดยทีมจิตแพทย์เข้าไปตรวจ
รักษาในเรือนจำและทัณฑสถาน หรือให้บริการผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล (Telepsychiatry) รวมทั้งการให้บริการใน
สถานพยาบาลซึ่งมีขั้นตอนบริการดังนี้ 1) การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นสำหรับผู้ต้องขังรายใหม่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหา
สุขภาพจิตและจิตเวช และส่งเสริมการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง 2) การบำบัดรักษาและติดตามการรักษาต่อเนื่อง
3) การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัวจากเรือนจำเพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ตามปกติสุข และมีการส่งต่อข้อมูลให้
สาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพ้นโทษกลับสู่ชุมชน และ 4) การติดตามดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพ้นโทษ
กลับสู่ชุมชนเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการทางจิตกำเริบและก่อคดีซ้ำ



บทบาทของพยาบาลในการจัดการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน

พยาบาลในเรือนจำต้องทำหน้าที่ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขัง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานตามที่กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ได้จัดขึ้น ผู้เขียนจึงสรุปบทบาทของพยาบาลในเรือนจำ ตามประเด็นสำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้

1. การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นสำหรับผู้ต้องขังรายใหม่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การตรวจคัดกรองเป็นขั้นตอนแรกของการประเมิน ที่พยาบาลควรทำเร็วที่สุดหลังจากผู้ต้องขังเข้าสู่เรือนจำ และทำในผู้ต้องขังแรกกับทุกราย เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่พบบ่อยและจำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ภาวะถอนสารภาวะติดสุรา และภาวะติดฝิ่น ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจในแบบประเมินของโรคและภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อจำแนกผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติ หากพบว่าผู้ต้องขังมีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจะได้ประเมินใกล้ชิดและส่งรักษายังสถานพยาบาลหากมีความจำเป็นเร่งด่วน นอกจากนี้ผู้ต้องขังรายใหม่ที่ทราบประวัติว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ควรได้รับการประเมินความรุนแรงของโรค และประวัติการรักษาเพื่อการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่า การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลรักษาตามโรคและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่ครอบคลุมผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด^{12,13} ในประเทศอังกฤษมีข้อเสนอแนะให้ทำการคัดกรองครั้งที่ 2 ซ้ำซึ่งช่วยให้ประสิทธิภาพการคัดกรองสูงขึ้น^{14,15} โดยทำการประเมินและทดสอบสุขภาพจิตภายในเวลา 3 ถึง 7 วัน หลังจากปรับตัวเข้าเรือนจำเพราะเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ต้องขังจำเป็นต้องมีการปรับตัวกับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ในเรือนจำ หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้

จากการสำรวจบริการทางการแพทย์ในเรือนจำและทัณฑสถานของไทย⁵ พบว่า มีการคัดกรองผู้ต้องขังรายใหม่ทุกรายด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำไทย (PMHQ Thai) เพียงร้อยละ 38.89 ดังนั้นการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเรือนจำที่จะช่วยในการตรวจหาความผิดปกติทางจิตแต่เนิ่น ๆ (Early detection) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ต้องขังได้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ทันทีที่ ไม่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคจนกลายเป็นผู้ป่วย SMI-V ที่ก่อเหตุที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งแบบประเมินพื้นฐานเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช ที่พยาบาลได้ใช้บ่อยๆและเป็นประจำ ได้แก่ แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q แบบประเมินคัดกรองโรคจิต แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AWS, AUDIT) และแบบประเมิน PMHQ-Thai เป็นต้น

สำหรับกลุ่มผู้ต้องขังที่ผ่านการคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลควรส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการปรับตัว ความเครียดและเทคนิคการจัดการกับความเครียด หรือเปิดให้บริการคลินิกคลายเครียดหรือให้คำปรึกษา เป็นต้น และอาจจะต้องมีการประเมินซ้ำในผู้ต้องขังที่มีเหตุการณ์เครียดและวิกฤติในชีวิต เช่น การถูกพิพากษาคดีถึงที่สุดแล้ว การมีญาติมาเยี่ยมและแจ้งเหตุร้าย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น เพราะสุขภาพจิตเป็นพลวัตร ไม่หยุดนิ่ง มีการปรับเปลี่ยนไปตามสิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อมที่ผู้ต้องขังเผชิญอยู่ ดังนั้นพยาบาลในเรือนจำต้องเป็นคนช่างสังเกตและไวต่อความรู้สึกของคนอื่น แต่เมื่อเทียบสัดส่วนของพยาบาลเรือนจำกับจำนวนผู้ต้องขัง อาจทำให้พยาบาลเรือนจำไม่สามารถดูแลผู้ต้องขังได้ทั่วถึง อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำด้านจิตเวช (อสรจ.) จึงเป็นผู้ช่วยอีกคนที่มีความสำคัญที่จะช่วยงานพยาบาลเรือนจำในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การสังเกตอาการ การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น เทคนิคการให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการรับฟังและสื่อสารให้กำลังใจ การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การมี อสรจ. จะช่วยให้ชุมชนในเรือนจำเกิดความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช ช่วยให้พยาบาลเรือนจำการปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ⁷ แต่จากการสำรวจบริการทางการแพทย์ในเรือนจำและทัณฑสถานของไทย⁵ พบว่าเรือนจำที่มี อสรจ. คอยดูแลเพื่อนผู้ต้องขังด้วยกัน คอยสังเกต เผื่อระวังและส่งต่อข้อมูลให้สถานพยาบาล เพียงร้อยละ 8.47 ซึ่งถือประเด็นที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนในระบบบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ



2) การบำบัดรักษาและติดตามการรักษาต่อเนื่องในเรือนจำ จะเน้นการประเมินอาการและติดตามการรักษาต่อเนื่องในเรือนจำการรักษาด้วยยา การประเมินผลข้างเคียงจากยา การรักษาพิเศษ และการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม รวมทั้งการคัดกรองผู้ต้องขังที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างอยู่ในเรือนจำ การเฝ้าระวังในกรณีผู้ต้องขังป่วยจิตเวชมีอาการหรือสัญญาณเตือนอาการทางจิตเวช โดยเฉพาะระยะเวลาใกล้ศาลจะมีคำสั่งพิพากษา หลังฟังคำพิพากษา หลังญาติเยี่ยม หรือญาติไม่มาเยี่ยมเป็นเวลานาน เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลติดตามการรักษาอาการทางจิตผู้ต้องขังป่วยทางจิตเวชซึ่งได้รับการดูแลในเรือนจำเป็นระยะ หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตรายหรือมีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้พยาบาลประสานไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผิดชอบเรือนจำนั้น ๆ เพื่อจะได้ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจประเมินภาวะทางกายและทางจิตเบื้องต้น ถ้าโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ของเรือนจำรักษาได้ ดำเนินการรักษาจนอาการทุเลาแล้วจึงส่งกลับเรือนจำ แต่กรณีผู้ป่วยมีอาการจิตเวชรุนแรงเกินศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายประสานไปยังโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งผู้ต้องขังป่วยจิตเวชไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชต่อไป เมื่อโรงพยาบาลจิตเวชดำเนินการบำบัดรักษาประเมินอาการเป็นระยะจนอาการทุเลา ก็ดำเนินการส่งกลับเรือนจำพร้อมส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม (กรมราชทัณฑ์) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มศักยภาพสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถานให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยสนับสนุนให้มีการนำระบบ Telepsychiatry มาใช้ให้ครอบคลุมทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดเอกสาร ลดระยะเวลารอคอยการตรวจในสถานพยาบาล ผู้ต้องขังป่วยจิตเวชได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดอาการกำเริบซ้ำ ไม่ต้องนำผู้ต้องขังออกนอกเรือนจำลดความเสี่ยงของทมิฬหวิชาชีพในการเข้าไปตรวจรักษาในเรือนจำและทัณฑสถาน และลดความเสี่ยงในการหลบหนีของผู้ต้องขังขณะออกนอกเรือนจำ ในการให้บริการตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วยจิตเวชผ่านระบบ Telepsychiatry ดังนั้นพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน มีหน้าที่ 1) ประเมินคัดกรองผู้ต้องขังป่วยจิตเวชว่ามีอาการทางจิตเวชตามเกณฑ์กำหนด 2) ประเมินอาการทางจิตเวชเพื่อรายงานลักษณะอาการดังกล่าวให้จิตแพทย์ทราบ 3) แจ้งรายชื่อผู้ต้องขังป่วยจิตเวชตามเกณฑ์ตามแบบรายงานข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชให้กับผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 4) อธิบายและให้ข้อมูลกับผู้ต้องขังป่วยจิตเวชเพื่อยินยอมรักษาผ่านระบบ Telepsychiatry 5) แนะนำวิถีการปฏิบัติตัวหลังได้รับการรักษาและสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยี ซึ่งรวมถึงวิดีโอลิงก์ มาช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผ่านการให้คำปรึกษาทางไกลโดยไม่จำเป็นต้องสัมผัสร่างกายโดยตรงกับบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการเข้าถึง ลดค่าใช้จ่าย และคุณภาพของการดูแลขั้นทุติยภูมิสำหรับนักโทษ ในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย¹⁶ และปัจจุบันในเรือนจำอังกฤษ กำลังถูกนำมาใช้ทดลองศึกษาหาประสิทธิภาพ ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น¹⁷

จากการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ในการก่อให้เกิด New Normal ในสังคมไทย โดยเทคโนโลยีดิจิทัลได้ถูกนำมาเป็นเครื่องมือในการบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ และช่วยเหลือประชาชนให้สามารถดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมทางกายภาพได้อย่างใกล้เคียงกับสถานการณ์ปกติ การบริการสุขภาพจิตเรือนจำผ่านระบบ Telepsychiatry จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น แต่ก็จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากร ปัจจุบันมีเรือนจำของประเทศไทยได้มีการนำร่องในการใช้ระบบดังกล่าวแล้ว และคาดว่าจะครอบคลุมทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศในอนาคตอันใกล้

3. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากเรือนจำ เน้นการประเมินอาการและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัว เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ตามปกติสุข และมีการส่งต่อข้อมูลให้สาธารณสุขในพื้นที่เมื่อผู้ป่วยพ้นโทษกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการทางจิตกำเริบจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและก่อคดีซ้ำ รวมทั้งการคัดกรองผู้ต้องขังที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างอยู่ในเรือนจำ ซึ่งอาจไม่เคยได้รับการประเมิน หรือมีปัญหาหลังได้รับ



การประเมินครั้งก่อน เพื่อส่งเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนปล่อยตัว พยาบาลควรเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยสำหรับผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นกิจกรรมการอบรมแก้ไขฟื้นฟูคุณสมบัติหรือพฤติกรรมของผู้ต้องขังที่บกพร่องและสังคมไม่พึงปรารถนาให้กลับเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติหรือพฤติกรรมที่สังคมพึงปรารถนาภายหลังพ้นโทษ ซึ่งผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัว บางครั้งจะผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตเวชร่วมด้วย ในการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยผู้ต้องขังป่วยจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการเตรียมผู้ต้องขังให้มีความพร้อมก่อนที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอกได้ตามปกติ ลดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดภาระในการดูแลของครอบครัว สังคม และเป็นการป้องกันการก่อคดีซ้ำจากภาวะอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยสำหรับผู้ต้องขังป่วยจิตเวชที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁵ จัดทำขึ้นประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ดังนี้ 1) การเจ็บป่วยทางจิต 2) การรักษาด้วยยาทางจิตเวช 3) การเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบ 4) การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem) 5) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียด 6) การเกิดพฤติกรรมรุนแรง การป้องกันและการจัดการกับความโกรธ และ 7) การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ต้องขังในเรือนจำของการศึกษาต่างประเทศที่ พบว่ามีประสิทธิผลในการบำบัดและฟื้นฟู ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)¹⁸ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational programs) และโปรแกรมการเสริมแรงใจ (Motivational programs)¹⁹ การสร้างงานที่นำผู้ต้องขังมารวมกันและช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ในเชิงบวก เป็นการสร้างการสนับสนุนทางสังคมและช่วยให้ผู้ต้องขังมีแนวทางในการเผชิญปัญหา²⁰ และการดำเนินโครงการที่เปลี่ยนผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตจากระบบเรือนจำไปสู่บริการบำบัดสุขภาพจิตในชุมชน²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเวชก่อนออกจากเรือนจำ โดยการฝึกทักษะการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นกลุ่มโดยนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ผ่านโปรแกรม Psychiatric housing unit (PHU) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี ผู้ต้องขังจิตเวชมีทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นได้ขึ้น²²

ในส่วนของการบำบัดและฟื้นฟูผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานของไทย⁵ พบว่า ร้อยละ 52.17 ของเรือนจำประเมินว่าขาดบุคลากรเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญที่จะเข้าให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น จิตแพทย์และนักจิตวิทยา และมีเพียงร้อยละ 25 ที่มีโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังจิตเวช จะเห็นว่าการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในส่วนของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจำเป็นต้องอาศัยทีม ซึ่งอาจจะต้องมีการประสานหรือขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลจิตเวชแต่อย่างใดก็ตามพยาบาลในเรือนจำ จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยรูปแบบและวิธีการต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ต้องขังมีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนหลังถูกปล่อยตัว

4. การติดตามดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพ้นโทษกลับสู่ชุมชน การส่งต่อในระบบสุขภาพจากเรือนจำสู่สาธารณสุขในพื้นที่เมื่อผู้ต้องขังป่วยจิตเวชได้รับการปล่อยตัวนั้น ช่วยให้ผู้ต้องขังได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบและกลับเป็นซ้ำจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลในเรือนจำ ควรดำเนินการดังนี้ 1) ตรวจสอบที่อยู่ปัจจุบันเนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หลังพ้นโทษ 2) ทำหนังสือประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามพื้นที่ที่ผู้ต้องขังจะกลับไปอยู่โรงพยาบาลในพื้นที่ หรือสำนักอนามัย ในสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ เพื่อแจ้งให้ทราบว่าผู้ต้องขังได้รับการปล่อยตัวแล้ว โดยเน้นเรื่องความลับ ความเจ็บป่วย การก่อคดี และให้ผู้ต้องขังลงนามยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล รวมทั้งประสานญาติ 3) มอบหนังสือส่งตัวและยาทางจิตเวชให้ผู้ต้องขังอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ และแจ้งข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาเมื่อพ้นโทษ 4) การประเมินผลการดูแล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ควบคุมผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทุก 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลและพัฒนางาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ต้องขังป่วยจิตเวชพ้นโทษกลับสู่ชุมชน พบว่ามีการศึกษาของมานิดา สิงห์ขุฑิต และคณะ⁹ ได้พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ช่วยปิดช่องว่างอุปสรรคการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเภทและเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ป้องกันการกระทำผิดซ้ำและการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งมีรายงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง



ชัดเจนในช่วง 6 เดือน ก่อนการปล่อยตัวจะมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้นการติดตามประเมินอาการทางจิตและรักษาผู้ต้องขังจิตเวชต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมากต่อการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง²³ ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวนี้เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำอื่นในเขตสุขภาพในพื้นที่ได้ แต่อย่างไรก็ตามที่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องและการติดตามผลในระยะสั้น และยังไม่ครอบคลุมกับจำนวนผู้ต้องขังที่ถูกปล่อยกลับคืนชุมชนทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก มนตะเสวีและคณะ⁵ ที่พบว่า ร้อยละ 71.1 ของเรือนจำมีความพร้อมในการเตรียมตัวผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวและส่งต่อข้อมูลผู้ต้องขังหลังถูกปล่อยตัว แต่กลับพบว่าเรือนจำส่วนใหญ่ไม่สามารถทำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการหลังผู้ต้องขังที่ป่วยจิตเวชออกจากเรือนจำไปอยู่ในชุมชนในประเทศไทย ยังพบว่าผู้ต้องขังจิตเวชเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการกำเริบและการกระทำผิดซ้ำอย่างต่อเนื่อง²⁴ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดูแลรักษาต่อเนื่องของผู้ต้องขังเมื่อกลับไปสู่ชุมชน อาจทำให้ผู้ต้องขังขาดการรักษา อาการกำเริบและอาจนำไปสู่การก่อคดีซ้ำได้อีก

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ข้อกำหนดแมนเดลลากลายเป็นมาตรฐานหลักในการบริหารเรือนจำทั่วโลก ซึ่งในมิติการให้บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขัง ข้อกำหนดแมนเดลลาระบุให้รัฐมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และให้บริการทางสาธารณสุขแก่ผู้ต้องขังในมาตรฐานเดียวกับประชาชนทั่วไปโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย รวมทั้งได้กำหนดรายละเอียดหน้าที่ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงยุติธรรมได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ให้เป็นไปตามพระบรมราโชวาทในโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช และมีการพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ในขณะที่สถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน มีศักยภาพให้บริการได้เท่ากับระบบปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถานนั้น ต้องการพยาบาลที่มีศักยภาพทั้งความรู้และประสบการณ์ขั้นสูง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพได้ พยาบาลเรือนจำจึงเป็นบุคลากรหลักและเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ต้องขัง ต้องมีความรู้และทักษะต่างๆในการประเมินคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับทุกรายหลังเข้าสู่เรือนจำ ให้การบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้บริการผ่านระบบ Telepsychiatry การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังก่อนจำหน่ายออกจากเรือนจำ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ต้องขังพ้นโทษกลับสู่ชุมชน ดังนั้นพยาบาลเรือนจำควรได้มีการพัฒนาด้านวิชาการในการคัดกรองและใช้แบบประเมินต่าง ๆ การฝึกอบรมทักษะและเทคนิคการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการดูแล ช่วยเหลือและส่งต่อผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดอาการกำเริบขณะอยู่ในเรือนจำและมีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและในชุมชน ตามนโยบายคืนคนดีสู่สังคม ป้องกันการกระทำผิดซ้ำและการกลับมาป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชและบทบาทของพยาบาลเรือนจำในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

1. การคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชของแต่ละเรือนจำ จำเป็นจะต้องทำการคัดกรองผู้ต้องขังรายใหม่ทุกราย และอาจจะใช้เครื่องมือคัดกรองที่แตกต่างกัน ตามบริบทของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังที่พบบ่อย ๆ เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลเรือนจำควรมีการสำรวจและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน และทำความเข้าใจในการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้น



2. พยาบาลเรือนจำและบุคลากรในเรือนจำ ยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมิน การดูแลช่วยเหลือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นควรมีการอบรมความรู้และพัฒนาทักษะต่างๆ ดังกล่าวบนพื้นฐานบริบทของปัญหาและความต้องการของพยาบาลและบุคลากรในเรือนจำ โดยประสานความช่วยเหลือด้านวิชาการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลจิตเวชที่อยู่ในเขตสุขภาพที่เรือนจำตั้งอยู่

3. เพิ่มจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำด้านจิตเวช (อสจร.) โดยการคัดเลือกจากนักโทษชั้นดี พฤติกรรมเหมาะสม และปฏิบัติตามกฎระเบียบ และพัฒนา อสจร.โดยการอบรมให้ความรู้และทักษะเบื้องต้นในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การสังเกตอาการ การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น เทคนิคการให้คำปรึกษาง่ายๆ โดยฝึกทักษะการรับฟังและสื่อสารให้กำลังใจ การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพยายามฆ่าตัวตาย และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเรือนจำสามารถทำบทบาทของตนเองได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ต้องขังในเรือนจำของการศึกษาต่างประเทศที่ พบว่ามีประสิทธิผลในการบำบัดและฟื้นฟู ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)¹⁸ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-educational programs) และโปรแกรมการเสริมแรงใจ (Motivational programs)¹⁹ ดังนั้นพยาบาลในเรือนจำ ควรได้รับการพัฒนาทั้งในด้านความรู้และทักษะในการบำบัดต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อช่วยให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ

5. โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่มานิดา สิงห์ขุฑิตและคณะ⁹ พัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังและเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน เป็นโปรแกรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ต้องขังสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ป้องกันการกระทำผิดซ้ำและการกลับมาป่วยซ้ำ ควรมีการขยายผลและนำไปปรับใช้กับเรือนจำและพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

6. จากการที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรมได้ร่วมมือกันพัฒนาแนวทางให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทั้งในส่วนหน่วยงานและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่ดี ควรมีการวิจัยติดตามและประเมินผลเพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุง โดยเฉพาะในเรื่องของบทบาทของพยาบาลเรือนจำในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช

References

1. World Health Organization. Status report on prison health in the WHO European Region 2022. Copenhagen; 2023.
2. Ariza LJ, Arboleda FLT. The body of the convicted. Prison and violence in Latin America. Rev Estud Soc 2020;(73):83-95.
3. Department of Corrections. Statistical report of prisoners. [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 8] Available from: <https://www.correct.go.th/stathomepage>
4. Montasevee K, Kraipasspong D, Chantararat W. The studies of mental health problems among Thai prisoners and psychiatric services in Thai prisons. Bangkok:Galaya Rajanagarindra Institute, Thailand; 2018. (in Thai)
5. Galaya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for providing mental health and psychiatric services for prisoners. Bangkok: Beyond Publishing, Thailand; 2021. (in Thai)
6. Department of Corrections. Regulations of the Department of Corrections [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10] Available from: http://lad.correct.go.th/main/?page_id=807



7. Suttisan P, Srisorn W. The promotions of registered nurse,s function for health services to prisoners. *Journal of Political Science Mahamakut Buddhist University* 2022;2(4):159-72. (in Thai)
8. Sawasdipanich N, Puektes S, Sriyaporn A, Chawmathagi C. Work Experience of Nurses in Thai Correctional System. *Thai Journal of Nursing Council* 2015;30(3):39-53. (in Thai)
9. Singhussatith M, Thanee T, Sukhawaha S, Pimpaboot S. The development of mental health service system for schizophrenia inmates in Public Health Region 10. *Journal of Mental Health of Thailand* 2020;28(2):173-86. (in Thai)
10. Commission on Crime Prevention and Criminal Justice. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules). Twenty-fourth session; Vienna, May 18-22; 2015 Report No: E/CN.15/2015/L.6/Rev.1
11. Thailand Institute of Justice. United Nation Standard Minimum Rule for The Treatment of Prisoners (Mandela Rules). [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 8] Available from:<https://www.tijthailand.org/th/highlight/detail/nelson-mandela-rules-and-prison-management>
12. Martin MS, Potter BK, Crocker AG, Wells GA, Grace RM, Colman I. Mental health treatment patterns following screening at intake to prison. *J Consult Clin Psychol* 2018;86(1):15-23.
13. Forrester A, Till A, Simpson A, Shaw J. Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *Br Med Bull* 2018;127:101-9. doi:10.1093/bmb/ldy027
14. Martin MS, Colman I, Simpson AI, McKenzie K. Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2013; 13(1):275.
15. Senior J, Birmingham L, Harty MA, Hassan L, Hayes AJ, Kendall K, et al. Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychol Med* 2013;43(7):1511–20.
16. Edge C, Black G, King E, George J, Patel S, Hayward A. Improving care quality with prison telemedicine: the effects of context and multiplicity on successful implementation and use. *J Telemed Telecare* 2019; 27(6):325-42.
17. Edge C, George J, Black G, Gallagher M, Ala A, Patel S, et al. Using telemedicine to improve access, cost and quality of secondary care for people in prison in England: a hybrid type 2 implementation effectiveness study. *BMJ Open* 2020;10(2):e035837.
18. Gómez-Figueroa H, Camino-Proano A. Mental and behavioral disorders in the prison context. *Rev Esp Sanid Penit.* 2022;24(2):66-74.
19. Doyle MF, Shakeshaft A, Guthrie J, Snijder M, Butler T. A systematic review of evaluations of prison- based alcohol and other drug use behavioural treatment for men. *Aust N Z J Public Health.* 2019;43(2):120-30.
20. Adraro W, Kerebih H, Tesema W, Abamecha F, Hailesilassie H. Nearly three in every five prisoners experience common mental disorders (CMDs) in Jimma correctional institution; South-West Ethiopia. *BMC Public Health.* 2019;19:1559.



21. Gottfried ED, Christopher SC. Mental Disorders Among Criminal Offenders: A Review of the Literature. *J Correct Heal Care*. 2017;23(3):336-46.
22. Leet B, Kumar RV, Davaraj P. Development of a new occupational therapy service in a Singapore prison. *Brit J Occup Ther*. 2015;78(8):525-9.
23. Igoumenou A, Kallis C, Coid J. Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *BJPsych Open*. 2015;1(2):149-57.
24. Senior J, Birmingham L, Harty MA, Hassan L, Hayes AJ, Kendall K, et al. Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychol Med*. 2013;43(7):1511-20.



การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

โชคนิตพัฒน์ วิสุญ พย.ม.*

เอมอร ทาระคำ พย.ม.**

(วันรับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 13 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 16 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษาในพื้นที่อำเภอสวรรณภูมิ เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง 60 คน จากผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลทั้งหมด 5 คน และผู้มีส่วนในการดูแล ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลและสหวิชาชีพ 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน ผู้นำชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน 5 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และเพื่อนบ้านผู้ป่วย 10 คน การวิจัยเน้นการปฏิบัติในพื้นที่ มี 2 วรรบๆ ละ 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ของผู้ป่วยติดเตียง 2) วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยผ่านเวทีประชาคม 3) ปฏิบัติตามแผนโดยกำหนดหน้าที่และมอบหมายงานผู้ดูแล 4) ประเมินผล การดำเนินงานจากการทบทวนการทำงานและสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย จากการบันทึกภาคสนาม สันทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้าน ประชาคม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมโดยสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 2) การวางแผนและการดูแลผู้ป่วย จากการสะท้อนข้อมูลปัญหาการดูแลรายกรณี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกกระบวนการ 3) ประเมินผลแนวทางการดูแลผ่านการทบทวนการปฏิบัติและค้นหาปัญหาให้ชุมชน เพื่อปรับปรุงแนวทางให้เหมาะกับผู้ป่วย หลังจากชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี 4 ส่วน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม 2) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การวางแผนการจำหน่ายแล้วคืนข้อมูลเพื่อวางแผนดูแลในชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกับผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ทีมสุขภาพมีทักษะเป็นผู้จัดการรายกรณี

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยติดเตียงไม่มีผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

**พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ประสานการตีพิมพ์ Email: chokniti@hotmail.com Tel: 081-5494887



Development of Care Guidelines for Bed-ridden Patients without a Family Caregiver through Community Participation

Choknitiphat Wisoon M.N.S.*

Emon tharakum M.N.S.**

(Received Date: February 17, 2023, Revised Date: March 13, 2023, Accepted Date: March 16, 2023)

Abstract

This action research aimed to develop guidelines for caring for bed-ridden patients living alone at home in the community through community participation in the Suwannaphum District of Roi Et province, Thailand. The study sample of sixty participants included five bed-ridden patients who did not have a family caregiver and fifty-five patient care contributors comprised of a physician, six nurses or other multidisciplinary healthcare team members, five village health workers, five community leaders, twenty village health volunteers, five village caregiver volunteers, three Municipal officials, and ten of the patients' neighbors. This action research's methodology consisted of two cycles, each of which followed four steps that were focused on the practice area's circumstances, specifically: Step 1, assessment of the bed-ridden patients' situations. Step 2, developing a patient care plan and guidelines using a community forum. Step 3, implementation of the patient care plan based on of the role assignments and caregiver guidelines, Step 4, evaluation of the guidelines using after action reviews and reflections based on the care plan's outputs and outcomes. Qualitative data were collected by researcher via field recordings, focus group discussions, in-depth interviews, home visits, the community forum, and direct observations and the data obtained were analyzed using content analysis.

The study found that guidelines for caring for home alone bed-ridden patients in the community through community participation were composed of: 1) comprehensive discharge planning by multidisciplinary care-team partners and community networks; 2) care planning and caring for bedridden patients based case-specific issues and circumstances which take into account the patient's resources, the communities' participation, and the network collaborations across all processes; 3) guideline evaluation using after action reviews and member check processes to provide information regarding the data and results to the participants in order to check the data's accuracy and that it resonates with their experiences in order to improve the guidelines so they are better fit to the community. After the guidelines were implemented, the care situation of the bed-ridden patients living alone in their home in the community has improved in four areas: 1) patients' received good and suitable care; 2) the community was continuously involved in patient care from the start of discharge planning and care-related information was provided to the community to facilitate the care planning by the community; 3) the capacity of the village health workers and village health volunteers to care for the bedridden patients was improved; and 4) the health team had obtained the case management skills to deliver care to the patients based on their specific needs.

Keywords: caring for bedridden patients, home alone bedridden patients, community participation

* Registered nurse (Professional level), Suwannaphum Hospital, Roi Et province

** Advanced practice nurse (Professional level), Head nurse of Pediatric wards, Suwannaphum Hospital

*Corresponding author, Email: chokniti@hotmail.com Tel: 081-5494887



บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.57 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยสัดส่วนผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 79.5 ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 19 และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.5¹ กรณีผู้สูงอายุติดสังคม มักไม่ค่อยพบปัญหา แต่การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบปัญหาในการดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัจจุบันมีปัญหการอพยพของวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับบ้านเพียงลำพัง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเมื่อมีอาการกำเริบของโรคแล้วไม่มีคนดูแลช่วยเหลือ ทำให้ได้รับการดูแลรักษาช้าซึ่งมีผลทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้อาการทรุดลง มีความเสี่ยงที่จะเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือเสียชีวิตในที่สุด การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน² ในขณะที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวนลดน้อยลงและอยู่ในวัยทำงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องประสบกับภาวะวิกฤตในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้³ เมื่อผู้สูงอายุป่วยติดเตียงจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะยาว⁴ เริ่มจากการดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การนอนติดเตียงเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁵ เช่น เกิดแผลกดทับ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องจึงต้องใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องร่วมกับความเสียสละของผู้ดูแล ดังนั้นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดคือผู้ดูแล (Caregiver) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลูกหลานหรือญาติอยู่ด้วยมักจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแลจะเป็นปัญหาการดูแลตั้งแต่ตัวบุคคล ครอบครัว จนถึงระดับชุมชนได้ เมื่อมีผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนหน้าที่การดูแลเป็นของครอบครัว และเครือญาติ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่เพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแล การดูแลต้องเป็นหน้าที่ของชุมชนเป็นโจทย์ปัญหาให้ชุมชนได้แก้ไข ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากที่จะแก้ไขโดยหน่วยงานเดียว การแก้ไขต้องอาศัยคนในชุมชนที่เข้าใจสภาพปัญหา จึงจำเป็นต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ตั้งแต่การเลือกปัญหาและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองด้วยความเหมาะสม ตามกำลังทรัพยากร และทุนทางสังคมของชุมชน⁶

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นบริการดูแลต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้บริการเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านกับบุคคลเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น⁷ งานการพยาบาลดูแลต่อเนื่องและผู้ป่วยระยะท้ายโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีภารกิจหลักที่สำคัญคือ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านโดยใช้แนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานใกล้เคียงกับในโรงพยาบาลมากที่สุดจากสถิติผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน อำเภอสุพรรณภูมิรายใหม่ในแต่ละปี จาก พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า มีจำนวน 19 18 และ 23 คนตามลำดับ⁸ ปัจจุบันมีจำนวนรวม 257 ราย กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นปัญหาซับซ้อนในการดูแลมากที่สุดคือกลุ่มติดเตียงที่อยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง (Abandon) ขาดผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ปัญหาหน้างาน พบว่าโรงพยาบาลสุพรรณภูมิยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ตามลำพังในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล เป็นปัญหาซับซ้อนทั้งด้านคลินิก และทางด้านสังคมที่ต้องอาศัยการแก้ปัญหาโดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกส่วนในชุมชน

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ขาดคนดูแลในชุมชนผ่านการปฏิบัติจริง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในบริบทพื้นที่สังคมวัฒนธรรมจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผลการศึกษานี้จะได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนในการจัดกิจกรรมการดูแล ที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

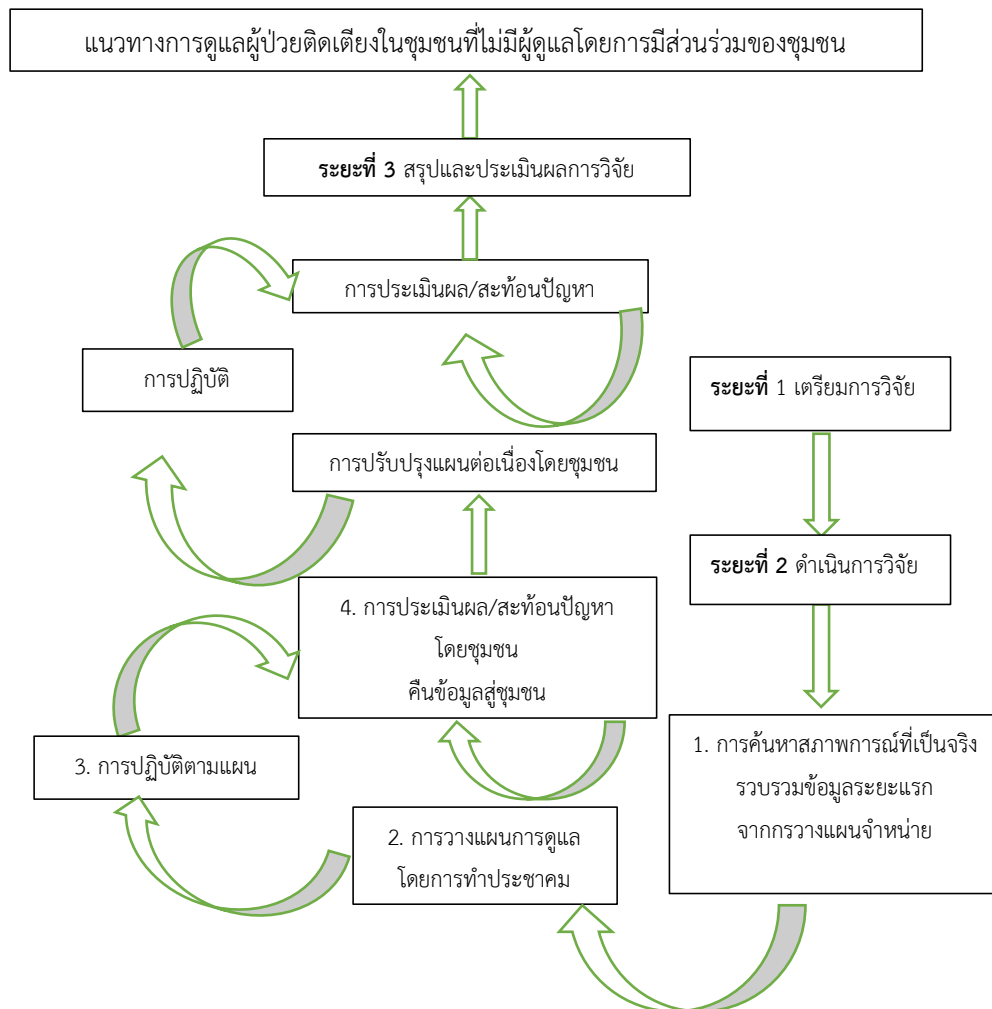


ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยร่วมกับทีมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน และติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน ต่อผู้ป่วย 1 ราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลครั้งนี้ ใช้รูปแบบการพัฒนา ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่องตามขั้นตอนของ Lewin⁹ และ Moule & Goodman¹⁰ ร่วมกับการมีส่วนร่วมในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในชุมชนตามบริบทของชุมชนดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลในอำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่องตามขั้นตอนของ Lewin⁹ และ Moule & Goodman¹⁰ แต่ละวงรอบประกอบไปด้วย การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง หรือสะท้อนเหตุการณ์ (Fact-finding or reflection) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การประเมินผล (Evaluation) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้



พื้นที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยต้องการเลือกพื้นที่ที่มีผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล ที่จะส่งกลับไปดูแลต่อในชุมชนที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทบทวนสถิติของผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ หลังจากนั้นประสานกับบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ตลอดจนองค์กรเอกชนในอำเภอสุวรรณภูมิ เพื่อค้นหาผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีญาติ หรือผู้ดูแลซึ่งในการศึกษาเบื้องต้นกำหนดไว้ 5 คน จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลกระจายไปในแต่ละตำบล ผู้วิจัยจึงเลือกดำเนินการวิจัยในระดับอำเภอ

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ในการวิจัยนี้ เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัย 8 กลุ่ม ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

- 1) ผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนอยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล 5 คน ที่มีคะแนน Barthel Index for Activity of Daily Living (ADL) อยู่ในช่วง 0-4 เป็นกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้¹¹
- 2) สหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยในตีก่อนส่งไปชุมชน 7 คน (แพทย์ 1 พยาบาล 3 นักกายภาพบำบัด 1 โภชนากร 1 นักวิชาการสาธารณสุข 1)
- 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้านที่เป็นรายกรณีศึกษา 5 คน (5 หมู่บ้าน)
- 4) ผู้นำชุมชนจำนวน 5 คน
- 5) อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 4 คนจำนวน 20 คน
- 6) Caregivers: CG (อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในชุมชน) จำนวน 5 คน
- 7) เจ้าหน้าที่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 3 คน (3 ตำบล)
- 8) ชาวบ้านที่อยู่หมู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หมู่ละ 2 คน จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือสำคัญในการรวบรวมข้อมูล คือผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีความรู้และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแนวทางที่ใช้รวบรวมข้อมูลที่ต้องการจากผู้ดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลถึงระดับชุมชนและครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง แนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ดังนี้

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลผู้ดูแลระดับชุมชนเรื่อง การรับรู้ และทัศนคติของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยติดเตียง เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรค และความต้องการช่วยเหลือ และสัมภาษณ์อาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และความต้องการการช่วยเหลือ

3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ใช้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสังคม สิ่งแวดล้อม สภาพบ้านเรือน ปฏิสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของประชากรในชุมชนต่อผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีคนดูแล

4. กระบวนการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย เข้าพื้นที่ศึกษา เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีลักษณะเป็นวงจรหรือเกลียวที่ต่อเนื่องตามขั้นตอนของ Lewin⁹ และ Moule & Goodman¹⁰ แต่ละวงจรประกอบไปด้วย

การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง หรือสะท้อนเหตุการณ์ (Fact-finding or reflection) การวิเคราะห์และสะท้อนคิด ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันโดยครั้งแรกจะเป็นทีมสหวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยติดเตียง และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำความเข้าใจข้อมูล อภิปรายร่วมกับทีมผู้ดูแลในชุมชน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว นำข้อมูลไปอภิปรายในการดำเนินการสนทนากลุ่ม กับผู้ดูแลระดับชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน และร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ความเหมือนหรือความต่างของปัญหา โดยปัญหาใดที่คล้ายคลึงกันผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะยุบรวม ปัญหาที่ต่างกันแยกออกมา หลังจากนั้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำสู่การวางแผนการดูแลต่อไป

การวางแผน (Planning) จัดทำแผนแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญ จากปัญหาการดูแลที่ได้จากการวางแผน จำหน่ายนำเสนอต่อประชาชนในเวทีประชาคมหมู่บ้าน เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ และความเข้าใจในการดำเนินการ ร่วมกัน



จัดทำแผนการดูแล พร้อมนำเสนอในเวทีประชาคม พบว่า ประชาชนในชุมชนสนับสนุนให้ดำเนินการตามแผนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแล

การปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติการตามแผนซึ่งเป็นกิจกรรมใหม่ในการดำเนินการในชุมชน ได้แก่ การวางตัวผู้ดูแลหลัก การจัดอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเยี่ยมบ้าน ประเมินการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล

การประเมินผล (Evaluation) หรือ สะท้อนการปฏิบัติ ได้ประเมินการดำเนินงานชุมชน 2 ครั้ง ครั้งแรก ดำเนินงานตามแผน 1 เดือน เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานที่กำหนด ซึ่งเป็นไปตามรูปเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการแล้วสะท้อนคิด (Reflect) การประเมินผลการดำเนินงาน กระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้วิจัยได้ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูล และพบปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินงาน จึงนำข้อมูลเหล่านั้นเสนอ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในการประชุมกลุ่มผู้ดูแลระดับชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาล้วนแล้วนำเสนอต่อชุมชนเพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลครั้งที่ 2 เป็นการประเมินผลสรุปรวมที่ได้จากการปฏิบัติ ในการประเมินผลสรุปรวมเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน แล้ววนรอบจนกว่าจะได้แนวทางการปฏิบัติที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย สะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผล ใช้วิธีการประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน และประเมินผลสรุปรวม

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม (Field notes) จากการสังเกต การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ หรือบรรยายเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น ขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้าน การประชุมประชาคม และกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนตลอดการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ¹⁰ วิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลที่รวบรวมจากการบันทึกภาคสนาม จากการวางแผนการจำหน่าย สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม นำข้อมูลมากำหนดรหัสแล้วจัดกลุ่มตามประเภทข้อมูล เชื่อมโยงรหัสข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะรูปเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยจะสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละระยะของวงจร โดยเฉพาะในช่วงระยะประเมินผล เพื่อนำสู่การปรับแผนการดำเนินงานของวงจรต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0382565 การดำเนินการวิจัยได้ยึดหลักการดูแลผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เนื่องจากการศึกษาเรื่องนี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต้องมีการให้ยา ให้อาหารทางสายยาง ทำแผล ทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลต้องเข้าไปดูแลในบ้านของผู้ป่วย ดังนั้น การยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จึงเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการรักษาความลับ ไม่ระบุตัวตน (Anonymous) และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

สภาพทั่วไปของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 ราย มีโรคจิตเภทร่วม 2 ราย มีแผลจากการหกล้ม 1 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 5 รายอยู่บ้านคนเดียวและไม่มีผู้ดูแลประจำที่บ้าน ผลการดำเนินการตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย เข้าพื้นที่ศึกษา เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1) การเข้าพื้นที่ศึกษา ในฐานะที่เป็นพยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบหลักระดับอำเภอในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการประสานงาน และการสร้างสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญมาก ผู้วิจัยจึงประสานกับผู้ใหญ่บ้าน และ



ผู้อำนวยการ รพ.สต. หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ผู้วิจัยเคยร่วมงานกันมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตอย่างไม่เป็นทางการในการเข้าพื้นที่ดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นจึงส่งจดหมายอย่างเป็นทางการ ถึงผู้ใหญ่บ้าน ในการขออนุญาตดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการ และส่งสำเนาให้ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เพราะเป็นผู้บังคับบัญชาของผู้ผู้อำนวยการ รพ.สต. และถึงผู้อำนวยการ รพ.สต. และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิในโรงพยาบาล

2) การเลือกผู้ดำเนินการวิจัย และการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.1) กลุ่มผู้ดูแลในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการค้นหาปัญหาที่ส่งต่อ 2.2) กลุ่มผู้ดูแลระดับชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่จาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยประจำหมู่บ้าน (Caregivers) เพื่อนบ้านใกล้เคียงกับผู้ป่วยติดเตียง ประสานกับผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในการนัดหมายเพื่อประชุมประชาชนในหมู่บ้านค้นหาข้อมูลชี้แจงปัญหาและข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่จะส่งกลับชุมชน หลังจากนั้น ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินโครงการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ผู้สนใจสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และลงนามยินยอม

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ปรับปรุง 2 วงรอบจนได้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลดังนี้

วงรอบที่ 1. การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง จากการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) จากการสนทนากลุ่มวางแผนการจำหน่ายส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องในชุมชน หลังจากนั้นผู้ดูแลในระดับชุมชนได้รวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากการยกมือสนับสนุน ปัญหาทั้งหมด คือความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน หลังจากได้ปัญหาแล้ว ก็ประชุมทีมดูแลในชุมชนเพื่อนำเสนอข้อมูลและวางแผนการดูแลต่อไป

วางแผน โดยนำปัญหาที่ได้จากการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อค้นหาข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จากนั้นผู้นำชุมชนนำข้อมูลที่ไปจัดทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อค้นหาข้อมูลปัญหาผู้ป่วยและหาแนวทางการดูแลจากปัญหา ร่วมกับทีมสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน

ปฏิบัติตามแผน โดยการทำแผนปฏิบัติการจากมติการทำประชาคม ทำเป็นแนวทางปฏิบัติ แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Care plan) แต่ละแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายมีกลวิธีที่สำคัญตามแต่ละปัญหา

สะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผล ใช้วิธีการประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน และประเมินผลสรุปรวมจากการประเมินผลครั้งแรก หลังการดำเนินงานตามแผน 1 เดือน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหา แผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และผลการปฏิบัติ

ปัญหา (F1)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P1)	การปฏิบัติตามแผน (A1)	ผลการปฏิบัติ (E1)
1. ผู้ป่วยติดเตียงไม่มีผู้ดูแล ส่งกลับชุมชน ต้องได้รับการ ดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ดูแลให้ได้รับยาและอาหาร เฝ้าระวังแผลกดทับ การทำ กายภาพบำบัด และการทำแผล	ประชาคม หมู่บ้าน จัดทำแผนการดูแล ผู้ป่วยรายบุคคล	-พยาบาลงานดูแลต่อเนื่องชี้แจง แผนการดูแลกับทีมดูแลทั้งหมด -ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับ มอบหมายปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตาม แผนการดูแลรายบุคคล -ผู้นำ ภาควิชาเครือข่าย ร่วมวางแผน การดูแล ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน	ได้แผนการดูแลผู้ป่วย รายบุคคลทั้ง 5 ราย อาสาสมัครสาธารณสุข CG ทีมผู้ดูแล ปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยตามแผนการ ดูแลได้ ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลครบถ้วน



ปัญหา (F1)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P1)	การปฏิบัติตามแผน (A1)	ผลการปฏิบัติ (E1)
2. ผู้ดูแลที่บ้านไม่มี จะให้ใคร เป็นผู้ดูแล ต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแล อย่างไร	- แผนปฏิบัติการ มอบหมายงาน อาสาสมัครสาธารณสุข และ CG เข้าปฏิบัติ หน้าที่	1) ให้ CG เป็นผู้ดูแลหลักตามแผน การดูแล 2) อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ดูแล กิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ อาบน้ำ จัดเตรียมอาหาร จัดยาให้ตามเวลา ทำ กายภาพบำบัด 3) ทีมผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน ช่วยเหลือทีมอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีติดภารกิจ 4) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแล ต่อเนื่อง กับจนท.สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ หมู่บ้าน เป็นผู้จัดการรายการกรณี ประเมินการปฏิบัติงาน และภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 5) ทีมสหวิชาชีพจัดอบรม แนะนำ การดูแลผู้ป่วยให้กับ อาสาสมัคร สาธารณสุข และ CG เพิ่มเติม ติดตาม ประเมินผลการดูแลเป็นระยะทุก 2 สัปดาห์เป็นอย่างน้อย	- CG ดูแลผู้ป่วยทุกวัน ตามแผน - อาสาสมัครสาธารณสุข ทุกคนในหมู่บ้านมาช่วย กันจัดทำตารางเวร วันละ 2 คน ช่วยดูแล ทำ กิจกรรม ช่วง เช้า เย็น
	- แผนพัฒนาทักษะการ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง สำหรับ อาสาสมัคร สาธารณสุขและ CG	- จัดอบรม CG และ อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้ดูแลคนไข้ติดเตียง โดย พยาบาลงานดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีม สหวิชาชีพ ของโรงพยาบาล พร้อมกับ ฝึกปฏิบัติจริง	จัดอบรม 2 รุ่น ผ่าน การประเมิน หลังอบรม ทุกคน
3. สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ไม่เหมาะสม และไม่มี บ้าน 1 ราย	- แผนขอสนับสนุน สร้างที่อยู่อาศัย เสนอ องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น	ทีมผู้นำทำแผนเสนอขอความช่วยเหลือ ไปเทศบาล และ งานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ของอำเภอ ช่วย เรื่องที่อยู่อาศัย	แผนได้รับการอนุมัติทีม ช่างเทศบาลมาสร้างที่พัก ให้ 1 หลัง
	- แผนปรับปรุงภูมิทัศน์ ที่อยู่อาศัยผู้ป่วยติด เตียง	ระดมแรงจากชาวบ้าน และช่างจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขอ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ปูน หิน ทราย จากผู้ประสงค์จะทำบุญบริจาค ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมตาม คำแนะนำนักกายภาพบำบัด	ปรับปรุงสภาพห้องน้ำ 2 แห่ง ทำราวไม้ไผ่สำหรับจับ เดิน ให้ 3 แห่ง ปรับพื้นที่ทำความสะอาด 4 แห่ง



ปัญหา (F1)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P1)	การปฏิบัติตามแผน (A1)	ผลการปฏิบัติ (E1)
4. ไม่มีค่าใช้จ่าย ในการจัดซื้อ เครื่องอุปโภค บริโภคที่ จำเป็นในการดำรงชีพของ ผู้ป่วย อาหารในแต่ละมื้อ ผ้าอ้อม รวมถึงค่าตอบแทน ผู้ดูแล	- แผนเบิกจ่ายกองทุน บริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ค่าตอบแทน CG และ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และ รพ.สต.ในเขตผู้ป่วย รับผิดชอบใน การจัดทำเอกสารเบิกจ่ายค่าตอบแทน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ได้จ่ายเงิน เป็น ค่าตอบแทน CG เกือบ งบประมาณบางส่วนจาก ผู้ป่วยที่มีญาติดูแลมา ช่วยเป็นค่าอาหารผู้ป่วย ติดเตียงที่ไม่มีคนดูแล
	- แผนเบิกจ่าย ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ติดเตียง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เบิกจ่ายงบ ประจำเดือนให้ผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้พิการ	รวบรวมงบ จาก ทุก ช่องทาง มาเป็นค่าใช้จ่าย ในการดูแล

หลังจากดำเนินการได้ 1 เดือน ได้มีการประเมินผล และสะท้อนกลับการทำงาน พบว่ายังมีปัญหาในการดูแล
บางส่วน โดยเฉพาะ การจัดอาสาสมัครเข้าไปดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน การปรับพื้นที่อยู่อาศัยยังไม่เหมาะสม รวมไปถึงการจัดสร
งงบประมาณในการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุม จึงนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาต่อเป็นวงรอบที่ 2 ต่อไป

วงรอบที่ 2 จากการสะท้อนผลการประเมินการปฏิบัติงาน ในรอบที่ 1 หลังจากผ่านไป 1 เดือน พบว่า ยังมีสิ่งที่ต้อง
แก้ไขในแต่ละปัญหา ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหา แผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และผลการปฏิบัติ (รอบที่ 2)

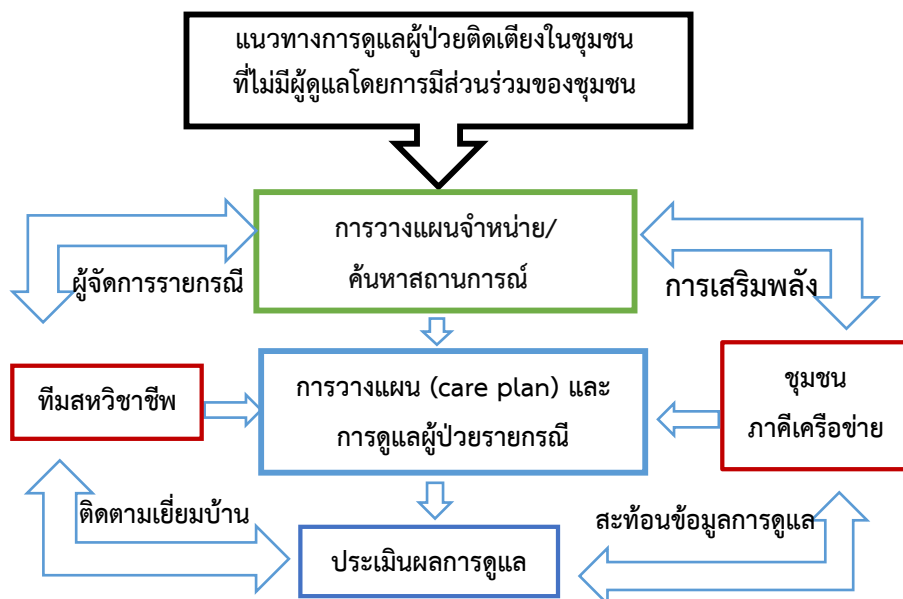
ปัญหา (F2)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P2)	การปฏิบัติตามแผน (A2)	ผลการปฏิบัติ (E2)
1. แผนการดูแลเฉพาะ รายบุคคล ไม่ครอบคลุม 3 คน	แผนการดูแลผู้ป่วย รายบุคคลปรับใหม่ 3 ราย เป็นผู้ป่วยระยะ ท้าย แบบ ประคับ ประคอง	พยาบาลงานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มาร่วมชี้แจงแนวทางการดูแลที่บ้าน การให้ ออกซิเจน และการดูแลหลัง ให้ มอร์ฟีน เปิดเทปธรรมให้ฟังใน ช่วงเวลานอนพัก	หลังปรับแผนการดูแล แล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข และ CG ปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้ดี
2. จำนวน อาสาสมัคร สาธารณสุขที่จัดเข้าไปดูแล คนไข้ วันละ 2 คน ไม่ เพียงพอในการดูแลคนไข้ที่มี อาการทางจิตเวชร่วมด้วย	ทำแผนปรับจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข ในการเข้าไปดูแลคนไข้ เพิ่ม	จัด อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ชาย เข้าร่วมด้วย 1 คน เป็นวันละ 3 คน ในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการ ทางจิต	อาสาสมัครสาธารณสุข เข้าไปดูแลได้ตามแผน
3. การปรับพื้นที่ไม่เหมาะสม กับสภาพแวดล้อมคนไข้ 2 ราย	- แผนปรับปรุงภูมิทัศน์ ที่อยู่อาศัยผู้ป่วยติด เตียง รอบที่ 2	ระดมแรงงานชาวบ้าน ช่วยปรับ พื้นที่ภายใต้คำแนะนำจากนัก กายภาพบำบัด 2 ราย	ปรับพื้นที่เพิ่มเติมได้อีก 2 แห่ง พร้อมรื้อจับยึดเดิม
4. การของบประมาณต้อง เสนอแผนก่อนปี งบประมาณ ไม่เข้าใจแนวทางในการ เบิกจ่ายงบประมาณกับ	- แผนเบิกจ่ายกองทุน LTC ค่าตอบแทน CG และผ้าอ้อมผู้ใหญ่	- ดำเนินการทำแผนส่ง องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ เพื่อให้ทันแผน	- ส่งแผนทันการจัดทำ งบประมาณ ปีต่อไป - มีแนวทางการจัดทำ เบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับ



ปัญหา (F2)	การวางแผน/ แผนปฏิบัติการ (P2)	การปฏิบัติตามแผน (A2)	ผลการปฏิบัติ (E2)
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเคารพสิทธิผู้ป่วยใน การเปิดเผยข้อมูลเพื่อขอรับ บริการ		งบประมาณประจำปี องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น - จัดทำแนวทางการเบิกจ่าย งบประมาณงาน LTC สำหรับผู้ป่วย ติดเตียง	กองทุน LTC เป็นแนว เดียวกันทำให้เบิกจ่ายง่ายขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล และสะท้อนกลับการดำเนินงาน ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- 1) ผู้ป่วย ได้รับการดูแลเหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ผู้ป่วย 2 ราย อาการดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยอีก 3 ราย เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และฉาปนกิจศพตามประเพณีของชุมชนโดยชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ
- 2) ผู้ดูแลในชุมชน CG และ อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลในชุมชน สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 3) ผู้นำชุมชน และเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนได้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลตั้งแต่การวางแผนการจำหน่าย การทำแผนการดูแลและการติดตามผลการดูแล เข้าใจบทบาทและแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีญาติ การบริหารงบประมาณให้เหมาะสมเพียงพอ
- 4) ทีมสหวิชาชีพ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเป็นผู้จัดการรายกรณี และวิทยาการในการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลในชุมชน
แนวทางการดูแลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการวิจัยแสดงเป็นแผนภูมิได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



การอภิปรายผล

จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวนผู้ป่วย 5 ราย ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ทุกขั้นตอนการดำเนินการ โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาผู้ป่วยจากการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน แล้วส่งต่อคืนข้อมูลให้กับชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล และประเมินผล สะท้อนปัญหาหลังการดูแลในชุมชนและใช้กระบวนการชุมชนในการปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการดูแล พบว่ามีประเด็นที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จดังนี้

1) กระบวนการวางแผนจำหน่าย เป็นเครื่องมือที่สำคัญมากที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹³ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจร่วมกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถของครอบครัวและชุมชน ความต้องการพึ่งพาของผู้ป่วย⁷ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้ง 5 ราย ได้มีการวางแผนจำหน่ายหลายรอบทำให้ค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้านโดยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีญาติหรือผู้ดูแลได้ครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชไมพร บัวพิน และคณะ¹⁴ เรื่องประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของอัญชลี ปัญญาดี และคณะ¹⁵ เรื่องการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับที่ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล และการศึกษาของ บรรจง จาตบุญนา¹⁶ เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ซึ่งพบว่ากระบวนการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสม

2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน การมีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็ง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ค้นหาปัญหา การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การเสียสละเวลามาดูแลผู้ป่วยติดเตียง การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย สะท้อนกลับปัญหาการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายการดูแลในชุมชน เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่เหมาะสม ตั้งแต่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข CG ประชาชนทั่วไป รวมถึง องค์กรเอกชนต่างๆ ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของ ศิริประภา หล้าสิงห์ และคณะ¹⁷ การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ของ นิลาภา จิระรัตนวรรณ และคณะ¹⁸ การศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของสุสารี ประคินกิจ และคณะ¹⁹ การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ของนิศาชล นาคกุล²⁰ และ การศึกษา ในเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ของ พิสมัย บุญเลิศ และคณะ²¹ ที่แสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน รวมถึงการดูแลสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ดูแลครอบครัว และดูแลชุมชน โดยชุมชนเอง

3) การพัฒนาศักยภาพของทีมงานดูแลในชุมชน ในขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องมีคนที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จากการกระบวนการพัฒนาจะเห็นว่า ทีมดูแลในชุมชนมีความรู้และทักษะที่ต่างกัน การพัฒนาศักยภาพทีมงานจึงจำเป็นมาก เพื่อให้มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ตรงกัน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เข้าใจผู้ป่วยเหมือนกัน ทำให้สามารถดูแลและส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยมีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรกร วนะรักษ์²² เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอเหมือง จังหวัดพังงา การศึกษาของ จันทรเพ็ญ ประโยงค์ และคณะ²³ เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน การศึกษาของ นิศาชล นาคกุล²⁰ เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี และการศึกษาของ พิสมัย บุญเลิศ และคณะ²¹ ในเรื่องการพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะหรัง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้กับ ผู้ดูแล และ อาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างมากเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนได้รับการดูแล ที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4) ทักษะการเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน และ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน เป็นส่วนสำคัญอีกประการที่มีผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแล โดยพยาบาลต้องรับบทบาทผู้จัดการระบบบริการที่บ้าน โดยการประเมินปัญหาและความต้องการวางแผน กำหนดทิศทาง ติดตามควบคุมกำกับ และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยร่วมจัดบริการดูแลสุขภาพ ครอบคลุม บุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน⁵ ต้องเข้าไปมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อสนับสนุนองค์ความรู้ ข้อมูลที่เป็นหลักวิชาการที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเตียง ติดตามการดูแลต่อเนื่อง ประเมินผลการดูแล เชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยจาก ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกับการดูแลของผู้ดูแลในชุมชนและปัจจัยต่าง ๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของสารสิน กิตติไพวณนธ์ และ รัตนภรณ์ ประชากุล²⁴ เรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น และการศึกษาของ อัญชลี ปัญญาดี และคณะ¹⁵ เรื่องการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับระดับที่ 3-4 และไม่มีผู้ดูแล ที่แสดงให้เห็นว่า ทักษะการจัดการรายกรณีของพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษา การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการศึกษาแหล่งที่มาและการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาหาร ผ้าอ้อม รวมทั้ง ค่าตอบแทนผู้ดูแลกลุ่มต่าง ๆ
2. นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง ทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน และ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
3. การนำแนวทางที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการตัดสินใจร่วมกันในชุมชน ผู้ป่วยทั้ง 5 รายไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการศึกษา แนวทางการดูแลผู้ป่วยอาจเหมาะสมกับพื้นที่ตามบริบทที่คล้ายกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

1. National Statistical Office [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> (in Thai)



2. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K, Impact and burden of long-term care for the elderly under Thai culture. [internet]. 2014 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535>. (in Thai)
3. The Thai Red Cross Society. Elderly Care. Bangkok: Panyamit publisher; 2016. (in Thai)
4. The Thai Elderly's Health Survey, under the Health Promotion Program for the Elderly and the Disabled. 1st ed. Health Elderly Health Group Ministry of Public Health Bangkok: Printing PP Watcharin; 2013. (in Thai)
5. Wilaiwan T. Editor. The Art and Science of Nursing for elderly. 1st ed. Textbook Project Faculty of Nursing Chiang Mai University. Bangkok: 2011. (in Thai)
6. Chomnirat W. Community Participation: From Concept to Community Health Development. Khon Kaen: Clungnanawitaya publisher; 2021. (in Thai)
7. Nursing Division. Home Ward. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand publisher; 2013. (in Thai)
8. National Health Security Office [internet] 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public/cp-report-pb/> (in Thai)
9. Lewin K. Action research and minority problem. J Soc Issues. 1946; 2(4):34-46.
10. Moule P, Goodman M. Nursing research: An introduction. 2nded. London: Sage Publications; 2014.
11. The Committee developed a screening and assessment tool for geriatric health. Geriatric Health Screening and Assessment Guide. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
12. Nilvarangkul K. Action research for the nursing profession. Khon Kaen: Clungnanawitaya publisher; 2015. (in Thai)
13. Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation). Hospital and healthcare standard. 4thed. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation); 2018. (in Thai)
14. Buapin C, Julamad P, Pisitpitatana N. Effects of a clinical nursing practice guideline for discharge planning on the quality of life of elderly stroke survivors. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(1):51-62. (in Thai)
15. Panyadee U, Phongsirisaen H, Sidthilaw S, Intayos H. Reflection on lesson learned from care of the abandoned bedridden patient with pressure ulcer grade 3-4 complication. Journal of Phrae Public Health for Development. 2021;1(1):63-76. (in Thai)
16. Jadnoonnak B. Development of transitional care program for bedridden elderly patients from hospital to home care. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(3):63-71. (in Thai)
17. Lasing S, Glangkarn S, Tongsiri S. Improving quality of life for the elderly by community participation. Academic Journal of Community Public Health. 2020;6(2):29-40. (in Thai)
18. Jirarattanawanna N, Wattanaamorn S, Ratsamepong S. Community participation in health promotion. Mahachula Academic Journal. 2019;6(supp1):S365-81. (in Thai)
19. Prakhinkit S, Renold J, Songsiri O. Development of mental health promotion model in community by participatory action research process: case study of a community in Bangkok. APHEIT Journal 2019; 8(1):7-17. (in Thai)



20. Nakkul N. The development of a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani municipality. Nursing Journal of ministry of Public Health. 2018;28(3): 36-50. (in Thai)
21. Boonles P, Proarak T, Thaewpia S. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. Journal of the office of Department of Diseaes Control 7 Khon kaen. 2016;23(2):79-87. (in Thai)
22. Wanarak J. Care model development for the home-bound elderly and the bedridden by participation of The Ethics Club of Thungmaphrao Health Promotion Hospital in Phang-Nga Province. Journal of Health Science. 2021;30(2):285-94. (in Thai)
23. Prayong C, Chaipasop P, Munjaiwong D. Development of care model for patients with chronic disease by community participation in Banthi District Lamphun Province. Journal of Health Science. 2020;29(5): 803-12. (in Thai)
24. Kittiphovanonth S, Prachakul R. Palliative care model with case management and participation of multidisciplinary teams health network Waengyai District, Khon Kaen province. Journal of Health and Enviromental Education. 2022;7(4):64-74. (in Thai)



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

อังสินี กันสุขเจริญ พย.ม.*

ชณุตพร สมใจ พย.ม.**

(วันรับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 30 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 31 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 240 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 - มิถุนายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .82 .84 และ.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .609, t = 11.472, p < .001$) และรองลงมาคือการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .536, t = 6.647, p < .001$) ซึ่งปัจจัยทั้งสองทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 68.4 ($F_{(2,39)} = 170.042, R^2 = .684, p < .001$) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: angsee@pckpb.ac.th Tel: 080-9950894



Factors Predicting Self - Care Behaviors Among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

Angsinee Kansukcharearn M.N.S.*

Chanuttaporn Somjai M.N.S.**

(Received Date: February 19, 2023, Revised Date: March 30, 2023, Accepted Date: March 31, 2023)

Abstract

This predictive research study aimed to examine the predictive factors of self-care behaviors among pregnant women with gestational diabetes mellitus attending the antenatal care clinic at hospitals in Thailand's health service region 5th. The participants were 240 pregnant women with gestational diabetes mellitus at hospitals in health service region 5th. The sample was selected by purposive random sampling. Data collection was carried out from September 2020 to June 2021. Research instruments included the Self-Efficacy Perception Questionnaire, the Family Support and Health Personnel Support Questionnaires, the Self-Care Behavior of Pregnant Women with Gestational Diabetes Questionnaire, and the Gestational Diabetes Knowledge Questionnaire. The reliability coefficients of the four instruments were .87, .82, .84, and .78, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regressions.

The results showed that the mean scores for self-care behavior was at the moderate level. The best predictor for self-care behavior was self-efficacy ($\beta = .609$, $t = 11.472$, $p < .001$) which was followed by family support ($\beta = .536$, $t = 6.647$, $p < .001$). These two factors explained 68.4% of the variance in the self-care behaviors of pregnant women with gestational diabetes mellitus ($F_{(239)} = 170.042$, $R^2 = .684$, $p < .001$). The findings suggest that the self-care behaviors of pregnant women with gestational diabetes could be improved by effectively and properly promoting their self-efficacy and promoting their family to support them during their pregnancy.

Keywords: self-care behavior, pregnant women with gestational diabetes, self-efficacy, family support

*Registered nurse (Senior Professional Level), Prachomklao collage of nursing, Phetchaburi province

**Registered nurse (Professional level), Prachomklao collage of nursing, Phetchaburi province

*Corresponding author, Email: angsinee@pckpb.ac.th Tel: 080-9950894



บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GDM) เป็นความผิดปกติในความทนต่อกลูโคสทุกระดับ ซึ่งวินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์¹ ในประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบร้อยละ 9-21.8 และมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะนี้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{2,3} ก่อปัญหาสำคัญทางด้านอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้ 3-4 เท่าของการตั้งครรภ์ปกติ คลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝดน้ำ การผ่าตัดคลอด และเสี่ยงต่อโรคกรวยไตอักเสบ⁴ ภายหลังคลอดมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ 7.4 เท่า³ ส่งผลต่อความกลัว วิตกกังวล และเกิดภาวะเครียดมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ⁵ สำหรับทารกในครรภ์ ส่งผลให้เกิดภาวะทารกตัวโต เพิ่มภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ คลอดติดไหล่ บาดเจ็บจากการคลอด ทารกแรกเกิดมีโอกาสน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง รวมทั้งเพิ่มอัตราตายของทารกได้⁴ ซึ่งการลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์สามารถทำได้หากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม⁴ โดยการรับประทานอาหารนั้นต้องเพียงพอต่อความต้องการใช้พลังงานของร่างกายและรับประทานให้ครบทุก 5 หมู่ กระจายมื้ออาหารเป็น 6-7 มื้อ โดยอาหารหลัก 3 มื้อและ อาหารว่าง 3 มื้อ รวมอาหารว่างมือก่อนนอนอีก 1 มื้อ³ โดยแบ่งสัดส่วนพลังงานแต่ละมื้อให้ใกล้เคียงกันมากที่สุดในแต่ละวัน⁶ และการออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสม เน้นกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบน⁷ เพื่อส่งเสริมกระบวนการเผาผลาญในร่างกายและนำกลูโคสไปใช้ได้มากขึ้น⁶ เมื่อออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 4 สัปดาห์ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้เกิดความสมดุลของพลังงานที่รับประทานเข้าไปและพลังงานที่นำออกมาใช้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านอารมณ์ ความเครียด⁷ เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันนับตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและฉีดอินซูลินด้วยตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทู(Gestational diabetes Mellitus A2: GDMA2)⁴ ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ได้

ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้^{1,2} โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ดี ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม⁶ และใช้ยาฉีดอินซูลินในหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทู⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากทีมบุคลากรสาธารณสุข ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจที่จะควบคุมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ตระหนักถึงประโยชน์ในการดูแลตนเอง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนและทารกในครรภ์ เข้าใจว่าควรปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม³ ลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยและช่วยลดภาวะเครียด⁸ และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

ปัจจัยเสริมด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อีกปัจจัยหนึ่งคือการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยกระตุ้นและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง เช่น การเลือกและเตรียมอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นให้ออกกำลังกาย ให้กำลังใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและสนับสนุนข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ จากการศึกษา



พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะส่งผลให้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ช่วยให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเหมาะสมและบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้¹⁰ นอกจากนี้ การสนับสนุนของครอบครัวแล้วการสนับสนุนการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากบุคลากรสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ช่วยสนับสนุนเป็นที่ปรึกษา สอน แนะนำให้มีความรู้ สร้างความตระหนัก และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อลดความรุนแรง ควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น⁹ และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา⁸ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยในการทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ในต่างประเทศ ในประเทศอิหร่าน หญิงที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและดูแลตนเองในระดับปานกลาง ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์¹¹ และอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความมีคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์¹² และผลวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการจัดการตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555- พ.ศ. 2564 มีจำนวน 10 เรื่อง จาก 8 ประเทศได้แก่ อังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา สหรัฐอเมริกา อิหร่าน โอมาน จีนและเกาหลีใต้ นำมาสังเคราะห์เชิงคุณภาพ พบ 7 ประเด็นหลักที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อจิตใจ 2) สื่อสารการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์และสมาชิกในครอบครัวอย่างเข้าใจ 3) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองเมื่อเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 5) การรับรู้ความเสี่ยง 6) การระมัดระวังของหญิงตั้งครรภ์เมื่อเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 7) การควบคุมของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹³

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัวที่ถูกนำมาใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล¹⁰ สถานภาพสมรส¹⁴ ดัชนีมวลกาย¹⁵ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลโดยใช้ยาและการจัดการความเครียด ซึ่งหากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model ของ Green & Kreuter ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)¹⁶ โดยต้องวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยทั้งสามแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และต้องใช้ร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือมีระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ และสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม¹⁷

สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีอุบัติการณ์การเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ร้อยละ 3.14 - 10.93¹⁸⁻²⁰ ที่พบได้สูงในบางจังหวัดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถลดปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ รวมถึงส่งเสริมให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

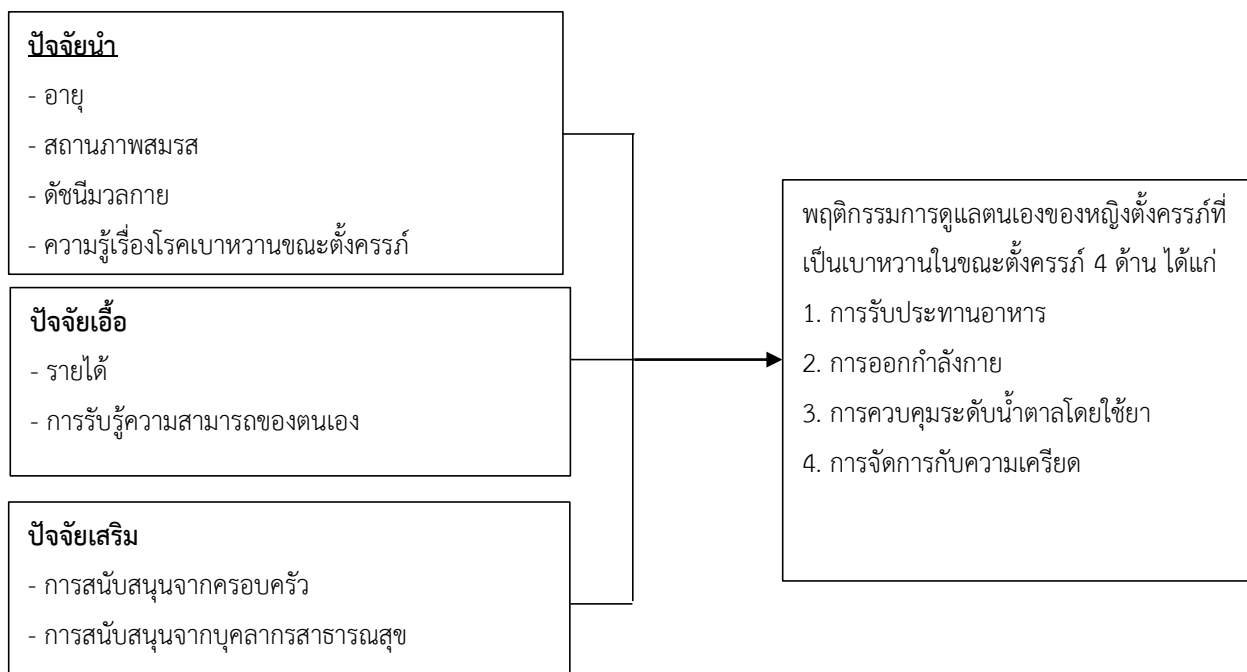
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยเอื้อ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยเสริม เรื่องการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model¹⁶ มีปัจจัยต่อไปนี้ 1) ปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ และเป็นคุณลักษณะที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้น ซึ่งจะมีความพอใจที่ส่งผลต่อการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกายและความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรมของบุคคลและชุมชน ได้แก่ รายได้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 3) ปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น ช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการทำนาย (Descriptive correlation study) และเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด คือ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี และประจวบคีรีขันธ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 โรงพยาบาล จาก 8 จังหวัด คือ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี และประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาล โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมเรื้อรังอื่น ๆ ก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ 3) เป็นผู้ที่มีการสื่อสารปกติ การได้ยินปกติ มองเห็นปกติ เคลื่อนไหวปกติ และ 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีเหตุจำเป็นหรือเจ็บป่วยขณะกำลังให้ข้อมูล และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใน Test family เลือก F-test สถิติทดสอบเลือก Linear multiple regression: Fixed model, R deviation from zero เลือก A Priori: compute required sample size, given alpha, power and effect size และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ $.10^{21}$ และความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 โดยมีตัวแปรทำนาย 8 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 236 คน และเพิ่มการสูญเสียหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 260 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างใน โรงพยาบาลประจำจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 5 แต่เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จึงเลือกเก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลที่อนุญาตให้นักวิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามแบ่งตามปัจจัยตามกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยเอื้อด้านรายได้ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list) และดัชนีมวลกายให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ข้อความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ผลของความเครียดและการลดความเครียด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมจำนวน 15 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูกต้อง ไม่แน่ใจ ไม่ถูกต้อง ถ้าตอบถูกให้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน นำคะแนนมาจำแนกความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ออกเป็น 3 ระดับ²² ดังนี้ ระดับน้อย (ระดับคะแนน 0-8 คะแนน หรือต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ระดับคะแนน 9-11 คะแนน หรือร้อยละ 60-79) และ ระดับมาก (ระดับคะแนน 12-15 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ตอนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล ด้านการติดตามและควบคุมตนเองและกิจกรรมที่สำคัญจำเป็นเกี่ยวกับการรักษา จำนวน 20 ข้อ และตอนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อทางบวก 12 ข้อ ทางลบ 4 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน น้อยที่สุด = 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกออกเป็น 5 ระดับ²³ โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน



ตั้งแต่ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลโดยใช้ยาและการจัดการกับความเครียด จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อทางบวก 19 ข้อ ทางลบ 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุด = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน น้อย = 2 คะแนน น้อยที่สุด = 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกออกเป็น 5 ระดับ²³ โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน ตั้งแต่ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สุนทิแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลแผนกสูติเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารก 1 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence Index: IOC) เลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 มาสร้างเป็นแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น สำหรับแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .78 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .82 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หมายเลขโครงการ PCKCN REC 05/2563 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ก่อนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ คำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลภายหลังการวิเคราะห์จะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ และจะทำลายข้อมูลแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการตัดสินใจ แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563- มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยได้ประสานแผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า และโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำในแผนกฝากครรภ์ ที่ได้รับการเตรียมในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและเน้นย้ำเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ของทั้ง 2 โรงพยาบาล จำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า

2. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป จากทะเบียนผู้ป่วยแผนกฝากครรภ์ ที่มาตรวจครรภ์ตามนัด แต่ระหว่างปีที่เก็บข้อมูลเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ไม่ได้มารับบริการตามกำหนดนัด ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าทุกรายที่มารับบริการภายหลังจากเข้ารับบริการตรวจจากสูติแพทย์แล้ว



3. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามโดยให้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระและเป็นส่วนตัว

4. นำข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 ราย มาตรวจสอบความครบถ้วน ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง 240 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและคะแนนของแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย รายได้และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ เป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) และข้อมูลเรียงลำดับ (Ordinal scale) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test: χ^2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวแปรระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การตั้งครรภ์และความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.70 (Mean = 34.87, S.D. = 6.89) สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.89 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.80 รายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 65.8 ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 48.80 (25-29.9 Kg/m²) มีญาติสายตรงที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 43.3 และอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ 23.79 สัปดาห์ (S.D. = 5.89) ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน และไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทู และได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 55.8 และ 44.2 ตามลำดับ มีลักษณะการใช้แรงในการประกอบอาชีพและการทำกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จากแพทย์ พยาบาล และได้รับความรู้เรื่องการควบคุมอาหารร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน และได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 55.8 และ 44.2 ตามลำดับ มีลักษณะการใช้แรงในการประกอบอาชีพและการทำกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.4 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จากแพทย์ พยาบาล และได้รับความรู้เรื่องการควบคุมอาหารร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทู ได้รับความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการได้รับยาอินซูลิน ร้อยละ 97.5 ทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายร้อยละ 45 และการจัดการความเครียดเพียงร้อยละ 11.2

2. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D. = .44) ปัจจัยนำเรื่องระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 9.55 (S.D. = 1.83) ปัจจัยเอื้อเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.29 (S.D. = .43) ปัจจัยเสริมเรื่องการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข และการสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 และ 3.55 (S.D. = .63 และ .87) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ อายุและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .151, p < .05$ และ $r = .169, p < .05$) ตามลำดับ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .314, p < .001$ และ $r = .178, p < .001$) ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง



มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .781, p < .001$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .225, p < .001$) และปัจจัยเสริม ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .712, p < .001$ และ $r = .647, p < .001$) ตามลำดับ รายละเอียดและแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($n = 240$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (v/r)
ปัจจัยนำ	
1. อายุ	.151 ^a *
2. สถานภาพสมรส	.314 ^a ***
3. ดัชนีมวลกาย	.178 ^a ***
4. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์	.169 ^a *
ปัจจัยเอื้อ	
5. รายได้	.225 ^a **
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.781 ^b ***
ปัจจัยเสริม	
7. การสนับสนุนจากครอบครัว	.712 ^b ***
8. การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	.647 ^b ***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

^a Chi-square test

^b Pearson's Product Moment Correlation

4. ข้อมูลปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .609, t = 11.472, p < .001$) การสนับสนุนจากครอบครัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 6.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .536, t = 6.647, p < .001$) และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 1.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.268, t = -3.140, p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

เขียนสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์} = 5.161 + 0.782 (\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}) + 1.145 (\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}) - 0.474 (\text{การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{(\text{พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์})} = 0.609 (\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}) + 0.536 (\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}) - 0.268 (\text{การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข})$$



ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่ม
ตัวอย่าง ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n = 240)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	R ² change	p
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.782	.068	.609	11.472	.609	.001
การสนับสนุนจากครอบครัว	1.145	.172	.536	6.647	.061	.001
การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	-.474	.151	-.268	-3.140	.013	.001

R = .827, R² = .684, Adjusted R² = .680, F = 170.042, p < .001

การอภิปรายผล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์
โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จากผลการวิจัยนำมาอภิปราย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ
เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ สติแพทย์จะได้รับการดูแล
จากทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย สติแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลและนักโภชนาการ โดยได้รับ
การดูแลจากอายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวานพร้อมทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ รวมถึงการปฏิบัติตน เมื่อเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน
(GDMA1) และชนิดเอทู (GDMA2) ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่
เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทูจะได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน โดยได้รับการสอนเรื่องการฉีดอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
ด้วยตนเองและการลงบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด อาการแสดง วิธีการป้องกัน การแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และการติดตาม
การดูแลตนเองผ่านทางโทรศัพท์^{3,4} ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานข้างต้นจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วอย่างดี
อาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลอยู่เพียงระดับปานกลางเนื่องจากรับรู้ว่าได้พบแพทย์และการรักษาพยาบาลอย่างดีแล้ว ตนเอง
จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง จะได้รับ
การติดตามอาการสำคัญก่อนพิจารณานัดหมายโดยคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ²⁴

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ยังสอดคล้องกับ
งานวิจัยของสุภานัน ชัยราชและคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดเอวัน พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ
หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และงานวิจัยของแสงดาว แจ่มสว่างและคณะ⁵ ที่พบว่าพฤติกรรมการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ค่อนข้างดี คะแนนเฉลี่ย 32.66 จากคะแนนเต็ม
65 คะแนน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชนิดดา ระดาฤทธิ์ และคณะ¹⁰ พบว่า การจัดการตนเองของหญิงที่มีเบาหวานใน
ขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง จากความแตกต่างของผลการวิจัยนี้ ทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องคำนึงถึงระดับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากภายหลังที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ
การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะได้รับการดูแลครรภ์ความเสี่ยงสูงจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งเรื่อง การให้ความรู้



การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกทักษะการตรวจน้ำตาลด้วยตนเองและการใช้อินซูลินในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอกุ จนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ยิ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีจะทำให้ เกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจ แน่วแน่และตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงดาว แฉ่งสว่างและคณะ⁵ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและงานวิจัยของชนัดดา ระดาฤทธิ์ และคณะ¹⁰ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดต่อการจัดการตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ²⁵ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางบวกกับการจัดการตนเองและมีอิทธิพลทางอ้อมด้านลบต่อค่าน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

3. การสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดีมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 6.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นสามีและญาติ เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความรักใคร่ผูกพัน ส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์โดยตรง สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ให้กำลังใจเพื่อช่วยคลายความวิตกกังวล การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษณา ปิงวงศ์ และคณะ⁹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและวิจัยของชนัดดา ระดาฤทธิ์ และคณะ¹⁰ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดีมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอิทธิพลเชิงลบต่อการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 1.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 และยังไม่มีการรับรองผลกระทบที่มีต่อผู้ติดเชื้อที่มียาเบาหวานแทรกซ้อนและทารกในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องการแยกตัวอยู่ในบ้านอย่างเคร่งครัด ไม่ต้องการให้มีบุคคลอื่นแม้แต่บุคลากรทางสาธารณสุขมาเยี่ยมอันจะนำเชื้อมาสู่หญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ และหากติดเชื้อโรคโควิด 19 ทำให้ต้องเลื่อนการนัดฝากครรภ์ไปก่อนจนกว่าจะพ้นช่วงกำหนดเวลากักตัว (Isolation) อย่างน้อย 14 วัน²⁶ แต่ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลางนั้น อาจเป็นผลมาจากการศึกษาทบทวนเนื้อหา ความรู้ผลกระทบต่อการดาทารกในครรภ์และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากสื่อต่าง ๆ ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุขโดยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชนัดดา ระดาฤทธิ์และคณะ¹⁰ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ทักษะเพื่อสร้างมั่นใจในการรับรู้ความสามารถของตนเองและสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคลง



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาโปรแกรม/รูปแบบการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งชนิดเอวันและเอทู โดยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว

References

1. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus: position statement. *Diabetes Care*. 2020;39(S1):S13-22.
2. Suntorn R, Panichkul P. Prevalence of gestational diabetes mellitus detected by International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups [IADPSG] criteria in Phramongkutklo hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;23(3):144-50. (in Thai).
3. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2017. 2017. [cited 2022 Dec 26]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/18Ay6FhNw0gToDSDVNOXh6tsqNMT2yr4N/view>
4. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al. *Williams Obstetrics*. 26th edition. USA: McGraw-Hill companies; 2022.
5. Jangsavang S, Siriarunrat S, Tachasuksri T. Factors predicting blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(3):79-89. (in Thai).
6. Prasitwattanaseree P. *Nursing and Midwifery: Risk and Complication in Pregnancy*. Textbook Project, Faculty of Nursing, Chang Mai University; 2022. (in Thai).
7. Gilbert L, Gross J, Lanzi S, Quansah DY, Puder J, Horsch A. How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational diabetes mellitus: An integrative review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1): 60. doi: 10.1186/s12884-019-2185-y.
8. Kritsanasuwan T, Khanobodee C, Phumonsakul S. The relationships between selected factors stress and coping of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of The Police Nurses*. 2018;10(1):71-81. (In Thai).
9. Pingwong K, Sittipa K. Factors related to self- management behavior among pregnant women at risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Journal Nursing CMU*. 2022;49(1):317-28. (in Thai).
10. Radarith C, Tachasuksri T, Siriarunrat S. Factors influencing self- management among women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(1):12-25. (In Thai).
11. Kordi M, Banaei HM, Asgharipour N, Mazloun SR, Akhlaghi F. Relationship between self- care behaviors and coping styles in women with gestational diabetes. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;26(139):190-202.
12. Ansarzadeh S, Salehi L, Mahmoodi Z, Mohammadbeigi A. Factors affecting the quality of life in women with gestational diabetes mellitus: a path analysis model. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(31):1-9.
13. Karavasileiadou S, Almegwely W, Alanazi A, Alyami H, Chatzimichailidou S. Self- management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Glob Health Action*. 2022 Dec 31;15(1):2087298.



14. Chairat S, Khungtumneam K, Nateetanasombat K. Factors related to self- care behaviors on glycemic control of pregnant women with gestational diabetes mellitus. class A1. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):204-19. (In Thai).
15. Gettong N, Rujiraprasert N. The relationships between knowledge about overweight during pregnancy, perceived self- efficacy and health behaviors among pregnant women with overweight. Srinagarind Med J. 2018;33(2):129-35. (in Thai)
16. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. USA: McGraw-Hill; 2005.
17. Nitnara J, Srisungnoen. Factors Affecting Diabetes Prevention of Pregnant Women in Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal The Journal for Health Promotion and Environmental Health. 2019;12(30):27-43. (in Thai)
18. Hua Hin Hospital. Annual Report 2019: Statistics of gestational diabetes of pregnant women who come to receive antenatal services at Hua Hin Hospital. 2019. Copy. (in Thai)
19. Prachuapkirikhun Hospital. Annual Report 2019: Statistics of gestational diabetes of pregnant women who come to receive antenatal services at Prachuapkirikhun Hospital. 2019. Document Copy. (in Thai)
20. Prachomklao Hospital. Annual Report 2019: Statistics of gestational diabetes of pregnant women who come to receive antenatal services at Prachomklao Hospital. 2019. Copy. (in Thai)
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate; 1988.
22. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. USA: McGraw- Hill; 1971.
23. Best JW. Research in education. 3rd edition. USA: Prentice-Hall; 1977.
24. Department of Health. Antenatal and postpartum care system for under the situation of the COVID-19 pandemic. 2020. 2020. [cited 2022 Dec 26]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2563-S/IDC1_1/opdc_2563_IDC1-1_08.pdf
25. Tachasuksri T, Radarith C, Siriarunrat S. A causal model of two-hour postpandial blood glucose level among women with gestational diabetes mellitus. Nurs Sci J Thail. 2020;38(4):15-30. (in Thai).
26. Kaeomaungfang R, Sukhawadee B, Kulaphanich M, Anansirikasem P. Nursing care of COVID - 19 Infection in Pregnancy. Journal of MCU Nakhondhat. 2020;7(11):370-83. (in Thai).



โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ : วิจัยแบบผสมผสานวิธี

ธัญรัตน์ ภูงค์ชัย M.Sc.* ภักวรินทร์ ภักศิริสมบุญ M.N.S.**

ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง M.P.H.* ปาริชาติ ญาตินิม PhD***

จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์ PhD****

(วันรับบทความ: 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 22 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 23 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 352 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .86, .80 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 33 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และร่วมพัฒนาโปรแกรม โดยใช้แบบสนทนากลุ่มย่อยและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรม จาก 3 หมู่บ้าน จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มควบคุม 33 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะที่ 2 พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและขาดความรอบรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ 2) การสร้างโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ 4 กิจกรรม ดังนี้ (1) อบรมให้ความรู้และคู่มือที่ค้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ (2) พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องผู้สูงอายุเกิน 70 ปี ด่านโรค (3) ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารจัดการใจ (4) ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ และ 3) หลังการทดลองใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

***อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

****อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: phakwarin.p@rbru.ac.th Tel: 088-8799835



The Program for Enhance Health Literacy of the Older People: A Mixed Method Study

Thanyarat Phuchongchai M.Sc.^{*} Phakwarin Phattharasirisomboon M.N.S.^{**}

Natpapat Nuansithong M.P.H.^{*} Parichat Yatniyom PhD^{***}

Jiratchaya Laokhompruttajan PhD^{****}

(Received Date: February 13, 2023, Revised Date: March 22, 2023, Accepted Date: March 23, 2023)

Abstract

This mixed method research aimed to develop and assess the effectiveness of a program for enhancing the health literacy of older people. The research was conducted in 2 phases. Phase 1 was survey-based research with 352 participants aged 60 years and older who were recruited into the study using simple random sampling. The data were collected using the Health Education Division 's health literacy assessment form; the health behavior questionnaires to prevent non-communicable diseases, epidemic diseases, and elderly's vital epidemic diseases; and the World Health Organization quality of life assessment form. To ensure their reliability, the Cronbach's alpha coefficients of the research instruments were assessed and were .86, .80 and .89, respectively. The Phase 1 data was analyzed using descriptive statistics. Phase 2 was action research involving 33 major key informants consisting of elderly group members, elderly care takers, community leaders, public hospital health officers, and health volunteers working with the elderly. The KIs provided data related to the elderly's health problems and co-developed the program through focus groups and interviews. Content analysis was used to analyze the qualitative data. The program was subsequently implemented with a group of 66 older people from three villages who were purposively sampled into the study and divided into experimental and control groups with 33 participants each. T-tests were used to analyze the data.

The results of Phase 1 of the study revealed that the elderly's overall health literacy, their health behaviors for preventing diseases, and their quality of life were at the "fair", "good", and "moderate" levels, respectively. Phase 2 revealed the following three major findings. First, most of the elderly had a chronic illness, lacked knowledge needed for self-health care-taking, and lacked sufficient health literacy to effectively access health information from online media. Secondly, the elderly's health literacy program development included 4 activities, specifically: (1) an educational training program via video (VDO) covering health changes in the elderly, (2) group sharing sessions to promote the elderly's ability to eat well; have good, healthy teeth; and prevent themselves from getting sick, (3) an exercise training program to strengthen their physical and mental health, and (4) skill training related to accessing online health information and media literacy. Lastly, after the program's completion, the experimental group's overall levels of health literacy and quality of life had improved to the "good" level and their overall health behaviors for preventing diseases had also increased to the "very good" level. Additionally, the mean scores for the health literacy, health behaviors for preventing diseases, and quality of life of the experimental group were statistically significantly higher than those of the control group at $p < .05$. Therefore, this study can provide fundamental information for further research into enhancing the quality of life related to health literacy among the elderly.

Keywords: program, health literacy, older people

^{*} Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{**} Instructor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

^{***} Instructor, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{****} Instructor, Department of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

^{**} Corresponding author, E-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th Tel: 088-8799835



บทนำ

นโยบายและทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านสุขภาพได้¹ โดยความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในทางความรู้ ความคิด และทักษะการใช้ชีวิตรวมถึงการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะนำตนเองไปสู่การมีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีความรู้เท่าทันต่อสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะนำมาสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยอันตรายต่าง ๆ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกด้าน² สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่า ถึงแม้ว่าความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง แต่ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ ดังนั้นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจึงอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีของมนุษย์ คุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁴ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายใน ตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยความรอบรู้ ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและ 6) ทักษะการตัดสินใจ⁵

ปัจจุบันจังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,124,924 คน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 211,820 คน คิดเป็นร้อยละ 18.83 ซึ่งจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2573 ของจังหวัดชัยภูมิ จะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) มีดัชนีการสูงวัยที่แสดงถึงการมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็กร้อยละ 20.88 และข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบว่าอำเภอเมืองชัยภูมิ มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น 29,149 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนตำบลนาฝาย ซึ่งอยู่ในอำเภอเมืองชัยภูมิ มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 33 และยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มสาเหตุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยพบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 35⁶ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุว่ายังคงมีอยู่ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกายต่าง ๆ ซึ่งความเสื่อมถอยนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่าย



จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาและใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น อาทิเช่นการศึกษาเรื่องการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำครั่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทุกด้านของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในยุคชีวิตวิถีใหม่ ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบไปด้วย 1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้น 2) การอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองในยุคชีวิตวิถีใหม่ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

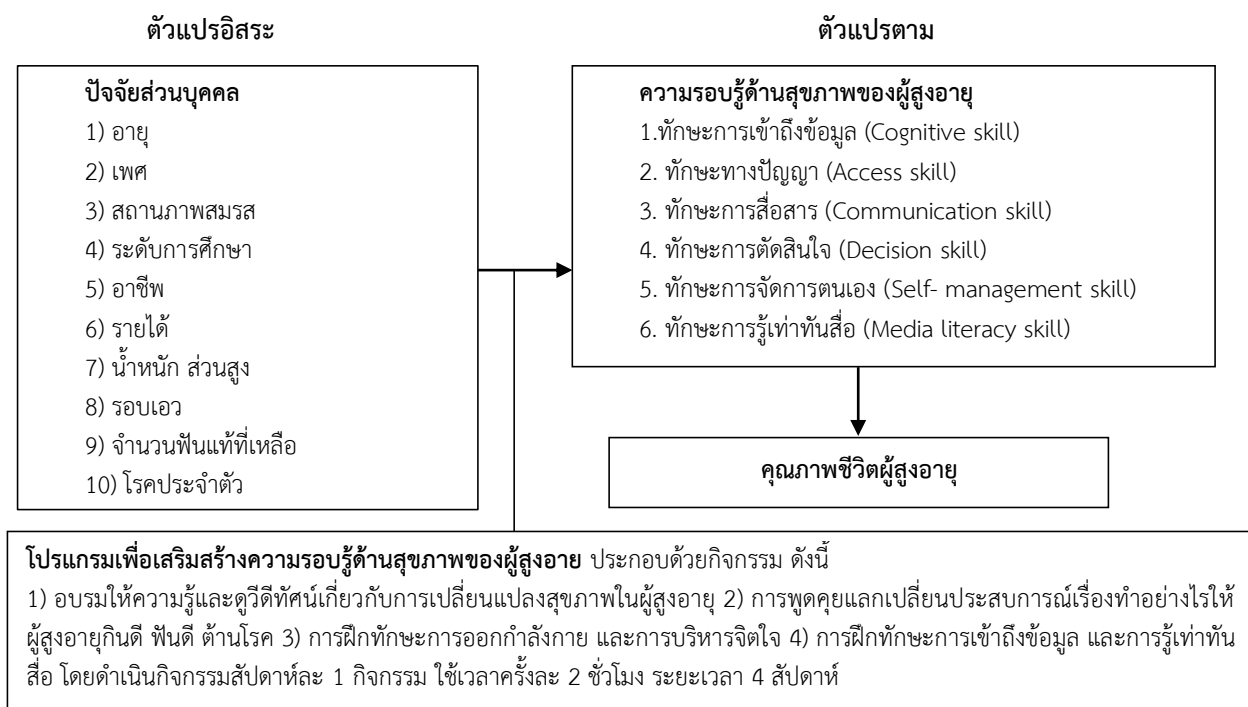
จากข้อมูลข้างต้นเป็นการศึกษาการพัฒนาแบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและเฉพาะโรค ซึ่งการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดชัยภูมิ การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และเป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี ยังพบค่อนข้างน้อย โดยผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม ร่วมกับการศึกษาแบบผสมผสานวิธีดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาจากวิธีนี้จะสามารถเสริมต่อกันและอธิบายขยายความผลการศึกษา ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองอันจะส่งผลต่อผู้สูงอายุในการลดภาวะทุพพลภาพจากโรคเรื้อรัง ชะลอความเสื่อมตามวัย ลดภาวะพึ่งพา มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี เพิ่มการมีส่วนร่วมในสังคม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ ประกอบไปด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ⁵ โดยพัฒนาโปรแกรมผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่มย่อย การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมจะเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับสูงขึ้นและอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นด้วย จากแนวคิดและทฤษฎี นำมาวิเคราะห์สร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังภาพที่ 1



โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) อบรมให้ความรู้และดูวิดีโอที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ 2) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุกินดี พอดี ด้านโรค 3) การฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจ 4) การฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed method research) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานี้จะถูกกำหนดจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,899 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางของเครจซ์และมอร์แกน¹⁰ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 320 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียและความเสียหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 355 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้วงจร PAOR แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan: P) ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action: A) ขั้นสังเกตและบันทึกผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observer: O) และขั้นสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงาน (Reflect: R) ในระยะนี้ผู้วิจัยนำเอาผลการศึกษาศาณการณความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก กำหนดขนาดตัวอย่างตามความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) จำนวน 33 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุผู้วิจัยทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและเป็นผู้สูงอายุที่มีผลการประเมินกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานอยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล เลือกคนในครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน บุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 3, 15 และ 16 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ค่าความคาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80^{8,9} โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ



และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย มีสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานอยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) สามารถอ่านออกเขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามได้ มีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการเกณฑ์คัดออก ได้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ และผู้สูงอายุย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ จำนวน 42 ข้อ ประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ 2) ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยทำให้ 1 คะแนน จนถึงทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน การแปลผล คะแนน < 48 คะแนน ระดับไม่ดีเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี คะแนน 48-55 คะแนน ระดับพอใช้ เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง คะแนน 56-63 คะแนน ระดับดีเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง คะแนน 64-80 คะแนน ระดับดีมากเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ 3) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 110 คะแนน การแปลผล คะแนน > 66 คะแนน ระดับไม่ดี มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อไม่ถูกต้อง คะแนน 66 - 76 คะแนน ระดับพอใช้ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อได้ถูกต้องเป็นเล็กน้อย คะแนน 77 - 87 คะแนน ระดับดี มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ คะแนน 88 - 110 คะแนน ระดับดีมาก มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย¹² เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic quality of life scale) เป็นที่นิยมและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง โดยพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ และได้พัฒนามาเป็นฉบับย่อ มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มากเล็กน้อย หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ้าง ๑ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือ รู้สึกแย่น้อย ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่น้อย ปานกลาง ๆ มาก หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) ระดับที่ดี (96-130 คะแนน)

3. แบบการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 5 คำถามหลัก ได้แก่ 1) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้สูงอายุ ท่านคิดเห็นอย่างไรกับสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน 2) ท่านมีแนวทางที่จะให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพให้ดีขึ้นอย่างไร 3) ท่านคิดว่าผู้สูงอายุจะสามารถทำให้ตนเองมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร และผู้สูงอายุสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นสามารถได้หรือไม่ อย่างไร 4) ท่านคิดว่าผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้อย่างไร 5) ที่ผ่านมามีการบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการจัดโครงการ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพหรือไม่ อย่างไร



4. แบบการสนทนากลุ่มย่อย ประกอบด้วยประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น 9 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาทางด้านสุขภาพของหมู่บ้านท่าน เป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง 2) ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่สำคัญที่สุด คืออะไร 3) ปัญหาของผู้สูงอายุ เกิดจากสาเหตุอะไร มีวิธีแก้ไขปัญหายังไงบ้าง 4) ในการแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดเข้ามาให้การช่วยเหลือ ช่วยอะไรบ้าง ผลการช่วยเหลือเป็นอย่างไร แก้ไขปัญหาได้หรือไม่ มากน้อยเพียงไรยังมีส่วนไหนที่ยังมีปัญหาอยู่ 5) ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุอย่างไร ผลเป็นอย่างไร 6) ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่แก้ไขได้มีอะไรบ้าง และที่แก้ไขไม่ได้มีอะไรบ้าง 7) ปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ท่านคิดว่าวิธีแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร 8) ท่านมีความต้องการอยากจะทำบุคคลใดและหรือหน่วยงานใดเข้ามาช่วยเหลือ และช่วยเหลือในเรื่องอะไรบ้าง 9) ถ้ามีโครงการและกิจกรรมที่จะมาดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ท่านคิดว่าควรจะมีกิจกรรมใดในโครงการนี้จึงจะมีประโยชน์ และท่านสามารถเข้าร่วมในโครงการนี้ได้หรือไม่

5. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) เรื่องการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในผู้สูงอายุ หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุ 2) เรื่องผู้สูงอายุกินดี พินดี ด้านโรค โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสนทนาละ 6 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุกินดี พินดี ด้านโรค ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ จากนั้นสรุปและหาแนวทางร่วมกัน 3) ทักษะการออกกำลังกายและการบริหารจัดการใจ โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารจัดการใจที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร่วมค้นหาและกำหนดบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างในชุมชน 4) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะพื้นฐานในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ และวิธีการค้นหาและเลือกใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง โดยมีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ แต่ละกิจกรรมดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) โดยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

3. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ใช้ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565

2. การพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-2-007 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติที่ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normality) จากการทดสอบ Shapiro-wilk test ได้ค่า $p\text{-value} > 0.05$ และตรวจสอบการกระจายตัวปกติของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยวิธี การตรวจสอบค่าความเบ้ (Z_{skewness}) และความโด่ง (Z_{kurtosis}) อยู่ในช่วงน้อยกว่า ± 1.96 (Skewness and kurtosis) และ 2) มีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง (Interval scale) ขึ้นไป ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 355 คน มีการสูญเสียและความเสียหายของข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 99.15 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.98 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.42 รองลงมาได้แก่ อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 31.53 และอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 17.05 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 54.26 หม้าย ร้อยละ 34.66 และโสดร้อยละ 7.39 ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.17 มัธยมศึกษา ร้อยละ 4.26 และประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 0.57 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.60 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 39.59 และ รับจ้าง ร้อยละ 12.78 ส่วนอาชีพที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.28 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่ามีรายได้ต่อเดือนในช่วง น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.61 รองลงมาได้แก่ 1,001-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.53 และ มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 17.33 ส่วนรายได้ต่อเดือนที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ 2,000 -3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 6.53 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ามีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 42.33 เกินเกณฑ์ ร้อยละ 22.73 อ้วนร้อยละ 23.01 และน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.11 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวในระดับปกติ ร้อยละ 71.02 ด้านข้อมูลจำนวนฟันแท้ที่เหลือ พบว่า ส่วนใหญ่ มีฟันแท้เหลือ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 61.08 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.35 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.36 โรคเบาหวาน ร้อยละ 28.13 และ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.07 ตามลำดับ



การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม (n=352)

องค์ประกอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	114 (32.38)	91 (25.85)	72 (20.45)	75 (21.31)	12.54	4.05	พอใช้
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	103 (29.26)	87 (24.72)	68 (19.32)	94 (26.70)	12.80	4.11	พอใช้
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	80 (22.73)	91 (25.85)	72 (20.45)	109 (30.97)	13.20	4.08	พอใช้
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	77 (21.87)	96 (27.27)	65 (18.47)	114 (32.39)	13.28	4.14	พอใช้
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	102 (28.98)	99 (28.13)	85 (24.15)	66 (18.75)	51.81	15.54	พอใช้

จากตารางที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=51.81$, S.D.=15.54) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=13.28$, S.D.=4.14) รองลงมาได้แก่ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=13.20$, S.D.=4.08) และ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=12.80$, S.D.=4.11) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=12.54$, S.D.=4.05)

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อโดยรวม (n=352)

องค์ประกอบ พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	17 (4.83)	51 (14.49)	67 (19.03)	217 (61.65)	24.02	3.80	ดีมาก
ทักษะด้านการออกกำลังกาย	126 (35.79)	63 (17.90)	10 (2.84)	153 (43.47)	6.56	2.72	พอใช้
ทักษะด้านการจัดการความเครียด	64 (18.18)	66 (18.75)	21 (5.97)	201 (57.10)	7.47	2.14	ดี
ทักษะด้านการสูบบุหรี่	10 (2.84)	22 (6.25)	12 (3.41)	308 (87.50)	9.05	1.54	ดีมาก
ทักษะด้านการดื่มสุรา	8 (2.27)	26 (7.39)	69 (19.60)	249 (70.74)	4.57	0.77	ดีมาก
ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0 (0.00)	36 (10.23)	94 (26.70)	222 (63.07)	35.67	3.52	ดีมาก
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	0 (0.0)	22 (6.25)	147 (41.76)	183 (51.99)	87.35	7.06	ดี



จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อโดยรวม อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}$ =87.35, S.D.=7.06) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$ =24.02, S.D.=3.80) ทักษะด้านการสูบบุหรี่ ($\bar{X}$ =9.05, S.D.=1.54) ทักษะด้านการดื่มสุรา ($\bar{X}$ =4.57, S.D.=0.77) ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{X}$ =35.67, S.D.=3.52) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ส่วนทักษะด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}$ =7.47, S.D.=2.14) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และ ทักษะด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =6.56, S.D.=2.72) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

การศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=352)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คะแนน		$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
	ต่ำ	สูง			
1. ด้านสุขภาพกาย (คะแนน 7-35)	10	27	18.35	3.02	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ (คะแนน 6-30)	6	23	13.89	3.97	ไม่ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนน 3-15)	3	15	6.70	2.30	ไม่ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (คะแนน 8-40)	8	40	18.05	6.07	ไม่ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม (คะแนน 26-130)	30	110	61.60	15.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =61.60, S.D.=15.43) โดยองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =18.35, S.D.=3.02) ส่วนองค์ประกอบด้านจิตใจ ($\bar{X}$ =13.89, S.D.=3.97) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}$ =6.70, S.D.=2.30) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =18.05, S.D.=6.07) มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์วางแผน (Planning) โดยการจัดสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อจะได้ทราบข้อมูล ข้อเท็จจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลดังรายละเอียดส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

1. สภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องโภชนาการ มีการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีการควบคุมอาหารตามโรคที่เป็นอยู่ ขาดความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม มีปัญหาด้านการพักผ่อนนอนหลับ มีความเครียดทั้งด้านการเงิน สุขภาพ และครอบครัว ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม เพราะสุขภาพไม่ดี มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ขาดผู้ให้การดูแลในครอบครัวที่จะดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ขาดความตระหนักในพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2. สภาพปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุขาดความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้จากการไปพบแพทย์ การดูโทรทัศน์ และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ได้ โทรศัพท์ส่วนใหญ่มีไว้สำหรับการโทร ไม่ได้ใช้ค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ทำไม่เป็น และมีปัญหาด้านการมองเห็น ทำให้มองไม่ชัด การอ่านฉลากยา หรืออ่านข้อมูลด้านสุขภาพ จึงทำได้น้อย โดยจะใช้วิธีจำว่ารับประทานอย่างไร ไม่ค่อยได้อ่าน บางครั้งมีการปรับเปลี่ยนยาทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการอภิปรายกลุ่มย่อย นำมาสรุปรวมได้ 4 กิจกรรม และสร้างเป็นโปรแกรม ดังนี้ 1) กิจกรรมอบรมให้ความรู้และดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุ กิจกรรมอบรมให้ความรู้และดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้ออย่างไรให้ผู้สูงอายุกินดี พินดี ด้านโรค โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยน



เรียนรู้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสนทนาละ 6 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุ
กินดี ฟันดี ด้านโรค ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ จากนั้นสรุปและหาแนวทางร่วมกัน 3) กิจกรรมฝึกทักษะ
การออกกำลังกาย ร่างกายแข็งแรง และการบริหารจัดการใจ อารมณ์แจ่มใส โดยจัดกิจกรรมฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหาร
จิตใจที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร่วมค้นหาและกำหนดบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างในชุมชน
4) กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะ
พื้นฐานในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพบริการสุขภาพ และวิธีการค้นหาและเลือกใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง โดยมี
การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ แต่ละกิจกรรมดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

หลังจากได้โปรแกรมจากส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมมาปฏิบัติตามแผน (Acting) สังเกตและบันทึกผล (Observing)
รวมทั้งการสะท้อนผล (Reflecting) ได้ข้อมูลและผลการวิจัย ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=33)	กลุ่มควบคุม(n=33)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	4 (12.12)	6 (18.18)	Fisher's	1.000
หญิง	29 (87.88)	27 (81.82)	Exact Test	
อายุ				
60-69 ปี	18 (54.55)	19 (57.58)	Fisher's	.722
70-79 ปี	13 (39.39)	10 (30.30)	Exact Test	
80-89 ปี	2 (6.06)	4 (12.12)		
สถานภาพ				
โสด	5 (15.15)	1 (3.03)	Fisher's	.605
คู่	19 (57.58)	15 (45.45)	Exact Test	
หม้าย	8 (24.24)	16 (48.49)		
หย่า/แยก	1 (3.03)	1 (3.03)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	30 (90.91)	30 (90.91)	Fisher's	1.000
มัธยมศึกษา	2 (6.06)	2 (6.06)	Exact Test	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1 (3.03)	1 (3.03)		
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	22 (66.67)	20 (60.61)	Fisher's	.273
รับจ้าง	1 (3.03)	4 (12.12)	Exact Test	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1 (3.03)	1 (3.03)		
ไม่ได้ทำงาน	9 (27.27)	8 (24.24)		
รายได้ต่อเดือน				
< 1,000 บาทต่อเดือน	14 (42.42)	15 (45.45)	Fisher's	.917
1,001-2,000 บาทต่อเดือน	17 (51.52)	13 (39.40)	Exact Test	
2,001-3,000 บาทต่อเดือน	0 (0.0)	1 (3.03)		
> 3,000 บาทต่อเดือน	2 (6.06)	4 (12.12)		



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=33)	กลุ่มควบคุม(n=33)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่าเกณฑ์	3 (9.09)	4 (12.12)	Fisher's	.812
สมส่วน	13 (39.40)	14 (42.42)	Exact Test	
เกินเกณฑ์	3 (9.09)	12 (33.37)		
อ้วน	10 (30.30)	3 (9.09)		
อ้วนอันตราย	4 (12.12)	0 (0.0)		
เส้นรอบเอว				
ปกติ	17 (55.52)	24 (72.73)	$\chi^2 = 0.419$	0.518
เกินเกณฑ์	16 (48.48)	9 (27.27)		
จำนวนฟันแท้ที่เหลือ(ซี่)				
< 20 ซี่	15 (45.45)	12 (33.37)	$\chi^2 = 0.109$	0.741
20 ซี่ขึ้นไป	18 (54.55)	21 (63.63)		
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	13 (39.39)	17 (55.52)	$\chi^2 = 0.047$	0.829
มีโรคประจำตัว	20 (60.61)	16 (48.48)		

χ^2 =Chi-square

จากตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน ดำเนินการพัฒนาด้านโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุม ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามนโยบายเดิม ของจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 33 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.88 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 54.55 มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 57.58 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.91 เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านการประกอบอาชีพ พบว่า อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า มากกว่าครึ่งมีรายได้ต่อเดือนในช่วง 1,000-2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.52 เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 39.40 ด้านข้อมูลเส้นรอบเอว พบว่า มากกว่าครึ่งมีเส้นรอบเอวในระดับปกติ ร้อยละ 55.52 ด้านข้อมูลจำนวนฟันแท้ที่เหลือ พบว่า ส่วนใหญ่มีฟันแท้เหลือ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 54.55 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.61 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 มากกว่าครึ่งมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.58 มีสถานภาพ หม้าย ร้อยละ 48.49 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.91 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.61 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง <1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.45 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 42.42 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวในระดับปกติ ร้อยละ 72.73 ด้านข้อมูลจำนวนฟันแท้ที่เหลือ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 63.63 และมากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.52

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – square test) และ Fisher's exact test พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test) ผลการเปรียบเทียบดังตารางที่ 5



ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มควบคุม(n=33)		t-test	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.18	2.74	12.55	1.58	0.659	0.513
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.30	2.39	13.15	1.70	-0.297	0.768
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.27	2.74	13.45	1.54	0.332	0.741
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.30	3.04	13.52	1.80	0.345	0.731
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	52.06	8.02	52.66	5.44	0.359	0.721
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค						
ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	21.82	1.67	21.61	5.02	-0.230	0.819
ทักษะด้านการออกกำลังกาย	6.36	2.25	6.27	2.20	-0.166	0.869
ทักษะด้านการจัดการความเครียด	6.91	1.10	6.30	1.99	-1.530	0.132
ทักษะด้านการสูบบุหรี่	8.73	1.72	8.48	2.11	-0.512	0.610
ทักษะด้านการดื่มสุรา	4.33	0.89	4.06	1.09	-0.624	0.535
ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ	35.27	3.92	35.79	3.32	0.576	0.567
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	83.42	4.82	82.64	7.47	-0.509	0.612
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสุขภาพกาย	23.76	2.95	23.39	1.52	-0.630	0.532
ด้านจิตใจ	20.73	3.07	20.55	2.22	-0.275	0.784
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.45	1.64	11.00	2.29	-0.926	0.358
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.24	2.88	30.12	4.28	2.090*	0.041
คุณภาพชีวิตโดยรวม	91.30	9.11	91.97	8.29	0.311	0.757

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดเชื้อและโรคติดเชื้อโดยรวมและรายด้านไม่มีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test) ผลการเปรียบเทียบดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อ และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	(n=33)		(n=33)			
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.30	2.24	13.09	2.23	-2.203	0.031
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.76	1.89	13.36	2.40	-4.509	<0.001
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.76	3.09	13.70	2.17	-1.612	0.112
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.06	1.87	13.79	2.56	-4.120	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	60.87	6.25	53.94	8.19	-3.868	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค						
ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	23.33	3.57	21.85	2.14	-2.051*	0.045
ทักษะด้านการออกกำลังกาย	8.52	1.37	6.12	2.45	-4.903**	<0.001
ทักษะด้านการจัดการความเครียด	8.73	1.55	6.94	1.54	-4.706**	<0.001
ทักษะด้านการสูบบุหรี่	9.58	0.79	8.82	0.85	-3.756**	<0.001
ทักษะด้านการดื่มสุรา	4.79	0.48	4.39	0.82	-3.508**	0.001
ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อ	37.94	3.57	35.73	3.53	-2.531*	0.014
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	92.64	7.99	84.76	7.37	-4.166	0.000
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านสุขภาพกาย	24.85	2.87	23.76	1.94	-1.808	0.076
ด้านจิตใจ	21.61	2.76	21.18	1.93	-0.724	0.472
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.18	1.59	10.94	2.21	-2.624	0.011
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.67	3.59	29.52	3.83	-1.260	0.212
คุณภาพชีวิตโดยรวม	96.67	8.37	92.45	7.69	-2.130	0.037

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพและ ด้านทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนด้านทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ไม่มีความแตกต่างกัน



การอภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษานี้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ อภิปรายผลได้ว่าการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาความจำเสื่อม มีความบกพร่องในการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น และการติดต่อสื่อสาร จากความเสื่อมตามวัย ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง^{13,14} โดยในการศึกษานี้ครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งไม่ได้คัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา อาจไม่คุ้นเคยกับภาษาทางการแพทย์ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และความสามารถในการเรียนรู้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับคนที่มีการศึกษาสูง ทำให้ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อย อาจทำให้การเข้าถึงข้อมูล หรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ค่อนข้างมีจำกัด ทำให้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ด้วย¹⁵ แต่การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านบริบทต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล อาทิเช่น การศึกษา อาชีพ ระดับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุดโดยรถยนต์ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และยังพบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล อาทิเช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นต้น¹⁶ จึงอาจกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความซับซ้อนและประกอบด้วยปัจจัยที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับความรอบรู้หลากหลายปัจจัย การที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจลักษณะส่วนบุคคล บริบทด้านสุขภาพ บริบททางสังคมที่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้การใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นคนละชุดกัน โดยการศึกษาดังกล่าวใช้แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 302ส ซึ่งการศึกษานี้ใช้เครื่องมือจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงอาจสรุปได้ว่าการใช้เครื่องมือที่ต่างกันอาจทำให้การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่แตกต่างกันได้

2. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย¹² และการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ตัวแบบถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยรวม¹⁸ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าอาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิต บริบททางสังคม วัฒนธรรมสังคมชนบทของผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นพื้นที่ชนบท อาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวก และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และไม่ได้ทำงาน ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน รวมถึงการมีรายได้น้อย เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท 2.85 เท่า¹⁹ สอดคล้องกับในสังคมเมืองโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบทโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง¹⁴ จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรหาแนวทางการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลางขึ้นไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น แต่การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวัดคุณภาพชีวิตเป็นคนละชุดกัน ซึ่งการศึกษานี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือพัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ และได้พัฒนามาเป็นฉบับย่อ จำนวน 26 ข้อ เน้นการประเมินความพึงพอใจ



และการรับรู้สถานะทางด้านร่างกาย ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จึงอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาทำให้ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางได้ แต่อย่างไรก็ตามการมองคุณภาพชีวิตจากคนต่างกลุ่ม ต่างพื้นที่ ต่างสังคม ต่างวัฒนธรรม ต่างเศรษฐกิจ และต่างเป้าหมายก็มีความต่างกัน องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตบางประเด็นก็จะต่างกันไปด้วย

3. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการใช้โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเข้าใจบริบทปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁵ ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะ และศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้สารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจ ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจ ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาการพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²¹ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคลอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำแก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้²²

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และติดตามผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยมีการติดตามเป็นระยะ เช่น ภายหลังการจัดกิจกรรม 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุและในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป



ข้อจำกัดในงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยมีการประเมินเพียงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ไม่ได้คัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ว่าผู้สูงอายุไม่เข้าข่ายมีภาวะสมองเสื่อมเพื่อแยกออกจากกลุ่มตัวอย่าง และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีการรับประทานยาหลายขนาน อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องในการเข้าร่วมโปรแกรม จึงอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาโดยทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และเนื่องจากการศึกษามีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจาก 3 หมู่บ้าน ทำให้อาจเกิดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มได้ (Contamination) แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกัน คือ เพศ และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และน้ำหนักไม่ตรงกัน ทำให้มีโอกาสในการพบปะกันลดลง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2565 ขอขอบพระคุณอธิการบดีและคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้คำแนะนำ รวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมาจนทำให้การศึกษานี้บรรลุผลสำเร็จ

References

1. Board of the 12th national health development plan. The 12th national health development plan [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016 [cited 2022 Jul 09]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422. (in Thai)
2. Matsee C, Waratwichit C. Promotion of health literacy: from concept to practice. BCNUT J Nurs. 2017;9(2):96-111. (in Thai)
3. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. NJPH. 2015;43-53. (in Thai)
4. Srithanee K. Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. JHSR. 2017;11(1):26-36. (in Thai)
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
6. Chaiyaphum Provincial Statistical Office. Provincial statistical report. Report of sickness with non-communicable diseases [Internet]. 2017 [Cited 2022 May 25]. Available from: <https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
7. Chaiyanukoo T. Development of health literacy of the elderly at Khamkrang Sub-district, Detudom District, Ubon Ratchathani Province. J Health Sci TSU. 2020;2(3):73-9. (in Thai)
8. Puttha N, Chalardlon P. The development of health literacy activities of self-care for elderly in the new normal Ban Lueak Subdistrict, Photharam District, Ratchaburi Province. Journal of MCU Nakhondhat. 2022;9(3):46-64. (in Thai)
9. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. RTNNMDjournal. 2018;45(3):509-26. (in Thai)
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. EPM. 1970;30(3):607-10.
11. Division of health education, Department of health service support ministry of public health. Assessment of health literacy and health behaviors of the people to prevent infectious and non-infectious diseases. Important people of working age in the village to change their health behavior in the year 2022. [Internet]. [cited 2022 July 20]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/437>. (in Thai)



12. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai*. 1998;5(3):4-15. (in Thai)
13. 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. *SCNJ*. 2021;8(2):39-52. (in Thai)
14. Suksri S, Settheetham D. Health literacy and self-care related to quality of life of elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen province. *KKU Res J (GS)*. 2017;17(4):73-84. (in Thai)
15. Meebunmak Y, Intana J, Kijnopakieat K, Khamthana P, Rungnoe N. Health literacy among older adults in a Semi-Urban Community in Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6(Special issue):129-41. (in Thai)
16. Ruangkiatku N. Factors Associated with Health Literacy among Thai Older Adults. *DMS*. 2022; 47(1):80-86. (in Thai)
17. Vilawarn J, Laokhompruttajan J, Laokhompruttajan T, Boonao B, Boonserm P. The effect of socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention in the elderly, Na Fai Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(1):181-95. (in Thai)
18. Puttamat W. The study of factors affecting to quality of life among elderly in Nafai Subdistrict, Muang District, Chaiyaphum by using multiple linear regression model. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanities*. 2019;1(2):112-22. (in Thai)
19. Kabmanee N, Ouicharoen S, Sakulkoo P. The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonrthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*. 2021;11(1):27-39. (in Thai)
20. Jirawongnusorn S, Chitmanasak N. Development of a health literacy model to enhance health behaviours according the “3A” principle of the elderly. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2022;7(4):233-49. (in Thai)
21. Choojai R, Boonsiri C, Patcheep K. Effects of a health literacy enhancement program for COVID-19 prevention on health literacy and prevention behavior of COVID-19 among village health volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021;8(1):250-62. (in Thai)
22. Nilnate W, Rungchutiphopan W. Health literacy and nursing professionals. *Quality of Life and Law Journal*. 2019;15(2):1-18. (in Thai)



ทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่ต้องรับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม

วรรณิ เตียววิเศษ ปร.ด.*
คิซึตะ ยาซูกะ ปร.ด.**
ภรภัทร์ เฮงอุดมทรัพย์ ปร.ด.***
ดาริน บัวหาญ พย.ม.****

(วันรับบทความ: 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 17 เมษายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 18 เมษายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการศึกษาและทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และเปรียบเทียบทัศนคติของนักศึกษาที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 จากสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดรัฐบาลและเอกชน 4 แห่ง รวมจำนวน 816 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ความคิดเห็นต่อเนื้อหาหลักสูตร และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง .74 - .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.1) รับรู้ว่ายศศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มากกว่า 2 ใน 3 ของนักศึกษา เห็นว่าเนื้อหาการรักษาภาวะการมีบุตรยากและการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์และจริยธรรมมีความจำเป็นมากขึ้น นักศึกษามีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับสิทธิการมีบุตรว่าเป็นสิทธิของผู้หญิงและของผู้ชาย แต่มีทัศนคติทางลบกับการรักษาผู้หญิง/ผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากที่ต้องรับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม เช่น ผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนทัศนคติโดยรวมมากกว่านักศึกษาระดับชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างของทัศนคติระหว่างนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 3 ที่มีประวัติการมีบุตรยากในครอบครัวและประวัติการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในครอบครัวรวมทั้งการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในอนาคต ($p > .05$)

คำสำคัญ: การมีบุตรยาก การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ นักศึกษาพยาบาล ทัศนคติ

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

**ศาสตราจารย์ Kyoritsu Women's University

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: wannee.d@rbru.ac.th เบอร์โทร: 082-9933483



Nursing Students' Attitudes Towards Assisted Reproductive Technology Involving Third Parties

Wanee Deoisres PhD^{*}

Kishida Yasuko PhD^{**}

Pornpat Hengudomsab PhD^{***}

Darin Buaharn M.N.S.^{****}

(Received Date: February 21, 2023, Revised Date: April 17, 2023, Accepted Date: April 18, 2023)

Abstract

This descriptive study aimed to examine nursing students' perceptions of their education and attitudes towards assisted reproductive technology (ART) and to compare the attitudes between students with differences in their personal factors. The research participants were 816 nursing students in the 3rd and the 4th year of their programs. They were randomly selected from 4 nursing schools (public and private institutions) using random sampling technique. Data were collected using self-report questionnaires, including questionnaires on their demographics, learning experiences about infertility and ART, opinions about the curriculum, and attitudes toward infertility and ART. The Cronbach's alpha reliabilities of the questionnaires are .74 - .87. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent *t*-tests, and ANOVAs.

Results showed that majority of students (63.1%) recognized that they had studied about ART. More than 2/3 of students agreed that the contents of infertility and nursing care for ART, including ethics, are a necessity for the nursing curriculum. While students had more positive attitudes towards having a child being a right for women/men, however, students had more negative attitudes towards treatment of female/male infertility that was assisted by a third-party, such as sperm/egg donors. The 4th year nursing students had statistically significant higher mean scores related to their attitudes than the 3rd year students ($p < .05$). No statistically significant differences were found between students based on differences on family history of infertility, family history of using ART, or intention to use the ART in the future ($p > .05$).

Keywords: infertility, assisted reproductive technology, nursing student, attitude

^{*} Associate Professor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University and

^{**} Professor, Kyoritsu Women's University

^{***} Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

^{****} Lecturer, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

^{*} Corresponding author, Email: wanee.d@rbru.ac.th Tel: 082-9933483



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาท้าทายคือเด็กเกิดน้อย¹ โดยพบว่า จำนวนเด็กเกิดใหม่ของประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีเด็กเกิดใหม่เพียง 544,570 คน² ลดลงร้อยละ 7.28 จากปี พ.ศ. 2563 ถือเป็นอัตราการเกิดที่ต่ำที่สุดในรอบ 5 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า มีอัตราการเกิดสูงในกลุ่มที่ไม่พร้อมเช่นกลุ่มวัยรุ่น และอัตราการเกิดต่ำในกลุ่มที่มีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร เช่นกลุ่มที่ปัญหาการตั้งครรภ์ยาก¹ ซึ่งอนาคตจะส่งผลอย่างมากต่อโครงสร้างประชากรไทยรวมถึงกำลังแรงงานและเศรษฐกิจของประเทศเนื่องจากจำนวนประชากรวัยแรงงานลดลงจากอัตราการเกิดลดลง ปัจจัยที่ทำให้อัตราการเกิดของเด็กเกิดใหม่ลดลงมีหลายปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสุขภาพของคู่สมรสคือ ภาวะการมีบุตรยาก (Infertility) ซึ่งองค์การอนามัยโลกบัญญัติว่าการมีบุตรยากเป็นโรคและความพิการชนิดหนึ่ง โดยให้นิยามภาวะการมีบุตรยาก ว่าหมายถึงการที่คู่สมรสอยู่ด้วยกัน มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ และไม่มีการคุมกำเนิด แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ในภายในระยะเวลา 1 ปีหรือมากกว่า สำหรับสตรีอายุไม่เกิน 35 ปี หรือระยะเวลาภายใน 6 เดือนหรือมากกว่า สำหรับสตรีอายุมากกว่า 35 ปี³ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีคู่สมรส 48 ล้านคู่ และ 186 ล้านคนประสบปัญหาการมีบุตรยาก⁴ สำหรับประเทศไทย พบว่าใน พ.ศ. 2552 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการมีบุตรยากร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.4 ในปีพ.ศ. 2558 และยังมีแนวโน้มว่า อัตราการมีบุตรยากของสตรีไทยในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย⁵

การมีบุตรยากเป็นปัญหาการสูญเสียเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการที่สำคัญอันดับ 5 ของโลก (Global disability)⁶ ซึ่งผลกระทบมากมายหลายด้านต่อบุคคลที่ประสบปัญหาโดยเฉพาะด้านจิตใจทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึมเศร้า รู้สึกผิด มีตรรกะ มีปัญหาครอบครัวและชีวิตสมรส และผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ^{7,8} สาเหตุของการมีบุตรยากมีหลายประการ ทั้งสาเหตุของฝ่ายผู้ชายหรือผู้หญิงหรือทั้งคู่ร่วมกัน การรักษาช่วยให้คู่สมรสสามารถมีบุตรตามที่ต้องการ จะเป็นช่วยแก้ปัญหาของคู่สมรส ครอบครัว และการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศ ซึ่งประเทศไทยให้ความสำคัญต่อภาวะมีบุตรยาก ถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่รัฐบาลต้องจัดเป็นวาระสำคัญของชาติ เพราะกระทบกับโครงสร้างประชากรของประเทศ โดยกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาการเข้าถึงบริการโดยเพิ่มจำนวนสถานบริการและสิทธิการรักษาของผู้มีบุตรยาก¹

การรักษาเพื่อแก้ไขปัญหามาภาวะมีบุตรยากและเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ที่ใช้ปัจจุบัน คือการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies: ARTs) ซึ่งหมายถึง กรรมวิธีที่เป็นการช่วยการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างไปจากกระบวนการตามธรรมชาติ โดยการนำเซลล์สืบพันธุ์ (Gamete) ทั้งเพศหญิงและเพศชายออกจากร่างกายของผู้รับบริการและการเคลื่อนย้ายเซลล์สืบพันธุ์เข้าไปในหลอดและ/หรือหลอดมดลูก หรือการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย (In vitro fertilization) ด้วยวิธีต่าง ๆ และการเคลื่อนย้ายตัวอ่อนเข้าไปในหลอดมดลูกและ/หรือโพรงมดลูก (Embryo transfer)⁹ วิธีการปฏิสนธิภายนอกร่างกายที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การทำซิฟท์ (Zygote Intra Fallopian Transfer: ZIFT) การช่วยปฏิสนธิแบบอิกซี่ (Intra Cytoplasmic Sperm Injection: ICSI) เป็นต้น¹⁰ นอกจากการรักษาเพื่อเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ดังกล่าวแล้ว การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้มีการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยตัวอ่อนเพื่อหาความผิดปกติต่าง ๆ ที่มีสาเหตุจากพันธุกรรม หากพบความผิดปกติอาจมีการทำลายตัวอ่อน การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ใช้เวลานาน ผู้รับบริการต้องมีความอดทนมีค่าใช้จ่ายสูงและสิทธิการรักษายังไม่ครอบคลุม และเป็นการรักษาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสได้แก่ ผู้บริจาคไข่ผู้บริจาคอสุจิ และหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนหรือที่เรียกว่าอุมบุญ (Surrogacy) การรักษาผู้มีบุตรยากจึงมีความซับซ้อนและมีประเด็นต้องพิจารณาหลายด้านทั้ง ด้านสิทธิผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ ความอ่อนไหวทางจริยธรรม ค่านิยม วัฒนธรรม และด้านกฎหมาย

การรักษาเพื่อแก้ไขปัญหามาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ แพทย์จะมีบทบาทสำคัญในด้านเทคนิค วิธีการรักษา ส่วนพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญคือการดูแลด้านจิตใจ การเป็นตัวแทนของคู่สมรส และการช่วยแพทย์ในการรักษา¹¹ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญ 4 ด้านคือ ด้านหน้าที่ในการดูแลและให้การบริการทางคลินิก ด้านความรู้และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ และด้านประสานงานในกระบวนการรักษา¹² ดังนั้นพยาบาลในฐานะทีมสุขภาพจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์และความเข้าใจในปัญหาและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของคู่สมรสที่มีบุตรยาก รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการและวิธีการรักษาที่ใช้ ซึ่งความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดี



ต่อปัญหาภาวะมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของบุคลากรสุขภาพต้องบ่มเพาะปลูกฝังตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา นอกจากนี้นักศึกษายังจะเป็นกลุ่มที่เหมาะสมในการช่วยเหลือในการรักษาโดยเป็นผู้บริจาคไข่/อสุจิเนื่องจากมีอายุในช่วงวัยเจริญพันธุ์¹³ ด้วยเหตุนี้จึงมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความตระหนัก ความคิดเห็นและทัศนคติเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในนักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ¹³⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การเคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาล และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาพยาบาลไทยรวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของนักศึกษาด้วย ซึ่งผลวิจัยจะมีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และทัศนคติของนักศึกษา รวมทั้งการจัดหลักสูตรศึกษาพยาบาลเพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

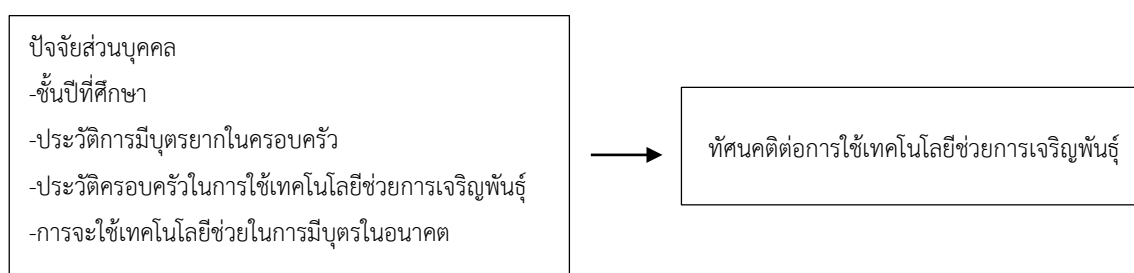
1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาล และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาพยาบาล
2. เปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาพยาบาลที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาทั้งสังกัดรัฐบาลและเอกชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2562 และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เน้นเฉพาะวิธีการรักษาที่ต้องใช้บุคคลอื่นหรือบุคคลที่สามนอกเหนือจากคู่สามีภรรยาที่มีภาวะมีบุตรยาก (เช่น ผู้บริจาคไข่หรืออสุจิ และหญิงตั้งครรภ์แทน)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ตัวแปรในการศึกษาประกอบด้วย การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตร ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และจากการวิจัยทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา ประวัติการมีบุตรยากในครอบครัว ประวัติครอบครัวในการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และการจะใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตรในอนาคตของนักศึกษา มีผลต่อทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ต่างกัน¹⁵⁻¹⁷ ดังนั้น จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยขึ้นดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) และการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการศึกษาเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมเกี่ยวกับความไวทางจริยธรรม มุมมอง และทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย โดยบทความวิจัยนี้เป็นการรายงานผลวิจัยบางส่วนเฉพาะของนักศึกษาพยาบาลไทย

ประชากรเป้าหมายในการวิจัย คือนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาสังกัดทั้งรัฐบาลและเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ที่มีคุณสมบัติดังนี้คือ 1) อายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ 2) กำลังศึกษาอยู่ในภาคการศึกษาที่ 2 ของชั้นปีที่ 3 หรือ ชั้นปีที่ 4 ของสถาบันการศึกษาสังกัดทั้งรัฐบาลและเอกชน (ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษามีประสบการณ์การศึกษารายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์) 3) ไม่จำกัดเพศและศาสนา และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกคือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง เนื่องจากไม่ทราบขนาดประชากรที่แท้จริงและเป็นวิจัยเชิงพรรณนา ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan¹⁸ โดยจากตารางจำนวนประชากรสูงสุด ต้องการตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 384 คน ในการวิจัยครั้งนี้มีวิจัยต้องการตัวอย่างที่ขนาดใหญ่และเป็นตัวแทนของประเทศไทยจึงกำหนดตัวอย่าง เป็น 2 เท่าจากตาราง คือ 768 คน และสำรองกรณีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 10 รวมตัวอย่างที่กำหนดทั้งสิ้น 840 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกสถาบันการศึกษาพยาบาลแบบสะดวก จำนวน 4 สถาบันโดยครอบคลุมสถาบันสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (1 แห่ง) สถาบันการศึกษาสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ (2 แห่ง) และสังกัดมหาวิทยาลัยเอกชน (1 แห่ง) กำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 210 คนจากแต่ละสถาบัน (ปี 3 และ ปี 4 ชั้นปีละ 105 คน) โดยสุ่มนักศึกษาพยาบาลจากแต่ละแห่งและชั้นปี ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยประเทศญี่ปุ่นสร้างขึ้นต้นฉบับภาษาอังกฤษ และทีมผู้วิจัยประเทศไทยแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับของ Brislin¹⁹ แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา เพศ อายุ และข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ได้แก่ ประวัติของครอบครัวเกี่ยวกับการมีบุตรยากของครอบครัว การใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตร และการจะใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตรในอนาคต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 4 ข้อ เป็นคำตอบแบบเลือกตอบ ตั้งแต่ เคย ไม่เคย และ ไม่แน่ใจ การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนารายข้อโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ จึงไม่ได้มีการให้คะแนนและการแปลค่าคะแนนรวม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความจำเป็นของเนื้อหาหลักสูตรเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนารายข้อ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ จึงไม่ได้มีการให้คะแนนและการแปลค่าคะแนนรวม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยากในผู้หญิงและผู้ชายโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) มีข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ (ข้อที่ 1,2,3,6 และ9) และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ (ข้อที่ 4, 5, 7, และ 8) เมื่อกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีทัศนคติที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ส่วนการวิเคราะห์เชิงพรรณนาที่ทัศนคติแต่ละข้อ ผู้วิจัยรวมคำตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “ไม่เห็นด้วย” เข้าด้วยกัน ซึ่งแสดงว่าเป็นมีทัศนคติทางลบ ส่วนคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” แสดงว่ามีทัศนคติทางบวก ตามแนวทางของ Nagineviciute & Blazeviciene¹⁴

การหาคุณภาพแบบสอบถาม แบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม ระหว่าง .93-1.0 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลญี่ปุ่น จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 เท่ากับ



.70, .95 และ .90 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามฉบับแปลเป็นภาษาไทย ได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่3 และ ปีที่4 ที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่ไม่ใช่สถาบันการศึกษาตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .74, .87 และ .75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ Kyoritsu Women's University ประเทศญี่ปุ่น (Project number 15K15810) และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารสูงสุดของสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้ง 4 แห่งในประเทศไทย ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ช่วยวิจัยแต่ละสถาบัน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2562 ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ประจำแต่ละสถาบัน สถาบันละ 1 คน ซึ่งได้ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากทีมผู้วิจัยเป็นอย่างดี ผู้ช่วยวิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาและสถานที่ในสถาบันการศึกษา ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและรับคืนทันที เมื่อตอบเสร็จเรียบร้อยผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณและมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที โดยได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งสิ้น จำนวน 816 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.14

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการมีบุตรยากของครอบครัว ประสพการณ์เคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาล ทศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ระหว่างการทดสอบค่าที (Independent t-test) และการวิเคราะห์แปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการมีบุตรยากของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 816 คน เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 สัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 49.50 และ ร้อยละ 50.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 29 ปี เฉลี่ย 21.47 ปี ($S.D. = 0.89$ ปี) ในครอบครัวไม่มีประวัติการมีบุตรยาก ร้อยละ 85 และไม่มีประวัติการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 89.30 ในอนาคตหากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการมีบุตรยาก ตอบว่าจะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 40.60 และตอบว่าไม่แน่ใจถึงร้อยละ 34.40

ประสพการณ์เคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.10 ตอบว่าเคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์และการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 54.30) ร้อยละ 61.90 เคยศึกษาเกี่ยวกับบุคคลที่สามคือผู้บริจาคอสุจิหรือผู้หญิงที่รับอุม์ท้องแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.10 ยังไม่เคยศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริจาคอสุจิจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือใช้ผู้หญิงอื่นรับอุม์ท้องแทน (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ประสพการณ์เคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ($n = 816$)

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)	เคย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)
1. เคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	285 (34.90)	515 (63.10)	16 (2.00)
2. เคยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	349 (42.80)	443 (54.30)	24 (2.90)
3. เคยศึกษาเกี่ยวกับผู้บริจาคอสุจิหรือผู้หญิงที่รับอัมตองแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร	279 (34.20)	505 (61.90)	32 (3.90)
4. เคยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบริจาคอสุจิจากบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือใช้ผู้หญิงอื่นรับอัมตองแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร	466 (57.10)	316 (38.70)	34 (4.20)

ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาล นักศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ที่ตอบว่า เห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ต่อความจำเป็นของการมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษาภาวะการมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมถึงประเด็นทางจริยธรรมในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีในปัจจุบัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาล ($n = 816$)

ความคิดเห็นต่อเนื้อหาหลักสูตร	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย จำนวน(ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน(ร้อยละ)	ค่อนข้าง เห็นด้วย จำนวน(ร้อยละ)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน(ร้อยละ)
1. การศึกษาพยาบาลปัจจุบัน เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมีความจำเป็นมากขึ้น	3 (0.40)	12 (1.50)	135 (16.50)	466 (57.10)	200 (24.50)
2. การศึกษาพยาบาลปัจจุบัน เนื้อหาของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับภาวะการมีบุตรยากมีความจำเป็นมากขึ้น	2 (0.20)	12 (1.50)	105 (12.80)	499 (61.20)	198 (24.30)
3. ในการศึกษาพยาบาลปัจจุบัน เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์รวมถึงประเด็นทางจริยธรรมมีความจำเป็นมากขึ้น	3 (0.40)	12 (1.50)	90 (11.00)	458 (56.10)	253 (31.00)
4. การศึกษาพยาบาลปัจจุบัน เนื้อหาของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์รวมถึงประเด็นทางจริยธรรมมีความจำเป็นมากขึ้น	4 (0.50)	9 (1.10)	80 (9.80)	469 (57.50)	254 (31.10)



ทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีทัศนคติทั้งทางบวกและทางลบที่เด่นชัดในหลายข้อ โดยนักศึกษามีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับสิทธิการมีบุตรของทั้งผู้หญิง (ร้อยละ 72.7) และของผู้ชาย (ร้อยละ 56.4) ส่วนทัศนคติด้านลบ พบว่านักศึกษามีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการรักษาภาวะมีบุตรยากทั้งในผู้หญิง (ร้อยละ 64.1) และผู้ชาย (ร้อยละ 57.1) ด้วยวิธีที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีและภรรยา (เช่น ผู้บริจาคอสุจิหรือผู้หญิงที่รับอุมท้องแทน) และเห็นว่าการรักษาภาวะมีบุตรยากทั้งในผู้หญิง (ร้อยละ 56.9) และผู้ชาย (ร้อยละ 58.2) ควรเกี่ยวข้องเฉพาะคู่สามีภรรยาเท่านั้นไม่ควรรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สำหรับทัศนคติที่กลาง ๆ คือเรื่องการรักษาผู้หญิง/ผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนั้นเป็นปัญหาระยะธรรมหรือไม่ และทัศนคติต่อการรักษาภาวะการมีบุตรยากของตนเองในอนาคตหากต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทัศนคติของนักศึกษาต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตร ($n = 816$)

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย/ อย่างยิ่ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน(ร้อยละ)	เห็นด้วย/อย่างยิ่ง จำนวน(ร้อยละ)
1. การมีบุตรเป็นสิทธิที่สำคัญของผู้หญิง	53 (6.50)	170 (20.80)	593 (72.70)
2. การมีบุตรเป็นสิทธิที่สำคัญของผู้ชาย	75 (9.20)	281 (34.40)	460 (56.40)
3. การรักษาผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ผู้บริจาคอสุจิหรือผู้หญิงที่รับอุมท้องแทน) นั้นไม่เป็นปัญหาระยะธรรม	281 (34.40)	27 (33.10)	265 (32.50)
4. การรักษาผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ผู้บริจาคไข่หรือผู้หญิงที่รับอุมท้องแทน) เป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ	88 (10.80)	205 (25.10)	523 (64.10)
5. การรักษาผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากควรจำกัดขอบเขตให้เกี่ยวข้องเฉพาะคู่สามีภรรยาเท่านั้น	127 (15.60)	225 (27.60)	464 (56.90)
6. การรักษาผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ผู้บริจาคอสุจิ) นั้นไม่เป็นปัญหาระยะธรรม	292 (35.80)	303 (37.10)	221 (27.10)
7. การรักษาผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ผู้บริจาคอสุจิ) เป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ	104 (12.70)	246 (30.10)	466 (57.10)
8. การรักษาผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากควรจำกัดขอบเขตให้เกี่ยวข้องเฉพาะคู่สามีภรรยาเท่านั้น	107 (13.10)	234 (28.70)	475 (58.20)
9. ถ้าฉันต้องได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก ฉันยินดีที่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (เช่น ผู้บริจาคอสุจิหรือผู้หญิงที่รับอุมท้องแทน)	253 (31.00)	278 (34.10)	285 (34.90)

ผลการเปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จำแนกตามชั้นปีศึกษา และประวัติการมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในครอบครัว รวมทั้งการจะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในอนาคต ผลวิจัยพบว่า นักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 มีทัศนคติทางบวกต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มากกว่านักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างของทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาที่แตกต่างกันในด้านประวัติการมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในครอบครัว รวมทั้งการจะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในอนาคต ($p > .05$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

	n	M	S.D.	t/F	p-value
ชั้นปีที่ศึกษา					
ปีที่ 3	404	25.47	4.18	-2.359 ^a	.019
ปีที่ 4	412	26.13	3.90		
ประวัติการมีบุตรยากในครอบครัว				.214 ^b	.807
มี	43	25.53	3.51		
ไม่มี	694	25.79	4.10		
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	79	26.03	4.00		
	n	M	S.D.	t/F	p-value
ประวัติการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในครอบครัว				.771 ^b	.463
ใช้	39	26.59	2.83		
ไม่ใช้	729	25.76	4.17		
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	48	25.75	3.03		
การใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตรในอนาคต				1.063 ^b	.346
ใช้	331	25.92	4.15		
ไม่ใช้	204	26.00	4.10		
ไม่แน่ใจ	281	25.52	3.91		

^a = t-test, ^b = F-test

การอภิปรายผล

ประสบการณ์เคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.10 เคยศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 54.30) อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในภาคการศึกษาที่ 2 ของชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 ซึ่งตามหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีของเกือบทุกสถาบัน จะมีการสอนหัวข้อเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยากและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ แต่ความเข้มข้นของเนื้อหาและจำนวนชั่วโมงที่เรียนอาจแตกต่างกันไป ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.10 บอกว่าไม่เคยเรียนมาก่อนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบริจาควาสperms จากบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือใช้ผู้หญิงอื่นรับอ้อมท้องแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร สะท้อนให้เห็นถึงนักศึกษาที่ยังขาดความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผลวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยในแห่งหนึ่ง ประเทศกานา เกี่ยวกับการบริจาคไข่เพื่อช่วยเหลือในการมีบุตรพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 61 มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคไข่ในระดับต่ำ¹³ และเพียงร้อยละ 26.80 ของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างจากหลายมหาวิทยาลัยในประเทศอาร์เจนตินา ที่รู้จักการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์¹⁶ แต่ผลวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไนจีเรีย เกี่ยวกับการบริจาคเซลล์สืบพันธุ์เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาภาวะมีบุตรยาก พบว่า ร้อยละ 75 ของนักศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยรู้จากสื่อเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.90 รู้จักการบริจาคไข่และร้อยละ 75.50 รู้จักเกี่ยวกับการบริจาควาสperms²⁰ แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ต้องใช้ความช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม คือผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ ซึ่งจะเป็นผู้ให้บริการรักษาภาวะการมีบุตรยากโดยตรง พบว่า นักศึกษาแพทย์ ส่วนใหญ่มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยเคยศึกษาจากโรงเรียนแพทย์^{21,22}



รู้จักการช่วยปฏิสันธินอกมดลูก¹⁷ และนักศึกษาแพทย์มีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงมากกว่า นักศึกษาสาขาอื่น²³

ความคิดเห็นต่อเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาล พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของนักศึกษา เห็นว่าในการศึกษาพยาบาลปัจจุบัน เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมีความจำเป็นมากขึ้น รวมทั้งเนื้อหาของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตร และประเด็นทางจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ให้นักศึกษาถึงร้อยละ 34.20 ตอบว่ายังไม่เคยศึกษาเกี่ยวกับผู้บริจาคอสุจิหรือผู้หญิงที่รับอ้อมท้องแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร และร้อยละ 51.70 ยังไม่เคยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริจาคอสุจิจากบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือใช้ผู้หญิงอื่นรับอ้อมท้องแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร ทั้งนี้ อาจเนื่องจากหลักสูตรการศึกษาพยาบาลที่จัดสอนในหลายสถาบัน เนื้อหาที่สอนและจำนวนชั่วโมงสอนอาจจะยังไม่เพียงพอ รวมทั้ง การศึกษาในภาคปฏิบัติการพยาบาลยังไม่เพียงพอหรือแทบไม่ได้ฝึกปฏิบัติในหลายสถาบัน เพราะคลินิกการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ สถานบริการของรัฐบาลในประเทศไทยยังมีจำกัด ส่วนใหญ่จะมีในโรงพยาบาลของ โรงเรียนแพทย์และสวัสดิการการรักษภาวะมีบุตรยากยังจำกัด^{24,25}

ทัศนคติทางบวกต่อการใช้เทคโนโลยีในการเจริญพันธุ์ของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลที่ดีต่อคู่สมรสที่รับบริการ ใช้เทคโนโลยีในการเจริญพันธุ์¹³ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษามีทัศนคติด้านบวกเกี่ยวกับสิทธิการมีบุตรว่าเป็นสิทธิของผู้หญิงและของผู้ชาย ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติต่อความเท่าเทียมทางเพศของนักศึกษา นักศึกษามีทัศนคติเป็นกลาง เกี่ยวกับการรักษาผู้หญิงหรือผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นว่าไม่เป็นปัญหาจริยธรรม (ข้อ 3 และ ข้อ 6) อธิบายได้ว่านักศึกษามีมุมมองที่เห็นว่ายังไม่มีความจริยธรรมในการช่วยเหลือคู่สมรสด้วยวิธีดังกล่าว และอาจเนื่องจากนักศึกษายังไม่ได้มีประสบการณ์ในการพยาบาลที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรักษาผู้หญิงหรือผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่วนทัศนคติด้านลบคือ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการรักษาผู้หญิง/ผู้ชายที่มีภาวะมีบุตรยากโดยให้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น ผู้บริจาคไข่หรือผู้หญิงที่รับอ้อมท้องแทน โดยมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรทำ (ข้อ 4 และข้อ 8) โดยมองว่าการรักษาควรจำกัดอยู่แค่คู่สมรสเท่านั้น (ข้อ 5 และ ข้อ 7) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาสาขาอื่น ๆ ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งประเทศจอร์แดน ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม พบว่า ร้อยละ 97.60 ของนักศึกษาหญิงและร้อยละ 80.50 ของนักศึกษาชาย ไม่ยอมรับและมีทัศนคติทางลบต่อการใช้เทคโนโลยีในการเจริญพันธุ์ด้วยวิธีการตั้งครรภ์แทนหรืออ้อมบุญ¹⁵ รวมทั้งการศึกษาในนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ประเทศกานา พบว่าร้อยละ 52 ของนักศึกษาหญิงมีทัศนคติไม่ต่อการบริจาคไข่เพื่อช่วยเหลือคู่สมรสที่มีบุตรยาก¹⁵ และการศึกษาในประเทศบังคลาเทศ พบว่านักศึกษาแพทย์และบุคลากรทางการพยาบาลมีทัศนคติไม่ต่อการภาวะการมีบุตรยากในผู้ชาย²⁶ อย่างไรก็ตามการศึกษาขัดแย้งกับหลายประเทศ พบว่า นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาผดุงครรภ์ และนักศึกษาแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศลิทัวเนียมีทัศนคติทางบวกต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติทางบวก มากกว่านักศึกษาแพทย์ในทุกเรื่อง ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีในการเจริญพันธุ์เป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์และต้องมีการพัฒนาต่อไป ไม่ได้ทำให้สูญเสียงบประมาณ ไม่ต้องมีการควบคุมมาก ไม่ได้เป็นธุรกิจ และการทำการปฏิสนธินอกมดลูกมีความเหมาะสม¹⁴ การศึกษาเฉพาะในนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้าย ในมหาวิทยาลัย 4 แห่งประเทศอิหร่าน พบว่านักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม แม้ว่าจะมีทัศนคติกลางๆในเรื่องอาจเกิดความผิดปกติของทารกและต้องทำลายชีวิต²⁷ นอกจากนี้การศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั่ว ๆ ไป จาก 21 มหาวิทยาลัยในประเทศตุรกี พบว่านักศึกษามีทัศนคติค่อนข้างบวกต่อปัญหาการมีบุตรยาก มองว่าไม่ใช่ความผิดของทั้งผู้หญิง (ร้อยละ 70.05) และผู้ชาย (ร้อยละ 61.70) ที่ไม่สามารถมีบุตรได้¹⁷ และการศึกษาทัศนคติต่อการบริจาคเซลล์สืบพันธุ์เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาภาวะมีบุตรยาก ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศไนจีเรีย พบเกือบครึ่งหนึ่งหรือ 46.90% ของนักศึกษามีทัศนคติบวกต่อการบริจาคเซลล์สืบพันธุ์²⁸ ร้อยละ 54.90 เต็มใจบริจาคไข่ และร้อยละ .80 (9 คน) เคยบริจาคไข่²⁰

ผลวิจัยพบว่า นักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 มีทัศนคติทางบวกต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตรมากกว่านักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีวุฒิภาวะสูงขึ้นและได้ศึกษาและมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยในการมีบุตรเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้มีทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้น มากกว่านักศึกษาพยาบาล



ชั้นปีที่ 3 ซึ่งผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจอร์แดน ที่พบว่านักศึกษาระดับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษามีทัศนคติทางบวกต่อการตั้งครรภ์มากกว่านักศึกษาระดับปริญญาตรี¹⁵ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในประเทศตุรกีที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คะแนนทัศนคติต่อภาวะการมีบุตรยากน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3¹³ และระดับชั้นปีที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการช่วยในการมีบุตรด้วยการบริจาคเซลล์สืบพันธุ์²⁸ และผลวิจัยครั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาที่มีประวัติการมีบุตรยากในครอบครัว ประวัติการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในครอบครัว รวมทั้งการจะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในอนาคต ($p > .05$) ซึ่งผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่านักศึกษาพยาบาลที่มีบุคคลในครอบครัวมีบุตรยากมีคะแนนทัศนคติต่อภาวะการมีบุตรยากไม่ต่างกับนักศึกษาในกลุ่มที่ไม่มี²⁷ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีผลที่ขัดแย้งกัน โดยนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีคนในเครือข่ายครอบครัวมีปัญหาบุตรยากทัศนคติต่อภาวะการมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ดีกว่านักศึกษากลุ่มที่ไม่มี^{16,17} ส่วนการศึกษาในนักศึกษาแพทย์พบว่านักศึกษากลุ่มที่ไม่มีประวัติมีบุตรยากในครอบครัวมีคะแนนทัศนคติต่อการมีบุตรยากดีกว่ากลุ่มที่มี²⁶

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกสถาบันการศึกษาพยาบาลแบบสะดวก ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลในภาคกลางและภาคตะวันออก ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของนักศึกษาพยาบาลของประเทศไทย และผลการวิจัยสามารถสรุปอ้างอิงได้จำกัดเฉพาะนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาที่มีบริบทคล้ายกับสถาบันที่ทำการศึกษาวินิจฉัยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบริจาคอสุจิจากบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือใช้ผู้หญิงอื่นรับอ้อมท้องแทนเพื่อช่วยในการมีบุตร และนักศึกษายังเห็นด้วยว่าเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในหลักสูตรการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็น ดังนั้นหลักสูตรการศึกษายาบาลควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยาก การรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์วิธีต่าง ๆ ให้ครอบคลุม และจัดการสอนด้วยวิธีให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีในการพยาบาลผู้รับบริการ
2. ในอนาคตหากมีหน่วย/คลินิกบริการรักษาภาวะมีบุตรยากในสถานบริการของรัฐขยายเพิ่มมากขึ้น ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้มีทักษะ และมีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากของผู้รับบริการและการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรสุ่มเลือกสถาบันการศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีในการวิจัย และควรวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องในการพยาบาลคู่สมรสที่มีบุตรยากและการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาล เช่น ความเข้าใจ (Empathy) ผู้รับบริการ และความไวเชิงจริยธรรม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก Kyoritsu Women's University ประเทศญี่ปุ่น คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอบคุณนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้



References

1. Chamroonsawasdi K, Chairak P. A mid-term evaluation of the Second National Reproductive Health Policy and Strategies (2560 - 2569 B.E.) to promote quality of birth and growth. 2021. Department of Health. Ministry of Public Health. [cited 2022 Dec 10]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=80427&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&did=25574 (In Thai)
2. National Statistic Office. Number of total livebirths and livebirths in hospital and percentage of livebirths in hospital per total livebirths by region and province: 2012 – 2021. [cited 2023 Jan 20]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> (In Thai)
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, Fertil Steril 2009;92(5):1520-4.
4. Ombelet W. WHO fact sheet on infertility gives hope to millions of infertile couples worldwide. Facts Views Vis Obgyn 2020;12(4):249-51.
5. United Nations Population Fund, Office of the National Economic and Social Development Council. Thai population situation report 2016 [Internet]. Bangkok: United Nations Population Fund (UNFPA); 2015 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://thailand.unfpa.org/site/default/files/pub-pdf/State%20of%20Thailand%20Population%20report%202015-Thai%20Family_th.pdf. (in Thai)
6. The Lancet Global Health. Infertility-why the silence? Lancet Glob Health 2022;10(6):e773.
7. Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Shaiful Bahari I, Nik Muhammad Arif NA. Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2022;12(3):1-7.
8. Pangzup S, Ratinthorn A, Kasak R, Kasak P. The experience of women with infertility: A synthesis of qualitative study. Nurs Sci J Thai 2021;39(3):1-16. (In Thai)
9. The Medical Council of Thailand. Standard services of assisted reproductive techniques services. [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://www.tmc.or.th/download/1_40.pdf (In Thai)
10. Satirapod C, Choktanasiri W. Basic to advance infertility treatment. Rama Med J 2017;40(4):49-58. (In Thai)
11. Tsonis O, Gkrozou F, Siafaka V, Paschopoulos M. The role of a midwife in assisted reproductive units. Clin Obstet Gynecol Reprod Med 2019;5(6):1-4.
12. Noide D, Anusanti S, Bankaert, P. The study of nursing outcome indicators of female infertility assisted reproductive. The Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020;21(3):324-30. (In Thai)
13. Dönmez C, Emül GT. The knowledge and attitudes of nursing students infertility and determination of factors affecting these variables. Ordu University J Nurs Stud 2022;4(3):375-81.
14. Nagineviciute M, Blaževičiene A. Students' attitude towards assisted reproductive technologies: Comparison between students of nursing and medical faculties. NERP 2019;9(11):56-60.
15. Mustafa AG, Alzoubi KH, Khabour OF, Alfaqih MA. Perspectives and attitudes of Jordanian medical and paramedical students toward surrogate pregnancy. Int J Womens Health 2018;10:617-22.



16. Jurkowski L, Manubens R, Ryberg JO, Rossi M. Fertility awareness, attitudes towards parenting, and knowledge about assisted reproductive technology among university students in Argentina. *JBRA Assist Reprod* 2021;25(3):453-8.
17. Siyez DM, Seymenler S, Kağnıcı Y, Esen E, Siyez E, Baran B. Investigating university students' attitudes towards infertility in terms of socio-demographic variables. *Health Psychol* 2018;6(4): 351–60.
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607–10.
19. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cult Psychol* 1970;1(3):185–216.
20. Ogunbode OO, Obajimi GO. Assisted Reproductive Techniques and gamete donation, knowledge, attitude and willingness to participate among students in a Nigerian Tertiary Institution. *Med J Zamb* 2020;47(1):8-15.
21. Shruthi P, Jayanth S. Awareness and attitude about social, ethical and legal issues related to assisted reproductive techniques (A.R.T) amongst medical students and interns in a tertiary care hospital at Chennai. *Indian J Forensic Med Toxicol* 2021;15(2):445-50.
22. Ajayi A, Ajayi V, Biobaku O, Oyetunji I, Aikhuele H, Afolabi BM. Awareness, knowledge and perception of in-vitro fertilization among final-year medical students in South-West Nigeria. *Int J Pregn & Chi Birth*. 2017;2(1):5-12.
23. Meissner C, Schippert C, von Versen-Höynck F. Awareness, knowledge, and perceptions of infertility, fertility assessment, and assisted reproductive technologies in the era of oocyte freezing among female and male university students. *J Assist Reprod Genet* 2016;33:719-29.
24. Pawa R, Udomsrisumran L, Kiatpongsan S. Fertility physicians' opinions and attitudes on access to assisted reproductive technology: An Asia-Pacific perspective. *Fertility & Reproduction* 2020;2(2):61-9.
25. Traiwattanawong N, Karcharnubarn R. Factors related to infertility treatment. *Journal of Social Science Srinakharinwirot University* 2019;22(1):59-73. (In Thai).
26. Iktidar MA, Chowdhury S, Roy S, Islam AMK, Islam M, Chowdhury T, et al. Knowledge, attitude and perception among medical students and healthcare professionals regarding male infertility: A crosssectional survey from Bangladesh. *BMJ Open* 2022;12(11):1-12.
27. Talebi A, Khodamoradi K, Rashidi Z, Khosravizadeh Z, Bayat N, Safarzadeh Kozani P, et al. Attitude of medical students toward third-party reproductive techniques. *Int J Health Stud* 2021;7(3):25-32.
28. Bakare OQ, Oluwole OE, Ogunkoya D, Aja C, Thomas J. Knowledge, attitude and willingness to participate in gamete donation for artificial insemination among undergraduate students in Lagos. *Ann H Res* 2022;8(4):277-87.



ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

พรภัทรา แสนเหลา (การพยาบาลชุมชน) พย.ม.*

สุวารี ทวนวิเศษกุล (การพยาบาลชุมชน) พย.ม.**

ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ (สาธาณศาสตรุษฎีบัณฑิต) ส.ด.**

อรรี มาอั้น*** จริยา พานสายตา***

(วันรับบทความ: 27 มกราคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 28 เมษายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 22 พฤษภาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับกัญชา การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้กัญชาและพฤติกรรมการใช้กัญชา 2) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยการแบ่งชั้นภูมิแบบเป็นสัดส่วน จำนวน 390 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 – ตุลาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาที่สร้างขึ้นเอง ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ ค่าความเที่ยงตรงรายข้อระหว่าง 0.7-1.0 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทดสอบใช้ Kuder - Richardson สูตร KR - 20 เท่ากับ 0.61 และและหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Cronbach's Alpha Coefficient) ใน องค์ประกอบอื่น ๆ เท่ากับ 0.89, 0.91, 0.91 และ 0.98 วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยสถิติ Pearson chi - square

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้กัญชาและการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 87.2, 61.5, 72.3 และ 69.5 ตามลำดับ ส่วนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้กัญชาและพฤติกรรมการใช้กัญชาอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 56.9 และ 48.2 ตามลำดับ การศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า เพศ และรายได้ที่ได้รับต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ขณะที่ศึกษา และผลการเรียนเฉลี่ยอายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วน อายุ ชั้นปี และลักษณะที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ข้อเสนอแนะ ควรมีนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษา โดยการเปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูล การสื่อสารและส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการใช้กัญชา เพื่อการตัดสินใจและมีพฤติกรรมการใช้กัญชาที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กัญชา นักศึกษา

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

***นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: pp_sanloa@hotmail.com Tel: 093-3250824



The relationship between personal information and health literacy about cannabis of students at one university

Pornphattra Sanloa (Community Nursing) M.N.S.*

Suwaree Tuanwisetkul (Community Nursing) M.N.S.**

Pankarin Hoyrat (Public Health) Dr.PH.**

Orawee Ma – on*** Jariya pansayta***

(Received Date: January 27, 2023, Revised Date: April 28, 2023, Accepted Date: May 22, 2023)

Abstract

The objectives of this descriptive study were to examine university students' 1) health literacy related to their knowledge and understanding about cannabis; access to information about cannabis use; health communications about cannabis; media literacy and information about cannabis; decision-making about cannabis use and cannabis use behaviors; and 2) the relationship between the students' demographic characteristics and student health literacy about cannabis. Proportional stratified sampling was used to recruit 390 student-participants from a single university. Data were collected from August to October 2022. The Health Literacy about Cannabis Questionnaire was developed and examined by content experts, yielding an IOC of 0.7-0.9. The Kuder-Richardson formula was used to test the reliability of the knowledge and understanding of cannabis sections of the questionnaire, producing a KR-20 = 0.61. Internal consistency for the other components of the questionnaires were calculated using Cronbach's alpha coefficient, and they produced alphas of 0.89, 0.91, 0.91 and 0.98 respectively. Descriptive statistics were used to analyze the data. Pearson's chi-square tests were used to analyze the associations between the participants' demographic characteristics and their health literacy about cannabis.

The study results showed that the scores for knowledge and understanding about cannabis; access to information about cannabis use; health communications about cannabis use; and media literacy and information about cannabis were moderate at approximately 87.2%, 61.5%, 72.3% and 69.5%, respectively. Scores for decision-making about cannabis use and cannabis use behaviors were low, having scores of 56.9% and 48.2%, respectively. Gender and income per month had a significant positive relationship with health literacy about cannabis ($p < .01$). Faculty of study and grade point average also had significant positive relationships with health literacy about cannabis ($p < .05$). No correlations were found between age, the year in the program of study, or residential characteristics and the participants' health literacy about cannabis. The study's findings suggest that educational institutions should have a policy in place to promote health literacy regarding cannabis among their students which provides students with access to health information about cannabis; health communications about cannabis use; media literacy about making good decisions about cannabis use; and cannabis use behaviors.

Keywords: health, literacy, cannabis, students

* Assistant professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University

** Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*** Student of graduate nursing program, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*Corresponding Author, Email: pp_sanloa@hotmail.com Tel: 093-3250824



บทนำ

กัญชาถือว่าเป็นพืชที่มีคุณค่ามากชนิดหนึ่ง เพราะว่า เป็นพืชที่ให้เส้นใย น้ำมันและสารชีวภัณฑ์ ในทางสุขภาพและยา (Phytochemicals) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันและมีการใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้นมาเป็นเวลายาวนาน มนุษย์เพาะปลูก เพื่อใช้ประโยชน์จากเส้นใยโดยการนำมาทำเป็นยา ซึ่งได้รับการยอมรับจากการแพทย์แผนตะวันตกอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีการทดลองอย่างเป็นระบบ^{1,2} ปัจจุบันการใช้ประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ เป็นที่สนใจของสังคมและนักวิจัยเป็นอย่างมาก สันนิษฐานว่ามนุษย์รู้จักยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 6,000 ปีมาแล้ว เรียนรู้แบบลองผิดลองถูกจากประสบการณ์ นำพืชเสพติดมาเป็นสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรคหลายทุกซ์เพื่อความผ่อนคลาย ความบันเทิง ทำให้เกิดวิวัฒนาการมาเป็นยาเสพติดที่สังเคราะห์ได้จากสารเคมี มีการแพร่ระบาดมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน ด้วยเหตุที่กัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมาก³ กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและที่ก่อให้เกิดการเสพติดซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษหลายประการ กัญชา ถูกจัดไว้ในรายการยาเสพติดตามกฎหมายของหลายๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีความเคลื่อนไหว จากหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย เรียกร้องให้มีการทบทวนแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อถอดกัญชาออกจากรายการยาเสพติด⁴ ในอดีตกัญชาเป็นกลุ่มยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กัญชามีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือในทางการแพทย์นั้นได้มีการใช้กัญชาเพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วย และสามารถนำมาใช้ผสมอาหารในรูปแบบต่าง ๆ ได้ และข้อเสีย คือการเสพติดกัญชาโดยวิธีการสูบออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปัจจุบันประเทศไทยมีการประกาศจากกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 พ.ศ. 2565 ให้สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ให้ยกเว้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2565⁵ จากการที่กัญชาได้ถูกประกาศจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ยกเว้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ อาจเป็นสาเหตุในการใช้ของนักศึกษาปริญญาตรีที่กำลังจะเป็นอนาคตของชาติมีโอกาสเข้าถึงได้ง่าย ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพูดถึงและใช้อย่างแพร่หลายในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ทำให้ผู้ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ไม่ใช่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วโลก สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้กัญชาไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ หรือเพื่อสันทนาการก็ตาม คือ ผู้ใช้ที่อยู่ในกลุ่มอายุเยาวชนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเริ่มต้นใช้สารเสพติดหลายชนิดในช่วงวัยนี้ ในการศึกษาผลกระทบของการใช้กัญชาควบคู่กับการดื่มแอลกอฮอล์หลายการศึกษาพบข้อมูลที่น่าสนใจในการเป็นเยาวชนเน้นนอนว่าความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลองทำสิ่งที่แตกต่าง และบางครั้งก็คิดว่าร่างกายจะรับผลกระทบทุกรูปแบบจากการใช้สารได้ ทำให้พวกเขาทดลอง และใช้สารในปริมาณที่มากขึ้น รวมถึงรูปแบบการใช้ที่อันตรายขึ้น⁶ สมชาย รัตนทองคำ⁷ กล่าวว่า ลักษณะทั่วไปของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษามักจะอยู่ในวัยกำลังจะเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นและมีอุดมการณ์สูง สนใจในสิ่งที่อยากรู้ ต้องการการยอมรับของเพื่อน อาจารย์ และสังคม ต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (self directed learning) มักสนใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ครอบครัวยุค และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ในมหาวิทยาลัย เป็นชีวิตที่มีความหลากหลาย นักศึกษามีบุคลิกภาพต่าง ๆ ซึ่งมักได้รับการพิจารณา ทดสอบ ทำหาคัดเลือก หล่อหลอม และยึดไว้เป็นลักษณะของผู้เรียนแต่ละคนแต่ละสถาบัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่นอกจากเวลาเรียนแล้ว นักศึกษามักสนใจกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเข้าชมรมบำเพ็ญประโยชน์ ดนตรี และกีฬา หากช่วงปิดเทอมก็มักออกค่ายอาสาเพื่อพัฒนาชนบท มักอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าอยู่กันตามลำพัง ด้วยเหตุนี้ชีวิตในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาไม่ว่าจะเป็นการเรียนการสอนในห้องเรียน หรือกิจกรรมนอก ห้องเรียน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัย หรือนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งหากมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษา สืบเนื่องจากการเปิดเสรีกัญชา จะสามารถนำเป็นข้อมูลในการควบคุมและป้องกันพฤติกรรมการใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization:WHO)⁸ ได้อธิบายความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ว่า หมายถึง ทักษะทางการรู้และสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความ สามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถมีความรอบรู้



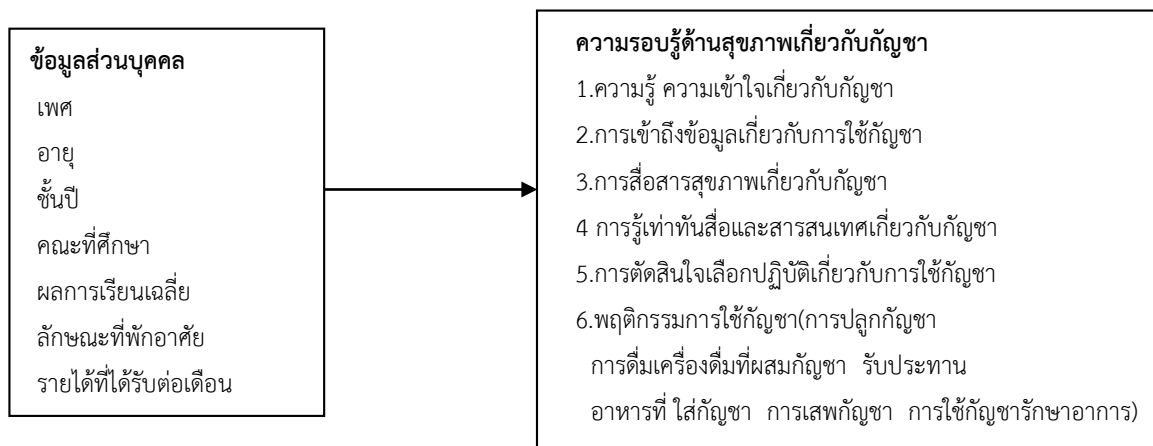
ด้านสุขภาพโดยใช้ทักษะการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ⁹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขศึกษา ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูง ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน กล่าวได้ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ¹⁰ สุขภาพ หรือ “สุขภาวะ” ของบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน ปัจจัยสำคัญด้านหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างมากที่สุดคือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health literacy” ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ศักยภาพของบุคคล”¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะของบุคคลในการดูแลสุขภาพ เป็นการบรรลุถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจในการปฏิบัติ เพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้นโดยการปรับ เปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ เป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูล ประเมินข้อมูลนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ อันจะส่งผลให้มีสุขภาพดี ลักษณะประชากรส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความยากจน การเป็นคนกลุ่มน้อย กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเปราะบาง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่ต่ำลง และพบว่า บิดา มารดา ครอบครัวยุคใหม่ ประชาชนในชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน¹² การศึกษาของศิริลักษณ์ อัครพิน และคณะ¹³ พบว่า เพศ ชั้นปี คณะ การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย และการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับ การใช้กัญชาในทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ ณปภัช จินตภาณุธนศิริ และณกมล จันทรม ¹⁴ พบว่า เกรดเฉลี่ย ที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นและแสดงพฤติกรรมได้อย่างเสรี สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ในมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่นอกจากเวลาเรียนแล้ว นักศึกษาจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ทำให้มีโอกาสนำกัญชามาใช้ในกิจกรรมสังสรรค์ หรือเป็นการกระทำทำหาย การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษา จะทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนกำกับดูแลการใช้กัญชาของนักศึกษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี คณะ ที่ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย ลักษณะที่พักอาศัย อาศัย รายได้ที่ได้รับต่อเดือนกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร คือ นักศึกษาภาคปกติที่ขึ้นทะเบียนปีการศึกษา 2565 ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 3,188 คน จำแนกเป็น คณะครุศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ และโครงการจัดตั้ง คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม จำนวน 1,757, 295, 314, 337, 383 และ 102 ตามลำดับ โดยเป็น นักศึกษา ชั้นปี 1-4 จำนวน 980, 805, 692 และ 711 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรของ Yamane¹⁵ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 และระดับความเชื่อมั่น 0.95 ได้จำนวน 390 คน สุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งชั้นภูมิแบบเป็นสัดส่วนของคณะและชั้นปี ได้แก่ คณะครุศาสตร์ คณะรัฐศาสตรศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ และโครงการจัดตั้ง คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม จำนวน 215, 36, 39, 41, 47 และจำนวน 12 คนตามลำดับ โดยเป็น นักศึกษา ชั้นปี 1-4 จำนวน 118, 100, 85 และ จำนวน 87 คน ตามลำดับ

เครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี คณะที่ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย ลักษณะที่พักอาศัย และรายได้ที่ได้รับต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ประกอบด้วย 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา จำนวน 25 ข้อ เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ คำถามทางบวกจำนวน 11 ข้อ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน คำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน 2) การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 3 ข้อ 3) การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 4) การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับกัญชา จำนวน 3 ข้อ 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 5 ข้อ เป็น Rating Scale 5 ระดับ 1=น้อยมาก 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก 5=มากที่สุด คะแนนที่ได้ 1-5 คะแนนตามลำดับ 6) พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชา จำนวน 5 ข้อ เป็น Rating Scale 5 ระดับ 0=ไม่เคย 1=ค่อนข้างน้อย 2=บ่อย 3=ค่อนข้างบ่อยมาก 4=บ่อยมาก คะแนน เต็ม 20 คะแนน การตัดสินใจผล 0-5 คะแนน = ระดับน้อย คะแนนที่ได้ 6-10 = ระดับปานกลาง 11 คะแนนขึ้นไป = ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้ค่าความเที่ยงตรงรายข้อ (Index of item-Objective Congruence :IOC) ระหว่าง 0.70-1.00 ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) คือ โดยทำแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจากประชากรอื่นที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดสอบใช้ Kuder - Richardson สูตร KR - 20 ในส่วนที่ 2 ได้เท่ากับ 0.61 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3, 4 และส่วนที่ 5 ได้เท่ากับ 0.89, 0.91, 0.91 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลถึงคณบดีทุกคณะ และเก็บข้อมูลผ่านทาง Google forms ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive analytical statistics) ดังนี้ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชา วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะทางประชากรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา โดยใช้สถิติ Pearson chi - square

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิหมายเลขของหนังสือรับรอง เลขที่ HE 65 - 1 - 015 วันที่รับรอง 20 กันยายน พ.ศ. 2565 และมีข้อความชี้แจงในแบบสอบถามถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การตอบแบบสอบถามที่นำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีผลต่อสิทธิการเป็นนักศึกษาหรือผลกระทบอื่น ๆ



ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.5 อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 30 ปี อายุเฉลี่ย 20.45 ส่วนใหญ่เป็นอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.3 กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 30.5 คณะครุศาสตร์ ร้อยละ 54.9 ผลการเรียนเฉลี่ยมากกว่า 3.00 คิดเป็นร้อยละ 73.1 ลักษณะที่พกอาศัยเป็นหอพักภายนอกมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 74.4 รายได้ที่ได้รับต่อเดือน 3,001- 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.1

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชา และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการใช้กัญชา ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 87.2, 61.5, 72.3 และ 69.5 ตามลำดับ ส่วนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้กัญชา และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 56.9 และ 48.2 ตามลำดับ ความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละจำแนกรายองค์ประกอบของความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชา (n=390)

องค์ประกอบ	ระดับน้อย (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับมาก (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา	33(8.5)	340(87.2)	17(4.4)	15.69	3.18
การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ กัญชา	54(13.8)	240(61.5)	96(24.6)	10.90	2.75
การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ กัญชา	61(15.6)	282(72.3)	47(12.1)	23.31	6.76
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการใช้ กัญชา	50(12.8)	271(69.5)	69(17.7)	10.82	3.03
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ การใช้กัญชา	222(56.9)	84(21.5)	84(21.5)	10.28	6.25
พฤติกรรมการใช้กัญชา	188(48.2)	152(39.0)	50(12.8)	4.64	5.88
ความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	74.67	17.45

พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชามากที่สุด ได้แก่ ไม่เคยปลูกกัญชา ร้อยละ 55.4 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มผสมกัญชา ร้อยละ 55.6 ไม่เคยการรับประทานอาหารใส่กัญชา ร้อยละ 47.4 ไม่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการเสพกัญชา ร้อยละ 60.5 พฤติกรรมในการใช้กัญชาอื่น ๆ ได้แก่ รักษาอาการนอนไม่หลับ รักษาลมชัก ภาวะอาเจียนคลื่นไส้ คลายเครียด พบว่า ไม่เคยใช้ มากที่สุด ร้อยละ 61.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละจำแนกรายองค์ประกอบของพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชา (n=390)

องค์ประกอบ	บ่อยมาก	ค่อนข้างบ่อยมาก	บ่อย	ค่อนข้างน้อย	ไม่เคย
การปลูกกัญชา	31(7.9)	41(10.5)	35(9.0)	67(17.2)	216(55.4)
การดื่มเครื่องดื่มผสมกัญชา	19(4.9)	46(11.8)	39(10.0)	69(17.7)	217(55.6)
การรับประทานอาหารใส่กัญชา	25(6.4)	51(13.1)	48(12.3)	81(20.8)	185(47.4)
พฤติกรรมเกี่ยวกับการเสพกัญชา	25(6.4)	29(7.4)	32(8.2)	68(17.4)	236(60.5)
พฤติกรรมในการใช้กัญชาอื่น ๆ	21(5.4)	38(9.4)	25(6.4)	68(17.4)	238(61.0)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เพศ ผลการเรียนเฉลี่ย และรายได้ที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.000$) ($P=0.022$) และ($P=0.000$) ตามลำดับ ส่วนอายุ ชั้นปี คณะที่ศึกษา และลักษณะที่พกอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาโดยรวม ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชาโดยรวม (n=390)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวม			รวม	X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
เพศ						
ชาย	5(6.3)	52(65.0)	23(28.7)	80(100)	23.739	.000**
หญิง	75(24.2)	201(64.8)	34(11.0)	310(100)		
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		
อายุ						
น้อยกว่า20 ปี	43(21.1)	139(68.1)	22(10.8)	204(100)	7.670	.104
20-22 ปี	29(18.0)	101(62.7)	31(19.3)	161(100)		
มากกว่า22 ปี	8(32.0)	13(52.0)	4(16.0)	25(100)		
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		
ชั้นปี						
ปี 1	26(21.8)	81(68.1)	12(10.1)	119(100)	8.196	.224
ปี 2	21(21.6)	63(64.9)	13(13.4)	97(100)		
ปี 3	15(16.9)	53(59.6)	21(37.5)	89(100)		
ปี 4	18(21.2)	56(65.9)	11(12.9)	85(100)		
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		
คณะที่ศึกษา						
คณะครุศาสตร์	49(22.9)	138(64.5)	27(12.6)	214(100)	13.897	.084
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์	11(23.9)	30(65.2)	5(10.9)	46(100)		
คณะบริหารธุรกิจ	4(10.0)	29(72.5)	7(17.5)	40(100)		
คณะรัฐศาสตร์	11(30.6)	17(47.2)	8(22.2)	36(100)		
คณะอื่น	5(9.3)	39(72.2)	10(18.5)	54(100)		
(คณะพยาบาลศาสตร์/โครงการจัดตั้ง คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี อุตสาหกรรม)						
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		
ผลการเรียนเฉลี่ย						
ผลการเรียนเฉลี่ย ต่ำกว่า 3.00	13(12.4)	71(67.7)	21(20.0)	105(100)	7.650	.022*
ผลการเรียนเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.00	67(23.5)	182(63.9)	36(12.6)	285(100)		
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		
ลักษณะที่พักอาศัย						
หอพักภายในมหาวิทยาลัย	15(19.5)	50(64.9)	12(15.6)	77(100)	.112	.946
หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย	65(20.8)	203(64.9)	45(14.4)	313(100)		
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		
รายได้ที่ได้รับ						
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34(28.1)	59(48.8)	28(23.1)	121(100)	31.189	.000**
3,001-5,000 บาท	40(22.7)	121(68.8)	15(8.5)	176(100)		
มากกว่า 5,000 บาท	6(6.5)	73(78.5)	14(15.1)	93(100)		
รวม	80(20.5)	253(64.9)	57(14.6)	390(100)		

*p<.05 **p<.01



การอภิปรายผล

ผลการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชา และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการใช้กัญชา ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 87.2, 61.5, 72.3 และ 69.5 ตามลำดับ ส่วนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้กัญชา และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 56.9 และ 48.2 ตามลำดับ ความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.9 การศึกษาของศิริลักษณ์ อัครพินและคณะ¹³ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาในการแพทย์ในระดับน้อย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของปริตากรณ์ สายจันเกตุและคณะ¹⁶ ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ด้านความรู้ทางพฤกษศาสตร์ของกัญชา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.33$, S.D.= 0.43) ด้านการใช้กัญชาในทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.55$, S.D.= 0.46) ด้านผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.82$, S.D.= 0.47) ด้านความรู้ด้านกฎหมายเบื้องต้นเกี่ยวกับกัญชาอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของภาณุชนา อ่อนไกล และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์¹⁷ ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์ภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.96 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.92 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.22 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.11 การศึกษาของกุลนรี ชูศรีทอง นิธิมา เเด่นดวง และแพร่พิไล กุลประยงค์¹⁸ ศึกษาทัศนคติ ความรู้และความคิดเห็นต่อกัญชาทางการแพทย์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตบางแสน พบว่า สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มากที่สุด ($\bar{x} = 11.15$, S.D.= 3.82) และมีทัศนคติต่อกัญชาทางการแพทย์ต่ำที่สุด ($\bar{x} = 3.09$, S.D.= 0.42) ที่ $p < .05$

ทั้งนี้ในการเปิดเสรีในการใช้กัญชา อย่างปลอดภัยผู้ใช้งานจำเป็นต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับกัญชา วัชรพร เขยสุวรรณ⁹ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมินสื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ เกศินี สราญฤทธิชัย¹² กล่าวว่า ลักษณะประชากรส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความยากจน การเป็นคนกลุ่มน้อย กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเปราะบาง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่ต่ำลง และพบว่า บิดา มารดา ครอบครัว เพื่อนประชาชนในชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

การศึกษาปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา พบว่า เพศ ผลการเรียนเฉลี่ย และรายได้ที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ส่วนอายุ ชั้นปี คณะที่ศึกษา และลักษณะที่พักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา

สอดคล้องกับการศึกษาของณปภัช จินตมาภูณสิริ และณกมล จันทรสม¹⁴ ศึกษาความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาของนักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า 1) ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชา กลุ่มคณะที่แตกต่างกันมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 2) ปัจจัยประชากรศาสตร์ ด้านเพศ กลุ่มคณะและระดับชั้นปีที่แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชา ด้านการแพทย์และด้านประโยชน์แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนปัจจัยประชากรศาสตร์ด้านเพศ กลุ่มคณะและเกรดเฉลี่ยที่แตกต่างกันมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชา ด้านสันติภาพแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 การศึกษาของของศิริลักษณ์ อัครพิน และคณะ¹³



ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ต่อการใช้กัญชาในทางการแพทย์ พบว่า เพศ ชั้นปี คณะ การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย และการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับ การใช้กัญชาในทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนการศึกษากลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของธัญวลัย บุญมาก และพิพัฒน์ นนทนาธรณ์¹⁹ ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติต่อการใช้กัญชาของประชากรในเขตภาคกลาง พบว่า 1) ปัจจัยประชากรศาสตร์ด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน และศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กัญชา 2) ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ต่างกัน ส่งผลต่อ ทักษะการใช้กัญชาด้านการแพทย์ ด้านกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและอื่น ๆ และภาพรวม 3) ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ ต่างกัน ส่งผลต่อการปฏิบัติที่มีต่อการใช้กัญชาด้านการรักษา ด้านสันติภาพ ด้านการบริโภค และภาพรวม และ 4) ทักษะต่อการใช้ กัญชา ด้านกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและอื่น ๆ ส่งผลต่อการปฏิบัติที่มีต่อการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาของกรพินท์ ปานวิเชียร²⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อ ประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ และโรคประจำตัว ลักษณะการใช้กัญชา การรับรู้ข้อดีข้อเสียของกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ ทางแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาของอภิญญา เหลืองวิเชียรพรและน้ำฝน ศรีบัณฑิต²¹ ศึกษาความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชา ทางทางการแพทย์ของเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ อายุ ประเภทโรงพยาบาล ระยะเวลาในการทำงาน เขตสุขภาพ การมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การอยู่ ในทีมให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ควรมีนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้กัญชาเนื่องจากอยู่ในระดับน้อย โดยให้นักศึกษาได้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา การสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ กัญชา การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการใช้กัญชามากขึ้น ซึ่งการศึกษา พบว่า เพศ คณะ ผลการเรียนรู้เฉลี่ย และรายได้ที่ได้รับมีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการทำการวิจัยในเชิงคุณภาพ และมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับกัญชา ของนักศึกษาได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยที่สนับสนุนการทำวิจัย นักศึกษาปริญญาตรีภาคปกติ ปีการศึกษา 2565 ที่ให้ ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่ให้ทุนการทำวิจัย

References

1. Teeamprung N. Production and Utilization of Marijuana. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology, Thailand; 2021. (in Thai)
2. Khongcharoensombat T. Cannabis - From Past to Present. Bangkok: Chulalongkorn University, Thailand; 2019. (in Thai)
3. Aimaie S, Seansanak S, Suakjareon P, Sawatchai C. Drug Interesting; Cannabis. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2019;36(4): 356-62. (in Thai)
4. Suphanchaimat R, Pavasuthipaisit C. Potential Benefits and Risks from Medicalisation and Legalisation of Cannabis. Journal of Health Systems Research. 2018;12(1):71-94. (in Thai)



5. Administration N C. Marijuana [internet]. 2020 [cited 2022 Jul 17]. Available from: <https://www.fda.moph.go.th>.
6. Centre for Addiction Studies. Teenages beware Use marijuana in combination with beer liquor Lots of risks. [internet]. 2023 [cited 2023 May 3]. Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=299>
7. Ratanathongkum S. Characteristics of Higher Education Learners . Physical therapy teaching. 1/2013 Semester. [Internet]. 2023 [cited 2023 May 3]. Available from: https://ams.kku.ac.th/aalearn/resource/edoc/tech/56web/6learn_sty56.pdf
8. World Health Organization. Health promotion glossary. [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 27]. Available from: [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR% 20Glossary%](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%20).
9. Choeisuan V. Health Literacy : Concept and Application for Nursing Practice. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017; 44(3):188-90. (in Thai)
10. Narnmomtee O. Health literacy. Thai Dental Nurse Journal. 2018;29(1):122-8. (in Thai)
11. Keawdumgead K. Health Literacy: Knowledge Skill and Application. Bangkok: Amarine printing and pupling Lim, Thailand; 2021. (in Thai)
12. Sasanreidthichai K. Health Literacy : Concept, Theory and Application. Khon Kean: Khuan nana vitaya, Thailand; 2021. (in Thai)
13. Akaphin S, Saodaen K, Thongjumnong L, Senchaowanich Y. Health Literacy of Thammasat University Students towards Medical Use of Cannabis. Bangkok: Thammasat University, Thailand; 2019. (in Thai)
14. Jintaphaphuthanasiri N, Nakamon C. Knowledge and Understanding and Attitude about Cannabis Use. Bangkok: Rangsit University. Thailand; 2020. (in Thai)
15. Yamane T. Statistics: An introductory analysis (3rd.ed.). New York: Harper & Row; 1973.
16. Saijanket P , Nojan P, Meekai N, Suknarin R . Knowledge and Attitudes about Medical Cannabis among People in Phitsanulok Province. JTT Med Res. 2020;18(3):163-71. (in Thai)
17. On-Kail P, Suwannaphant K. Health Literacy of Medical Cannabis Use among Village Health Volunteers in Khon Kaen Province. Journal of Health Science and Community Public Health. 2020;3(2):28-35. (in Thai)
18. Choosrithong K, Dendoung N, Kulprayong P. Attitudes knowledge and opinion about medical cannabis among students. Chonburi: Burapha University, Thailand; 2020. (in Thai)
19. Boonmark T, Nonthanathorn P. Knowledge Attitude and Practice towards Cannabis Use among People in the Central Region of Thailand. Journal of the Association of Researchers. 2021;26(2):69-86. (in Thai)
20. Phanwichian K . Factors Associated with Cannabis Usage on Behavioral Level for Medical Benefits of the people. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi . 2020;3(1): 31-42. (in Thai)
21. Luangwichianporn A, Sribundit N. Knowledge and Opinionstowards Medical Cannabis among Public Hospital Pharmacists. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2022;14(2):245-59. (in Thai)



การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก

ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน วท.ม.*

ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์ วท.ม.**

นิตยา สุริยะพันธ์ ปร.ด.***

(วันรับบทความ: 3 เมษายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 7 พฤษภาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 9 พฤษภาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก วิจัยดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้ 4) การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์สรุปเนื้อหา และสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1. โปรแกรมฯ ที่พัฒนาประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง 2) ประเมินการรับรู้ศักยภาพการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ 3) ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง:ด้านกิจวัตรพื้นฐาน 4) เป้าหมายและสร้างความเชื่อมั่นในการสื่อสาร 5) เป้าหมายดูแลตนเองเรื่องอาการ การรับประทานยาและยา 6) เสริมแรงและสรุป มีค่าความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมและแนวคิดที่ใช้เท่ากับ .89 2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง และติดตามหลังทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกและผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายกันได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพ การดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก

*พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

**พยาบาลวิชาชีพ (เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

***พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

*ผู้ประสานการตีพิมพ์ Email: Siriluck_swws2506@hotmail.com Tel: 087-9367285



The Program Development on Self-Care Capacity Building for Persons with Schizophrenia Positive Symptoms

Siriluck Sawangwongsin M.Sc.^{*}

Supanich Polpirin M.S.^{**}

Nittaya Suriyapan PhD^{***}

(Received Date: April 3, 2023, Revised Date: May 7, 2023, Accepted Date: May 9, 2023)

Abstract

The research and development design study aimed to develop a self-care capacity building program for persons with positive symptoms of schizophrenia and to examine the effectiveness of the developed program. The research methods included 1) analysis the problems, 2) design and development, 3) program testing, and 4) evaluation. The sample included 50 persons with positive symptoms of schizophrenia which were divided into two groups, a control and experimental group, of 25. Data collection utilized an interview and a self-administered questionnaire. The research instrument was the self-care capacity of persons with positive symptoms of schizophrenia questionnaire. The instrument's Cronbach's alpha coefficient testing showed acceptable reliability at 0.95. Data analysis used content analysis, percentages, means, standard deviations, and t-tests.

The results showed that First. the program was composed of 6 activities: namely-1) illness and self-care, 2) assessment of perceptions regarding capacity to live with residual positive symptoms, 3) self-care confidence related to self-care capacity in daily life, 4) goal and confidence in communication, 5) self-care goal setting in relation to managing their symptoms, eating and medication taking, and 6) reinforcement and summary of the capacities assessments. The mean scores of the index of item-objective congruence (IOC) among the 6 activities in the program was equal to 0.89. Secondly, it was found that mean scores for self-care capacity in the experimental group were statistically significantly higher than those in the control group immediately after receiving the program and at one month after receiving the program. The findings suggested that this program was useful for promoting appropriate self-care among persons with schizophrenia with positive symptoms and other patients who have corresponding problems concerning their self-care capacity.

Keywords: capacities building program, self-care, schizophrenia with positive symptoms

^{*}Registered Nurse (Senior professional level), Srithanya Hospital, Nonthaburi province

^{**}Registered Nurse (Expert level), Srithanya Hospital, Nonthaburi province

^{***}Registered Nurse (Senior professional level), Srithanya Hospital, Nonthaburi province

^{*}Corresponding author, Email: Siriluck_swws2506@hotmail.com Tel: 087-9367285



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม¹ การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะเริ่มมีอาการ 2) ระยะอาการกำเริบและ 3) ระยะหลงเหลือ ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40-50 จะมีอาการหลงเหลือไปตลอดชีวิต² กลุ่มอาการที่พบได้บ่อย คือกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ เนื้อหาความคิดผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ มีความคิดสับสน ตื่นเต้น กระวนกระวาย มีความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกระแวงว่าคนมุ่งร้ายประสาทหลอน³ ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมละอาวมณ์ที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นถึงแก่ชีวิตได้^{4,5} และเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การกลับรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁶ นอกจากนี้อาการแสดงด้านบวกของโรคจิตเภทส่งผลกระทบอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมบกพร่อง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและ/หรือทำได้อย่างเต็มศักยภาพขึ้นอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือด้วยความทุกข์ทรมานเปื้อนหนาย มีพฤติกรรมและอาวมณ์ที่ไม่เหมาะสม ขัดขวางการคืนสู่สุภาพ⁷⁻⁹

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับบริการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญามีอาการสำคัญนำส่งด้วยอาการด้านบวกมากกว่าร้อยละ 90 และมีจำนวนมากเป็นอันดับแรกของโรคทางจิตเวชทุกโรค ใน ปีพ.ศ. 2562-2564 คิดเป็นร้อยละ 45.32, 44.67 และ 41.40 ตามลำดับ¹⁰ การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทมีแนวปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุ การรักษา การรับประทานยา การสังเกตอาการเตือน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวแล้วนั้น พบว่าการดำเนินกิจกรรมปกติยังไม่ครอบคลุมรายละเอียด เนื้อหาของการดูแลตนเองในการอยู่กับอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปริมาณถึงร้อยละ 50 ที่มีอาการหลงเหลืออยู่ และจากการสนทนากับญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว 6 ใน 10 คนเมื่อกลับสู่สังคมไม่สามารถที่จะดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพที่พึงมี ปล่อยความคิดไปตามอาการด้านบวก เช่น การพูดคุยกับเสียงแว่วเกือบตลอดเวลาคล้อยตาม เชื่อฟัง ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง หรือไปทำร้ายผู้อื่นเมื่อถูกขัดใจจมอยู่กับความคิดว่าตนเองเป็นผู้มีพลังอำนาจ เมื่อเกิดปัญหา จะตื่นเต้นจนควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ร่วมกับความเสี่ยงลงของสมรรถภาพจากภาวะโรคเรื้อรัง ล้วนเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท ยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว/ การสื่อสาร และพฤติกรรมรุนแรงที่กำเริบบ่อย ๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวหวาดกลัว และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไปใช้สารเสพติด มีการป่วยกลับซ้ำ^{11,12} แม้ว่าจะมีการศึกษาให้ญาติและชุมชนได้มีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำสู่กระบวนการพัฒนาระบบบริการนั้น ยังขึ้นกับบริบทและความเข้มแข็งของแต่ละพื้นที่ แต่ในการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกที่มีภาวะเสื่อมหรือไร้ความสามารถจากการดำเนินโรค¹³ ยังพบได้น้อย ส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสมรรถนะในผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายด้านต่าง ๆ การบริการผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินการในปัจจุบันเป็นกลุ่มกิจกรรมการให้ความรู้ในภาพรวม ยังไม่ได้เน้นกลุ่มอาการด้านบวกที่เป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้นการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ได้มีศักยภาพที่ได้จากประสบการณ์ ร่วมการแลกเปลี่ยนจากผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง รับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่จะสนับสนุนผู้ป่วยตามวิชาชีพแล้ว เป็นโอกาสพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสี่ยงในสังคม ได้รับการที่ตรงกับสภาพปัญหา และได้พัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับภารกิจฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทขององค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก



คำถามการวิจัย

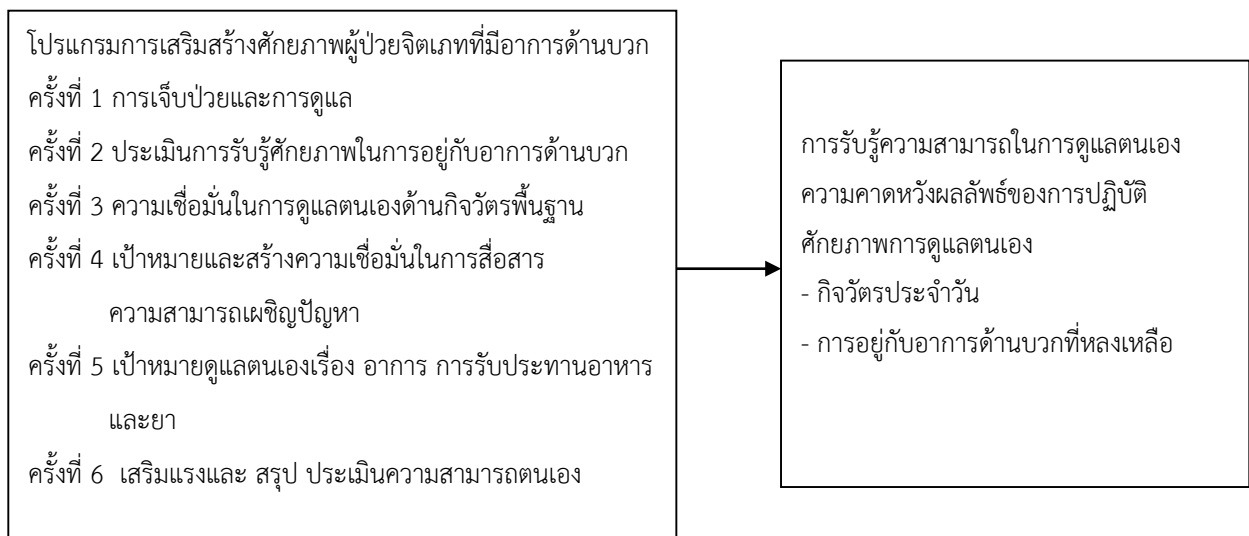
1. โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกควรเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกเป็นอย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกมีค่าเฉลี่ยของคะแนนศักยภาพการดูแลตนเอง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช¹⁴ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁵ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วย มีเป้าหมายและตั้งใจ รับรู้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การรับรู้อาการด้านบวก การสื่อสาร การรับประทานอาหาร ยา สามารถรับรู้ สนใจดูแลตนเองและแนวคิดทฤษฎีความสามารถในตนเองของแบนดูลา¹⁶ ซึ่งส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการกระทำหรือปฏิบัติงานหนึ่ง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ จะทำให้มีความสามารถมากขึ้น และความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท มาจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นแบบอย่าง การใช้คำพูดชักจูง มาประยุกต์พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน



ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา แบ่งเป็น

1.1 การศึกษาปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก

เป็นการสัมภาษณ์การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็น ผู้ป่วยจิตเภทที่ประเมินอาการทางจิตเวชด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)¹⁷ ได้ค่าคะแนนในหัวข้ออาการด้านบวก ในระดับค่อนข้างรุนแรง (5 คะแนน) ตั้งแต่รับไว้รักษาอย่างน้อย จำนวน 3 ข้อ มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ไม่มีความผิดปกติด้านสติปัญญา สามารถสื่อสารได้ และ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เรื่องอาการด้านบวก ได้แก่ ท่านมีอาการที่รบกวน ทำให้ไม่สุขสบาย เรื่องใดบ้าง ลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นแบบใด ความถี่ ความรุนแรง เป็นอย่างไร ท่านใช้วิธีจัดการอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เรื่องการดูแลตนเอง ที่พบว่าเป็นปัญหาด้านใด รายละเอียดเป็นอย่างไร และ วิธีการแก้ไขที่ใช้ ผลที่เกิดขึ้น

ผลการวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุ 31-40 ปีและอายุ 41-50 ปี จำนวนเท่ากันเท่ากับ 12 คนคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอายุ 51-60 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 อายุ 21-30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.90 ปี กลุ่มตัวอย่าง รับรู้อาการด้านบวกที่รบกวนทำให้ไม่สุขสบาย ส่วนใหญ่คือ การนอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิดง่าย อาการด้านบวกที่พบมากที่สุด ได้แก่ ประสาทหลอน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมาได้แก่ อาการกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 มีความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกไม่เป็นมิตรและตื่นเต้นกระวนกระวาย มีจำนวนเท่ากัน เท่ากับ 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.33 เนื้อหาความคิดผิดปกติจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และความคิดสับสน จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะมีอาการด้านบวกร่วมกันตั้งแต่ 2 หัวข้ออาการขึ้นไปจนถึง 5 หัวข้อ พบว่าอาการ ประสาทหลอนทางหูรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด ปัญหาที่พบในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การไม่ได้อาบน้ำทุกวันและไม่พอกสบู่ ไม่ตัดเล็บมือและเล็บเท้าและไม่ได้ดูแลความสะอาด การนอนไม่หลับเพราะเสียงแ่วรบกวนมาพูดคุยด้วย การสวมเสื้อผ้า ใส่กลับด้านหน้าใส่เป็นด้านหลัง และมีใส่กลับจากด้านในมาเป็นด้านนอก ไม่พูดคุยสื่อสารกับผู้อื่น หรือพูดห้วน ๆ ไม่ได้ช่วยเหลือ การทำงาน ไม่ได้ทำอะไร นั่ง ๆ นอน ๆ การรับประทานอาหาร รับประทานยา ต้องดูแลเรียกกระตุ้น ขาดทักษะการปฏิบัติด้วยตนเอง

1.2 การศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเรื่องปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก

เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลวิชาชีพวุฒิปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลจิตเวช ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คนปฏิบัติงานกลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน แนวคำถามที่ใช้ เป็นการถามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก พบด้านใดมากที่สุด ตามลำดับ ปัญหาที่พบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นเรื่องใด และให้การพยาบาลอย่างไร

ผลการวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 4 คน อายุ 51- 60 ปี จำนวน 3 คน รองลงมา อายุ 31-40 ปี และอายุ 41-50 ปี จำนวนเท่ากัน เท่ากับ 1 คน (อายุเฉลี่ย 48.5 ปี) ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก มากกว่า 30 ปี จำนวน 3 คน รองลงมา มากกว่า 10 ปี และมากกว่า 20 ปี จำนวนเท่ากันเท่ากับ 1 คน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก พบมากที่สุด เรื่องอาการประสาทหลอน รองลงมาได้แก่ เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย จำนวนเท่ากัน และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ตามลำดับ ปัญหาการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการด้านบวก ที่พบเรียงตามความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ การสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และยา การจัดการกับอาการด้านบวก การพยาบาลที่ให้ตามสภาพปัญหาที่พบ



ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนา

เป็นการนำผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกและจากพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และการนำแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช¹⁴ แนวคิดทฤษฎีความต้องการดูแลของโอเร็ม¹⁵ และทฤษฎีความสามารถในตนเองของแบนดูรา¹⁶ และนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และอาจารย์พยาบาลจิตเวช โดยการวิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาใช้ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรมได้ความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.67-1 ได้ปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ กิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 5 และนำไปทดลองใช้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมตามปกติ ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 2 สัปดาห์ติดตามผลหลังดำเนินการ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรค ICD-10 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คัดกรองผู้ป่วยเข้ารับกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปชายและหญิง ได้แก่หอผู้ป่วยพุดน้ำบุศย์ และพุดศรีมาลา กลุ่มเปรียบเทียบ จะรับไว้ในหอผู้ป่วย มุ่งมั่น 2 และหญิง 8 ตามลำดับ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4¹⁸ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 80 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size) เท่ากับ .50 สำหรับงานวิจัยที่ใกล้เคียงของตัวแปรตามคือ การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท¹⁹ ใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง เท่ากับ 51.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.85 และใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเท่ากับ 43.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.62 มาคำนวณค่าอิทธิพลได้ค่าเท่ากับ 1.10 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับ 0.80 กำหนดอำนาจการทํานาย (Power analysis) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คนและเพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากกลุ่มหรือการออกจากการทดลองของกลุ่ม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15²⁰ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศชายและหญิง มีญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่บ้านเดียวกัน
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรค ICD-10 การวินิจฉัยโรค F 20.0
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติอาการด้านบวก และประเมินแรกรับด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)¹⁷ พบหัวข้อด้านบวก ได้แก่ เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน ตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย มีคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน อย่างน้อย 3 ข้อ ก่อนเข้ากิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลา โดยการประเมินอาการทางจิต BPRS ได้ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน



4. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง เข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
6. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหลังรับไ้ววันที่ 7-10 เมื่อคัดกรองการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยชุดตรวจ (Antigen test kit: ATK) ครบ 2 ครั้งคือเมื่อวันแรกที่รับใหม่และหลังจากการตรวจครั้งแรกภายใน 7-10 วัน ได้ผล not detect ตามมาตรการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการ STY.IRB030/2564_ful เลขที่ใบรับรอง STY.COAO02/2565 รับรองวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาและรับบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อ การรับการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิต BPRS¹⁷ เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย Overall & Gorham แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติไพบูลย์รัตน์ เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา 0.82 และค่าความเที่ยง 0.74 ใช้ตรวจสอบอาการทางคลินิก คืออาการด้านบวกและอาการด้านลบของผู้ป่วยตามหัวข้อ เพื่อนำมาวางแผนให้การบำบัดรักษา การดูแลและประเมินผล มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 18 ข้อเป็นข้อคำถามด้านทั่วไปจำนวน 9 ข้อ คำถามอาการด้านลบ 2 ข้อ และคำถามอาการด้านบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง (Grandiosity) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Delusion/Unusual thought content) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness / Persecution) อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) และอาการ ตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นค่าคะแนน มี 7 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน	=	ไม่มีอาการ
2 คะแนน	=	มีอาการขั้นต่ำ
3 คะแนน	=	มีอาการเล็กน้อย
4 คะแนน	=	มีอาการปานกลาง
5 คะแนน	=	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
6 คะแนน	=	มีอาการรุนแรง
7 คะแนน	=	มีอาการรุนแรงมาก

การแปลผลคะแนนรวมคะแนนทั้งหมด

18-36 คะแนน	มีระดับอาการทางจิตน้อย
37- 90 คะแนน	มีระดับอาการทางจิตปานกลาง
91-126 คะแนน	มีระดับอาการทางจิตมาก

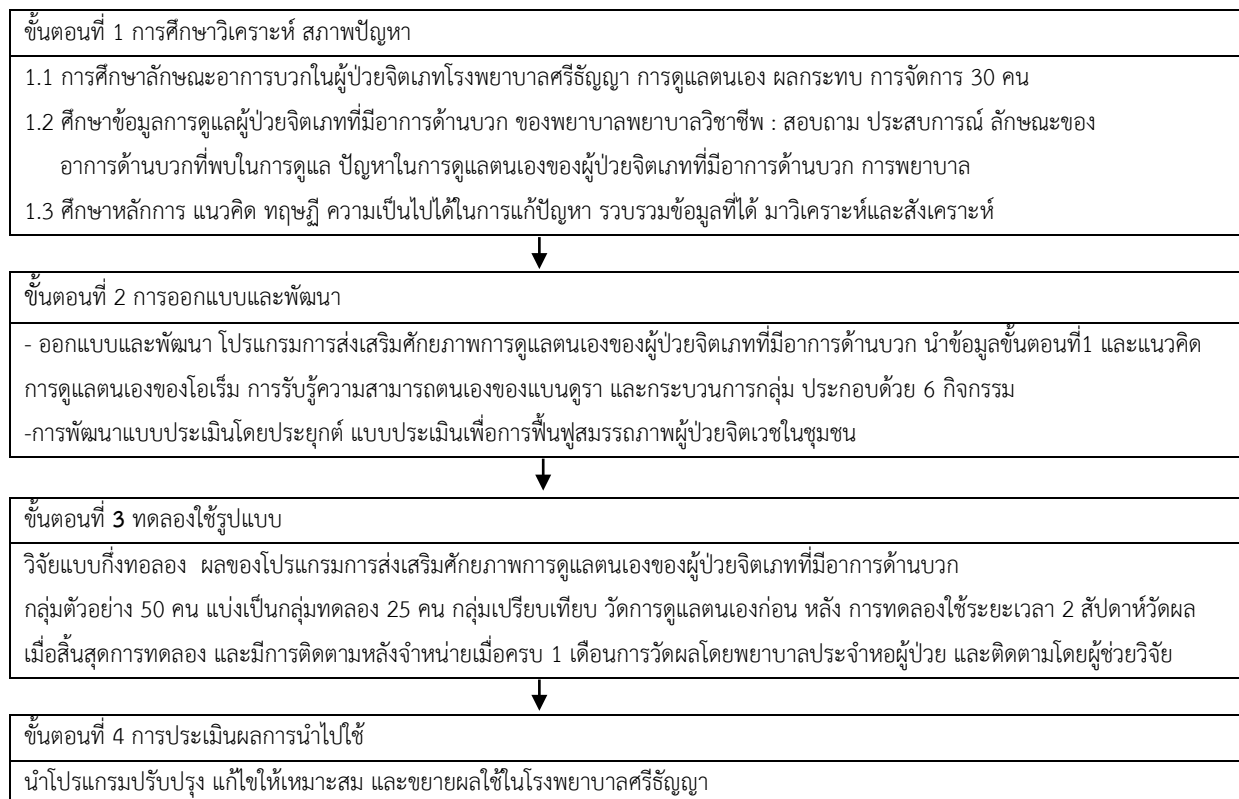
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก จากผู้ดูแล และแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ในกิจวัตรพื้นฐาน และแนวคิดของเบนดูรา ที่เชื่อว่าการรับรู้ ที่ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน มีตัวแบบและการฝึกปฏิบัติจะเชื่อมโยงให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำ หรือการปฏิบัติ การดูแลตนเอง และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คือจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวชปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ



จิตเวช (Advanced Practice Nurse: APN) 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน ได้แบบสอบถามจำนวน 50 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้งและประจำโดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยทำ= 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง= 2 คะแนน บางครั้ง= 3 คะแนน บ่อยครั้ง= 4 คะแนนและประจำ= 5 คะแนน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีครอนบาค (Cronbach's coefficient) หัวข้อการรับรู้ความสามารถในตนเอง จำนวน 12 ข้อ ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติจำนวน 12 ข้อ การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 17 ข้อ การดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ จำนวน 9 ข้อได้เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของทุกข้อคำถามที่มีค่ามากกว่า 0.6 ตัดข้อคำถามในเรื่องการรับรู้ความสามารถในตนเองจำนวน 3 ข้อ ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จำนวน 3 ข้อ การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 5 ข้อ การดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือจำนวน 4 ข้อ เหลือจำนวนข้อคำถาม 35 ข้อ มีความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.95 และแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถในตนเอง จำนวน 9 ข้อ ช่วงคะแนน 9-45 คะแนน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 2) ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ ช่วงคะแนน 9-45 คะแนน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 3) ศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน จำนวน 12 ข้อ ช่วงคะแนน 12-60 คะแนน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 4) ศักยภาพการดูแลตนเอง ด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนน 5-25 คะแนน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 แบ่งระดับความสามารถแต่ละส่วน เป็น

ระดับน้อย	ค่าผลรวมคะแนนอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 60
ปานกลาง	ค่าผลรวมคะแนนอยู่ในระดับร้อยละ 60-79
มาก	ค่าผลรวมคะแนนอยู่ในระดับเท่ากับและมากกว่าร้อยละ 80

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับความสามารถในการดูแลตนเองฯ ทั้ง 4 ส่วน ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย สถิติ Dependent t-test ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วย สถิติ Independent t-test สรุปขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดัง ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก



ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการนำไปใช้

นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการพยาบาลเพื่อนำไปใช้เป็นการขยายผล นำโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ไปใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้บำบัดจากหอผู้ป่วยจำนวน 4 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 1 คน เครื่องมือที่ใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก การรายงานผลลัพธ์การใช้ของพยาบาลผู้บำบัด เป็นการบรรยายเชิงคุณภาพ จากการสอบถาม ข้อเสนอแนะในการใช้โปรแกรมฯ ด้านความเหมาะสมของรายละเอียดเนื้อหา เวลา การมีส่วนร่วม และผลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกได้รับหรือมีการเปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง 2) ประเมินการรับรู้ศักยภาพการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ 3) ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง:ด้านกิจวัตรพื้นฐานสุขอนามัยส่วนบุคคล 4) เป้าหมายและสร้างความเชื่อมั่นในการสื่อสาร ความสามารถเผชิญปัญหา 5) เป้าหมายดูแลตนเองเรื่องอาการ การรับประทานยาและยา 6) เสริมแรงและสรุปประเมินผลความสามารถ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ยกเว้นในกิจกรรมที่ 3 เป็นการแสดงบทบาท ฝึกการปฏิบัติใช้เวลา 90 นาที ซึ่งกิจกรรมเป็นการสร้างความเชื่อมั่นที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติ

2. ผลการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย จำนวน 12 คนคิดเป็นร้อยละ 48.00 อายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 อายุเฉลี่ย 39.60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.38 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 22-30 ปี มากที่สุดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 อายุเฉลี่ย 37.10 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.20 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง และติดตามหลังทดลอง 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($x = 26.68$, S.D. = 4.58) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($x = 28.40$, S.D. = 4.87) ก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน หลังทดลองดำเนินการ 2 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ($x = 34.76$, S.D. = 3.67) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($x = 28.92$, S.D. = 4.92) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และหลังทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ($x = 38.24$, S.D. = 3.93) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($x = 28.72$, S.D. = 4.94) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 1

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลอง ($x = 26.96$, S.D. = 4.51) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($x = 27.92$, S.D. = 5.26) ไม่แตกต่างกัน หลังทดลองที่ดำเนินการ 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง ($x = 34.40$, S.D. = 3.55) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($x = 29.32$, S.D. = 3.78) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และหลังทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง ($x = 50.36$, S.D. = 3.89) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($x = 39.80$, S.D. = 6.27) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N=25)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=25)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง						
ก่อนทดลอง	26.68	4.59	28.40	4.87	-1.29	.21
หลังทดลองเสร็จทันที	34.76	3.67	28.92	4.92	4.76	.00*
หลังทดลอง 1 เดือน	38.24	3.93	28.72	4.94	7.54	.00*
ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ						
ก่อนทดลอง	26.96	4.51	27.92	5.26	-.69	.49
หลังทดลองเสร็จทันที	34.40	3.55	29.32	3.78	4.89	.00*
หลังทดลอง 1 เดือน	35.60	3.94	29.80	4.57	4.80	.00*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และค่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองและติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.3 ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการบวกที่หลงเหลือ พบว่าก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน หลังทดลองที่ดำเนินการ 2 สัปดาห์และหลังทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 2

ก่อนทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการบวกที่หลงเหลือ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน หลังทดลองที่ดำเนินการ 2 สัปดาห์ และหลังทดลอง 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการบวกที่หลงเหลือของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน

ข้อมูล	n	$\bar{x}$	S.D.	f	t-value	df	p-value
ศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	38.88	5.62	1.11	-.23	48	.82
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	39.28	6.59				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	47.48	4.01	7.17	4.82	48	.00*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	40.40	6.15				
หลังการทดลอง 1 เดือน							
กลุ่มทดลอง	25	50.36	3.89	9.12	7.15	48	.00*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	39.80	6.27				



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน (ต่อ)

ข้อมูล	n	$\bar{X}$	S.D.	f	t-value	df	p-value
ศักยภาพการดูแลตนเองด้านอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	14.16	5.62	4.06	1.50	48	.14
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	15.24	6.59				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	18.68	2.04	3.34	4.00	48	.00*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	15.76	2.91				
หลังการทดลอง 1 เดือน							
กลุ่มทดลอง	25	20.40	1.68	3.36	7.60	48	.00*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	16.04	2.30				

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และศักยภาพด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ หลังการทดลองมีความแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก พบว่ามีปัญหาในด้านกิจวัตรพื้นฐานของการดำเนินชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ว่าพบปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก ในมุมมองของพยาบาลเป็นเรื่องกิจกรรมในการดูแลตนเอง การสื่อสาร การควบคุมอารมณ์ และจากการรวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 52.00 ระดับต่ำ ร้อยละ 40.00 ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพให้สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดตามความสามารถที่พึงมี ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกประกอบด้วย 6 กิจกรรมดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ที่ให้มีความรู้เข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยจิตเภทอาการบวก และการดูแลตนเองสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอริเอม¹⁵ ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ที่เกิดจากความสามารถไม่เพียงพอ ที่จะกระทำได้ทั้งหมดด้วยตนเอง ระบบการพยาบาลจึงเข้าไปช่วยเหลือ ทั้งนี้ ได้นำแนวคิดความสามารถในตนเองของแบนดูรา¹⁶ ในการใช้ตัวแบบ ในกิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความเชื่อมั่นและมีเป้าหมายในผลลัพธ์ของการกระทำ จะทำให้เกิดความสำเร็จ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ ประกอบกับกิจกรรมมีการฝึกทักษะตามสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการแสดงบทบาทแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ทั้งด้านกิจวัตรพื้นฐาน การสื่อสาร การเผชิญปัญหา ให้เกิดการเรียนรู้โดยตนเอง ทำให้ทราบผลลัพธ์การกระทำ ซึ่งทำให้บรรลุเป้าหมาย และส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถ ความเชื่อมั่นจากการกระทำสอดคล้องกับการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเอง¹⁹ ที่มีกิจกรรมการให้ความรู้ และการรับรู้ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการกระทำ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท²¹ แต่จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง



ส่วนที่ 2 อภิปราย ตามสมมุติฐานดังนี้

2.1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนศักยภาพการดูแลตนเอง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ที่มีการตั้งเป้าหมาย มีการติดตาม ในระหว่างดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในการป่วยมากกว่า มีการแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ตรงที่มีผลสำเร็จ เป็นแบบให้สมาชิกกลุ่มได้ เช่นกรณีหนูแว่ว “ฟังได้ไม่ต้องทำตาม ปล่อยไป” “บอกไปตรงๆว่าจะนอนแล้วเลิกพูด” ในการรับรู้การเจ็บป่วยมี 1 ราย ที่มีประวัติการหลงผิดแบบเป็นเจ้าฟ้า ใช้เวลาในการร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 จึงเริ่มยอมรับอาการจากที่สมาชิกกลุ่มคนอื่นๆมีการแลกเปลี่ยนและเปิดเผยตนเองก่อน นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งมีการทบทวนซ้ำ มีการร่วมอภิปรายปัญหาที่ตรงกันและแลกเปลี่ยนมีการเสริมแรงให้กำลังใจ ที่ทำให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางหลากหลาย และได้มีการแสดงความสามารถ ในบทบาทสมมุติการสื่อสารเช่นเดียวกับการศึกษาของอัญชลี วิจิตรปัญญาและคณะ¹⁹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติและการศึกษาของนิตยา เศรษฐจันทร์และคณะ²² พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติดูแลความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ทักษะการดำรงชีวิต สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

2.2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติและศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลตนเองด้านการอยู่กับอาการด้านบวกที่หลงเหลือ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับบริการตามปกติหลังการทดลอง และการติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม สอดคล้องในทางผกผันกับการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 20 คน หลังได้รับโปรแกรม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมที่ระดับ.05 และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05²³ และการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท¹⁸ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง เป็นกิจกรรมความรู้โรคจิตเภท การรับรู้อาการผิดปกติ แผนการดูแลสุขภาพ แผนรับมือสัญญาณเตือน และแผนรับมือภาวะวิกฤต และติดตามเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการดูแลร่างกาย ด้านการดูแลอาการรบกวน ด้านการมีสัมพันธภาพ สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.001 ซึ่งมีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การรักษา การรับประทุษร้าย โดยเน้นที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง มีสอนการประเมินและติดตาม เสริมความรู้ ให้เกิดความเข้าใจ และการแก้ปัญหาที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จด้วย จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม การฝึกบทบาทสมมุติเป็นภาพจำ และเป็นเรื่องที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต สามารถนำไปเป็นแบบอย่าง นำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ประกอบกับมีการกระตุ้นเตือน โดยที่สมาชิกกลุ่มทราบและได้รับการติดตาม ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 คนมีอาการเครียด ปวดศีรษะ หลังจากสนทนาติดตาม ผู้ป่วยจิตเภทตอบว่าได้ใช้วิธีการฝึกที่ได้เรียนรู้ ควบคุมอารมณ์ ลดการสื่อสารที่ใช้อารมณ์ สัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น ได้ช่วยเหลือและอยู่กับครอบครัวได้ ซึ่งก่อนเข้าโปรแกรมครอบครัวให้บวชอยู่วัด มีการปฏิบัติหลังจากกลับไปอยู่กับครอบครัว จากการรับรู้การเจ็บป่วยและการดำเนินโรค ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจ มีเป้าหมายเชื่อมั่นในความสามารถที่ทำได้ ทำให้คาดหวังได้ว่าหลังปฏิบัติจะเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณค่ากับผู้ป่วยเอง เป็นการส่งเสริมให้พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด และเป็นการลดภาระของครอบครัว



สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเอง ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวก เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลตนเอง อยู่กับอาการที่หลงเหลือได้แบบเพื่อน คลอบคลุม ด้านกิจวัตรประจำวัน ที่พึงปฏิบัติ การสื่อสาร การรับประทาน อาหาร ยา การรับรู้อาการป่วย เสริมสร้างให้เกิดการเรียนรู้กับผู้มีประสบการณ์ตรง กระบวนการกลุ่มเป็นกลไกที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ขยายผลไปยังหอผู้ป่วยต่าง ๆ ให้ครบ และขยายลงสู่เครือข่ายในพื้นที่ เขตสุขภาพที่รับผิดชอบเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกให้ได้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และสามารถอยู่กับอาการด้านบวกได้เท่าทัน และต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาติดตามศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเป็นโอกาสในการสนับสนุนหรือเพิ่มการกระตุ้น ให้พฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถคงอยู่ต่อไป
3. การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มข้อมูลจากการประเมินของญาติหรือพยาบาล (Objective) เพื่อให้ได้ข้อมูลการศึกษาที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดจากการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและใช้คำตอบของผู้ป่วยจิตเภท (Subjective data) ในการวิเคราะห์ ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน แนะนำ ปรีกษา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

References

1. Lotrakol M, Sukanich P. Psychiatric Ramathibody.4th ed. Bangkok: Beyon enterprise; 2015. (in Thai)
2. Sadock B, Sandock VA, Kaplan. Sadoc' s synopsis of psychiatry: Behavioral science/clinical psychiatry.5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
3. Sirithemanan P, Seeherunwong A, Pomchaikate AY. Cognitive behavior therapy for reducing positive symptoms in patients with schizophrenia: Reviews for evidences-based practice,J psychiatr assoc Thailand. 2012;57(2):235-48. (in Thai)
4. Lotrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ramathibody. Bangkok: Chonpimprinting; 1999. (in Thai)
5. Lotrakol M, Sukanich P. Psychiatric Ramathibody. Bangkok: Beyon enterprise; 2012. (in Thai)
6. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randonmized controlled trial of cognitive behavioral therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes.BJ Psych 2002;181:91-7.
7. Simavarongkul C. Positive psychology intervention in patients with schizophrenia. Journal of Humanities and social Sciences Valaya Alongkorn 2020;15(1):44-58. (in Thai)
8. Thongsai S. Sustanable care for patients with schizophrenia in the context of Thai society. Journal of Nursing Division. 2015;42(3):159-65. (in Thai)



9. Kocal Y, Karakus G, Taman L, Kocaly, Karakus G, Taman L. Sociodemographic and clinical characteristic of inpatients with schizophrenia in psychiatric clinic. J Clin Psy [internet]. 2017 [cited 2021 Jan 20]. Available from: klinikpsikiyatri.org/eng/jvi.aspx
10. Srithanya statistics. Patients Statistics Reports. Nonthaburi; 2021. (in Thai)
11. Bundasak T. The role of nurses in caring patients with schizophrenia. Ramej. 2021;74(3):221-32. (in Thai)
12. Aumlum T, Preechawong S, Upasen R. The effect of symptom management programs with family involvement on positive symptoms of person with schizophrenia in community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;33(3):56-67. (in Thai)
13. Black DW, Anderson NC. Introductory textbook of psychiatry. 5th ed Washington DC. American psychiatric publishing; 2011.
14. Wondrajit K, Boonyamalik P, Suksawang S, Sawangwongsin S. Assessment form for rehabilitation of psychiatric patients in communities. Bangkok: Agricultural Cooperation Community printinghouse of Thailand; 2017. (in Thai)
15. Orem DE. Nursing : concept of practice. 6th ed. St. Louis Mo: Mosby; 2001.
16. Bandura A. Social learning Theory. Newjersey: Practice-Hall; 1997.
17. Degkong T, Patamin A, Kaeomueang T, Ruthatip A. Guildines for the care and treatment of people suffering from alcohol problems. Bangkok : Bureau of Mental Health : Department of Mental Health; 2004. (in Thai)
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A, G* Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavior and biochemical science. Behavior Research Methods 2007;39:175-91.
19. Wijitphanya A, Pholdechawat S, Suntarowit N. The illness self-management program for patient's self-care ability research and development. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018;32(1):86-101. (in Thai)
20. Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of nursing research: Appraisal synthesis and generation of evidence. 7th ed .St. Louise, MO: Saunders Elsevier; 2013.
21. Kumlungmak W, Dangdomyouth P. The effect of group stress management on positive symptoms of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2020;34(3):102-17. (in Thai)
22. Setthajan N, Sangoumpak O, Yoomuenbay S, Jinaklung W. The development of perceived self-efficacy program to health behaviors in schizophrenia patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;30(1):1-16. (in Thai)
23. Modekasem W, Dangdomyouth P. The effect of resilience enhancement group program on depression of schizophrenia patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):248-56. (in Thai)



ประสิทธิผลของสื่อมัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึก ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

บุปผา พาโคกทม พย.ม.*

สุมนชา พัวศรี พย.บ.**

ณรงค์ คำแหวน วท.บ.***

(วันรับบทความ: 18 เมษายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 25 พฤษภาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 26 พฤษภาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่รับข้อมูลการระงับความรู้สึกด้วยการดมยาสลบและการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ระหว่างวิธีการใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลอง กับวิธีการรับข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดโดยวิธีสัญญาณในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยผ่าตัดที่ระงับความรู้สึกด้วยการดมยาสลบหรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังที่โรงพยาบาลแวงใหญ่รวม 40 คน โดยมัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกพัฒนาจากแนวทางการให้ข้อมูลเดิมมีค่าความเชื่อมั่น 0.933, Item-total correlation 0.633 และ Intra classification coefficient 0.998 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบวัดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) ฉบับภาษาไทยมีค่า ความเชื่อมั่น 0.88 และ แบบวัดความรู้ก่อนระงับความรู้สึกมีค่าความเชื่อมั่น 0.911 และ Intraclass correlation 0.733 และค่าความสัมพันธ์ Item-Item Correlation 0.778 ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มใช้ สถิติ t-test และ Two-Way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างไรก็ตามในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนความรู้ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกสามารถใช้เป็นแนวทางใหม่ในการให้ข้อมูลทางการพยาบาลวิสัญญีและมีประสิทธิภาพลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัด

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลการระงับความรู้สึก ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สื่อมัลติมีเดีย

*พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (วิสัญญีพยาบาล) โรงพยาบาลแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

**พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

***นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: buppa.pakok@gmail.com Tel: 065-8313196



Effectiveness of multimedia pre-anesthetic information on pre-operative anxiety in patients undergoing surgery

Buppa Pakokthom M.N.S.*

Sumontha Puasri B.N.S.**

Narong Khamwaen B.Sc.***

(Received Date: April 18, 2023, Revised Date: May 25, 2023, Accepted Date: May 26, 2023)

Abstract

The quasi-experimental, two-group, pre- and post-assessment, experimental research aimed to compare pre-operative anxiety of patients undergoing surgery with general and spinal anesthesia between patients in an experimental group who receiving via the multimedia pre-anesthesia information method i and a control group who received their pre-anesthesia information from a Nurse Anesthetist. A sample of 40 surgical patients at Waengyai Hospital was recruited in to the study with 20 patients placed in each group. The two groups received the same pre-anesthesia information, but v different methods, The multimedia pre-anesthesia information presentation was developed based on the pre-anesthesia information and had a Cronbach's alpha of 0.933, an item-total correlation of 0.633, and an intra classification coefficient of 0.998 .The research instruments were the Thai version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS), which had Cronbach's alpha of 0.88, and the pre-anesthetic knowledge test, which had a Cronbach' s alpha of 0.911, an Intraclass correlation of 0.733, and an Item-Item Correlation of 0.778. This research analyzed demographics using descriptive statistics and the APAIS and knowledge within and between groups using t-tests and two-way ANOVA tests.

The result revealed that, after the pre-anesthesia information was provided, the experimental and control groups had statistically significantly lower pre-operative anxiety at $p<.001$, but, when compared, no statistical difference between groups was seen. However, the pre- operative anxiety scores among those who had high levels of anxiety in the experimental group had decreased statistical significantly at $p<.05$ more than the ones in the control group. There was no statistically significant difference in the participants' knowledge scores. Therefore, the new multimedia pre-anesthesia information presentation can be used as an alternative approach for providing anesthesia nursing information as it was effective at reducing the anxiety of patients with high levels of pre-operative anxiety.

Keywords: pre-anesthetic informed, pre-operative anxiety, multimedia

* Registered Nurse, Senior Professional Level (Nurse Anesthetist), Waeng Yai Hospital, KhonKaen Province.

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Waeng Yai Hospital, KhonKaen Province.

*** Computer Technical Officer, Waeng Yai Hospital KhonKaen Province.

* Corresponding Author, Email: buppa.pakok@gmail.com Tel: 065-8313196



บทนำ

ความวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปกับทุกคน แต่สำหรับผู้ป่วยและต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ความวิตกกังวลจะมีเพิ่มมากขึ้น เคยมีรายงานระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 92¹ ความวิตกกังวลส่งผลให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เส้นเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดได้ ทำให้แพทย์และพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาที่ยากขึ้นมีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รอผ่าตัดมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง สาเหตุส่วนมากเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด เทคนิคการระงับความรู้สึก การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ¹⁻³ ความวิตกกังวลอาจก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือ ด้านร่างกายส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ยิ่งยั้งการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันของเซลล์ หัวใจเต้นเร็ว เต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงขึ้น การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ส่วนด้านจิตใจความเครียดที่รุนแรงอาจก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความต้องการการให้การระงับความรู้สึก และยาลดปวดขนาดสูงหลังผ่าตัด²⁻⁴ มีความเสี่ยงของการรับรู้หรือการตื่นสูงขึ้นระหว่าง การดมยาสลบซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอน พักรักษาตัวนานขึ้นและเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดได้สูง^{3,5}

การระงับความรู้สึก คือ การทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดระหว่างผ่าตัดและเพื่อให้กระบวนการผ่าตัดดำเนินไปด้วยความสะดวก⁶ ซึ่งการศึกษานี้กล่าวถึง การดมยาสลบทั่วไปและการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ดังนั้นการประเมินความวิตกกังวลปฏิบัติโดยพยาบาลวิสัญญีตั้งแต่มีการตรวจเยี่ยมในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดเนื่องจากเป็นกระบวนการทำงานที่สามารถทำได้โดยอิสระเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด และนำไปวางแผนการรักษาและการพยาบาล ให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการเริ่มให้การระงับความรู้สึกซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลก่อนการผ่าตัดและทำหัตถการ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉีกขาดซึ่งเกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกทั้งการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง และการดมยาสลบทั่วไป รวมทั้งทำหัตถการและการผ่าตัด ตลอดจนถึงระยะหลังระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

นโยบาย Patient and Personnel Safety โดยความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe surgery)⁷ เป็นประเด็นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การผ่าตัดและการทำหัตถการที่ปลอดภัย (Safe Surgery)⁷ การระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย (Safe Anesthesia)⁷ และความปลอดภัยในห้องผ่าตัด (Safe Operating Room)⁷ ดังนั้นการบูรณาการทั้ง 3 ประเด็นในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการผ่าตัดและระงับความรู้สึกนั้นต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางของผู้เชี่ยวชาญที่ได้มีการทบทวนไว้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และลดอุบัติเหตุการฉีกขาดต่างๆในการผ่าตัดและระงับความรู้สึก โรงพยาบาลแห่งใหญ่ได้นำใช้นโยบาย Safe surgery เนื่องจากให้บริการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและทางศัลยกรรมทั่วไป บริบทด้านการให้การระงับความรู้สึกที่ปลอดภัยมีการดำเนินการโดยวิสัญญีพยาบาลภายใต้การควบคุมกำกับของศัลยแพทย์ โดยบทบาทของพยาบาลวิสัญญีในขั้นตอนก่อนให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัยในห้องผ่าตัดนั้นได้แก่ การประเมินผู้ป่วยพร้อมให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการพิจารณาให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

โรงพยาบาลแห่งใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนให้บริการการรักษาแบบทุติยภูมิ โดยให้การระงับความรู้สึกด้วยการดมยาสลบ และการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ และทางศัลยกรรมทั่วไป โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้แก่ ปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 จำนวน 37 และ 135 ครั้ง ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 171 ครั้ง⁸ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจขั้นตอนการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดและลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและหัตถการอื่น ๆ โดยการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางการประเมินก่อนระงับความรู้สึกและพบผู้ป่วยเพื่อเตรียมผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วิธี ชนิด การให้ยา ระงับความรู้สึก ข้อดี ข้อจำกัด การเตรียมตัว สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การดูแลหลังระงับความรู้สึกและผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้โอกาสผู้ป่วยในการร่วมตัดสินใจเลือก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ^{2,3,6}



จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดที่มากขึ้นส่งผลให้วิสัญญีพยาบาลให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกผู้ป่วยไม่ครอบคลุม โดยมีเป้าหมายการประเมินและให้ข้อมูลร้อยละ 80 ขึ้นไปพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 68.63 และ ร้อยละ 68.4 ตามลำดับ⁹ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อการระงับความรู้สึก มีความวิตกกังวล กลัว สังเกตได้จากสีหน้าวิตกกังวลเมื่อเข้าห้องผ่าตัด ร่วมกับ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมของผู้ป่วย การตื่นตระหนกขณะได้รับการเตรียมความพร้อมต่างๆในห้องผ่าตัดโดยพบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือไม่เหมาะสมในการจัดทำเพื่อการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังจำนวน 9 ราย และ 12 ราย (ผู้ป่วยรับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด 33 ราย และ 112 ราย ในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 ตามลำดับ)⁹ แม้จะมีผู้ป่วยเพียงหนึ่งรายจากจำนวน 4 ราย ในปี พ.ศ. 2563 ที่ต้องดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดแล้วไม่ได้เตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลเฉพาะทางด้านการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา จึงได้เลื่อนการผ่าตัดออกไป⁸ ทำให้สูญเสียทรัพยากรที่เตรียมไว้เพื่อการระงับความรู้สึก ส่วนปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่ต้องดมยาสลบแล้วมีความวิตกกังวลสูง 3 ราย จาก 23 ราย แสดงออกด้วยความดันโลหิตสูงชีพจรสูงขึ้น และไขยาในการระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบในขนาดที่สูงขึ้น⁸ ดังนั้นกระบวนการระงับความรู้สึกเป็นกระบวนการแรกที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีพอทั้งการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกก็จะส่งผลให้กระบวนการดูแลต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยความราบรื่น ลดการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดนั้นพบว่า การให้ข้อมูลที่เพียงพอสามารถลดความวิตกกังวลก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดของผู้ป่วยได้¹⁻⁵ ซึ่งยังไม่ทราบว่ามีวิธีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดคือวิธีใด ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยทุกรายไม่สามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลได้ทุกคน การพูดให้ผู้ป่วยฟังตามแนวทาง ปฏิบัติเป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถทำได้ แต่ผู้ป่วยอาจรับและฟังข้อมูลไม่ได้ทั้งหมดในคราวเดียว นอกจากนี้ความแตกต่างของผู้ป่วย มีการรับรู้ข้อมูลแตกต่างกันได้ รวมถึงการให้ข้อมูลแต่ละครั้งของวิสัญญีพยาบาลก็อาจจะไม่เหมือนเดิมการสร้างมัลติมีเดียเป็น หัวข้อต่างๆ มีรูปภาพตามความเหมาะสม มีการอธิบายด้วยเสียง ตัวหนังสือ เพื่อให้ข้อมูลเป็นวิธีที่ทันสมัยในยุคปัจจุบันในการใช้ เทคโนโลยี มาช่วยในการปฏิบัติงาน¹⁻⁵ และสามารถให้ผู้ป่วยรับข้อมูลการระงับความรู้สึกทางมัลติมีเดียที่สร้างขึ้นให้มี ความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลแวงใหญ่ก่อนพบวิสัญญีพยาบาลได้ จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นวิสัญญี พยาบาล จึงมีความสนใจ ในการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบมัลติมีเดียตามแนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียของ Mayer¹⁰ และทฤษฎีการควบคุมตนเองหรือทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal & Johnson¹¹ โดยนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการการผ่าตัดในโรงพยาบาลแวงใหญ่ และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

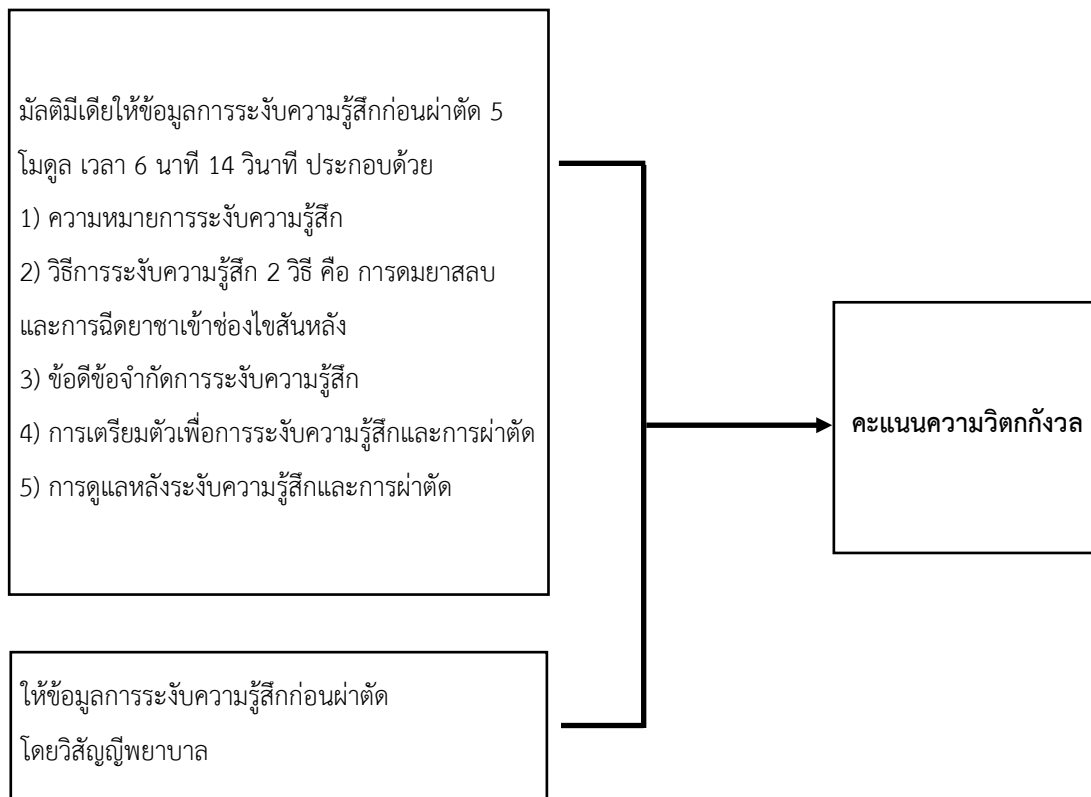
1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลโดยใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับข้อมูลโดยใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ (Self – regulation theory) ของ Leventhal & Johnson¹¹ และทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียของ Mayer¹⁰ โดยเมื่อบุคคลได้ประสบกับการเจ็บป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด นั้นจะมีการปรับตัวรับสถานการณ์โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือหาสิ่งใหม่เพื่อให้ง่ายขึ้นซึ่งการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับการดูแลรักษาใน



ครั้งนี้และควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสม¹¹ พยาบาลจะเข้าไปดูแลผู้ป่วยโดยให้เรียนรู้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดในรูปแบบมัลติมีเดียซึ่ง ประกอบไปด้วย 1) การเรียนรู้จากคำ (Word) ประกอบด้วยคำพูด ตัวอักษร และ 2) การบรรยายให้เห็นรูปภาพ (Picture)¹⁰ ประกอบด้วยรูปภาพอินโฟกราฟฟิก ด้วยเนื้อหา 5 โมดูล (modules) ได้แก่ 1) ความหมายของการระงับความรู้สึก 2) วิธีระงับความรู้สึก 3) ข้อดีและข้อจำกัดการระงับความรู้สึก 4) การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก และ 5) การดูแลหลังระงับความรู้สึก⁶ โดยใช้เวลา 6 นาที 14 วินาที ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังได้รับข้อมูลการระงับความรู้สึกโดยใช้มัลติมีเดีย และรับข้อมูลการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการลงความเห็นจากแพทย์ให้มีการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง หรือการดมยาสลบ ณ โรงพยาบาลวงแหวน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและพิจารณาให้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง หรือการดมยาสลบในโรงพยาบาลวงแหวนปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย Application n4Studies: For testing two dependent mean (Two-tailed test) โดยอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาของ Kim et al.¹³ ด้วยค่า Standard deviation (S.D.) 1.80 - 2.60 และ Mean difference ของ APAIS score 1.3 - 2.6 จึงแทนค่าด้วย S.D. (σ) = 2.60, Delta (Δ) = 1.80 ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดโดยกำหนด (α) = 0.05, $Z(0.975)$ = 1.96 Beta (β) = 0.02, $Z(0.800)$ = 0.84



ได้กลุ่มตัวอย่าง 17 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เพศชายและ เพศหญิงอายุระหว่าง 18-70 ปี การประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) Class I-II (คือผู้ป่วยที่แข็งแรงดี และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่สามารถควบคุมได้) 2) เข้านอนโรงพยาบาล ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง 3) มีแผนการรักษาโดยได้รับการระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ (General anesthesia) หรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) 4) คะแนนระดับความวิตกกังวลโดยใช้ APAIS 11/30 คะแนนขึ้นไป 5) เป็นผู้มีสติ สัมผัสัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารได้ ทั้งการฟังและการพูด 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลวันที่ 12 สิงหาคม – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยพื้นที่ในการเก็บข้อมูลคือ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแวงใหญ่ กลุ่มควบคุมใช้เวลา 17 วัน (ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564) และกลุ่มทดลองใช้เวลา 13 วัน (ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล ประสบการณ์ในการผ่าตัดและ การได้รับข้อมูล การระงับความรู้สึก
2. แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนระงับความรู้สึกและการผ่าตัด APAIS ฉบับภาษาไทยของ อภิญา กุณทลลักษมี และคณะ¹² ที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ โดยคำถาม 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 4 และ 5) เป็นคำถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และการผ่าตัด ส่วนคำถามอีก 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 6) เป็นคำถามประเมินความจำเป็นและความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมทั้งหมดเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัด 5 ระดับ (Likert's scale) มีเกณฑ์การให้แปลผลระดับคะแนนความวิตกกังวล ดังนี้ คะแนน < 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนน 5-7 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการข้อมูล คะแนน 8-10 คะแนน หมายถึง มีความจำเป็นต้องการให้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น คะแนน 11-30 คะแนน หมายถึง วิตกกังวล ความน่าเชื่อถือของ APAIS มีองค์ประกอบโดยรวมสูงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ที่ 0.88 องค์ประกอบด้านความวิตกกังวล 0.87 องค์ประกอบด้านความต้องการข้อมูล 0.87 โดยได้ทำหนังสือขออนุญาตและได้รับ ความยินยอมจากผู้วิจัยแล้ว
3. แบบสอบถามความรู้การระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 4 ข้อ มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง 0 คะแนน คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ แพทย์ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และอาจารย์พยาบาล การประเมินความน่าเชื่อถือ Cronbach's alpha 0.911 และค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้น Intraclass correlation 0.733 หาค่าความสัมพันธ์ Item-Item Correlation mean 0.778

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดจากวิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลปกติตามมาตรฐานการดูแลรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ใช้ในกลุ่มควบคุม
2. มัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย 5 โมดูล ดังนี้
1) ความหมายการระงับความรู้สึก 2) วิธีการระงับความรู้สึก 3) ข้อดีข้อจำกัดการระงับความรู้สึก 4) การเตรียมตัวเพื่อการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด และ 5) การดูแลหลังระงับความรู้สึกและการผ่าตัด แต่ละโมดูลมีรูปภาพอินโฟกราฟิกพร้อมเสียงบรรยาย และคำอธิบาย ใช้เวลา 6 นาที 14 วินาที ในการรับชมผ่านโทรศัพท์มือถือ พัฒนาโดยผู้วิจัยอ้างอิงเนื้อหาจากแนวทางปฏิบัติราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์เนื้อหาโดยใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านมัลติมีเดีย กับทฤษฎีการควบคุมตนเอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ แพทย์ผ่าตัด



วิสัยพยาบาล และอาจารย์ พยาบาล วิเคราะห์ Correlation analysis โดยแยกเป็นแต่ละโมดูล ทั้ง 5 โมดูล และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่าน กำหนดให้มีค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป ซึ่งความตรงของเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาทั้ง Content validity และ Index of Item-objective Congruence และความเที่ยง (Reliability) หาค่าจาก Correlation coefficient ที่ Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ได้ผลดังนี้ การประเมินความน่าเชื่อถือระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญได้ค่า Inter-rater reliability Cronbach's alpha ได้ 0.933 หาค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อด้วย Item-total Correlation mean 0.633 หมายถึง แต่ละหัวข้อ มีความสัมพันธ์กันในระดับดี หาค่าความสอดคล้องภายในของแต่ละโมดูลด้วย Intra classification coefficient ได้ 0.998 ซึ่ง หมายถึง มีความสอดคล้องกันสูงถ้า ค่าเข้าใกล้ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก ผู้อำนวยการ และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น เพื่อประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย จากนั้นรายชื่อผู้ป่วยได้ถูกเข้าถึงภายหลังจากได้รับมติอนุญาต เพื่อคัดเข้าและคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับกลุ่มควบคุม แนะนำการตอบแบบวัดความวิตกกังวล และการตอบแบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังการรับฟังข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดจากวิสัยพยาบาลแบบปกติ และการส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยจนครบ 20 คน (ใช้เวลาสัปดาห์ที่ 1-8 ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับกลุ่มทดลอง แนะนำการตอบแบบวัดความวิตกกังวล และการตอบแบบสอบถามความรู้ก่อน และหลังการรับชมมัลติมีเดียข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดผ่านโทรศัพท์มือถือ และการส่งแบบ สอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยจน ครบ 20 คน ใช้เวลาสัปดาห์ที่ 8-16 (ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564)

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ลงรหัสไว้แล้ว เพื่อมาวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรม IBM SPSS statistic software version 26 และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) คือการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Analytic statistic) ได้แก่

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูลการระงับความรู้สึกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Two Way ANOVA และใช้ Bonferini's method ในการเปรียบเทียบ multiple comparison ใน post hoc analysis

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเลขที่ โครงการ REC 038/2565 วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยขั้นตอน การวิจัยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และทำลายเอกสารแบบสอบถามหลังการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยภาพรวมผู้ป่วยมีสิทธิที่จะ ปฏิเสธและถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ผลต่อการรักษา เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจึงให้ลงนามในแบบยินยอม



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 (อัตราส่วนเพศชาย:หญิง เป็น 1:3) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อายุเฉลี่ย 49.05 (S.D.13.67) ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 55 โดยมีอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 70) มีรายได้น้อยกว่า 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 80 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดร้อยละ 65 ปฏิเสธประวัติการเจ็บความรู้สึกมาก่อน ร้อยละ 55 และไม่เคยได้รับข้อมูลการเจ็บความรู้สึกมาก่อนร้อยละ 90 การผ่าตัดครั้งนี้ได้รับการให้ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยกลุ่ม ASA class II ร้อยละ 80 มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 (ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และร้อยละ 80 ไม่สูบบุหรี่ ในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 75 (อัตราส่วนเพศชาย:หญิง เป็น 1:3) สถานภาพสมรสร้อยละ 65 ทั้งหมดนับถือ ศาสนาพุทธ โดยมีอายุเฉลี่ย 51.80 (S.D.15.00) ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 65 ประกอบ อาชีพเกษตรกรร้อยละ 60 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 70 มีรายได้น้อยกว่า 5,000-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 85 ใช้สิทธิบัตร ประกันสุขภาพร้อยละ 70 ปฏิเสธประวัติการเจ็บความรู้สึกมาก่อนร้อยละ 60 และไม่เคยได้รับข้อมูลการเจ็บความรู้สึกมาก่อน ร้อยละ 60 ในการผ่าตัดครั้งนี้ได้รับพิจารณาให้ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังร้อยละ 85 ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม ASA class II ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 (ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และร้อยละ 65 ไม่สูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังรับข้อมูลการเจ็บความรู้สึก

n=20		$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	S.D.	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อน	17.85	4.12	4.90	2.79	< 0.001
	หลัง	12.95	3.30			
กลุ่มควบคุม	ก่อน	16.9	2.83	3.55	2.48	< 0.001
	หลัง	13.35	3.30			

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลกลุ่มทดลองภายหลังรับข้อมูลการเจ็บความรู้สึกผ่านมัลติมีเดียมีคะแนนเฉลี่ย ลดลง 4.90 (S.D. 2.79) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มควบคุมภายหลังรับข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยลดลง 3.55 (S.D. 2.48) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

n = 20	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	T-test	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง	4.90	2.79	1.25	1.446	-0.47574 - 2.97575	0.151
กลุ่มควบคุม	3.55	2.48				

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความ แตกต่างกัน ($p = .151$) จะเห็นได้ว่ามัลติมีเดียให้ข้อมูลการเจ็บความรู้สึกก่อนผ่าตัดสามารถ ลดคะแนนความวิตกกังวล เช่นเดียวกับการให้ข้อมูลการเจ็บความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล



3. การวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา อาชีพ ครอบครัว ศาสนา โรคประจำตัว ASA classification ประวัติการได้รับข้อมูลหรือการได้รับการระงับความรู้สึก ระดับความรู้ความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่อการลดลงของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two way ANOVA) พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบจัดกลุ่ม (APAIS category) 5 กลุ่ม ได้แก่ 1-10, 11-15, 16-20, 20-25 และ 25-30 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 1-5 ตามลำดับ โดยใช้สถิติ Two way ANOVA และ multiple comparison โดย Bonferini's method พบว่า มีผลมีอิทธิพลต่อการลดลงของคะแนนความวิตกกังวลแบบจัดกลุ่ม (APAIS category) ในกลุ่มทดลองอยู่ 3 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ F test 13.803 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยมีค่าความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 21.8 (Partial Eta 0.218) และพบว่ากลุ่มทดลองร่วมกับการจัดกลุ่มคะแนน (APAIS category) มีอิทธิพลต่อการลดลงของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลที่ F-test 39.520 และ $p = .001$ โดยมีค่าความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 34.8 (Partial Eta 0.348)

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Multiple comparison-post hoc analysis) พบว่าวิธีการใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด 5 โมดูล (กลุ่มทดลอง) และวิธีการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล (กลุ่มควบคุม) มีอิทธิพลต่อคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลมากกว่า 15 คะแนน โดยมีการลดลงของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ t-test -2.142 และ $p = .021$ โดยพบมีค่าความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 15 (Partial Eta square 0.150) และเมื่อวิเคราะห์เฉพาะอิทธิพลของวิธีการใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกต่อการลดลงของคะแนนความวิตกกังวล พบว่ามีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ t-test 2.628 (Partial Eta square 0.1738 และ $p = .013$ เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนที่ลดลงในด้วย Subgroup analysis independent t-test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลก่อนรับข้อมูลมากกว่า 15 คะแนน ในกลุ่มรับข้อมูลด้วยวิธีการใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกลดลงมากกว่ากลุ่มรับข้อมูลด้วยวิธีการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล Mean difference 2.2333, 95% CI 0.17670-4.28997 และ $p = .034$ จะเห็นได้ว่าเมื่อนำวิธีการใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในกลุ่มมีคะแนนสูง สามารถลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าวิธีการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีพยาบาล

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังรับข้อมูลการระงับความรู้สึกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังรับข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

n = 20	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง	2.65	2.18	0.45	-0.55873-1.45873	0.372
กลุ่มควบคุม	3.10	1.89			

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.65 (S.D.=2.18) คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.10 (S.D. = 1.89) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p=.372$)

การอภิปรายผล

อุบัติการณ์เกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด (Incidence of pre-operative) สูงถึงร้อยละ 48 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด⁴ และสูงขึ้นอีกร้อยละ 17 ในการระงับความรู้สึกโดยวิธีการดมยาสลบ การให้ความรู้ความเข้าใจก่อนกระบวนการผ่าตัดทั้งประเด็นในการระงับความรู้สึก และการผ่าตัดจึงเป็นประเด็นที่มีการพัฒนาโดยบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง⁴



การใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวรับการรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งต้องได้รับการระับความรู้สึกผ่าตัดโดยการดมยาสลบหรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้และมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงหลังรับข้อมูลจากมัลติมีเดียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al.¹³ พบว่าการให้ข้อมูลแบบวิดีโอทางอินเทอร์เน็ตทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ต้องระับความรู้สึกด้วยการดมยาสลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 2.6 ± 2.6 คะแนน แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบแนวโน้มของคะแนนที่สามารถลดได้สูงกว่าทั้งในกลุ่มที่ให้ข้อมูลแบบปกติ และกลุ่มที่ใช้มัลติมีเดีย (3.55 ± 2.48 และ 4.90 ± 2.79 คะแนนตามลำดับ) ซึ่งเป็นผลมาจากข้อมูลในแต่ละโมดูลที่พัฒนาตามมาตรฐานแนวทาง ปฏิบัติราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 และระดับความวิตกกังวลที่วัดจาก APAIS ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีค่าสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้า ยังมีการศึกษาของ Kuar et al.¹ ใช้วิดีโอมัลติมีเดียให้ข้อมูลการระับความรู้สึกก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง APAIS, Patient satisfaction score และ information gain questionnaire สอดคล้องกับ กนกวรรณ อุทัยวรรณ และคณะ¹⁴ พบว่าการใช้หนังสือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังส่งผลให้ ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อประเมินด้วย Stait-trait Anxiety Inventory(STAI) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของมัลติมีเดียและการให้ข้อมูลแบบปกติ แต่เมื่อวิเคราะห์ แบบจัดกลุ่มคะแนนโดยคะแนนความวิตกกังวล 15 คะแนนขึ้นไปมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มรับข้อมูลแบบมัลติมีเดียมีอิทธิพลต่อการลดคะแนนความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มรับข้อมูลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นการให้ข้อมูลด้วยรูปภาพภาพเคลื่อนไหวแบบอินโฟกราฟฟิกประกอบเสียงบรรยายตัวหนังสือเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ข้อมูลที่เป็นจริงแล้วนำมาปรับใช้ให้เกิดการตอบสนองต่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระับความรู้สึกเพื่อการ ผ่าตัดลดลงหลังการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwee et al.¹⁵ ที่พบว่าการให้ข้อมูลแบบวิดีโอมีคะแนนความวิตกกังวล ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมรับข้อมูลแบบเชลลิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ระบบประสาท หู คอ จมูก และศัลยกรรม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Pandey et al.¹⁶ พบว่าการใช้มัลติมีเดียให้ข้อมูลการระับความรู้สึก ฉีดยาชาเข้าชั้น Subarachnoid ในผู้ป่วยผ่าตัดมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มรับข้อมูลจากวิสัญญีแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภางค์ คำเกียรธธรรม และคณะ² พบว่ากลุ่มทดลองใช้วิธีทัศนเตรียมความพร้อม ก่อนระับความรู้สึกมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมรับข้อมูลจากวิสัญญีพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังเหมาะสมในบริบทที่มีทรัพยากรและบุคลากรที่จำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างจากการศึกษาของ Metterlein et al.³ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มรับข้อมูลการระับความรู้สึกแบบวิดีโอกับกลุ่มรับข้อมูลปกติในการให้ความรู้เพื่อลดภาวะดังกล่าวเมื่อประเมินด้วย STAI และ Visual analog scale และได้ แปลผลว่าถึงแม้จะให้ข้อมูลแบบวิดีโอแต่บุคลากรทางวิสัญญีก็ต้องเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอการยินยอมรับการระับความรู้สึก นอกจากนี้ ยังแตกต่างจากการศึกษาของ จุฑาพร ศรีจันทร์ และคณะ¹⁷ พบว่าการใช้ทัศนการ์ตูนแอนิเมชันในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับกลุ่มรับการพยาบาลปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากที่ใช้หลักการของการให้ข้อมูลความรู้และประสบการณ์ของตัวแบบ (Self regulation theory) ซึ่งสอดคล้องไปกับการศึกษาครั้งนี้ที่คะแนนความรู้ก่อน-หลังได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมในการระับความรู้สึก และผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ในส่วนคะแนนความรู้ก่อนและหลังรับข้อมูลถึงแม้จะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มแต่คะแนนความรู้ทั้งสองกลุ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัมพันธ์กับการศึกษาของ Ferre et al.¹⁸ พบว่าการให้ข้อมูลและคำปรึกษาด้วยการให้ข้อมูลด้านการระับความรู้สึกแบบดิจิทัลผู้ป่วยสามารถโต้ตอบได้มีผลทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนทำให้ขนาดตัวอย่างมีจำกัด อีกทั้งความซับซ้อนของการผ่าตัดและลักษณะของประชากรอาจส่งผลต่อการศึกษา



จะเห็นได้ว่าการใช้มัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระบับความรู้สึกเป็นแนวทางใหม่ในการให้ข้อมูลทางพยาบาลนอกจากจะลดความวิตกกังวลยังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการระบับความรู้สึกและการผ่าตัด อีกทั้งในกรณีที่ระดับความวิตกกังวลสูงการใช้มัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระบับความรู้สึกสามารถลดระดับความวิตกกังวลได้ค่อนข้างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มีข้อจำกัดของบุคลากร และทรัพยากร ของโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. นำไปพัฒนามัลติมีเดียแยกตามชนิดการระบับความรู้สึกและนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยต่อ
2. ใช้มัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระบับความรู้สึกก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแวงใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแวงใหญ่ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ที่ได้ให้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแวงใหญ่ และ ผศ.(พิเศษ) นพ.จารุพงษ์ น้อยคำแย กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้คอยสนับสนุนด้านความรู้และเป็นที่ปรึกษาทุกอย่าง ในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Kaur H, Singh G, Singh A, Sharda G, Aggarwal S. Evolving with modern technology: Impact of incorporating audiovisual aids in preanesthetic checkup clinics on patient education and anxiety. *Anesth Essays Res.* 2016;10(3):502-7.
2. Dumkoengtham S, Honsamsijad Y, Thungjaroenkul P. Effect of using video media to prepare the patient before undergone anesthesia on knowledge and anxiety in Orthopedic surgery patients, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital.* 2021;20(1):50-64. (in Thai)
3. Metterlein T, Wobbe T, Brede ME, Möller K, Röder D, Krannich J, et al. Effectiveness of pre-anesthetic video information on patient anxiety and economical aspects. *Saudi J Anaesth.* 2021;15(2):127-30.
4. Abate SM, Chekol YA, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg Open.* 2020;25:6-16
5. Mendoza-Rosales CF, Llanes-Garza HA, García-Torres RM, González-Juárez JF, Ríos DP. Benefit of preanesthetic consultation to decrease the level of pre-operative anxiety and increase post-operative satisfaction. *Medicina Universitaria.* 2019;20(4):156-60.
6. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Announcement of the Royal College of Anesthesiologists of Thailand: Guidance for patient information about anesthesia [Internet]. 2019 [cite 2022 Oct 15]. Available from <https://www.rcat.org/cpg>. (in Thai)
7. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient safety goal: SIMPLE Thailand 2018[Internet]. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). 2017 [Cited 2023 Jan 24]. Available from : <https://www.ha.or.th/TH/Posts/สาระ-องค์ความรู้/Details/172>. (in Thai)
8. Waengyai Hospital Khon Kaen Province. Statistics of patients in anesthesiology nursing. 2022. (in Thai)
9. Waengyai Hospital Khon Kaen Province. Statistics of Pre-anesthetic evaluate and informed of anesthesiology nursing. 2022. (in Thai)



10. Mayer RE, Introduction to Multimedia Learning. In: Mayer RE, ed. The Cambridge Handbook of Multimedia Learning. 2nd ed. Cambridge Handbooks in Psychology. Cambridge: Cambridge University Press; 2014:1-24.
11. Leventhal H, Jean E, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation Behavioral science and nursing theory. 1983;189-262.
12. Kunthonluxamee A, Pitimana-aree S, Laurujisawat P. Validity and reliability of the amsterdam preoperative anxiety and Information scale (APAIS): Thai version in adult Thai pre-operative patients. J Psychiatr Assoc Thai. 2009;54(1):83-92. (in Thai)
13. Kim MJ, Oh HK, Lee KC, Yang HH, Koo BW, Lee J, et al. Effects of an Internet-based informational video on preoperative anxiety in patients with colorectal cancer. Ann Surg Treat Res. 2019;96(6):290-5.
14. Uthaiwan K. The effect of short film on anxiety level in patients undergoing regional Anesthesia in Chomthong Hospital. Lanna Public Health Journal. 2019;12(1):89-102. (in Thai)
15. Hwee LS, Ahmad A, Yusuf P, Kunjukunju A. The effects of educational video on preoperative anxiety Level among surgical patients of a Private Hospital. Nurs Primary Care. 2021;5(6):1-7.
16. Pandey A, Chopra G, Payal YS, Effect of multimedia information on preoperative anxiety levels of patients posted for surgery under subarachnoid block. J Clin Diag Res. 2018;12(4):UC01-UC03.
17. Srijun J, Kaveevichitchai C, Nelapaichi N, Chantadansuwan T. Effects of self-efficacy-promoting program with cartoon animation videos on knowledge, anxiety, and perceived self-efficacy in patient undergoing cardiac catheterization. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2018;33(1):89-102. (in Thai)
18. Ferré F, Boeschlin N, Bastiani B, Castel A, Ferrier A, Bosch L, et al., Improving Provision of Preanesthetic Information Through Use of the Digital Conversational Agent “MyAnesth”: Prospective Observational Trial. J Med Internet Res. 2020;22(12):1-10.



ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กต่อความรู้ ทักษะและ พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จังหวัดอุดรธานี

พวงผกา อินทร์เยี่ยม พย.ม.*****

ชรินทร์พร มะชะรา พย.ม.*

พรทิพย์ อนันตกุล ปรด.**

ประนอม มะธิปะไช ศษ.ม.***

(วันรับบทความ: 11 เมษายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 13 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 13 มิถุนายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่เข้ารับบริการต่อเนื่องของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย ได้แก่ 1) โปรแกรมทดลองกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีกิจกรรม 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะ และการช่วยเหลือ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.88 มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่บกพร่องทางด้านร่างกาย มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประโยชน์ที่ได้ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพอาจใช้ในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายในชุมชน หรือนำโปรแกรมไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นได้ เพื่อผู้ป่วยจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตจากผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแล

* อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

*** ครูชำนาญการ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี

**** ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: puangpaka.in@udru.ac.th. Tel: 092-9354615



The Effects A Self-help Group Program on Knowledge, Attitude and Care-giving Behavior among Caregivers of Children with Physical Impairments, Udon Thani Province.

Puangpaka Iniam M.N.S.^{*****}

Charinporn Machara M.N.S.^{*}

Porntip Anantakul PhD^{**}

Pranom Mathipikhai M.Ed.^{***}

(Received Date: April 11, 2023, Revised Date: June 13, 2023, Accepted Date: June 13, 2023)

Abstract

This study was a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The objective of this study was to explore the effects of a self-help group program on the knowledge, attitude, and caring behaviors of caregivers providing care to children with physical impairments. The participants were 30 primary caregivers of children with physical impairments at the Udon Thani Special Education Center and were selected by purposive sampling. The research instruments were: 1) The research intervention, which was a 12- week self-help group program with 4 different types of support activities: sharing emotional and social support; information; education and skill development; and advocacy. 2) The research instrument for collecting the data from caregivers was the knowledge, attitude, and caring behavior questionnaire. Content validity was examined by three experts. The content validity index for this questionnaire was 0.88 and its Cronbach's alpha was 0.84. Data analysis was performed using percentages, means, standard deviations, and paired-sample t-tests.

The results of this research showed that, compared to before the intervention, the mean scores for the knowledge, attitudes, and care behavior of caregivers for children with physical impairments were significantly higher ($p<.001$). Therefore, nurses and health care teams should establish self-help group for caregivers of children with physical impairments in the community. Moreover, the program can be adapted to be used in the patients having different illness in order to improve the patient's quality of life and to promote the quality of life of their caregivers who will be able to improve their knowledge and learn appropriate attitudes and behaviors.

Keywords: a self-help group, child with physical impairments, knowledge, attitude, care behavior.

^{*} Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University. Udon thani Province.

^{**} Assistant professor, Faculty of Nursing Udon Thani Rajabhat University. Udon thani Province.

^{***} Professional Level Teacher, Udon Thani Special Education Center.

^{****} Corresponding author E-mail: puangpaka.in@udru.ac.th. Tel: 092-9354615



บทนำ

ทั่วโลกมีเด็กพิการมากถึง 240 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 10 ของเด็กทั่วโลก ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสในแทบทุกด้านของชีวิตเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่พิการ ในประเทศไทยมีเด็กพิการเกือบ 140,000 คน ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน โดยเด็กพิการประมาณร้อยละ 38 ไม่ได้เข้าเรียน ร้อยละ 27 ไม่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และอีกร้อยละ 4 ไม่ได้รับการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วยหรือจำเป็น นอกจากนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของเด็กพิการไม่ได้จดทะเบียนคนพิการกับรัฐ และไม่ได้รับเบี้ยความพิการ¹ และในแต่ละปีจะมีเด็กกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวนมาก ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีร้อยละ 3.07 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 2,038,929 คน และร้อยละ 30 อยู่ในวัยเด็กและวัยรุ่น² เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายจะมีวัยจะไม่สมส่วน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป กระดูกและกล้ามเนื้อพิการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง มีความพิการของระบบประสาท มีความลำบากในการเคลื่อนไหว^{3,4} มากกว่าร้อยละ 50 มักมีความยากลำบากในการรับประทานอาหารและยังมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อย ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกหรือแข็งเกร็ง เกิดการติ่งตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่าง ๆ เกิดการติดเชื้อมากขึ้นจากการคั่งค้างของเสมหะ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจทำงานลดลงและเด็กมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง การขับเสมหะลดลง สูดสำลักได้ง่าย⁵ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยโรคของระบบทางเดินหายใจ และนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือปอดอักเสบและข้อติดแข็ง ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จึงควรได้รับการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติดแข็งและป้องกันโรคปอดอักเสบ การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สามารถเคลื่อนไหว เดินทางหรือประกอบกิจกรรมได้ใกล้เคียงกับคนทั่วไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เดินทางหรือประกอบกิจกรรมได้ใกล้เคียงกับคนทั่วไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การรับประทานยา การรักษาแผลกดทับ การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ฝึกการนั่ง ยืน ทรงตัวเดิน ฝึกการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาทิจน รับประทานอาหารแปรรูป อาบน้ำ ขับถ่าย แต่งตัว เป็นต้น ฝึกการใช้มือประสานกับสายตา ฝึกการหยิบจับสิ่งของฝึกทักษะสังคมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี รวมทั้งการฝึกอาชีพ เป็นต้น⁶ นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยที่บกพร่องทางร่างกายบางกลุ่ม เช่น ผู้พิการติดเตียงบางรายมีกล้ามเนื้อลีบและข้อติดส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ดี เช่น ไม่สามารถเช็ดตัวทำความสะอาดให้ทุกวัน จะทำความสะอาดเมื่อมีการขับถ่ายหรือเห็นว่าสกปรก ผู้พิการจึงไม่สะอาดและมีกลิ่น บางวันทำได้เพียงแค่การแปรงฟันเพื่อทำความสะอาดช่องปากอย่างเดียว เหตุผลเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความเครียดจึงไม่ได้ฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนพิการ ไม่ได้ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติด เป็นต้น⁵ ซึ่งการได้รับการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย

จากการศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงในพื้นที่จังหวัดตรัง⁵ จำนวน 50 คน พบว่าผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54.32 ปี มีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างในฐานะมารดามากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้พิการ มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย เมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วยก็ต้องใช้เวลาในการดูแลตนเอง ไม่มีรายได้รายได้ลดลงจากการประกอบอาชีพ ทำให้คุณภาพของการดูแลลดลง ผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้พิการที่สามารถทำได้จริงและเหมาะสมกับครอบครัวในด้านการให้อาหาร การทำกายภาพการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำแผลและดูแลแผลกดทับ เป็นต้น ผู้ดูแลบางรายต้องการความรู้และอยากฝึกทักษะใส่สายยางให้อาหารเองเพื่อพึ่งตนเองไม่ต้องไปขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลบางรายต้องรอลูกหรือญาติมาช่วยในการอาบน้ำให้ผู้พิการสัปดาห์ละครั้ง ผู้ดูแลบางรายจัดให้ผู้พิการนอนบนแคร่หรือพื้นที่ทำความสะอาดได้ง่าย ในมุมหนึ่งของบ้าน โดยดัดแปลงและประยุกต์อุปกรณ์ให้ผู้พิการสามารถทำความสะอาดตนเองได้ภายหลังการขับถ่าย เป็นต้น ในด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ต้องป้อน บางรายที่ต้องให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากผู้ดูแลต้องอยู่ดูแลผู้พิการตามลำพังตลอดทั้งวันจึงต้องการให้มีญาติหรือคนอื่นมาแบ่งเบาภาระในการดูแลหรือผลัดเปลี่ยน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน หรือไปทำธุระส่วนตัว โดยในความช่วยเหลือนั้นต้องการความเข้าใจเป็นพื้นฐาน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีภาระหนักและตึงเครียดเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องการพูดคุยด้วยความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจมากกว่าการตำหนิหรือแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดี พร้อมทั้งต้องการความช่วยเหลือและคำแนะนำเชิงสร้างสรรค์ ในการเสริมพลังอำนาจ⁷ ดังนั้นการจัดการดูแลเด็กกลุ่มนี้ควรให้เกิดความต่อเนื่อง ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว ตอบสนองความต้องการของเด็กและสร้างความเข้มแข็ง



ให้กับครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สอดคล้องกับกิจวัตรของครอบครัวรวมถึง การเชื่อมโยงกับงานบริการต่าง ๆ⁸ จากที่กล่าวมาข้างต้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเหล่านี้ได้มีการช่วยเหลือกัน แบ่งปันข้อมูลกันหรือ รวมเป็นกลุ่มกันจะช่วยให้เกิดการการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทักษะคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อไป

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เป็นการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน และใช้ประสบการณ์ที่ ผ่านมาช่วยกันแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน ทั้งจากประสบการณ์ตรงและที่ได้แสวงหามาช่วยเหลือสมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่ เกิดขึ้น⁹⁻¹³ ในปี ค.ศ. 1992 Walz & Bleuer⁸ ได้นำเสนอแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือ ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Share emotional and social support) 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก (Information) 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ (Education and skill development) และ 4) การให้ความช่วยเหลือ (Advocacy) กลุ่มช่วยเหลือที่เหมาะสมควรมีสมาชิกประมาณ 4 – 12 คน สถานที่ ควรเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่นรบกวนหรือสิ่งรบกวนความสนใจ และมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ใน การทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1 – 1 ½ ชั่วโมง⁹⁻¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือไปใช้ ศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาเปรียบเทียบผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาด ต่อเนื่องในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน โดยมีกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน 4 ครั้ง มีระยะห่างแต่ละครั้ง นานถึง 3 สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น ถ้ากลุ่มรวมกันได้ดี มีพลังจะทำให้กลุ่มมีศักยภาพ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ ด้านต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เป็นผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการไปในทางที่ดีขึ้น ภายหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁵ การศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการปฐมนิเทศสร้างความรู้จักคุ้นเคย การรู้จักตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับบุคคลอื่น การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การเผชิญหน้ากับปัญหาและอุปสรรค และการดำเนินชีวิตในสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองโดยการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁴ จากที่กล่าวมาข้างต้นในสถานการณ์ที่พบว่าเด็กที่มีปัญหาความบกพร่อง ทางร่างกายมีจำนวนมากนั้น หากเด็กเหล่านั้นจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งมาจากความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลัก รวมถึงทักษะต่าง ๆ ทักษะที่ดี และพฤติกรรมในการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมอย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลต่อความ รู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากมีข้อมูล ที่น่าสนใจคือผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ดูแลเด็กมากกว่า 10 ปี เกิดความเหนื่อยล้าต่อทั้งชีวิต ต้องการความช่วยเหลือทั้งในด้านการดูแล เด็กและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงไม่ได้รู้จักกันกับผู้อื่นว่ามีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกันและยังไม่มีเคยทำ กิจกรรมกลุ่มร่วมกันเลย การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาและประสบการณ์คล้ายคลึงกัน มาช่วยกันแก้ปัญหาและ ช่วยเหลือกัน โดยจัดกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ และการให้ความช่วยเหลือ⁸ และศึกษาเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ ประโยชน์และขยายผลต่อไป ทั้งกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กและตัวเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

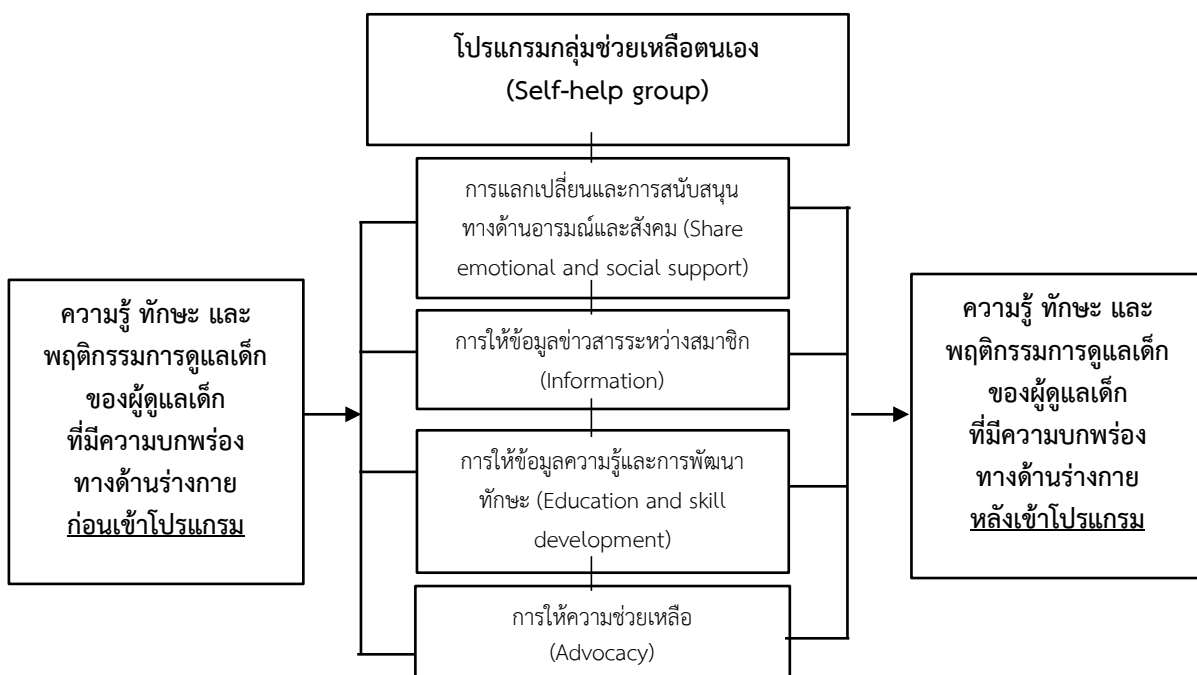


วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของวอล์ชและบลูเออร์ มาสร้างโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย โดยมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ และ 4) การให้ความช่วยเหลือ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามิ ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย มากกว่า 6 เดือน ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามิ ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรจำนวน 30 คน ด้วยวิธี Power analysis โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ 0.8 และค่า effect size 0.5¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกับจำนวนประชากร ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งครอบคลุมขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ โดยเลือกเฉพาะเจาะจงผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายขั้นปานกลางถึงรุนแรง



เกณฑ์การคัดเลือก กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ขึ้นปานกลางถึงรุนแรง มากกว่า 6 เดือน มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้โดยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz & Bleuer⁸ โดยมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ และ 4) การให้ความช่วยเหลือ โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2-3 สัปดาห์ ใช้เวลา ครั้งละ 45-60 นาที 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (Knowledge, Attitude and Practice model)¹⁵ เป็นกรอบแนวคิด ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.88 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 25 คน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก หรือ ผิด จำนวน 10 ข้อ รวม 10 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลางและน้อย

2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่จริงเลย) 2 (ไม่จริง) 3 (ไม่แน่ใจ) 4 (จริง) ถึง 5 (จริงที่สุด) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ทางบวก คือความรู้สึกลงในทางที่ดีพอใจหรือยอมรับ เป็นกลางและทางลบ คือความรู้สึกลงในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ รวม 50 คะแนน มีคำตอบให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) 2 (ปฏิบัติน้อยครั้ง) 3 (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) 4 (ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือระดับมาก ระดับปานกลางและระดับน้อย

การพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เพื่อพิจารณา ด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย ได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว.0622.7/613

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์การศึกษาพิเศษและที่บ้าน โดยกำหนดข้อตกลงและทำการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง (Pre-test) 2) จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยจัดกลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน และเลือกผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายระดับเดียวกัน จัดกิจกรรมในห้องประชุมของศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยจัดที่นั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ดูแลเด็กนั่งเก้าอี้ห่างกันเล็กน้อย ในครั้งแรกผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และมีสหสาขาวิชาชีพเพิ่มเติมข้อมูลเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ นักกายภาพบำบัดเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ด้านกายภาพบำบัด ครูการศึกษาพิเศษเพิ่มเติมข้อมูลด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ สิทธิต่าง ๆ ของผู้พิการและการดำเนินการขอรับสิทธิต่าง ๆ จากองค์กรภาครัฐ นักจิตบำบัดคอยประคับประคองและให้กำลังใจ ในการทำกลุ่ม



ช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านร่างกายพบปัญหาในการรวมกลุ่มเนื่องจากเด็กที่มีความพิการทางด้านร่างกายส่วนใหญ่ ไม่ได้มาเรียนประจำที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ แต่เป็นเด็กที่ครูต้องออกเยี่ยมดูแลที่บ้านและส่วนใหญ่เป็นความพิการที่พบตั้งแต่แรกเกิด เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลเด็กต้องคอยดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา จึงไม่สามารถมาเข้ากลุ่มได้ทั้งหมด ผู้วิจัยแก้ไขโดยเลือกผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และมีทักษะการสื่อสารให้กำลังใจ ทักษะประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความพิการทางด้านร่างกายที่มาร่วมเยี่ยมบ้านด้วยและดำเนินกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ และ 4) การให้ความช่วยเหลือ จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2-3 สัปดาห์ รวมระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย 12 สัปดาห์ ในช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ใช้เวลา ครั้งละ 45-60 นาที เริ่มต้นโดยผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรม และให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละคนได้แนะนำตนเองและอธิบายถึงลักษณะของเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่ผู้ดูแลดูแลอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง ป่วยตายายของเด็ก หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ จึงลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอีกครั้งพร้อมกับผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยเลือกจากศักยภาพในการให้ข้อมูลความรู้และทักษะประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลเด็กที่ถูกเลือกได้สะท้อนปัญหาการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายและบอกแนวทางการช่วยเหลือและสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแลเด็ก แนะนำการฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อลดความเมื่อยล้าและลดความเครียดกับภาระการดูแลในระยะยาว สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผักกั๊กที่จำเป็นในการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน เช่น การดูดเสมหะ การป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การฝึกเหยียดแขนและขา การดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้น การพลิกตะแคงตัว การจัดทำที่ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการทดสอบหลังการทดลองอีกครั้ง (Post-test) ด้วยแบบสอบถาม ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ภายหลังจากการทดลองสิ้นสุดลง 1 สัปดาห์ โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างทุกรายด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ข้อมูลด้านบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired samples t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลด้านบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ 36-59 ปี อายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 4-6 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไปและอาชีพเกษตรกร ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กมากกว่า 10 ปี



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านบุคคล (n= 30)

ข้อมูลด้านบุคคล ของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	27	90.0
ชาย	3	10.0
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	0	0
21-35 ปี	10	33.3
36-59 ปี	15	50.00
60 ปี ขึ้นไป	5	16.66
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.7
คู่/อยู่ด้วยกัน	20	66.7
หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	26.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	10	33.33
4-6 คน	16	53.33
มากกว่า 6 คน	4	13.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	86.66
มัธยมศึกษา/ปวช. ปวส.	2	3.44
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	2	3.44
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	33.3
รับจ้างทั่วไป	9	30.0
เกษตรกร	2	6.7
รับราชการ	7	23.3
พนักงานเอกชน/ รัฐวิสาหกิจ	2	6.7
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา มารดา	26	86.7
ปู่ ย่า ตา ยาย/ญาติพี่น้อง	4	13.3
ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก (อย่างน้อย 6 เดือน)		
1 ถึง 2 ปี	3	6.7
3 ถึง 4 ปี	2	6.7
5 ถึง 7 ปี	3	10.0
8 ถึง 10 ปี	5	16.7
มากกว่า 10 ปี	17	56.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายของผู้ดูแลเด็ก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญตามสถิติ ($p<.001$) โดยด้านความรู้ก่อนได้รับ



โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 7.86$, S.D. = 1.03) ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระดับความรู้อยู่ในระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 9.53$, S.D. = 0.97) ด้านทัศนคติก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับกลางๆ ($\bar{x} = 33.30$, S.D. = 4.99) ภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระดับทัศนคติอยู่ในทางบวกและมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 46.20$, S.D. = 2.21) ด้านพฤติกรรมก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 37.83$, S.D. = 6.95) ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับ มาก และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 48.50$, S.D. = 2.68) รายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อน		หลัง		t	df	95%CI	P
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ด้านความรู้	7.86	1.30	9.53	0.97	-5.84	29	-2.24 to -1.08	0.000
ด้านทัศนคติ	33.30	4.99	46.20	2.21	-20.92	29	-14.16 to -11.63	0.000
ด้านพฤติกรรม	37.83	6.95	48.50	2.68	-11.16	29	-12.62 to -8.71	0.000

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงนั้น อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีความใส่ใจ ในรายละเอียดในการดูแลลูกที่เจ็บป่วยได้ดีกว่า และมารดามีหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมบุตรที่เจ็บป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้ต่อเนื่องมากกว่า¹⁶ ส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลมีอายุอยู่ระหว่าง 36-59 ปี อายุเฉลี่ย 41 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มพ่อแม่ที่อยู่ในช่วงวัยแรงงานที่กำลังสร้างเนื้อสร้างตัว¹⁷ แล้วบางรายมีลูกตอนอายุมากแล้ว ส่งผลให้ลูกมีโอกาสเกิดมีความบกพร่องทางด้านร่างกายได้สูง¹⁸ จากโครงสร้างของครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันมากถึง 4-6 คน และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือเป็นเกษตรกรกรรม จึงส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กที่มีความบกพร่อง ทางด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการขาดสภาพคล่องทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวได้ง่าย และยังพ่อแม่ที่ต้อง ใช้เวลาดูแลเด็กคนหนึ่งมากกว่า 10 ปี จะยิ่งส่งผลเสียมากขึ้นทั้งต่อทัศนคติที่ไม่ดีขึ้น หรือต่อพฤติกรรมในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดลง⁵ ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้ควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้ได้รับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มี ความบกพร่องทางด้านร่างกายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือ ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนและ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม จากการที่ทุกคนรู้จักกันและเห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน จะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล ถ้าพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาของตนเองในกลุ่มมากขึ้น สามารถให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน เนื่องจากเกิดความคิด ในลักษณะที่ว่าตนไม่ได้ประสบปัญหาในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายเพียงลำพัง ยังมีคนอื่น ๆ ที่ประสบปัญหา เช่นเดียวกับตน และยังเกิดการกระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแล ทำให้เกิด ความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง และผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบมาซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับปรุงตนเองและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น¹⁴ 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก จากการที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำให้มีความเข้าใจกัน มากขึ้น เกิดการยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่น ๆ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เชื่อมโยงประเด็นปัญหา ในลักษณะเดียวกันของผู้ดูแลในขณะเข้ากลุ่มและเชื่อมโยงการจัดการปัญหานั้น ๆ ของผู้ดูแลแต่ละคนให้กับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เช่น การกายภาพบำบัด การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยของเด็ก การให้เด็กได้สัมผัสกับธรรมชาติ การเล่นและการเข้าสังคม โดยมี พยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัดให้ข้อมูลเพิ่มเติม เป็นต้น นอกจากนี้ครูประจำศูนย์การศึกษาพิเศษยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ



สวัสดิการต่าง ๆ และการสนับสนุนการบริการการดูแลผู้ป่วย เช่น สิทธิการรักษา ตามที่รัฐบาลจัดสรรตามนโยบาย กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิผู้ป่วยและสวัสดิการเพิ่มเติมนอกเหนือจากบริการสุขภาพ เช่น การให้ใช้รถรับและส่งผู้ป่วย การติดตามอาการหลังจากกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน การขอสนับสนุนหรือขอความช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วนจากบุคลากรทางสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ รพ.สต. ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกดีต่อการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่มีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน เนื่องจากสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่ทราบสิทธิที่พึงมีพึงได้ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมถึงการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกหรือการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายเพื่อการดำเนินชีวิต² 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ โดยการประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมและการดูแลเด็กของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลเด็กต้องการความรู้ในการดูแลเด็ก ได้แก่ ความรู้ในการดูแลเด็ก การกายภาพบำบัด การดูแลเมื่อเด็กมีอาการชัก การใช้ยา นอกจากนั้นยังพบว่าบางรายต้องการให้สอนใส่สายยางให้อาหารเองที่บ้าน และบางรายต้องการเพื่อนคอยพูดคุยให้กำลังใจ ต้องการความช่วยเหลือด้านสิทธิ การเข้าถึงประโยชน์จากทางภาครัฐ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง พบว่าความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง ในจังหวัดตรัง ได้แก่ 1) ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการ 2) ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล 3) ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ 4) ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่นบุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง โดยการรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลที่ถูกต้อง การจัดสิ่งสนับสนุนตอบสนองความต้องการ และการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการดูแล⁵ บทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม ตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁹ 4) การให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้นำเสนอลักษณะเฉพาะรายตามลักษณะปัญหาและความต้องการที่มีความแตกต่างกัน ต่อครูการศึกษาพิเศษของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีการประสานทีมงานสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักพัฒนาชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดและกายอุปกรณ์ เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กและครอบครัว เช่น การขอรถเข็นนั่ง เก้าอี้พุงตัวเตียงนอน รวมถึงการช่วยออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและสอดคล้องกับแนวทางการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย การยกตัวอย่างหรือให้ดูรูปตัวอย่างของผู้ดูแลรายอื่น ๆ ที่พัฒนากายอุปกรณ์หรือประยุกต์ใช้กายอุปกรณ์ ตามปัญหาทางกายภาพของผู้ป่วย เป็นต้น การให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เหล่านี้ จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความสะดวกในการดูแลลดการใช้กำลังหรือแรงงาน ลดความเหน็ดเหนื่อย ลดการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการพุงผู้ป่วยหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล²⁰

จะเห็นได้ว่า จากกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทั้ง 4 กิจกรรม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ช่วยก่อให้เกิดการประทับใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน²⁰ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับและสมาชิกในกลุ่มที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทักษะอารมณ์ และพฤติกรรม²² นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายไปในทางที่ดีขึ้นส่งผลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายของผู้ดูแล โดยกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้เพื่อจัดการกับความตึงเครียดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้ระบายนความรู้สึกร่วมกันแก้ปัญหา เกิดการยอมรับเข้าใจ มีการพูดถึงปัญหาอย่างเปิดเผยกับสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาลักษณะคล้าย ๆ กันในบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิด



การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี²³ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ และสมาชิกในกลุ่มประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทักษะคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษา แบบจำลอง Knowledge, Attitude, Practice²⁴ พบว่าความรู้ (Knowledge: K) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (Attitude: A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตน (Practice: P) โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้นซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม

ข้อเสนอแนะ

- 1) ด้านการพยาบาล นำโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายไปปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และควรมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง
- 2) ด้านการบริหาร นำเสนอผู้บริหารเกี่ยวกับผลงานวิจัยให้มีนโยบายและแผนที่จะสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย โดยการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ ให้
- 3) ด้านการศึกษาพยาบาล นำผลการวิจัยและโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ไปใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกปฏิบัติในส่วนของงานปฐมภูมิและชุมชน จะช่วยให้นักศึกษามีจุดประสงค์และแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายในชุมชนตลอดจนเห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รวมถึงการพัฒนาวัฒนธรรมสุขภาพ สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือสุขภาพ
- 4) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยควรมีการวิจัยการพัฒนาเครือข่ายการดูแลเด็กและผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และคณะครูผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายของศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งผู้ปกครองของเด็กทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนที่ปรึกษาทุกฝ่ายที่กรุณาช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา แนะนำ เสนอข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เอื้อประโยชน์ต่อการทำวิจัยจนสำเร็จและสมบูรณ์ทุกขั้นตอนด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

References

1. Unicef Thailand. Annual Report 2017 UNICEF Thailand. [internet]. 2017 [cited 2022 June 24]. Available from <https://www.unicef.org/thailand/th>. (in Thai)
2. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Annual Report 2019 of Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Bangkok: Department of Empowerment of Persons with Disabilities; 2019. (in Thai)
3. Hansakunachai T, Rungpiwal R, Sutthritpongsa S, Chonchaiya W. Child Development and Behavior Textbook, Volume 3, Healthy Child Care. Bangkok: Beyond Enterprise, Thailand; 2013. (in Thai)
4. Ngocharit N, Kumhom N. Parents' viewpoints towards educational management, Special Education Center of Mukdahan Province, Special Education, Northeast. Journal of Humanities and Social Sciences Mahamakut Buddhist University Isan Campus. 2020;1(2):24-42. (in Thai)



5. Boonvas K, Supanunt T, Chunhabordee A, Wae N. Caregiver stress and needs in caring disable. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):205-16. (in Thai)
6. Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171–9. (in Thai)
7. Namprom N, Suklertrakul T. Nursing of newborns and children with specific health problems. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand; 2020. (in Thai)
8. Walz GR, Bleuer JC. Developing support groups for students: Helping students cope with crises. Michigan: ERIC; 1992.
9. Teepapal T, Saetew P. The conducting of self-help group in adolescents with cancer: Nurses’s roles. Journal of Health Research and Innovation. 2020;3(2):1-14. (in Thai)
10. Kingkaew J. Goup therapy and psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(1):1-15. (in Thai)
11. Takpho A, Somprasert C, Imkome E. The Effects of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients’ primary caregivers. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(3):109-19. (in Thai)
12. Suntaphun P. The effects of using self-help group on the mental health self-care behavior of elderly with hypertension in the community. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;17(3):50–61. (in Thai)
13. Suntaphun P, Bussahong S, Srisoem C and Vongtree A. The effects of using self-help group on the mental health self-care behavior of schizophrenia patients, caregivers in community. UMT-Poly Journal. 2020;17(2):50-61. (in Thai)
14. Sinhachotsukpat L. Effects of self-help group program on the mental health self-care behaviors of schizophrenic patients’caregivers in Nawung Sub-district community, Mueang District, Phetchaburi. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2022;36(1):19-32. (in Thai)
15. Theppitak T. The KAP model and a study of behavior and attitude on prevention hiv/aids infection in Thai Seafarers. Journal of Management Science Chiangrai Rajabhat University. 2013;8(2):84-102. (in Thai)
16. Sarapat P, ongjaturawit Y. Experiences of father participattion in caring for their preterm infants in a sick newborn unit. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2023;33(1):23-36. (in Thai)
17. Achananupap S. If you want good health, you must have 3 A.: for working age. Bangkok: Health Knowledge Management Project through Online Media and Technology, Thailand; 2016. (in Thai)
18. Prechakornkanokkul P, Wanniyom N, Rattanareang P. Pregnancy outcomes in advanced maternal age in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018;21(1):1-9. (in Thai)
19. Kingkaew J. Goup therapy and psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(1):1-15. (in Thai)
20. Health Systems Research Institute. Public report: Problems, needs, access to services for children with disabilities in the community and the situation of rehabilitation. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, Thailand; 2016. (in Thai)
21. Hongtiyanon T, Tipawong A. Relationships between social support and quality of life in schizophrenia patient. Journal of the Royal Thai Army Nurse. 2018; 19(Suppl 1):487-94. (in Thai)



22. Homjandee J, Dangdomyouth P. The effect of social support emphasizing community participation program on burden of community schizophrenic patient's caregivers. *Journal of the Police Nurses*. 2019;11(2):433-43. (in Thai)
23. Thanida T, Punthmatharith B, Naphaphansakul M. The effect of self-help groups on the quality of life of the mind in adolescents with cancer. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015;35(3):111-26. (in Thai)
24. Jaroennon P, Kongplee L. Knowledge, attitude and practice in obesity prevention among publicHealth students, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province. *Nakhon Phanom University Journal, Academic Conference 25th Anniversary Edition of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom*. 2018:87-94. (in Thai)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี

ลักขณา ชอบเสียง พย.ม.*

พนัชฎา ชันติจิตร พย.ม.*

ชนุกร แก้วมณี พย.ม.**

(วันรับบทความ: 9 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 20 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 20 มิถุนายน พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

คุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการนอนหลับจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 380 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายลำดับขั้น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุของ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และแบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาความสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยง 0.79 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สันและ Chi-Square test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี อายุและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .01 และ .05 ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้ามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .01) จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับตามช่วงอายุ และประเมินปัญหาสัมพันธภาพครอบครัวเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานอนของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: chanukorn@bcnsp.ac.th Tel: 081-064-3536



Factors Related to Sleep Quality among the Elderly without Dependence in Ubon Ratchathani Province

Lakhana Chopsiang M.N.S.*

Phanatchaya Khantichitr M.N.S.*

Chanukorn Kaewmanee M.N.S.**

(Received Date: June 9, 2023, Revised Date: June 20, 2023, Accepted Date: June 20, 2023)

Abstract

Sleep quality is crucial for the well-being of the elderly because it directly impacts their physical and mental health. When the elderly experience sleep problems, these issues can significantly affect them. This cross-sectional descriptive research aimed to investigate the sleep quality of elderly individuals and identify the factors associated with their sleep quality in Ubon Ratchathani Province. The sample for this study was comprised of 380 non-dependent elderly individuals selected through multi-stage random sampling. The research instruments used in the study were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), a sleep quality interview specifically designed for the elderly, and the Sleep Disturbance Factor Assessment Questionnaire. To assess the reliability of the instruments the Cronbach's alpha coefficient method was employed, yielding a reliability score of 0.79. Additionally, descriptive and inferential statistics, such as Pearson's Correlations and Chi-Square tests, were employed for data analysis.

The results revealed that the majority of the elderly participants had good sleep quality. Age and family relationships exhibited statistically significantly positive correlations with the sleep quality of the elderly at p -value $< .01$ and $.05$, respectively. Conversely, physical sleep disturbances demonstrated a negative association with sleep quality among the elderly at p -value $< .01$. These findings can serve as guidelines for health care providers to promote elderly care management aimed at enhancing sleep quality. Additionally, they provide fundamental information for organizing age-specific activities to promote better sleep and addressing family relationship issues to alleviate sleep problems experienced by the elderly.

Keywords: sleep, sleep quality, non-dependent elderly

* Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author, Email: chanukorn@bcnsp.ac.th Tel: 081-064-3536



บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยคิดเป็นร้อยละ 18.54 ของประชากร¹ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม² การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญในผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต³

การนอนหลับ หมายถึง สภาวะหมดสติ หลุดพ้นจากการรับรู้ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม แล้วสามารถกลับคืนสู่ปกติได้ การนอนหลับมีประโยชน์และมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากในขณะนอนหลับร่างกายจะมีการหลั่งสาร Anabolic hormone มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้มีฤทธิ์ซ่อมแซมและเสริมสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย³ ทำให้สมองมีความสามารถในการจดจำดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากมีปัญหาการนอนหลับที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง การทำงานของระบบฮอร์โมนที่ผิดปกติ รวมถึงส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอีกด้วย⁴ การนอนหลับในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปจะมีการลดลงของปริมาณการนอนหลับลึก (Rapid eye movement, REM) และมีการเพิ่มขึ้นของการนอนหลับตื้น (Non-rapid eye movement, NREM) โดยพบว่า ผู้สูงอายุจะตื่นง่าย ตื่นบ่อยตอนกลางคืนหลายครั้ง หลังจากนั้นจะไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับได้อีก และเนื่องจากกระแสปั่นป่วนกลดลงทำให้ตื่นเร็ว ตื่นเช้ากว่าปกติ นอกจากนี้วงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อระยะเวลารวมของการนอนหลับตลอดทั้งคืนลดลง (Total sleep time, TST) มักพบการนอนหลับของผู้สูงอายุน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน ผู้สูงอายุมักมีอาการง่วงนอนตอนกลางวัน¹ มีความผิดปกติของการหายใจขณะหลับ (Sleep disordered breathing) เพิ่มขึ้น⁵

จากการศึกษาการนอนหลับในผู้สูงอายุของมูลนิธิการนอนหลับแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี พบได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 32.1 และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 52.5 โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ เช่น ผู้สูงอายุเกิดการนอนหลับยาก ตื่นนอนตอนกลางคืนหลายครั้ง ร้อยละ 39 โดยปกติผู้สูงอายุควรมีการนอนหลับประมาณวันละ 7.5 ชั่วโมงต่อคืน⁶ และจากการศึกษาของโชติมันต์ ชินวรารักษ์ และคณะ⁷ ได้สำรวจคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 52 ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ย 6.09 ชั่วโมง ระยะเวลาการนอนหลับจนกระทั่งนอนหลับจริง เฉลี่ย 28.35 นาที มีประสิทธิภาพการนอนหลับเพียงร้อยละ 84.40 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและด้านร่างกาย เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัวทางกาย ปัญหาความเจ็บปวดของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียดและซึมเศร้า ผื่นร่าย ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การถ่ายปัสสาวะ กลางคืน สุขอนิสัยการนอน/ตารางการนอนไม่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนกลางวันมาก การงีบหลับที่มีผลต่อการนอนหลับ การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด คาเฟอีน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสง/ความมืด อากาศ/อุณหภูมิ เสียง กลิ่นไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ การใช้อุปกรณ์หน้าจออิเล็กทรอนิกส์ที่มีความสว่างมากเกินไป การไม่สุขสบายจากเครื่องนอน และบุคคลรบกวนห้องนอนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ^{2,6-8} ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการตามมา ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานและความตื่นตัวลดลง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง ผลกระทบระยะยาว ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง มีภาวะหลงลืม พลังงานในร่างกายลดลงการทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหวลดลง ระดับน้ำตาลสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลกระทบอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยลดลง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การได้รับบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการทำงานและการใช้ยานพาหนะ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁸

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและปัญหาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 267,842 คน เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 65,764 คิดเป็นร้อยละ 92.13 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้น⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีหรือบริบทต่าง ๆ ของประเทศไทยยังมีน้อย ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอย



ของร่างกายหลายด้านโดยเฉพาะด้านร่างกาย หากเกิดปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการ รวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ในแง่ของข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การบริหารจัดการ ดูแลและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อจะได้ทราบถึงข้อมูลคุณภาพ การนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุในพื้นที่ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการ วางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีการนอนหลับอย่างมีคุณภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานและ ด้านร่างกาย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเจ็บป่วยหรือโรคทางกาย ความไม่สุขสบายต่าง ๆ 2) ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความเครียด และซึมเศร้า 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย สุขอนามัยการนอน/ตารางการนอนไม่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอนกลางวันมาก การใช้ยาที่มีผลต่อการนอนหลับ การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด คาเฟอีน 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แสง/ความมืด อากาศ/อุณหภูมิ เสียง กลิ่นไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ การใช้อุปกรณ์หน้าจออิเล็กทรอนิกส์ที่มีความสว่างมากเกินไป และบุคคลรบกวนห้องนอน และคุณภาพการนอนหลับ ประเมินตามแบบประเมินของ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ผลการประเมิน ADL > 12 คะแนน) อาศัยอยู่จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 65,764 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง, เพศหญิงและชาย, ไม่มีภาวะสมองเสื่อม, ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต, มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์, สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของเครซีและมอร์แกน¹¹

$$n = \frac{x^2 N p(1-p)}{e^2(N-1) + x^2 p(1-p)}$$

$$n = 379.85 \approx 380 \text{ คน}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มหลายลำดับขั้น (Multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยการจับสลากตามโซนแบ่ง 4 โซน โซนละ 1 อำเภอ, ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลในอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก อำเภอละ 1 ตำบล ได้จำนวน 4 ตำบล, ขั้นที่ 3 สุ่มหมู่บ้านในแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้ 4 หมู่บ้าน, ขั้นที่ 4 สุ่มผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มผู้สูงอายุจากแต่ละหมู่บ้าน และใช้วิธีการจับสลาก



เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบ ด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย จำนวนสมาชิกที่อยู่ในบ้านเดียวกัน ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว โรคประจำตัว และยาที่รับประทานเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ใช้แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)¹⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรวิญญ์ ดันชัยสวัสดิ์¹² ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับ เชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้อายานอนหลับ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ในแต่ละองค์ประกอบจะมีรายละเอียดของการประเมินแตกต่างกัน การแปลผลคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินมารวมกัน มีคะแนนระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านร่างกาย 6 ข้อ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ 3 ข้อ ปัจจัยด้านพฤติกรรม 8 ข้อ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 7 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เป็นประจำ	ค่าคะแนน	5	1
ค่อนข้างประจำ	ค่าคะแนน	4	2
เป็นบางครั้ง	ค่าคะแนน	3	3
นานๆ ครั้ง	ค่าคะแนน	2	4
ไม่เคย	ค่าคะแนน	1	5

การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best¹³ ดังต่อไปนี้

คะแนน 3.67-5.00 คะแนน	หมายถึง	น้อย
คะแนน 2.34-3.66 คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนน 1.00-2.33 คะแนน	หมายถึง	มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของแบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาจำนวน 30 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาโดยยึดหลักของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Guiding ethical principles) มี 3 หลักการ ได้แก่ 1) เคารพในบุคคล (Respect for person) มีการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยการแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ 2) ผลประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ (Beneficence) มีการระบุว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์หรือไม่ และผู้วิจัยจะทำการเก็บความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยและ 3) ความยุติธรรม (Justice) ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ชัดเจนไม่มีอคติ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 16/2565 ลงวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2565 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำบันทึกข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการศึกษาค้นคว้า โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการรวบรวมข้อมูล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับและมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์อาสาสมัคร หลังจากนั้นบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ การตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์นำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics 26.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ
- 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Pearson's Product Moment Correlation ตามระดับการวัดของตัวแปร

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 มีอายุเฉลี่ย 70.7 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.6 การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย พบว่า เพียงพอ ร้อยละ 49.2 จำนวนสมาชิกที่อยู่ในบ้านเดียวกัน ส่วนใหญ่เป็น 1 – 3 คน ร้อยละ 47.6 ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 55 มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี ร้อยละ 96.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.5 พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.1 มียารับประทานประจำ ร้อยละ 66.8

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 และไม่ดี ร้อยละ 22.9 ดังตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบการนอนหลับ พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.8 มีระยะตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ประมาณ 16 – 30 นาที ร้อยละ 30.8 มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 67.6 ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติ ร้อยละ 85 และมีคะแนนที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ 1-9 คะแนนถึงร้อยละ 75.8 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 95.3 ส่วนใหญ่ไม่มีผลกระทบการนอนหลับจากการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ร้อยละ 84.7

ตารางที่ 1 คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ (n=380)

ระดับคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	298	77.1
ไม่ดี	87	22.9

ปัจจัยด้านร่างกายที่รบกวนการนอนหลับส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 75.50 ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = .65) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไม่มีหายใจลำบากขณะนอนหลับ ($\bar{X} = 4.81$, S.D. = .92) รองลงมาคือ ไม่มีไอขณะนอนหลับ ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = .75) ไม่มีแขนหรือขากระตุกขณะนอนหลับ ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = .90) ไม่มีอาการเจ็บหรือปวดตามร่างกาย ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 1.65) และน้อยที่สุดคือ ไม่ตื่นปัสสาวะระหว่างคืน ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.79)

ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ที่รบกวนการนอนหลับส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85 ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = .70) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไม่เคยรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้า ($\bar{X} = 4.77$, S.D. = .68) รองลงมาคือ ไม่เคยมีความวิตกกังวลตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้ ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = .81) รู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้าเป็นประจำ ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 1.13) และน้อยที่สุด คือ รู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมากเป็นประจำ ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 1.39)



ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 90.50 ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = .48) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไม่เคยใช้ยานอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ($\bar{X} = 4.86$, S.D. = .57) รองลงมา คือ ไม่เคยสูบบุหรี่เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ($\bar{X} = 4.77$, S.D. = .89) ไม่เคยรับประทานอาหารมื้อหนักๆ ก่อนนอน ($\bar{X} = 4.74$, S.D. = .62) ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = .78) เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาเป็นประจำ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 1.24) ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 1.75) กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเป็นประจำทุก ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 1.52) และน้อยที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยนอนในเวลากลางวัน ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 1.53)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 95.70 ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = .45) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ในห้องนอนไม่มีแสงจ้าตลอดเวลา ($\bar{X} = 4.93$, S.D. = .42) รองลงมาคือ บริเวณที่พักอาศัยไม่มีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ ($\bar{X} = 4.90$, S.D. = .53) ไม่มีปัญหากับบุคคลร่วมห้อง เช่น เพื่อนร่วมห้องเสียงดัง หรือพลิกตัวไปมา ($\bar{X} = 4.85$, S.D. = .59) ไม่มีอาการไม่สบายจากเครื่องนอน และชุดนอน ($\bar{X} = 4.78$, S.D. = .86) ไม่มีปัญหาเรื่องสัตว์ หรือแมลงต่างๆ รบกวน เช่น มด ยุง ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = .79) ที่พักอาศัยไม่มีปัญหามลพิษทางเสียง เช่น เสียงเครื่องยนต์, เสียงโรงสีข้าว, หอกระจายข่าว ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 1.02) ที่พักอาศัยมีอากาศถ่ายเทสะดวกเป็นประจำ ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 1.32) และน้อยที่สุดคือที่พักอาศัยมีอุณหภูมิที่พอเหมาะสามารถพักผ่อนได้เป็นประจำ ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 1.33)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพในปัจจุบัน การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนสมาชิกที่พักอาศัยในบ้าน มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (χ^2 (Phi) = 11.77; p-value < .01) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (Phi) = 5.16; p-value = .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับที่ดี		คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	106	78.5	29	21.5	0.24	0.626
หญิง	187	76.3	58	23.7		
สถานภาพ						
อยู่คนเดียว	104	78.2	29	21.8	0.14	0.711
มีคู่ครอง	189	76.5	58	23.5		
อาชีพในปัจจุบัน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	134	76.1	42	23.9	0.17	0.676
ประกอบอาชีพ	159	77.9	45	22.1		
การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย						
ไม่เพียงพอ	137	75.7	44	24.3	0.39	0.531
เพียงพอ	156	78.4	43	21.6		
ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	164	78.5	45	21.5	0.49	0.484
ขยาย	129	75.4	42	24.6		



ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับที่ดี		คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	89	76.7	27	23.3	0.01	0.907
มี	204	77.3	60	22.7		
ยาที่รับประทานประจำ						
ไม่มี	97	77.0	29	23.0	0.002	0.968
มี	196	77.2	58	22.8		
อายุ (ปี)						
60 – 69 ปี	152	82.2	33	17.8	11.77	0.003**
70 – 79 ปี	96	67.6	46	32.4		
มากกว่า 80 ปี	45	84.9	8	15.1		
ศาสนา						
พุทธ	278	77.0	83	23.0	0.04	1.000
คริสต์	15	78.9	4	21.1		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	280	77.8	80	22.2	1.75	0.182
สูงกว่าประถมศึกษา	13	65.0	7	35.0		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	232	75.8	74	24.2	1.48	0.281
มากกว่า 5,000 บาท	61	82.4	13	17.6		
จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยในบ้าน						
ตัวคนเดียว	20	74.1	7	25.9	0.15	0.642
มากกว่า 1 คน	273	77.3	80	22.7		
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ไม่ดี	6	50.0	6	50.0	5.16	0.034*
ดี	287	78.0	81	22.0		

** $p < .01$; * $p < .05$

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่รับกวนการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่รับกวนการนอนหลับด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.14$; $p\text{-value} < .01$) ส่วนด้านปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ	
	Pearson's Correlation (r)	Sig. (2-tailed)
ด้านร่างกายที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ	-0.14*	0.005**
ด้านจิตใจและอารมณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ	-0.08	0.150
ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ	0.91	0.770
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ	-0.06	0.240

** $p < .01$; * $p < .05$



การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 380 ราย ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลการศึกษาตามคำถามการวิจัยดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.10 เนื่องจากปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ที่รบกวนการนอนหลับส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย รวมถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จึงทำให้รู้สึกปลอดภัย เกิดอารมณ์เชิงบวก และส่งผลต่อการนอนหลับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า จิตใจและอารมณ์ (ความเครียด) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.90 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เนื่องจากวัยสูงอายุมักมีเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายทางกาย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายทางกาย และการมีโรคประจำตัว มักมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การนอนไม่สุขสบาย การปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และทำให้ตื่นเช้ามามากกว่าปกติ⁶ นอกจากนี้ การมีโรคประจำตัวจึงจำเป็นต้องมีการใช้ยารักษาโรคเป็นประจำ ซึ่งยาหลายชนิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ เช่น ยาลดความดันโลหิตบางชนิด มีผลข้างเคียงที่ทำให้ปัสสาวะบ่อย หรือบางชนิดมีผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เป็นต้น จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วย¹⁵ เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนไม่ดี ผู้สูงอายุบางส่วนมีระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับมากกว่า 60 นาที ระยะเวลาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 5 ชั่วโมง ซึ่งในผู้สูงอายุควรมีชั่วโมงการนอนหลับตลอดคืนเฉลี่ย 7.5 ชั่วโมง นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ ในห้องนอนมีแสงจ้าตลอดเวลา, ความไม่สุขสบายจากเครื่องนอน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ วณิช พิงชมพู¹⁶ ที่พบว่าในผู้สูงอายุวงจรการนอนหลับของการทำงาน NREM sleep จะมีระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ยาวนานขึ้น ขณะที่ระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 สั้นลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาตื่นง่ายแต่หลับยาก และต้องใช้เวลาานานมากขึ้นถึงจะหลับได้ หลับไม่ลึก รู้สึกว่านอนไม่พอ มีความต้องการการนอนหลับในช่วงกลางวันมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ มักมีกล้ามเนื้อแข็งเกร็งนอนหลับไม่สบาย การควบคุมการขับถ่ายให้เป็นปกติได้เกิดปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ มีอาการตื่นกลางดึกและตื่นเช้าท้องนํ้าบ่อย ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโดยรวมลดลง ซึ่งความต้องการการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความต้องการการนอนหลับเช่นเดียวกับคนหนุ่มสาวคือมีความต้องการการนอนหลับนาน 7-9 ชั่วโมง

2. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า

อายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุ 70-79 ปี ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี¹⁷⁻¹⁸ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการเปลี่ยนแปลงของนาฬิกาชีวภาพ จึงทำให้คุณภาพของการนอนหลับลดลง²

สัมพันธภาพในครอบครัว ในการศึกษานี้ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสัมพันธภาพที่ไม่ดีของบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุไม่ดี¹⁹ และคุณภาพการนอนหลับมีแนวโน้มดีขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติ/เพื่อน²⁰ การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงและสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง ร่วมกับส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ตามลำพัง อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว อธิบายได้ว่าสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกปลอดภัย เกิดอารมณ์เชิงบวก ไม่เกิดความเครียดส่งผลต่อการนอนหลับ ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีจะก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล จึงทำมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับตามมา²¹



ปัจจัยด้านร่างกายที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญชลี ชุ่มบัวทอง และคณะ² ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และการศึกษาของ กัมปนาท สุริย์ และคณะ²² ที่พบว่า การตื่นมาปัสสาวะกลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเป็น 1.58 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ปัสสาวะกลางคืนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง อธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านร่างกาย อาการเจ็บหรือปวดตามร่างกาย ความไม่สุขสบายทางกาย มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เช่น ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บปวดแบบเรื้อรัง มีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในช่วงกลางคืน จะส่งผลกระทบต่อ การเข้าสู่การนอนหลับยาก ซึ่งพบว่าการปวดเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่สุด การติดเชื้ทางเดินหายใจ การไอ หายใจลำบากในช่วงขณะนอนหลับ อาการคัน แขนขากระตุก การรับประทานยาจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ตื่นเช้ากว่าปกติหรือโรคเบาหวานทำให้ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา ควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุ
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนโดยการศึกษาอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยรบกวนด้านร่างกาย ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาแนวทางส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาคคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว รวมถึงการประเมินปัจจัยรบกวนด้านร่างกาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมาก เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนที่อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านอื่นๆ ตามมา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือของงานวิจัยนี้ พร้อมทั้งให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์จนวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Statistics of the Thai elderly in 2022. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 05]. Available from http://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAgeMonth.php (in Thai)
2. Choombuathong A, Chalopatham W, Dhongyooyen P, Chokchaiworarat S, Thamwattana K, Changsap B, et al. Sleep quality and factors related to sleep and self-esteem in the elderly. *Journal of Health Science* 2015;24(5):834-43. (in Thai)
3. Sleep Society of Thailand. Interesting knowledge and sleep problems. [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 18]. Available from <http://www.tmwa.or.th/download/sleep.pdf> (in Thai)
4. Thitima N, Chinvararak C, Sanguanvichaikul T. Quality of sleep and its associated factors in patients with major depressive disorder at out patients department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Chula Med Bull.* 2019;1(4):369-81. (in Thai)
5. Tantrakul V. Common sleep problems in the elderly. In Tantrakul V, Kittivorawitkul P, Prutthiphan A. (Editors), *Sleep in the elderly*. Nonthaburi: Beyond Enter Price; 2022: P.16–30. (in Thai)
6. Na Wichian S. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council.* 2021;36(2):18-31. (in Thai)
7. Chinvararak C, Tangwongchai S, Dumrongpiwat N. Sleep quality and Its associated factors in the elderly at Pracha Niwet Village. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(2):199-210. (in Thai)



8. Panpanit L. Sleep problems in older people and nursing management. *Journal of Nursing Science & Health*. 2020;43(1):140-50. (in Thai)
9. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. General information and health information Ubon Ratchathani Province. [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 03]. Available from http://demo.phoubon.in.th/?page_id=319 (in Thai)
10. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10.
12. Jirapramukpitak T, Tanchaisawad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *JPsychiatr Assoc Thailand*. 1997;42(3):123-32. (in Thai)
13. Best JW. *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
14. Thumcharoen W, Chalernngam N, Chotedelok Y, Thonghnunui N. Factors affecting sleep quality of the elderly. *Suranaree J Soc Sci*. 2023;17(2):1-8. (in Thai)
15. Jaiyen R, Fakkham S, Vajaradul Y. Effect of Ayuwatana Recipes on the quality of sleep in older people with insomnia. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2022;5(2):72-84. (in Thai)
16. Puengchompoo W. *Gerontological nursing: interested common health issues*. Chiang Mai: NPT Printing; 2020. (in Thai)
17. Park JH, Yoo MS, Bae SH. Prevalence and predictors of poor sleep quality in Korean older adults. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):116-23.
18. Thamcharoen W, Chaleonngam N, Chotedelok Y, Thongnununui N. Factors associated with depression of the elderly. *Rajabhat Rambhai Barni Research Journal*. 2021;15(3):52-62. (in Thai)
19. Tel H. Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2013;19(1):48-52.
20. Abraham O, Pu J, Schleiden LJ, Albert SM. Factors contributing to poor satisfaction with sleep and healthcare seeking behavior in older adults. *Sleep Health*. 2017;3(1):43-8.
21. Troxel WM, Robles TF, Hall M, Buysse DJ. Marital quality and the marital bed: examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Med Rev*. 2007;11(5):389-404.
22. Suri K, Sununsirikul K, Tonsuvan K. Quality of sleep and associated factors in elderly at urban community, Nakhon Sawan. *Region 3 Medical and Public Health Journal*. 2022;19(1):15-27. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้นๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

3. ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้วและไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน (แบบผลการตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit- in, Copyleaks, อักขราวิสุทธิ์ เป็นต้น)

4. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

5. ต้นฉบับ ต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>)

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้มีเนื้อหาบทความที่มีความยาวไม่เกิน 15 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ ครอบคลุมภาพและตารางและเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบนล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็มไว้ก่อน แล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ในภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ ประด. (Runglawon Eamkusolkij, Ph.D.)¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์
3. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัย แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน
4. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดของผู้เขียนปฏิบัติงาน อีเมลของผู้เขียนและทีมทุกคน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบด้วยยกกำกับลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีมด้านบน
5. ระบุว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกินอย่างละ 300 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับคุณค่าสำคัญไว้ด้านล่างไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิจัยอย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.4 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 300 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (introduction), วิธีดำเนินการศึกษา (methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (results) ที่ไม่ต้องระบุค่าตัวเลขทางสถิติ, สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 คำสำคัญ (keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.4 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (practice trigger) และ/หรือจากผู้ให้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ท่าย่อยๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice)
- 2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.6 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา
- 2.8 วิธีดำเนินการวิจัย (methods) ให้กล่าวถึง
 - 2.8.1 รูปแบบของการวิจัย (research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.8.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
 - 2.8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา
 - 2.8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์
- 2.9 ผลการวิจัย (results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษามาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย
 - 2.9.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 3 ตาราง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ โดยใช้เลขในการกำหนดลำดับของตาราง เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้นได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวนอน และให้บรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนอน และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ดังตัวอย่างนี้ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)
 - 2.9.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ใต้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.10 การอภิปรายผล (discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหาผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.11 สรุปการวิจัย (conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.12 ข้อเสนอแนะ (suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าผลการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.13 เอกสารอ้างอิง (references) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ อภิमान (meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิमान (meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างอิงเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (in-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยใส่ตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้แต่งในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครอง ทารกในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁵

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงตัวเลขที่ลำดับต่อกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) ระหว่างตัวเลข แต่หากเป็นการอ้างอิงที่ลำดับตัวเลขไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{2,4} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด^{7,10,18}

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (reference) เอกสารอ้างอิงต้องอ้างอิงเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความ และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอื่น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับในเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขในเอกสารอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkrit

ใช้คำว่า Eamkusolkrit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อทุกคนกรณีไม่เกิน 6 คน หากเกิน 6 คนให้ระบุเพียง 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,)

เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วยคำว่า “et al” ดังตัวอย่าง

McAnulty GB, Duffy FH. Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H, et al.

2.3 กรณีเป็นหนังสือ หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

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

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. P. 93-113.

2.4 กรณีเป็นวารสาร หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่ของวารสาร):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3. Figueroa JV, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for detection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.
4. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347(4):284-7.

***หมายเหตุ** กรณีวารสารที่ไม่มีชื่อย่อ สามารถระบุชื่อเต็มได้

2.5 กรณีบทความที่นำเสนอในการประชุม (Conference paper) หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

5. Eamkusolkit R, Watcharasin C, Thory SM. Maternal-Preterm Infant Attachment, Nakhon Phanom, Thailand. In: Knafel K, editor. Honoring the Past, Celebrating the Future. Proceedings of the 11th International Family Nursing Conference; 2013 June 19-22; Hyatt Regency. Minneapolis, Minnesota, United States: International Family Nursing Association; 2013. p. 15-24.

2.6 กรณีเป็นการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่], เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

6. 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
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่นักปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน และสามารถส่งบทความตีพิมพ์แบบเร็ว (fast track) ซึ่งใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 095-6194916 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

